

Transkript: Allianz gegen Schmerz: Daniel Bahr (Allianz Private Krankenversicherung) im Gespräch mit Prof. Dr. Dr. Griffka.

Daniel Bahr:

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Versicherte, mein Name ist Daniel Bahr. Ich bin im Vorstand der Allianz Privaten Krankenversicherung, hier zuständig für das Leistungsmanagement, und heiße Sie heute zu unserem Online-Talk herzlich willkommen. Wir bieten Ihnen als unseren Versicherten exklusiv diesen Online-Talk heute an und haben ganz gezielt eine Zielgruppe unserer Versicherten heute eingeladen. Das sind die Beihilfeberechtigten, und wir wollen mit Ihnen einen spannenden Online-Talk heute Nachmittag am 31. August stattfinden lassen. Das ist zum ganzen Thema Schmerz mit speziellem Fokus, aber wir wollen über das Thema Rückenschmerz reden. Warum? Zwölf Millionen Deutsche leiden an Schmerzen. Man spricht von der Volkskrankheit Schmerz. Der Rückenschmerz ist dabei ein besonders großes Thema, mit dem eigentlich jeder in Deutschland früher oder später einmal Erfahrungen sammelt. Da zwick't's im Rücken, da schmerzt der Rücken, das geht nicht von alleine weg. Es ist eine Leidensgeschichte. Man fragt sich, wie kann man etwas dagegen tun, und wer ist der richtige Experte? Heute habe ich einen richtigen Experten, vielleicht sogar den Experten in Deutschland, im Online-Talk hier der Allianz Privaten Krankenversicherung für Sie akquiriert. Das hat, wie Sie gemerkt haben, ein paar Minuten gedauert, bis wir starten konnten. Auch ein Akademiker, ein Professor der Uniklinik Regensburg, kann sich mal in der Adresse irren. Hier in München Unterföhring im Speziellen haben wir mehrere Gebäude der Allianz, und leider hat der Professor Joachim Griffka den falschen Eingang angefahren. Wir konnten noch rechtzeitig, einigermaßen rechtzeitig, eine Lösung finden. Ich freue mich, dass Sie gezeigt haben, wie sportlich Sie sind, dass Sie in den wenigen Minuten vom Haus 8 zu Haus 1 es geschafft haben und noch einigermaßen rechtzeitig hier für unseren Online-Talk zu sein. Ich brauche Professor Griffka für diejenigen, die sich mit dem Thema Rückenschmerz oder überhaupt mit Schmerz und orthopädischen Erkrankungen schon mal beschäftigen, gar nicht vorstellen. Der Professor Griffka ist auf den Ärztelisten, die diverse Magazine in Deutschland veröffentlichen, immer ganz, ganz weit oben. In der Regel hat er abonniert den Platz eins. Aber für uns ist er vor allem der Experte, mit dem wir eng und seit einigen Jahren zusammenarbeiten und kooperieren. Wir haben interessante Tools, auf die geht auch nur ein, gehen mit ihm und seinem Team entwickelt. Er ist die Koryphäe, darf man sagen, in Deutschland für das Thema Rückenschmerzen. Ich freue mich, lieber Herr Professor Griffka, dass Sie weg von Bad Abbach, von der Klinik, heute hierher gefunden haben und unseren Teilnehmerinnen und Teilnehmern in diesem spannenden Online-Talk Rede und Antwort zu stehen, ein bisschen Aufklärung, ein bisschen Information zu geben zum ganzen Thema Schmerzen,

Rückenschmerz. Wir wollen anfangen, Herr Grifka, mit dem Thema Rückenschmerz und Schmerz. Das beschäftigt so viele, und trotzdem ist der Rückenschmerz nicht gleich Rückenschmerz. Viele haben Angst, und wenn es dann gleich beginnt, muss ich mich operieren lassen. Wie sieht die richtige Behandlung aus? Was sagen Sie zu diesen Ängsten vor der Operation? Ist das überhaupt gerechtfertigt? Müssen eigentlich so viele operiert werden, oder gibt es auch ganz andere Methoden, was man tun kann?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Ja, bei Rückenschmerzen existiert oft eine Art Reflex. Man hat große Angst, dass der Schmerz ganz wesentlich bedingt ist durch die Bandscheibe oder durch andere Strukturen, die die Nerven drücken und die zu einer Lähmung führen können. Und der ein oder andere mag auch Beispiele kennen von solchen Patienten, die dann nachher Probleme haben. Man muss sagen, das gibt es natürlich, und das ist die Crux der Wirbelsäule. Wir haben ja alle einen Prozess der Alterung, des Verschleißes, der einsetzt an der Wirbelsäule. Es bleibt gar nicht aus. Aber die allermeisten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule sind wirklich banal. Das will ich jetzt nicht hier herunterspielen. Es ist so, dass zwickt da schon mal. Dann hat man vielleicht auch eine ungünstige Bewegung, es kann noch mal ins Bein spielen, ausstrahlen. Aber in den allerseltensten Fällen ist es tatsächlich so, dass man operieren muss. Und meine erste Empfehlung ist da immer, dass man jemanden konsultiert, der auch konservativ behandelt. Denn wenn Sie zu jemandem gehen, der primär operiert, der wird sagen, das ist was, was ich jetzt hier behandeln kann mit meinen Mitteln, als derjenige, der das ganze Spektrum hat und auch konservativ behandelt. Das ist das, wenn man eine maßgebliche Erkrankung der Wirbelsäule hat, die tatsächlich eine intensive Behandlung braucht. Aber ich kann noch einen Schritt weiter zurückgehen, Herr Bahr. Denn in den allermeisten Fällen ist es so, dass Rückenschmerzen passagier sind. Jeder hat natürlich erstmal Angst, wenn es im Rücken zieht, wenn es schmerzt, wenn man sich nicht mehr richtig bewegen kann und jede kleine Bewegung den Schmerz auslöst. Aber oft sind es die Verspannungen der Muskulatur. Man spricht auch von Blockierungen und etwas, was im Laufe von wenigen Tagen sich schon wieder bessert oder auch mit einfachen Hausmitteln ganz zu beheben ist. Und da sind die ersten Ansätze. Da kann man sehr viel selbst tun und muss auch vieles selbst tun als Betroffener, damit man schnell mit solchen Beschwerden klarkommt.

Daniel Bahr:

Es ist aber nicht immer nur das Zwicken. Das Zwicken hört sich so harmlos an. Also ich kann mich erinnern, ich hatte auch mal Rückenschmerzen, und das war ganz schön lang. Das war über Wochen, und das hat einen enorm eingeschränkt. Also ich bin nicht sagen, ich habe geschrien vor Schmerzen. Ich bin sportlich, habe es sogar mit dieser Woche aushalten können. Aber es war schon sehr, sehr unangenehm. Und man fragt sich dann immer so, woran liegt es wirklich? Das, was Sie sagten, ein Nerv eingeklemmt, einmal verhoben, oder kann es nicht viel tiefer gehende Ursachen haben? Vielleicht

erklären Sie noch ein bisschen beim Thema Rückenschmerz mal beispielhaft. Wir haben ja auch andere Schmerzen. Wie es zu diesem Schmerz kommt? Der Schmerz, so habe ich gelernt, ist ja etwas Gutes. Das ist ein Warnsignal. Das heißt, dass man irgendetwas vielleicht ändern sollte. Und wie verursacht das den Schmerz, und wie äußert sich das vielleicht anhand der Wirbelsäule einmal jetzt interessant für einen Teilnehmer?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Ja, sehr gerne. Denn es sind die Strukturen, die ganz wesentlich unsere Beschwerden prägen. Und es macht eben schon erhebliche Schmerzen, wenn man eine Verdrehbewegung hat, sich quasi verhoben hat oder den steifen Nacken vom Auto, wenn das Fenster offen war. Oder was wir jetzt ganz, ganz häufig haben, ist natürlich das Home-Office, was zu Beschwerden führt aufgrund falscher Maßnahmen, wie man mit dem Rechner umgeht, wie man sich schlecht positioniert, Zwangshaltungen hat. Also insofern, der Schmerz kann provoziert sein durch die Muskulatur als solche, und jede kleinste Bewegung tut weh. Und es sind immer die Nerven, die natürlich diesen Schmerz dann weiterleiten und dieses Phänomen ausmachen. Das ganz Wichtige dabei ist aber, man weiß ja am Anfang nicht, wenn man den Schmerz hat, ist das was Wesentliches oder nicht. Dafür gibt es einen kleinen Katalog an Maßnahmen, an Schlüsselfragen, die wir ja auch gemeinsam ausgearbeitet haben, damit er unseren Versicherten zur Verfügung steht und man bei dem Schmerz, der so plötzlich kommt, auch mal grob einordnen kann, ist das jetzt etwas, wo ich mehr tun kann, oder kann ich mit einfachen Maßnahmen selbst weiterkommen. Ich komme aber zurück zur Wirbelsäule, denn ich habe das Modell mitgebracht, um Ihnen das zu erklären, die komplizierten Strukturen sind. Also Sie sehen hier das Modell des Rückgrats, und es ist ja unser Tribut an den aufrechten Gang, dass wir eine besondere Belastung haben. Wären wir im Vierfüßlerstand, würde das alles locker hier so hängen, hätte keinen Druck von oben. Aber in dieser Art und Weise bei unserer Bewegung ist es so, dass wir immer eine axiale Stauchung haben. Und Sie sehen hier die Abschnitte: die Halswirbelsäule, die Brustwirbelsäule, die ist relativ starr, da sind Rippen dran, da ist sehr, sehr wenig Bewegung. Im Bereich der Brustwirbelsäule gibt es eigentlich keine maßgebliche Erkrankung, wo man tatsächlich die Nerven eingequetscht hat. Und dann die Lendenwirbelsäule. Und die Wetterregionen sind immer da, wo bewegliche Anteile den Übergang zu starren Anteilen haben. Also in der unteren Lendenwirbelsäule, in der unteren Halswirbelsäule. Das kommt daher, weil hier die größte Belastung auftritt. Man sieht das vielleicht, vielleicht kann man das darstellen, wenn man hier unten die Wirbelsäule sieht, dann wird das ineinander gestaucht. Hier sind auch bei Rotation entsprechende Scherbewegungen im Bereich der Bandscheibe, und das gilt ganz genauso hier oben im Bereich der Halswirbelsäule. Die Bandscheiben sehen Sie hier so beigefarben, gummiartig gekennzeichnet. Das Gelbe, was herauskommt, sind die Nervenwurzeln. Die kommen aus kleinen Nervenwurzel-Löchern aus den Wirbelkörpern. Und im Bereich der Halswirbelsäule haben wir einige Besonderheiten, unter anderem, dass hier auch die Blutversorgung in diesen Bereichen der Halswirbelsäule sehr eng an

den Knochen und Nerven verläuft. Nun wichtig ist die Bewegung. Die Bandscheibe lebt von der Be- und Entlastung. Wenn wir aber eine ständige axiale Stauchung haben, zum Beispiel einseitiges Sitzen, dann führt das zu Zerrungen und zu Schmerzen, die im Bereich der kleinen Wirbelgelenke auftreten, die hier so gestaucht werden können. Das möchte ich gleich noch mal etwas genauer zeigen, wenn man auch eine Sitzposition hat. Denn das Home-Office beschäftigt uns Orthopäden sehr. Wenn ich das im Vergleich zu vor der Corona-Pandemie sehe, dann haben wir zunächst eine Steigerung gehabt um etwa ein Drittel von Halswirbelsäulen-Patienten, und zwar aufgrund des Home-Office. Und mittlerweile kann ich sagen, ist es fast die Hälfte der Patienten, die wir mehr haben aufgrund der häuslichen Situation, wo man einfach ungünstiger sitzt, wo man nicht die Verhältnisse hat wie am Arbeitsplatz oder auch vieles standardisiert ist mit Arbeitsschutzmaßnahmen, mit Bildschirmverordnungen und einfach auch mit den Arbeitsmitteln, die insgesamt so sind, dass man eine gesicherte Position hat, ein angenehmes Arbeiten hat mit dem Schreibtisch, mit dem Stuhl. Also die Kompliziertheit der Wirbelsäule bedingt sich durch die Beweglichkeit, durch die Belastung und durch die Vielfältigkeit der Strukturen.

Daniel Bahr:

Beeindruckend. Man fragt sich jetzt, weil Sie sagten, dass die Rückenschmerzen auch ein Tribut an den aufrechten Gang sind, gleichzeitig das Sitzen etwas ist, was offenbar sehr belastet. Also auch der Grund, warum wir hier stehen. Ist das ein Tipp, den Sie sagen, auch als Alltagstipp mitgeben möchten, so häufig wie möglich stehen? Ist das ein guter Rat?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Auf jeden Fall in Bewegung bleiben. Also einseitiges Sitzen ist eine analoge Zwangshaltung. Denn auch da bewegen wir uns zu wenig, sind konstant und kommen oft dann auch in eine ungünstige Situation, die wieder mehr Belastung macht, wieder in den Wetterwinkeln, unterer Halswirbelsäule, unterer Lendenwirbelsäule. Also Bewegung auf jeden Fall. Und wenn man das kombinieren kann im Arbeitsalltag, dass man beispielsweise telefoniert im Stehen oder vielleicht die ein oder andere Notiz auch mal macht an einem hohen Tisch. Und dann gibt es noch etwas, was man berücksichtigen kann, um die Lendenwirbelsäule entsprechend besser zu entlasten. Das ist, wenn man einen Fuß höher stellen kann, quasi so eine Thekenhaltung, dass man hier den Fuß mit einer Stütze hat. Wenn man so steht, in einer Position, man sich abstützt mit dem Oberkörper, den Fuß höher hat, dann hat man weniger Gewichtsbelastung auf der Wirbelsäule, und die Lendenwirbelsäule kommt aus dem Hohlkreuz. Die wird durch das Heben des Beines in eine etwas geradere Position gebracht. Das sind so Kleinigkeiten, auf die man achten kann. Das sind allgemeine Empfehlungen, Verhaltensmaßnahmen.

Daniel Bahr:

Jetzt gibt es Menschen, die müssen berufsbedingt, vielleicht nicht Home-Office, aber andere Berufskraftfahrer oder welche, die im Büro sitzen müssen und nicht so häufig stehen können oder mal im Stehen telefonieren, wie Sie sagen. Was geben Sie denen für Tipps, die also gar nicht anders können, als auch mal wirklich über eine Stunde lang zu sitzen? Was sollten die machen? Was sollten wir?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Also eine Stunde sitzen, das können wir sicherlich. Aber wichtig ist dann, wie man sitzt. Denn wenn wir sitzen, sacken wir zusammen. Das ist ein dynamischer Prozess. Die Schultern gehen etwas nach vorne, man entwickelt etwas mehr diesen Rundrücken, und um das zu kompensieren, wird der Kopf angehoben. Das heißt, man hat einen Kopf in Nackenposition. Das führt zu erheblichen Einengungen. Deswegen ist es wichtig, sich dann auch mal zu strecken und einfache Übungen zu machen. Also einfach zwischendurch. Ja, sowas kann man sich auch einrichten mit einem entsprechenden Bildschirmschoner, der dann zeitgesteuert erscheint und der einfach die Ermahnung bringt und zwei, drei Bewegungen. Auch für Schulkinder haben wir das gemacht. Das ist sehr, sehr wichtig. Die müssen sich bewegen und nicht nur einseitig sitzen. Vielleicht darf ich das mal erläutern, was Sitzen an Problemen macht. Und ich habe gehört, Sie wären derjenige, an dem ich das mal demonstrieren darf. Können wir das hier machen, alles unter Wahrung der Abstandsregeln in diesen Zeiten. Ich setze mich jetzt also noch mal hin, ja, wie ich so eine Sache würde.

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Genau. Wenn ich das kommentieren darf: Also zunächst mal ist der Standardtisch, Arbeitsbürotisch, den wir haben, zwischen 72 und 74 Zentimeter Höhe. Das ist etwas niedrig, das merkt man schon so. Aber jetzt kommen wir damit schon hin. Denn da in dieser Position hat man eine ideale Haltung für die Arme. Ist der Tisch zu hoch, dann führt das dazu, dass man den Arm anheben muss. Ständiges Heben des Arms führt zu einer Muskelspannung und Überlastung. Vielleicht kennt der eine oder andere von früher noch die Sehnenscheidenprobleme, die man beim Schreibmaschinen-Schreiben hatte. Die gibt es ja nicht mehr. Wir haben keinen harten Anschlag der Tastatur mehr, sondern wir können ganz einfach die Tastatur durch leichtes Berühren bedienen. Aber wenn ich den Arm konstant halten muss, dann kommt es zu Problemen, die im gesamten Muskelbereich bis zum Oberarm oder bis zur Schulter auftreten können. Neudeutsch heißt das Repetitive Strain Injury, also etwas, was auftreten kann. Zweites Teil, was wir haben, die Maus. Dass eine Maus, wie wir uns sie wünschen, ist eine Maus, wie Sie die Finger gestreckt auflegen können. Wenn Sie die Finger bei einer kleinen Maus schon sehr anwinkeln müssen, also in den Gelenken entsprechend beugen, ist das wesentlich ungünstiger. Und auf Dauer ist auch das eine Belastung, die man dann in den Fingergelenken spürt. Die Arme sollen so sein, dass sie in normaler Position gut auf den Lehnen ruhen können. Die könnten hier noch minimal höher sein, immer etwas höher als die Schreibtischfläche und der Arm so leicht nach unten geneigt aufliegen. Also

insofern kommen wir mit dem Tisch hin. Es gibt sogenannte drei Ebenen. Die erste Ebene ist die Bodenfläche mit den Füßen, die plan aufliegen. Die zweite Ebene, die Parallelität, also die horizontale Einstellung der Sitzfläche. Und auch hier sieht man etwas, was genau auskommt, nämlich die Sitztiefe. Wenn man mit der eigenen Hand einmal zwischen Unterschenkel und dem Ende des Sitzkissens fasst, dann muss die Hand so hinein passen, dann ist genügend Platz. Ist die Sitzkissen zu weit nach vorne, kann auch das zu Druckstellen führen. Andersrum genau in das Gehalt vorne. Ja, das könnte auch sein. Nun, der Meister weiß gar nicht, wofür die drei Hebel am Bürostuhl sind. Das ist auch die Neigung. Und so in der Regel braucht man es nicht mehr, macht vielleicht mal runter. Entscheidend wird es aber, wenn man mobiles Arbeiten, Desk-Sharing hat und ja nur tageweise im Büro ist und dann tatsächlich dies alles einrichten muss. Dann muss man sich da auch noch mal Gedanken machen. Dann entscheidend der Bildschirm. Dazu gibt es verschiedene, was Sie an Informationen im Netz finden. Oft wird gesagt, die Bildschirmoberkante soll in Augenhöhe sein. Das ist eine Position, bei der Sie sich schon anstrengen müssen. Die Idealposition ist die, dass man eine Blickrichtung hat, die leicht nach unten geht. Man sagt so zwischen 15 und 25 Grad. Das heißt, man ist in einem Abstand von etwa 50 bis 70 Zentimeter vor dem Bildschirm. Hat sich einen großen Bildschirm, wir brauchen endlich mehr Abstand, um das erfassen zu können. Und wenn der Kopf geneigt ist, und das will ich jetzt am Modell zeigen, dann haben wir die ideale Position, dass die Halswirbelsäule gestreckt ist. Dazu müsste man aber mit der Kamera nah an die Wirbelsäule gehen, wenn ich das mal zeigen darf. Also eine gestreckte Halswirbelsäule ist so in dieser Art, dass wir hier, das sind die kleinen Wirbelgelenke, die so dachziegelartig übereinander gehen. Die sind alle tief entspannt. Die Nerven-Austrittslöcher, wo also die gelben Nerven hier so gekennzeichnet sind, sind relativ groß bei der Strecke. Und wenn es jetzt dazu kommt, dass man durch die Ermüdung beim Sitzen zusammensackt, also ein Rundrücken entsteht, dann muss man das kompensieren, indem man den Kopf nach oben nimmt. Also es bleibt der, sagen wir mal, bei der Ermüdung, Herr Bahr, Sie würden im Rundrücken sitzen. Wenn Sie jetzt auf den Bildschirm in dieser Position schauen wollen, schauen Sie mal auf den Bildschirm, dann müssen Sie hier im Bereich der Halswirbelsäule eine vermehrte Hohlwirkung einnehmen. Denn nur so können Sie nach vorne blicken. Und das bedeutet, Sie haben mehr Druck auf den kleinen Wirbelgelenken. Die Nervenwurzel-Löcher werden kleiner, können also hier zu Irritationen, zu solchen Nervenschmerzen führen und letztlich zu Verspannungen der Muskulatur. Und deswegen ist es so wichtig, dass man dieses Jahr Mütter mit ihren Kindern schon macht, die Schultern nach hinten nimmt. Also Schultern möglichst gerade, Kopf etwas geneigt ist die ideale Position für die Halswirbelsäule, um so arbeiten zu können. Darauf bitte achten, denn jeder ermüdet, wenn er vor dem Schreibtisch sitzt. Das ist eine konstante Sitzposition einhalten, wo man in sich zusammensackt. Und deswegen der Bildschirm nicht in dieser Höhe, dass man sagt, Oberkante Augen, sondern immer etwas nach unten, damit der Kopf leicht nach vorne geneigt ist. Das sind eigentlich schon die wichtigsten Dinge, die man beachten muss. Neben dem natürlich, dass keine Spiegelung auf dem Bildschirm sein sollten oder das

Ganze vielleicht auch zu dunkel ist. Also das vielleicht so in der Kürze. Und das sind die Dinge, die zu Hause, wenn man dann vor dem Laptop sitzt und vielleicht am Küchentisch, natürlich so gar nicht realisiert werden. Da merkt man mal, was Arbeitsschutz ausmacht und was man zu Hause nicht hat, wenn man unter behelfsmäßigen Zuständen sich zu Hause an den Rechner oder vor den Laptop setzt und dann arbeiten zu können und das dann auch für acht Stunden macht. Also das ist wesentlich belastend. Da muss man sicherlich auch zu Hause darüber nachdenken, dass man etwas dafür tut mit den technischen Möglichkeiten, die man hat und mit den Verhaltensmaßnahmen. Und dann sind Übungen umso wichtiger, dass man sich wieder aufrichtet, dass man etwas macht für die Muskulatur und einen Ausgleich hat.

Daniel Bahr:

Das sind spannende praktische Tipps für Sie alle hier als Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Kommen wir noch mal zurück. Es ist also das erste Mal, man hat Rückenschmerzen, blickt, mag es vielleicht daran, dass man im Home-Office war, zu viel gesessen hat oder was auch immer. Jetzt sagten Sie, man sollte einen Arzt konsultieren und dann eher einen konservativen, der vielleicht nicht direkt operiert oder das sofort im Kopf hat, sondern sich erst mal mit der Person beschäftigt. Habe ich das richtig interpretiert? Wir kommen gleich nochmal auf die Frage zu, wie wir Ihnen als Allianz Private Krankenversicherung genau dabei helfen. Aber vielleicht das nochmal herausgearbeitet: Ist es immer notwendig, dass man einen Arzt konsultiert, wenn man Rückenschmerzen hat?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Also das ist nicht immer nötig. Denn wenn Sie sich vor Augen halten, Sie haben vielleicht als ein Auslöser durch das Arbeiten im Garten und haben da gehoben, haben sich verdreht und haben jetzt die Schmerzen so, ich sag mal mit dem Namen Kreuz. Es ist ein Schmerz, der begrenzt ist auf den Rückenbereich, der nicht in die Beine ausstrahlt. Wir haben ja in unserem Fragenkatalog sogenannte Schlüsselfragen, die diese, man sagt so, Red Flags analysieren. Wann ist es wichtig? Wann habe ich solche Merkmale, die es verlangen, dass ich schnell zum Arzt gehe und mich behandeln lasse? Aber die allermeisten Dinge sind tatsächlich lokalisiert, vom Schmerz lokalisiert, und das kann man selbst behandeln. Und dann greifen die Hausmittel. Die Muskulatur ist immer verspannt, wenn man Schmerzen hat. Um die Muskulatur zu lockern, denn die Muskulatur an sich macht natürlich die Bewegungseinschränkung auch schon aus, hilft Wärme. Ich empfehle immer feuchte Wärme. Das geht gut in die Tiefe. Also wer noch eine Badewanne zu Hause hat, dem empfehle ich ein heißes Bad zu nehmen. Und sonst ABC-Pflaster oder ähnliches, was man so zur Wärme nehmen kann für die Muskulatur. Und wenn es so ist, dass die Beschwerden hartnäckig sind und über mehrere Tage, vielleicht eine Woche schon konstant vorhanden sind, dann ist man irgendwo am Ende. Dann hilft auch nicht mehr, dass man eine häusliche Schmerzmedikation durchführt. Dann ist es sinnvoll, dass das Ganze ein Arzt, der das dann auch gut einordnen kann, wo

die Schmerzen herkommen. Und das sollte ein Arzt sein, der die konservative Behandlung gut überblickt und auch sagen kann, jetzt kann ich Ihnen da spezielle Übungen empfehlen oder Sie bekommen jetzt Termine für eine Elektrotherapie. Also solche Maßnahmen, die man ergänzend machen kann, um etwas gegen begrenzte Schmerzen zu unternehmen, die nicht begründet sind durch eine Bandscheibenveränderung oder einen Bandscheibenvorfall. Denn das ist ja oft die Sorge, die jemand hat: Ich habe einen Bandscheibenvorfall.

Daniel Bahr:

Um Ihnen genau diese Hilfe zu geben, dass Sie die Entscheidung treffen können, müssen Sie einen Arzt konsultieren oder nicht, welche Übungen sind die richtigen, haben wir mit Ihrer Hilfe, Professor Grifka, und Ihrem Team gemeinsam ein Tool entwickelt. Die Allianz gemeinsam mit Professor Grifka von der Universität Regensburg und dem Team. Wir haben die gesamte Fachliteratur zum Thema Rückenschmerzen, die es weltweit gibt, eingebaut in ein Tool. Herr Grifka hat gesagt, zunächst werden sechs einfache Fragen gestellt, um diese Red Flags, also die wirklich notwendigen, dringend notwendigen Konsultationen beim Arzt herauszufiltern und Ihnen eine Entscheidungshilfe zu geben. Das nennt sich Check My Back. Es ist auf der Internetseite allianzgegenschmerz.de. Check My Back, Englisch für "Check meinen Rücken" oder "Untersuche meinen Rücken", kann man vielleicht leicht übersetzen, in einem Wort. Dort ist die Allianz gegen Schmerz präsentiert. Sie können dort dieses Tool nutzen als Allianz Versicherte. Das Kennwort, was Sie eingeben müssen, ist "Allianz gegen Schmerz", ein Wort, alles klein geschrieben, kann man sich leicht merken. Und dann können Sie diese sechs Fragen beantworten. Wenn das notwendig ist, dass es also nicht nur ein unspezifischer Rückenschmerz ist, der vielleicht mit diesen Tipps, wie Sie es gerade formuliert haben, ein heißes Bad oder anderes zu kurieren ist, auch das steht dort, dann können Sie einen Rückruftermin vereinbaren und dann werden medizinische Experten, medizinisches Fachpersonal über eine Hotline bei Ihnen anrufen, um mit Ihnen dieses Tool noch tiefergehend zu analysieren, um eine Anamnese quasi vorzubereiten für einen Kooperationspartner. Wir haben eine Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Orthopäden und Unfallchirurgen in Deutschland gefunden unter der Schirmherrschaft von Ihnen oder der Begleitung von Ihnen, sodass wir die Ärzte dann auch empfehlen, die sich diese Zeit nehmen. Da haben wir einen speziellen Vertrag als Allianz mit diesen Ärzten geschlossen, sodass die Ärzte sich auch die Zeit nehmen, die in eine dann ausführliche Anamnese vorzunehmenden Gespräch zu führen, um dann genau diesem Grund zu ergründen, auf den Grund zu gehen, wie man so schön sagt, um herauszufinden, was ist die Ursache für Schmerz. Heute wollen wir aber auch diese Gelegenheit geben, hier im Rahmen dieser Online-Talks Fragen zu stellen. Sie haben sich eingewählt in diesem Webinar, es sind noch einige hundert gemacht. Sie können jetzt im Rahmen dieses Tools hier Fragen stellen. Ich werde aber noch mal darauf hinweisen, wenn Sie selbst ein paar Fragen sehen. Sie geben die Fragen durch, müssen das Codewort "Allianz gegen Schmerz", ein Wort, alles klein geschrieben, eingeben. Und

wenn es erforderlich ist, kriegen Sie einen Rückruf und kriegen weiter beraten. Beginnen die Fragen herein. Der Teilnehmer, eine Teilnehmerin, Herr Grifka formuliert: Guten Tag, ich muss zweimal in der Woche jeweils 300 Kilometer hin und zurück zur Arbeit pendeln. Ich leide unter mal mehr, mal weniger muskulären Verspannungen im LWS-Bereich. Haben Sie irgendwelche nützlichen Empfehlungen? Wir haben schon erste eben gegeben, aber vielleicht noch mal speziell gerade zum LWS-Bereich harmoniert.

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Also im Auto ist das natürlich noch wieder ein schwierigeres Thema. Denn da muss ich ja konstant sitzen, da bewegt sich die Umgebung, und ich muss sicher sein, muss in dem Sitz Halt haben, bin da also etwas mehr eingezwängt. Und meist ist es so, dass dann auch noch die berühmte Lendenrolle eingesetzt wird. Das ist etwas, was ich in dem Fall meiden würde. Das ist etwas tradiertes, was aber heute längst überwunden ist. Diese Lendenstütze bedeutet, dass man hier im Bereich der Lendenwirbelsäule ins Hohlkreuz kommt. Und beim Sitzen ist das etwas, was dann besonders belastet. Also achten Sie darauf, dass Sie nicht gerade diese Lendenstütze dann besonders in diesem Sitz betont haben, sondern den Sitz möglichst gerade haben. Eigentlich müssen wir abstützen im Bereich des Oberkörpers. Dann, wenn es geht, wenn Sie das machen können, stellen Sie den Sitz leicht schräg. Je aufrechter ein Sitz ist, desto mehr haben wir axiale Belastungen. Je mehr ein Sitz schräg ist, das ist natürlich nicht so wie bei einem der GT-Tourenwagen, sondern so, dass es noch verträglich ist für den Straßenverkehr, dann haben Sie auch Gewicht des Oberkörpers auf dem Sitz. Also das gibt oft etwas Erleichterung. Aber es bleibt natürlich, Sie haben lange Fahrtstrecken, und da ist wichtig, Übungen zu machen, einfache Übungen, damit man nicht schon gleich verspannt einsteigt und noch den Schmerz vielleicht des Vortrages oder wenn man schlecht gelegen hat, mit ins Auto nimmt. Und dann kommt so etwas, wo das man tatsächlich ja schon nach kurzer Strecke das Unbehagen im Rücken spürt. Aber das ist eine Trainingssache, das ist nichts, wo man jetzt Sorgen haben muss, dass an der Bandscheibe oder sonst an der Rosa etwas Gravierendes vorliegen würde.

Daniel Bahr:

Vielleicht dazu noch ein Hinweis. Ich habe eben die Seite erwähnt, wo wir das gemeinsam entwickelte Tool zur Verfügung stellen, allianzgegenschmerz.de. Und die Übungen, die Herr Professor Grifka gerade erwähnt haben, können Sie sich dort auch ansehen. An der Tafel ist eine anerkannte Physiotherapeutin. Sie arbeitet in der Klinik in Bad Abbach und ist unter anderem die Physiotherapeutin des Olympischen Teams für die nächsten Olympischen Spiele, die ja eigentlich jetzt gerade stattgefunden hätten im Sommer und verschoben werden mussten durch die Pandemie. Schade, aber Sie können davon profitieren, was Sie und Herr Professor Grifka an Know-how beim Thema Rückenschmerzen zur Verfügung haben und Ihnen in speziellen Anwendungen dann auch zeigen, was man tun kann. Also die Teilnehmerin eben, die häufig 300 Kilometer pendeln muss, vielleicht nicht während des Pendelns, aber wenn Sie sich abends oder

morgens einmal Zeit nehmen und da ein paar Übungen machen, kann das sicherlich unterstützen. Eine andere Teilnehmerin fragt hier nach Ihrer Ansicht: Sind Schmerzen immer multikausal? Man sollte diese mechanisch behandeln. Jetzt ist das hier untergegangen. Entschuldigung, multikausal, man sollte die entsprechend auch multikausal behandeln. Was sagen Sie dazu, Herr Grifka, zu der Frage, dass die Behandlung eben auch nicht so statisch sind, sondern wir können wir vielleicht nicht nur mechanisch behandeln, sondern eben auch das ganze Bild betrachten, die ganzen Ursachen auch versuchen zu ergründen?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Ja, das ist immer eine sehr breit angelegte Frage. Dahinter steckt ja die Grundsatzfrage: Ist es überhaupt der Rücken? Und natürlich können Schmerzen ausstrahlen von Organen im Bauchraum, die nah am Rücken liegen. Wir sprechen von den Organen, die so retroperitoneal, also jenseits unseres Bauchfells hinten sind: Bauchspeicheldrüse, Niere, gynäkologisches, also etwas strahlt auch in den Rücken. Das muss natürlich abgeklärt werden. Das gehört vorher abgeklärt. Also ist es wirklich Rücken oder ist es irgendwas anderes, was die Schmerzen in den Rücken projiziert? Es gibt natürlich auch übertragene Schmerzen. Das heißt, ich habe das Kreuz zu tragen, diese hartnäckigen Beschwerden, die psychische Belastung, die vielleicht dazu kommt. Aber genauso kann es natürlich auch sein, wenn ich manifeste Beschwerden habe und vielleicht über Wochen, dass ich dann eingeschränkt bin in meinen sozialen Kontakten, dass ich auch dann psychische Alterationen entwickle. Insofern geht es, es ist schon komplex und kann komplex sein. Aber deswegen braucht man den Facharzt, um zu wissen, was ist, wenn behandelt wird. Dann ist unsere Behandlung immer multimodal. Also wer ist die causa? Und jetzt geht es darum, möglichst umfassend das Ganze zu therapieren mit allen Möglichkeiten, die man hat. Und für den Patienten, den wir dann wegen solch hartnäckiger Beschwerden, auch wegen Bandscheibenvorfällen behandeln, dann ist es selbstverständlich, dass wir natürlich alles tun, um auch einen Bandscheibenvorfall zu reduzieren durch konservative Maßnahmen und nicht zu operieren. Dazu gehört im multimodalen Behandlungskonzept auch die Injektionsbehandlung. Und das sind keine Spritzen, die ins Gesäß gehen oder oberflächlich quaddeln. Das sind Spritzen, die dann in die Tiefe gehen, also an die Strukturen der Wirbelsäule, sodass man an die Bandscheibe kommt, an den Nerven kommt. Das ist aber was klassisch Stationäres. Das ist sicherlich nicht gemeint mit dieser Frage, die wir haben. Vielleicht darf ich an der Stelle noch etwas sagen zur Bandscheibe.

Daniel Bahr:

Doch, ich wollte es nur so zeigen, aber gut, in Ordnung.

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Also wenn wir diese Spritzen, die spezielle Technik, die eine stationäre Behandlung ist, mal außen vor lassen, dann ist die Schlüsselfrage für viele Patienten: Habe ich ein

Bandscheibenproblem? Und das ist etwas, damit werden wir auch konfrontiert. Wenn ein Mensch älter ist und sagt, jetzt habe ich so viel Belastung beruflich, privat gehabt, Sport getrieben, jetzt ist die Bandscheibe bestimmt kaputt. Und dazu habe ich Ihnen dieses Bild hier mitgebracht. Denn die klassischen Bandscheibenbeschwerden, die gibt es in einem Zeitfenster von etwa 20, 25 bis 50, 55 Jahre. Das erstaunt zunächst mal. Man fragt, warum? Nun ist es so, die Bandscheibe ist, Sie sehen das Bild hier eines Vierjährigen. Da ist es eine amorphe, gallige Masse. Also diese Kinder können sich in jede Richtung drehen und winden und werden nie einen Bandscheibenvorfall bekommen können, weil das ist alles gallertartig und kann sich sofort hin und her bewegen, ist nicht gefährdet. Ist man jenseits der 55, dann ist das das Bild der kritischen Bandscheiben. Also der Bandscheiben, die im Übergang sind der beweglichen Lendenwirbelsäule zu dem starren Becken. Dann ist die Bandscheibe komplett faserig strukturiert. Da gibt es keine Vorfälle mehr, da gibt es keine weichen Anteile mehr, die sich ausdrücken können, die auf die Nervenwurzel drücken können. Also kein Bandscheibenproblem seit der 55 in den unteren Lendenwirbelsäule. Etagen darüber kann es noch anders aussehen. Und das ist nun das Bild mittendrin. Das ist nicht ganz so schön reproduziert hier in dieser farbigen Darstellung. Wir haben äußeren Faserring und innen drin eine gallertartige Masse. Und das Problem ist mit Staubb Belastung, die wir haben, oder auch konstanter Positionen, etwa beim Sitzen, beim Stehen, ständiger Druck. Sie wissen, Flüssigkeit ist nicht komprimiert, physikalischer Satz. Dann führt das dazu, dass die Faserstrukturen, besonders in dem hinteren Anteil, also da, wo der Wirbelkanal ist, nach vorne gepresst werden oder auch halten operieren und sich weiches Material herausdrängen kann. Und das ist dann der klassische Bandscheibenvorfall. Diese Diagnose wird sehr, sehr häufig gestellt. Und mitunter bekommt man die schon gleich in der Kernspin-Untersuchung mit nach dem Motto, das ist ja ein Bandscheibenvorfall, da muss man was tun, wahrscheinlich operieren. Deswegen habe ich Ihnen zwei Bilder mitgebracht aus dem Kernspin, um mal zu zeigen, was ist denn überhaupt ein Bandscheibenvorfall und was ist eine Bandscheibenvorwölbung, eine sogenannte Protrusion. Denn das wird auch oft dargestellt als Bandscheibenvorfall. Ich beginne mal mit dem Vorfall. Das sehen Sie hier ganz klassisch. Das ist die unterste Lendenbandscheibe, die wir hier sehen. Ich hoffe, man kann es darstellen, vielleicht ein bisschen größer noch, wenn man es erkennen kann. Also wenn man das hier sieht, dann ist das hier die hintere glatte Kante der Wirbelkörper und der Bandscheiben in den oberen Segmenten. Und dann kommen wir in diese Region und sehen, dass da richtig dick was rausgepresst ist. Da ist also ein Faserring kaputt gegangen. Das hätte hier innen drin ist noch Flüssigkeit, genau wie da. Und da hat sich Bandscheibenmaterial verlagert in den Wirbelkanal. Und jetzt gibt's die zweite Schnittebene, die ist hier zu sehen. Da sieht man die Bandscheibe hier in diesem Anteil. Das ist der Wirbelkanal. Und da hat sich tatsächlich hier durch die Mitte so etwas hier zu dieser Seite hin das Material rausgedrängt. Das ist noch in Höhe der Etage. Das kann man konservativ in aller Regel gut hinbekommen und muss es nicht operieren. Das wäre ein Bandscheibenvorfall. Und der erklärt auch, dass Nervenwurzel gedrückt sind.

Da ist dieser große Raum des Wirbelkanals deutlich eingengt und die Nervenwurzeln werden komprimiert. Eine Protrusion sehen Sie hier. Das sehen Sie in der Etage. Es ist etwas vorgewölbt hier auch. Das geht nicht weit in den Kanal, sondern ist nur noch so im Randbereich und in der Oberfläche. Wenn man das da hinten betrachtet, dann ist das eine leichte Vorwölbung. Das ist sehr breit, aber nicht weit in den Kanal rein. Da ist der äußere Faserring noch voll erhalten. Das heißt, wenn ich hier dazu komme, dass sich die Haltung verbessere, dann kann sich dieser Bereich, der sich immer im Bereich der Bandscheibe in dem Segmenthöhe befindet, zurückziehen. Hier kann ich also vieles machen, auch an Verhaltensmaßnahmen, an Muskeltraining, um das Beschwerdebild zu bessern. Sie müssen sich immer vorstellen, wir müssen aus dem Hohlkreuz raus und die Muskulatur hilft uns dabei. Das ist unser Muskelkorsett. Und es geht gar nicht nur um die Rückenmuskulatur, sondern ganz wesentlich um die Bauchmuskulatur. Denn die sorgt dafür, dass wir aus dem Hohlkreuz herauskommen und Stabilität haben. Das gehört zusammen. Also das als Erklärung. Erschrecken Sie nicht, wenn Sie Kernspin-Diagnose sehen. Oft ist es so, dass es keine Bandscheibenvorfälle sind. Und selbst wenn es ein Bandscheibenvorfall ist, bedeutet das noch lange nicht, dass man operiert muss.

Daniel Bahr:

Das war jetzt, glaube ich, für alle sehr, sehr spannend. Ein Teilnehmer fragt zu dem Bereich ganz konkret: Was versteht man unter einer breitbasischen zirkulären Bandscheibenvorwölbung im Lendenwirbelbereich und was kann ich dagegen tun beziehungsweise wie muss ich mich verhalten? Jetzt können wir das einordnen.

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Ja, also zunächst mal ist eine Vorwölbung schon dies hier, aber dies nicht breitbasisch. Das ist so diese Protrusion. Und wenn das Ganze noch weiter geht, also ringförmig geht, das ist vor allem bei großer axialer Belastung, wenn man das anhaltend hat, dann wird die ganze Bandscheibe wie so ein Ring rausgedrückt. Man spricht auch von Waldis. Das ist die klassische Diagnose, die man dann so als Kernspin-Befund bekommt. Hierzu gilt genau dasselbe wie bei der einfachen Protrusion. Dafür sorgen, dass es nicht zu Kompressionen im Nervenbereich kommt, konservative Maßnahmen ausnutzen und vor allem ein Training, was keine axiale Stauchungen hat. Das ist das Falsche, wenn man da sagt, ich tue was für meine Fitness und jetzt werden Gewichte gestemmt. Aushängen ist gut und natürlich alles, was Rumpfmuskulatur trainiert, also auch hier so Butterfly und Ähnliches, was die Lumbalmuskulatur auch trainiert. Auf keinen Fall axiale Stauchung. Das verstärkt den Schmerz.

Daniel Bahr:

Ein paar Fragen kommen hier rein von Teilnehmerinnen und Teilnehmern noch einmal zum Thema richtiges Sitzen. Da wird gefragt, was Sie von einem Sitzball halten oder was Sie von flexiblen Bürostühlen wie dem Swopper halten.

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Also grundsätzlich ist es gut, sich zu bewegen. Aber wenn man keinen sicheren Halt mehr hat, führt das auf Dauer auch zu Überanstrengung. Und man kann nicht Stunden auf einem Sitzball sitzen, das hält kein Mensch aus. Es gibt die gute Alternative, dass Sie eine bewegliche Sitzfläche haben, die nachgiebig ist. Bei vielen Stühlen ist das, das ist, wenn Sie das einstellen wollen, auf der rechten Seite der vordere Hebel. Da können Sie die Neigung einstellen und manchmal auch die Nachgiebigkeit. Und ein Stuhl, der eine Synchronmechanik hat, der erlaubt es Ihnen, gleichzeitig mit der Sitzfläche auch etwas nachzugeben im Rückenbereich. Aber das sind diese berühmten drei Knöpfe, die keiner mehr kennt, wenn man den Stuhl gekauft hat. Also insofern, der Sitzball ist etwas sehr Schwieriges. Das geht dann so mehr, ich möchte es nicht despektierlich sagen, aber so in esoterische Richtung, was man noch alles tun kann. Sorgen Sie dafür, dass Sie sicher und bequem sitzen können. Das Sitzen als solches soll streng sein.

Daniel Bahr:

Vielleicht kommen wir noch mal dazu, was man noch alles tun kann. Hier gibt es ein paar Teilnehmer, die sich auch mit konkreten Alternativen beschäftigt haben. Eine fragt, was Sie von Akupunktur, Paradis-Kolo-Partei halten. Andere fragen auch nach Kollegen, offenbar einem Walter Tacke, einem Arzt aus Bad Krozingen, der eine eigene Technik über den von Muskeln, Sehnen und Gelenken offenbar entwickelt hat. Was sagen Sie zu solchen Methoden? Sind machen die, ist das sinnvoll, sich damit zu beschäftigen?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Ja, also grundsätzlich muss man sagen, es gibt vieles, was aus dem physiotherapeutischen Bereich kommt und was sehr gut ist. Also alles, was für eine Dehnung der Muskulatur beispielsweise sorgt, das ist ja so etwas, was auch mit Blackroll gemacht wird, also für die Faszien, die gelockert werden sollen. Das sind aber oft Wellen, das dauert einige Jahre und dann gibt es das nächste. Also insofern, wenn Sie einen guten Physiotherapeuten haben, der sich darum kümmert, der schafft, Ihre verspannte Muskulatur zu lockern, haben Sie etwas Gutes gemacht. Und die Technik überlassen Sie Ihrem Physiotherapeuten. Zur Akupunktur gibt es viele Studien und leider ist es so, dass wir bei dem spezifischen Rückenschmerz, also bei dem Schmerz, der zur Irritation des Nerven führt, keine Besserung nachgewiesen haben.

Daniel Bahr:

Dann noch eine Fachfrage eines Teilnehmers: Können Sie bitte das Zusammenwirken von ISG (Iliosakralgelenk) und Lendenwirbelsäule erklären?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Ja, das ist eine wichtige Frage. Denn wir neigen ja dazu, immer nur ganz partiell Dinge zu betrachten, also beispielsweise die Bandscheibe mit ihrem Problem. Wenn wir das aber

funktionell sehen, dann müssen wir eigentlich sprechen von der Lenden-Hüft-Region. Denn Lendenwirbelsäule, Becken und Hüften sind funktionell voneinander abhängig. Ich sage Ihnen das Beispiel, das ist auch mit so die Ursache manches Mal für eine falsche Einschätzung. Gut, 70-jähriger Patient kommt zum Arzt und klagt über Rückenschmerzen. Man sieht, wenn er steht, dass er deutlich im Hohlkreuz ist. Es erscheint auch so, als wenn er richtig einen vorgewölbten Bauch hat. Meist ist das so ein bisschen schon ein Zeichen, dass jemand, der eigentlich gar nicht übermäßig dick ist, einen vorgewölbten Bauch hat und wie so ein korpulenter Mensch erscheint. In Wirklichkeit ist die Lendenwirbelsäule massiv in der Lordose und die Ursache dafür kann sein, dass die Hüfte eine Arthrose hat und nicht mehr frei beweglich ist. Wenn wir hier stehen, dann stehen wir natürlich mit gestreckten Beinen. Wenn ich eine Hüftarthrose habe, dann ist damit immer verbunden eine Einschränkung des Bewegungsumfangs. Das heißt, man kann weniger weit beugen oder kann auch diese Rotationsbewegung weniger ausführen. Das merkt man, aber man merkt nicht, dass man das Bein nicht mehr überstrecken kann, weil man steht ja mit gestreckten Beinen. Aber was passiert denn? Wir müssen ja so stehen. Wir könnten ja nicht jetzt hier so stehen, das würden wir nicht durchhalten, also mit so gebeugten Beinen. Also was passiert? Wenn ich bei einer Arthrose des Hüftgelenkes mit Bewegungseinschränkung die Beine gerade stehen habe, dann muss natürlich kompensatorisch das Becken nach vorne geneigt werden. Wenn ich aber das Becken nach vorne geneigt habe, denn im Becken ist das Kreuzbein, deswegen dieses Kreuzdarmbeingelenk fest verankert. Da ist keine Bewegung, das ist eine Minimalbewegung, die aber nicht eine wirkliche Bewegung ist, die man messen könnte. Dann wird also mit der Vorneigung des Beckens die Lendenwirbelsäule ins Hohlkreuz gedrückt. Und nun kommt jemand zu Recht und sagt, ich habe Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Hat man schon gehört, das Hohlkreuz macht Schmerzen. In diesem Fall sind der Schmerz im Bereich der kleinen Wirbelgelenke. Mit Sicherheit findet man auch im Röntgen bei jemandem, der 70 und älter ist, Verschleißerscheinungen in diesem Bereich und ist dann geneigt zu sagen, ja, dann müssen wir die Wirbelsäule behandeln. Da gibt es ja Veränderungen, beispielsweise diese Einengungen, Facettensyndrom, die Schmerzen verursachen und übersieht dabei, dass in dem Fall die Hüfte mit der Arthrose die eigentliche Ursache ist. Also deswegen, der Zusammenhang ist wichtig, aber etwas komplex. Und deswegen ist das etwas, was man oft nicht so auf Anhieb erklärt.

Daniel Bahr:

Ganz konkrete Fragen hier. Sie sehen, es sind Teilnehmerinnen und Teilnehmer dabei, die offenbar auch schon starke Erfahrung mit Rückenschmerz gemacht haben. Eine Teilnehmerin fragt: Ich hatte nach einem Unfall vor zwölf Jahren eine Fraktur des LW3, die mit einem internen Fixateur LW2 bis 4 und einem künstlichen Wirbel behoben wurde. Ich mache Yoga, Elektromuskelstimulation EMS und die Firma ca. viermal die Woche. Gibt es trotz meiner Versteifung der Lendenwirbelsäule noch spezielle Übungen, die ich zusätzlich ausüben kann, um meinen Rücken zu kräftigen?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Nein, ich würde Ihnen nichts mehr empfehlen, denn Sie machen schon sehr, sehr viel. Wenn man bedenkt, dass Sie einen Wirbelkörper ersetzt bekommen haben und damit haben Sie die Beweglichkeit an zwei Bandscheiben, denn da muss von oben nach unten die Stabilität her. Wenn der dritte Wirbelkörper, das ist hier der dritte, ja, also 543, der dritte, wenn der gebrochen ist, dann bedeutet das, ich habe an der Lendenwirbelsäule an zwei Etagen keine Beweglichkeit mehr. Das, was Sie machen, können Sie offensichtlich. Ich würde es nicht provozieren beim Yoga, keine übermäßigen Bewegungen. Denn eine Konsequenz ist zwangsläufig, dass die Anschlussetagen, also die Bandscheibe drüber und die Bandscheibe drunter, mehr belastet werden bei allen Bewegungen, die Sie machen. Nun führt normale Belastung schon zu Verschleiß. Es kann also sein, dass diese Anschlussetagen einen übermäßigen Verschleiß erleiden. Insofern machen Sie was für Ihre Muskulatur. Das ist gut, das stabilisiert. Aber vermeiden Sie übermäßige Bewegung.

Daniel Bahr:

Eine Teilnehmerin fragt auch ganz konkret wieder: Bei mir wird vermutet, dass die Rückenschmerzen mit dem Quadratus lumborum zusammenhängen. Sehen Sie hier Behandlungsmöglichkeiten?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Ja, das ist die verspannte Muskulatur. Muskeldehnungsübungen machen, leichte Übungen.

Daniel Bahr:

Eine Frage eines anderen Teilnehmers: Welche Rolle spielt Matratze? Ich habe vor allem in den letzten Stunden im Bett leichte Schmerzen im unteren Lendenwirbelbereich.

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Ich kenne Matratze nicht. Was ist das?

Daniel Bahr:

Das sagt mir auch nichts, wahrscheinlich der Abkürzung, aber kann ich nichts anfangen.

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Wenn Sie diese Frage, die Matratze, Marco hat sie ja, aber das muss ja mal sehr gut er wollte. Da sind wir aufgeklärt. Das ist ein Thema, was ich nicht sachkundig behandeln kann. Da gibt es auch wieder viele Philosophien, ob man nun weicher oder härter oder mit Mulde oder ohne liegen kann. Das muss man individuell entscheiden. Wir sehen es auch bei unseren Patienten. Bei uns im Krankenhaus haben wir drei Härten an Matratzen. Der Patient kann sich das aussuchen, wie er am bequemsten liegt. Da gibt es deutliche Unterschiede, einfach auch vorliegen. Etwas sagen kann ich dazu, wenn bei

Halswirbelsäulenbeschwerden eine Nackenrolle genommen wird oder so ein Hörnchen. Da muss man sich wieder die Anatomie vor Augen führen. Immer der Halswirbelsäulenbeschwerden hat, der sucht ja etwas, wie er den Kopf sicher legen kann. Und wenn man dann so den Halt hier hinten hat und diese Rolle drin hat, hat man als erstes das Gefühl, jetzt habe ich eine sichere Position, aus der ich mich nicht bewege. Aber die Konsequenz davon ist, dass wir in eine Hohlwirkung der Halswirbelsäule kommen. Und da sind wir wieder bei dem Thema, was wir gerade hatten. Das ist das Ungünstigste. Dadurch werden abgehende Nervenwurzeln eingeengt und die kleinen Wirbelgelenke ineinander gestaucht. Also wenn Sie etwas für den Halt der Halswirbelsäule, für den Nacken tun möchten, dann sorgen Sie dafür, dass Sie ein kleines Kissen haben, dieses Fritzchen, was man unter das Hinterhaupt legen kann, damit Sie nicht in einer übermäßigen Hohlwölbung des Nackens sind. Also die Nackenrolle, die muss man kritisch sehen.

Daniel Bahr:

Spannende Frage von einer Teilnehmerin, die fragt: Gibt es generelle Sportarten, die gut für den Rücken sind? Eine andere Teilnehmerin fragt nach dem Schwimmen, ob das der beste Sport für die Rückengesundheit sei.

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Ja, also es kommt immer darauf an, was man wie macht. Wenn wir das Schwimmen als Beispiel nehmen, also wer jetzt extrem schwimmt, beispielsweise Delfin, kann man gleich von vornherein sagen, das zwingt mich in Haltungen, die ungünstig sind und die belasten. Beim Brustschwimmen ist in der Regel so, dass viele den Kopf im Nacken haben und erst nicht können. Also wenn man schwimmt und wenn man Wirbelsäulenbeschwerden hat, dann müsste man eigentlich Rückenschwimmen empfehlen. Das kann man ja nur ausnahmsweise machen in irgendwelchen Thermen, die dafür Stunden einrichten. Ansonsten ist Schwimmen natürlich gut. Aber denken Sie bei allem immer dran, es darf nicht bei der Bewegung oder bei der Übung und nicht danach zu Schmerzen kommen. Ja, und Gesundheitssportarten sind natürlich, wenn Sie radeln und dann möglichst aufrecht sitzen. Hier gilt wieder der ambitionierte Rennradler, muss den Kopf in den Nacken nehmen. Das ist natürlich nicht gut. Und wenn Sie beispielsweise Walking machen, wo der ganze Körper aktiv ist, ja, das sind Dinge, die absolut gut sind.

Daniel Bahr:

Noch eine konkrete Frage zu dem, was Sie gesagt hatten: Ich hatte mit 58 einen Bandscheibenvorfall, schreibt ein Teilnehmer, mit 59 einen weiteren an der gleichen Stelle. Sie sagten aber, ab 55 besteht keine Gefahr mehr für einen Bandscheibenvorfall. Wie kann das sein?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Ja, es kommt immer darauf an, wo das Ganze ist. Ich habe schon gesagt, ist die untere Lendenwirbelsäule, also dieser untere Bereich, der am meisten betroffen ist. Und natürlich gibt es auch individuelle Unterschiede. Also es kann durchaus sein, dass jemand noch jugendlichere Bandscheiben hat, noch Flüssigkeitsfüllungen in diesem Bereich hat und deswegen auch einen Bandscheibenvorfall da entwickelt. Aber Sie dürfen das als Orientierung nehmen zwischen 20 und 55, das klassische Alter. Und alles, was darüber, darunter ist, ist schon seltener. Dann kann es nur im oberen Etagen passieren. Das ist immer möglich. Da können Sie auch noch mit über 70 einen Bandscheibenvorfall entwickeln. Das ist eben kein Wetterwinkel, sondern da sind die Bandscheiben weniger belastet und weniger zermürbt als in den Übergang.

Daniel Bahr:

Wir haben noch ganz viele Fragen, aber die Zeit läuft uns auch ein bisschen. Ich warte noch mal eine ganz konkrete Frage, die eine Teilnehmerin hat: Was ist das beste Vorgehen bei einer Spondylitis und gleichzeitigen Bandscheibenvorfall?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Spondylitis heißt Arthrose im Bereich der Wirbelkörper. Dabei kann es dazu kommen, dass sich wie immer bei der Arthrose knöcherne Randwülste bilden, die einengen. Und eine solche Bandscheibenveränderung ist meist eine Vorwölbung. Das ist weniger ein Bandscheibenvorfall. Aber das müsste man sich im jeweiligen Einzelfall ansehen. Das ist ein typischer Fall, wo man sagt, das ist jetzt nicht so generell zu beantworten, sondern das sollte man ganz spezifisch durchgehen. Denn es ist oft so, dass diese Verschleißerscheinungen, die wir alle haben, gar nicht die Ursache für die Beschwerden sind und deswegen auch nicht so im Fokus stehen müssten, sondern auch diesmal fixiert, wenn man es im Röntgenbild oder im Kernspin sieht.

Daniel Bahr:

Ein Teilnehmer fragt auch beim Sport. Er hat für sich das Stand-Up-Paddling entdeckt. Ist das schädlich oder gut?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Also jede Bewegung ist gut. Und wenn Sie das aufrecht machen, auch wenn Sie Kraft einseitig einleiten oder auch golfen, selbstverständlich kann man das machen. Man sollte halt nur für Ausgleich sorgen.

Daniel Bahr:

Eine letzte Frage eines Teilnehmers: Ein Teilnehmer hat auf meine angeborene Behinderung, kein linker Arm. Mit welchen Übungen kann er seine angeborene Behinderung, also den fehlenden linken Arm, ausgleichen, um den Rücken zu entlasten?

Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka:

Ja, bei solchen Veränderungen ist es zwangsläufig so, dass sich die Wirbelsäule verändert, also seitlich verbogen ist. Es fehlt ja eine Gewichtsbelastung für die Wirbelsäule. Das heißt, der Arm ist schwerer als die Seite, die den Defekt hat. Und entsprechend muss man dafür sorgen, dass man aus dieser Schiefhaltung herauskommt. Da ist das Wichtigste, dass man die Rückenmuskulatur gezielt trainiert und dieser Schiefhaltung entgegenwirkt.

Daniel Bahr:

Sie sehen, das waren ganz allgemeine Fragen, jetzt mal ganz spezielle Fragen, offenbar auch von Menschen, die schon viel Erfahrung im Thema Rückenschmerz gemacht haben. Wir haben beiden Fragetypen hier Raum gegeben. Ich glaube, ich habe nicht zu viel versprochen, meine Damen und Herren, mit Herrn Professor Grifka hier die Koryphäe in Deutschland für das Thema Rückenschmerz engagiert zu haben. Er ist seit vielen Jahren jetzt unser Kooperationspartner. Wir arbeiten eng zusammen. Ich möchte deswegen am Ende auch noch mal auf das Tool hinweisen, was wir gemeinsam entwickelt haben für den Rückenschmerz-Check.de, der Internetseite aufzurufen, das Kennwort "Allianz gegen Schmerz", ein Wort, alles klein geschrieben. Und Sie können, wenn Sie akute Beschwerden haben, dort die einfachen Fragen durchgehen und gegebenenfalls auch einen erforderlichen Rückruf bekommen. Wir haben die Kooperation mit Orthopäden und Unfallchirurgen, da nicht alle vielleicht den direkten Zugang und auch durch die räumliche Entfernung schaffen zu Ihnen, Herr Professor Grifka. Mit denen haben wir vereinbart, diese Qualitätskriterien, wie Sie, Herr Grifka, beschrieben haben, was man macht, vor allem haben wir vereinbart, dass die sich auch Zeit für die sprechende Medizin nehmen, dass hier also genau das machen, sich mit Ihnen hinsetzen. Sie kriegen bevorzugte Termine, wenn Sie akute Probleme haben, wenn es erforderlich ist, einen Arzt zu sehen. Und dann können Sie dort Ihre Situation schildern. Er nimmt sich die Zeit und sucht das richtige Angebot. Also besuchen Sie die Seite. Ich bedanke mich bei Ihnen, Herr Grifka, dass Sie sich die Zeit genommen haben, hier Rede und Antwort zu stehen. Ich glaube, das war ganz interessant. Ich habe erste Rückmeldungen von Teilnehmern bekommen. Ich freue mich, dass Sie dieses exklusive Seminar, was Sie als unsere Versicherten in den Beihilfetarifen exklusiv heute gehabt haben. Wir wissen gar nicht, in den letzten Wochen und Monaten war es für viele sehr anstrengend. Das Thema Home-Office besprochen, das war für alle sicherlich auch eine besondere psychische Belastung. Da das Thema Schmerz vielleicht nochmal akuter geworden ist, Sie sehen es in Ihren Zahlen. Wir wissen das aber auch, das wegen Untersuchungen war für uns Anlass, für Sie exklusiv diesen Online-Talk zu führen. Das große Interesse an Fragen, die große Teilnahme bestätigt das, das freut uns sehr. Wir werden immer wieder auch Ihnen als unseren Versicherten solche exklusiven Online-Talks anbieten. Besuchen Sie auch unsere Gesundheitswelt auf gesundheitswelt.allianz.de. Damit viele weitere Themen und viele weitere Tipps. Und freue ich mich, wenn Sie das nächste Mal wieder hier dabei sind und Ihre Fragen stellen können oder wenn Sie akute Beschwerden haben, auch unser gemeinsam entwickeltes

Online-Tool nutzen. Alles Gute für Sie, bleiben Sie gesund und noch einen schönen Rest Sommer wünsche ich Ihnen hier aus München.