



# PRESSE-SERVICE

## Physikalische Medizin und Rehabilitation

### Immer mehr Kinder mit motorischer Leistungsschwäche

DGPMR: Zu wenig Sport begünstigt spätere chronische Rückenschmerzen

**Eine Querschnittuntersuchung von 200 bayerischen Schulkindern hat aufrüttelnde Ergebnisse gebracht: Die Kinder bewegen sich insgesamt viel zu wenig. Körperliche und motorische Leistungsschwächen sowie Wirbelsäulenfehlhaltungen nehmen zu – Voraussetzungen für chronische Rückenschmerzen im Erwachsenenalter, prognostiziert die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR).**

Getestet wurde das motorische Leistungsvermögen von 200 Schülern zwischen 12 und 14 Jahren, insbesondere Kondition, koordinative Fähigkeiten, Form und Beweglichkeit der Wirbelsäule. „Die Aufgaben bestanden aus einem sportwissenschaftlichen Fitnessstest mit Ballprellen, Zielwerfen, Rumpfbeugen, Hochsprung aus dem Stand, Stufensteigen, außerdem

verschiedenen Tests zu Gleichgewicht, Koordination, Rumpfkraft sowie Beweglichkeitsmessungen der Wirbelsäule“, erläutert Studienleiterin und Sportwissenschaftlerin Dr. Meike Küster.

Die Ergebnisse waren ernüchternd. „Insgesamt bewegten sich die untersuchten Schul Kinder viel zu wenig“, so Dr. Küster. Bei der Mehrzahl (57 Prozent) waren die Leistungen gerade einmal „befriedigend“. Die Bewertungen „gut“ oder „sehr gut“ kamen kein einziges Mal vor. Kinder, die viel Sport trieben, schnitten in allen konditionellen und koordinativen Fähigkeiten sehr viel besser ab. Ihre Wirbelsäulen waren beweglicher und wiesen kaum Fehlhaltungen auf. Entscheidend war auch das sonstige Freizeitverhalten: Kinder, die überdurchschnittlich lange vor dem Fernseher oder dem Computer sitzen, hatten deutlich schlechtere Werte



sowohl in der Motorik als auch in Bezug auf die Wirbelsäule. Als weiterer wichtiger Negativ-Faktor erwies sich Übergewicht, unter dem jedes fünfte Kind und jeder dritte Heranwachsende leidet.

Vergleiche mit ähnlichen früheren Untersuchungen ergaben, dass die körperlichen und motorischen Leistungsschwächen ebenso wie Wirbelsäulenfehlhaltungen bei Kindern *weiter auf Seite 4*

### Tinnitus – Halswirbelsäule spielt größere Rolle als vermutet

DGPMR: Patienten sollten sich auf jeden Fall chirotherapeutisch untersuchen lassen

**Stress gilt als Hauptauslöser für Störungen des Hörapparats wie Tinnitus, Hörsturz und Morbus Menière. Eine weitere Ursache ist bisher möglicherweise nicht ausreichend beachtet worden: die Halswirbelsäule, so die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR). Darauf lassen Ergebnisse einer Studie mit 200 HNO-Patienten schließen. Eine chirotherapeutische und krankengymnastische Behandlung könnte vielen Tinnitus-Geplagten Hilfe bringen.**

Der Zusammenhang zwischen Tinnitus und Störungen im Halswirbelsäu-

lenbereich ist größer als bisher vermutet. Darauf weisen die Ergebnisse der Studie von Privatdozentin Dr. Annett Reißhauer von der DGPMR hin. Von April 2002 bis März 2003 wurden rund 200 Tinnitus-Patienten der HNO- und Tinnitustagesklinik der Berliner Charité zusätzlich von Rehabilitationsmedizinern untersucht. „Wir haben uns gezielt die Beweglichkeit der Halswirbelsäule angeschaut und festgestellt, dass diese bei der Mehrzahl der Patienten eingeschränkt war“, berichtet Dr. Reißhauer. Untersucht wurde die Halswirbelsäule insgesamt, aber auch die Beweglichkeit der einzelnen Segmente, der Übergangsbereich zwischen Hals

und Brustkorb, die oberste Rippe sowie Muskeln in diesen Bereichen.

„Wir konnten herausfinden, dass eine genauere Untersuchung der Halswirbelsäule in der Regel sehr aufschlussreiche Ergebnisse bringt“, ergänzt Dr. Kirsten Mathiske-Schmidt von der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation der Charité. „Der Zusammenhang zwischen Störungen des Hörapparats und der Halswirbelsäulenbeweglichkeit ist so offensichtlich, dass jeder Tinnitus-Patient auf jeden Fall auch manualmedizinisch im Halswirbelsäulenbereich untersucht werden sollte. Dafür *weiter auf Seite 3*



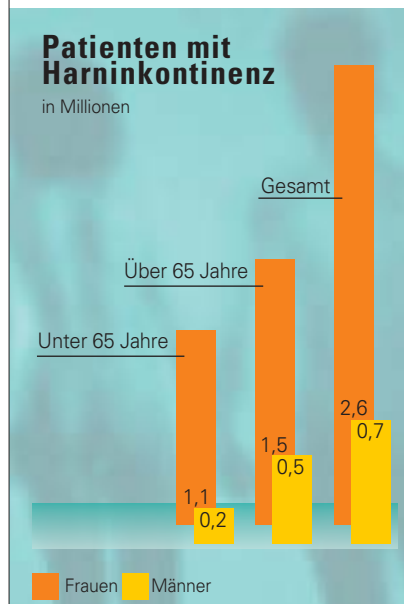
## Training statt Höschenwindel

DGPMR: Inkontinenz mit natürlichen Therapien behandeln – Beckenbodengymnastik allein ist aber zu wenig

Mit natürlichen Therapien lässt sich Harninkontinenz in vielen Fällen gut in den Griff bekommen, berichtet die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR). Vielen Patienten könnten so Medikamente, Einlagen, Inkontinenzslips und Operationen erspart bleiben. Wichtig ist vor allem, auch die allgemeine Kondition zu verbessern, so die DGPMR.

Inkontinenz ist kein Schicksal. „Bei vielen Patienten, die erstmals mit Blaseschwäche konfrontiert sind, entsteht der Eindruck, dass sie das Problem hinnehmen und lernen müssen, mit Einlagen, Inkontinenzslips oder Windelhosen zu leben“, beobachtet Privatdozentin Dr. Ines-Helen Pages von der DGPMR. „Die Physikalische und Rehabilitative Medizin sieht das jedoch anders. In vielen Fällen bekommen wir Inkontinenz mit natürlichen Therapiemethoden in den Griff.“ Dazu zählen vor allem Bewegungstherapie, Elektrostimulation, Reflexzonenmassagen, Akupunktur und Wärmebehandlungen. Dabei sind zwei Dinge wichtig: Erstens nicht nur einseitig den Beckenboden im Blick zu haben und zweitens die aktive Mitarbeit des Patienten.

Zwar spielt bei Inkontinenz die nachlassende Spannkraft der Beckenbodenmuskulatur die wichtigste Rolle. Der Reha-Arzt (Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, PRM) betrachtet



jedoch nicht nur diesen Bereich. Atmung, Gang, Haltung – die gesamte skelettäre und muskuläre Situation eines Patienten muss bei Inkontinenz einbezogen und, wenn nötig, korrigiert werden *weiter auf Seite 3*

## Ursachen: Inkontinenz ist (k)eine Frage des Alters

Wo ist die nächste Toilette? Diese qualende Frage verfolgt 3,3 Mio. Menschen in Deutschland auf Schritt und Tritt. Sie leiden unter Blaseschwäche.

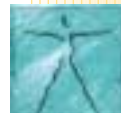
Die Zahl wird mit der Überalterung der Gesellschaft noch deutlich zunehmen. Doch auch 1,3 Millionen Menschen unter 65 sind derzeit betroffen, so die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR): Die 45-jährige Lehrerin beispielsweise, die es in jeder Unterrichtsstunde kaum bis zur Pause aushält. Der 56-jährige Abteilungsleiter kommt jeden Morgen gerädert ins Büro, weil er bis zu fünf Mal pro Nacht raus muss – meist mit nur geringem Erfolg. Die übergewichtige 28-Jährige fürchtet sich vor jedem Niesen oder Husten – unfreiwillig geht dann etwas „in die Hose“. Dr. Ines-Helen Pages: „Mit steigendem Alter nimmt die Harninkontinenz zu, bei den über 65-jährigen Frauen sind 15 Prozent betroffen. Doch auch jüngere Menschen, vorrangig Frauen, kennen das Problem, insbesondere bei Übergewicht und nach Schwangerschaften.“

Harninkontinenz kann unterschiedliche Formen aufweisen, informiert die DGPMR. Während manche Patienten stündlich zur Toilette müssen, ohne dass es sich wirklich lohnt (Reizblase), kommt bei anderen der Harndrang so überfallartig, dass sie oft das ersehnte Ziel nicht mehr rechtzeitig erreichen (Dranginkontinenz) oder beim Husten, Niesen, Heben, Treppensteigen und Sporttreiben leicht Urin verlieren (Stress- oder Belastungsinkontinenz). Die möglichen Ursachen sind Abschaffung oder Überempfindlichkeit der Blasenmuskulatur, Diabetes, Medikamenteneinnahme, Altersdemenz, Blasenentzündungen, -steine, -fisteln und -tumoren. Dr. Pages: „Art und Ursache der Inkontinenz sollten durch einen Gynäkologen, Urologen oder anderen Fachkollegen abgeklärt werden. Um eine Operation zu verhindern oder hinauszuzögern, sollte ein Reha-Arzt einen Blasen-Rehabilitationsplan erstellen und entsprechende Physiotherapie veranlassen.“

## Therapien: Von Biofeedback bis Moorpackung

Bei Inkontinenz empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) verschiedene Therapiemethoden: Dazu zählt neben **Krankengymnastik** und **Beckenbodentraining** auch die **Elektrotherapie**, die hauptsächlich sinnvoll ist, wenn die Beckenbodenmuskulatur stark erschlaft ist und erst einmal reaktiviert werden muss. Unterstützend zur Bewegungstherapie kann eine **Biofeedback**-Behandlung hinzukommen. Der Patient führt dabei bestimmte Bewegungsübungen aus und erhält über Körperhöhlen-Messsonden, die vaginal oder rektal eingeführt werden, ein Feedback, ob die beabsichtigte Wirkung

erzielt wird, etwa in Form von Signal-tönen oder Kurvenverläufen auf einem Computerbildschirm. Er hat somit eine ständige Kontrolle über den Bewegungsablauf und kann sich entsprechend korrigieren; er wird motiviert und macht die Übungen noch effektiver. Bewegungstherapie mit Biofeedback hat sich als sehr erfolgreiche Therapiekombination bewährt. Auch alternative Therapien wie **Bindegewebsmassagen**, **Fußreflexotherapie**, **Akupunktur** und **Wärmebehandlung** empfiehlt die DGPMR. Hier zeigen **Moorpackungen** sowie **Thermal- und Sitzbäder mit Schafgarbe** positive Effekte und verbessern die lokale Durchblutung.



Fortsetzung von Seite 2

## Training statt Hörschenwindel

den, fordert die DGPMR. „Eine schlaffe Haltung, die oft bei Inkontinenten zu beobachten ist“, erläutert Dr. Pages, „verhindert eine gute fließende Atmung, erhöht den Druck im Becken-Bauch-Raum und belastet die Muskulatur.“

Die Patienten müssen vor allem selbst aktiv werden: Sie müssen unter fachlicher Anleitung regelmäßig funktionelles muskuläres Training sowohl des Beckenbodens als auch der Bauch- und Rumpfmuskulatur betreiben. „Der

erste Schritt ist eine Verbesserung der Muskelkraft und der allgemeinen Kondition sowie bei Übergewichtigen eine konsequente Gewichtsreduktion und -kontrolle“, so Dr. Pages. „Überflüssige Pfunde üben eine gewaltige Druckbelastung auf den Unterbauch aus. Daher ist es für Menschen mit Übergewicht besonders wichtig vorzubeugen, bevor sich erste Inkontinenz-Erscheinungen einstellen.“

Die DGPMR empfiehlt zur allgemeinen Konditionierung ein Training von zwei bis drei Mal wöchentlich 45 Minuten in Ausdauersportarten wie Schwimmen, Wandern, Walking oder Fahrradfahren sowie ein Mal wöchentlich Sau-

na. Hinzu kommt die „sensomotorische Schulung“. Viele Menschen haben verlernt, ihre Muskeln bewusst und gezielt einzusetzen. Nur etwa 60 Prozent sind dazu in der Lage. Daher gilt es zunächst, das Muskelgefühl wiederzuerlangen. Die Patienten müssen das Sich-Erspüren lernen, das heißt das richtige Anspannen und Entspannen der Muskulatur. Dr. Pages: „Nur Beckenbodengymnastik mit Standard-Übungen zu machen, ist zu wenig. Der Reha-Arzt muss zuerst ganz individuell einen Befund erheben und einen Rehabilitationsplan erstellen. Danach richtet sich die Auswahl der für den einzelnen Patienten geeigneten Therapie.“

Fortsetzung von Seite 1

## Tinnitus ...

haben wir einen standardisierten Dokumentationsbogen entwickelt.“ Werden auf diese Weise Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule oder muskuläre Veränderungen diagnostiziert, so macht es Sinn, die herkömmliche Tinnitus-Therapie durch eine manualtherapeutische Behandlung der Halswirbelsäule zu ergänzen, empfiehlt die DGPMR. Dr. Reißhauer: „Viele Patienten halten ihren chroni-

schen Tinnitus vor allem für psychisch bedingt und unheilbar. Sollte er jedoch wichtige körperliche Ursachen haben, was auf Grund unserer Studienergebnisse nicht unwahrscheinlich ist, könnte die manuelle Therapie in vielen Fällen eine erhebliche Verbesserung bewirken.“



## Stichwort: Manuelle Therapie (Chirotherapie)

**Tinnitus ist ein zunehmend wichtiger Bereich, bei dem die manuelle Therapie zum Einsatz kommt. Ihr Kerngebiet liegt in Funktionsstörungen des Bewegungsapparats.**

Schmerzen und Bewegungseinschränkungen

an Wirbelsäule, Armen und Beinen, Taubheits- und Kribbelgefühle, Kopf- und Nackenschmerzen sind klassische Fälle für die manuelle Therapie, die in Deutschland bekannter unter der Bezeichnung Chirotherapie ist. Bei der Behandlung geht es nicht nur um das berühmte „Einrenken“, sondern um das vorsichtige Mobilisieren, Impulsgeben, Be- und Entlasten von Gelenken. Auch die Muskulatur wird durch spezielle Druck- und Grifftechniken aktiviert. Gemeinsam ist allen Techniken, dass sie – wie die Bezeichnung „manuell“ schon sagt – mit den Händen ausgeführt werden. Es kommen aber auch Trainingsgeräte zum Einsatz. Der manuellen Therapie sollte eine manuelle Diagnostik vorausgehen, beides wird von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) durchgeführt.

## Stichwort: Tinnitus

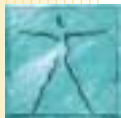
**Dysfunktionen im Bereich der Halswirbelsäule galten bisher eher als untergeordnete mögliche Ursache für Tinnitus, das undefinierbare Ohrklingeln, -sausen, -zischen und -pfeifen.**

Die Selbsthilfeorganisation Deutsche Tinnitus-Liga schätzt die Anzahl der aktuell von Tinnitus Betroffenen auf knapp drei Millionen Bundesbürger, das entspricht vier Prozent der Gesamtbevölkerung. 1,5 Millionen Menschen werden durch die Ohrgeräusche mittelschwer bis hin zur Unerträglichkeit beeinträchtigt. Bei ihnen ist der Tinnitus chronisch.

Tinnitus ist, wie Schmerz, ein Symptom und keine Erkrankung an sich. Daher kann einerseits zwar das Symptom behandelt werden, zum Beispiel durch Ohrgeräte, Klangkissen, CDs usw., die Geräusche ausstrahlen, mit denen das Klingeln über-

tönt wird. Ebenso wichtig ist jedoch die Diagnose und Behandlung der Ursachen. Diese sind aber noch weitgehend unklar. Neben Lärm spielen psychologische Faktoren wie Stress eine bedeutende Rolle. Die aktuelle DGPMR-Studie lässt vermuten, dass Probleme mit der Halswirbelsäule oder im Bereich der Kiefergelenke und Kaumuskelatur einen großen Einfluss haben.

Tinnitus gilt als „Zivilisationskrankheit“, die durch ein immer schnelleres und reizüberflutetes Leben begünstigt wird. War die Erkrankung bis in die 80er Jahre noch nahezu unbekannt, spricht die Deutsche Tinnitus-Liga von Zuwachsraten von inzwischen 270.000 Betroffenen mit chronischem Tinnitus pro Jahr. Auf Grund der Komplexität der möglichen Ursachen befassen sich zunehmend auch Disziplinen wie die Physikalische und Rehabilitationsmedizin mit dem Phänomen.



# Arm in der Schlinge? Vorsicht Schultersteife!

Frozen Shoulder: Jede Bewegung bringt höllische Schmerzen

**Schmerzen, die so qualvoll werden, dass jegliche Bewegung vermieden wird – das ist das Merkmal der schmerzhaften Schultersteife. Wer nach einem kleinen Unfall seinen Arm in der Schlinge trägt oder ruhigstellt, sollte die Schulter – unter fachärztlicher Aufsicht – immer wieder bewegen. Sonst droht oft die Gefahr einer „Frozen Shoulder“, so der Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte.**

Bewegungen des Oberarmes schmerzen, und das immer heftiger, bis schließlich jede Regung des Schultergelenks vermieden wird. Der Patient kann nicht einmal mehr in seine eigene Hosentasche greifen. Erst schmerzen nur Bewegungen, dann auch Arm und Schulter in Ruhestellung. „Vor allem nachts leiden die Patienten ungemein, weil sie keine schmerzfreie Position zum Schlafen mehr finden“, berichtet Dr. Jean-Jacques Glaesener, Vorsitzender des Berufsverbands der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte. Die Symptome treten häufig einige Zeit nach einer Verletzung oder einer Operation im Schulterbereich, manchmal aber auch ohne äußere Ursache auf, besonders bei

älteren Erwachsenen. Der international übliche englische Begriff „Frozen Shoulder“ bezeichnet die totale Versteifung und Erstarrung der Schulter, die letztendlich droht.

Die Schonhaltung, die die Patienten wegen ihrer starken Schmerzen einnehmen, macht alles noch schlimmer: Auch wenn der Schmerz mit der Zeit wieder abnimmt – die Schulter wird immer steifer. Die Gelenkkapsel schrumpft, und schließlich lässt sich die Schulter gar nicht mehr bewegen. „Das große Problem bei der Therapie ist, dass – egal wie weit die Schultersteife schon vorangeschritten ist – die Schulter durch Krankengymnastik intensiv bewegt werden muss“, erläutert Dr. Glaesener. „Viele Patienten tun es jedoch aus Angst vor Schmerzen nicht. Deswegen ist es wichtig, zuallererst den Schmerz zu behandeln und die Schulter unablässig zu mobilisieren – allerdings immer im schmerzfreien Bereich. Alles, was darüber hinausgeht, führt zu einem Abbruch der Therapie, weil es die Patienten vor Schmerzen nicht aushalten.“

Die Schmerztherapie erfolgt in der Regel zunächst durch generalisiert wirkende Schmerzmittel, Mittel zur Muskelentspannung und zur Entzündungshemmung – bis hin zur Injektion direkt in die Schulter. „Patienten, die diese Maßnahmen ablehnen, tun sich

## Ein Symptom – viele Ursachen

**Was letztendlich eine Frozen Shoulder auslöst, ist nicht eindeutig geklärt.** Neben einer Verletzung oder Operation in der Schultergegend mit anschließender Ruhigstellung können auch eine Sehnenentzündung, Verkalkungs- oder Verschleißerscheinungen, eingeklemmte Muskeln, Sehnen- oder Muskelrisse, eine Schleimbeutelentzündung oder auch Rheuma eine Schulterversteifung zur Folge haben, so der Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte. Verbandsvorsitzender Dr. Glaesener: „Auch hormonelle, Blutzucker- oder Fettstoffwechselstörungen können eine unspezifische Entzündung der Gelenkschleimhaut bewirken, die meist den Beginn einer schmerzhaften Schultersteife markiert. Wenn auch kein Ursachenzusammenhang nachweisbar ist, so tritt eine Frozen Shoulder jedoch bei Diabetikern gehäuft auf.“

keinen Gefallen“, so Dr. Glaesener. „Erst wenn der Schmerz ausgeschaltet ist, kann eine weitere Versteifung der Schulter durch Krankengymnastik verhindert werden.“ Auch physikalische Therapiemethoden wie Elektrotherapie, Rotlicht-Wärmestrahlung und Akupunktur können entkrampfend und Schmerz lindernd wirken.

### Impressum

#### Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)

Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte e.V.

Gemeinsame Geschäftsstelle:  
Prof. Dr. med. Lothar Beyer  
Westbahnhofstraße 2, 07743 Jena  
Tel./Fax: 0 36 41 / 62 21 78

Internet: [www.dgpmr.de](http://www.dgpmr.de)  
[www.bvprm.de](http://www.bvprm.de)

#### Verantwortlich für den Inhalt:

Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner (DGPMR)  
Dr. med. Jean-Jacques Glaesener (Berufsverband)

#### Konzept und Produktion:

impressum Publikation und PR, Hamburg

**Abdruck der Texte und Grafiken honorarfrei bei Angabe der Quelle DGPMR.**

**Die Texte und Grafiken stehen zum Download im Internet:**  
[www.dgpmr.de](http://www.dgpmr.de) / [www.bvprm.de](http://www.bvprm.de)

### Fortsetzung von Seite 1

## Immer mehr Kinder mit motorischer Leistungsschwäche

ter zugenommen haben. Heute weisen bis zu 60 Prozent der Heranwachsenden Haltungsschwächen auf, jeder Dritte zwischen 7 und 17 Jahren klagt über Kopf- und Rückenschmerzen. Prof. Dr. Wolfgang Beyer von der DGPMR, der die Studie betreute: „Chronischer Rückenschmerz, bereits heute eine ‚Volkskrankheit‘ bei Erwachsenen, dürfte angesichts solcher Untersuchungsergebnisse in Zukunft noch häufiger auftreten. Vor diesem Hintergrund ist die Rolle des

Schulsports nicht hoch genug einzuschätzen. Durch ein breites Angebot an Schulsport können sehr viel mehr Kinder erfahren, wie die Lebensqualität durch sportliche Aktivität zunimmt. Kinder müssen durch Schulsport positive Körpererfahrungen sammeln können. Dann sind sie motiviert, sich auch außerhalb des Schulsports viel zu bewegen.“ Die Eltern tragen mit ihrem Freizeitverhalten ebenfalls eine große Verantwortung: Treiben sie Sport und bewegen sich gerne, wird auch das Kind durch diese Einstellung geprägt. Empfehlung der DGPMR: Kinder sollten sich täglich mindestens 45 Minuten lang sportlich bewegen – das ist die beste Prophylaxe gegen spätere Rückenschmerzen.