

PRESSE-SERVICE

Physikalische Medizin und Rehabilitation

Tennisarm wird immer mehr zum Heimwerker-Arm

Verband der Reha-Ärzte: Nicht zu früh operieren – Stoßwellentherapie ist umstritten

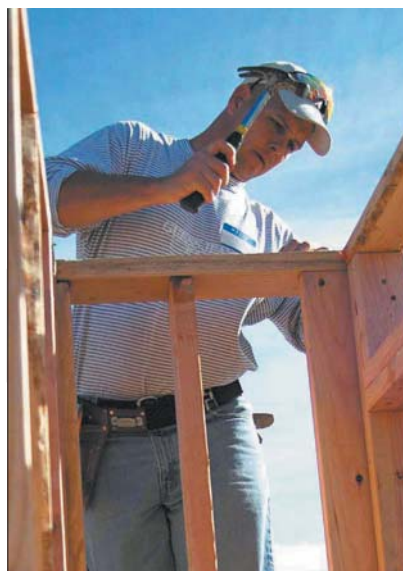
Bei der Behandlung eines Tennisarmes sollte die Operation immer die allerletzte Maßnahme sein und Ausnahme bleiben, teilt der Berufsverband der Rehabilitationsärzte mit. Zu häufig werden physikalische und rehabilitative Therapiemaßnahmen nicht voll ausgeschöpft. Mit diesen kann ein Tennisarm fast immer auf nicht-operativem Wege geheilt werden.

Tennisarme entstehen heute immer weniger beim Tennis, sondern vor allem durch sporadisches, aber exzessives Heimwerken. „Durch veränderte Schlagtechniken und verbesserte Materialien laufen Tennisspieler immer seltener Gefahr, sich solch eine Entzündung der Muskulatur im Ellenbogenbereich zuzuziehen“, beobachtet der Vorsitzende des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte, Dr. Jean-Jacques Glaesener. „Viel häufiger kommen Büromenschen zu uns, die zum Beispiel das Selbstbau-Set für einen Gartenschuppen aus dem Heimwerkermarkt geholt und an einem einzigen Wochenende aufgebaut haben.“

Die Überbeanspruchung des Unterarms durch stundenlanges Hämmern, Tackern und Schrauben, auch durch Holzspalten oder andere kraftvolle Zupack-Bewegungen, ist bei ungeübten Menschen eine der Hauptursachen für den Tennisarm – der damit zunehmend zum „Heimwerker-Arm“ mutiert. Männer sind denn auch häufiger von dem Leiden betroffen als Frauen.

Händeschütteln, Flaschenöffnen bereitet Schmerzen

Viele Patienten versuchen zunächst, den Schmerz zu ignorieren, bis schließlich auch Alltagsverrichtungen – Händeschütteln, Flaschenöffnen, nach Gegenständen greifen – nur noch unter teils heftigen Schmerzen möglich sind, die bis in den Unterarm oder in den Hals ausstrahlen können. Eine Operation, bei der die Handgelenksstrecksehne teilweise eingekerbt wird, ist zwar möglich. „Dies sollte jedoch immer die allerletzte Lösung sein“, stellt Reha-Arzt Dr. Glaesener klar. „Selbst wenn der Patient erst spät ärztliche Hilfe sucht, lässt sich ein Tennisarm mit phy-



Exzessives Hämmern, Schrauben und Bohren kann vor allem bei Ungeübten mit einem schmerzhaften „Tennisarm“ enden

sikalischen und rehabilitativen Therapien schonend behandeln und der Schmerz relativ schnell reduzieren.“

Eine der populärsten Methoden bei der Behandlung eines Tennisarmes ist inzwischen die Stoßwellentherapie. Dabei wird der gereizte Sehnenansatz mit kurzen Schallimpulsen von sehr hoher Energie „beschossen“. Der Tennisarm zählt zu den Standardindikationen für diese Therapieform. Dennoch ist der Verband der Reha-Ärzte skeptisch: „Trotz ihrer sprunghaft an-

weiter auf Seite 2



Herzkranken Männern macht Kälte, Frauen Hitze mehr zu schaffen

DGPMR: Herzpatienten reagieren sensibel auf das Wetter – Veränderungen wirken sich aber unterschiedlich aus

Wenn das Wetter Kapiolen schlägt, sind Herzpatienten nicht nur wetterföhlicher, sondern oft konkret gefährdet. Dies bestätigt eine Studie an 870 Reha-Patienten. Veränderungen bestimmter Wetterwerte erhöhen das Risiko erneuter Herzkrisen, teilt die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) mit. Dabei gibt es große Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Etwa 30 bis 55 Prozent aller gesunden Deutschen sind der Ansicht, dass das Wetter ihre Gesundheit beeinflusst. Bei Frauen und älteren Menschen liegt der Anteil noch höher. Zu den Symptomen gehören eher allgemeine Befindlichkeitsstörungen. Anders bei Herzpatienten: „Hier beeinflussen Wetterfaktoren die Herzfunktionen zum Teil dramatisch“, erläutert Prof. Angela Schuh von der DGPMR. „Das

Risiko einer Unterversorgung des Herzens mit Sauerstoff und damit die Gefahr eines Infarkts ist bei bestimmten Wetter- und Temperaturverhältnissen stark erhöht, wenn die Patienten körperlichen Belastungen ausgesetzt sind.“

In der Studie mit 870 Patienten während eines Reha-Aufenthalts in Timmendorfer Strand wurden Werte

weiter auf Seite 2



Fortsetzung von Seite 1

Tennisarm...

gestiegenen Anwendung in den letzten zehn Jahren gibt es immer noch kaum gesicherte wissenschaftliche Nachweise für den therapeutischen Nutzen“, kritisiert Dr. Glaesener.

Da die Schmerzursache – der Entzündungsbereich – unmittelbar unter der Haut am Knochenvorsprung liegt, eignen sich gezielte Massageformen sehr gut, zum Beispiel die so genannte tiefe Quersfraktion der Sehne. Unterstützt wird dieser Prozess durch eine entzündungshemmende Salbe, die noch intensiver einwirkt, wenn zusätzlich Ultraschall (Ultraphonophorese) oder elektrischer Strom (Iontophorese) eingesetzt wird. Darüber hinaus sollten auch das Handgelenk und die Halswirbelsäule physiotherapeutisch behandelt, und, zunächst noch unter Anleitung des Reha-Arztes, Eigendehnübungen der Handgelenksstrecker- und Muskulatur

begonnen werden. Reicht dies noch nicht aus, kann auch eine gezielte Cortison-Injektion in den Sehnenansatz helfen. Dr. Glaesener: „Alle diese Maßnahmen zeigen in den meisten Fällen schnell Wirkung und bringen die Beschwerden zum Abklingen – ganz ohne Operation, Narkose, Gips und Arbeitsausfall.“

Blinkwinkel des Reha-Arztes

Wichtig ist auch, dass der Arzt im Zusammenhang mit einem Tennisarm-Syndrom immer die Halswirbelsäule mit untersucht. Nach einem Bandscheibenvorfall etwa können durch verkrampte Muskulatur ganz ähnliche Schmerzen beim Greifen und Zupacken entstehen. Dr. Glaesener: „Hier hat der Reha-Arzt den umfassenderen Blickwinkel, da er nicht nur das lokale Symptom am Ellenbogen betrachtet, sondern die gesamten Muskelketten.“



Tipps für Tennisspieler

Um einen Tennisarm zu vermeiden, empfiehlt der Berufsverband der Rehabilitationsärzte Tennisspielern:

- Schlagtechnik überprüfen und in Trainerstunden verbessern
- vor dem Training immer gut aufwärmen und Muskulatur dehnen (Stretching), Training allmählich und behutsam steigern
- auf flexiblere, weniger kopflastige Schläger umsteigen, spezielle Tennisarm-Besaitung wählen, die Schläge besser abfedert

Mikrorisse im Sehnenansatz

Bei einem Tennisarm – die exaktere Bezeichnung ist Tennisellenbogen – entstehen durch Überbeanspruchung Mikrorisse im Sehnenansatz der Unterarm-Streckmuskulatur am Ellenbogen. Meist verheilen diese Risse nicht von alleine, sondern lösen eine schmerzhafte Entzündung aus. Eine Berührung des betreffenden kleinen Knochenvorsprungs am Ellenbogen verursacht

einen starken, stechenden Schmerz. Die Faust wird zunehmend kraftlos, das Anheben und Tragen schwerer, später auch leichter Gegenstände wie einer Kaffeetasse tut weh. Schließlich fallen immer häufiger Dinge aus der Hand, und ein Greifen, sogar Händeschütteln wird fast unmöglich. Verheilen die Mikrorisse im Zuge einer Behandlung, bleibt ein verkürzter Seh-

nenansatz zurück. Bei anschließender erneuter Belastung kann es schnell wieder zu Rissen und Beschwerden kommen. Daher ist es nach Information des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte besonders wichtig, gleich nach der Ausheilung mit rehabilitativen Maßnahmen wie Physiotherapie zu beginnen, bei denen der Sehnenansatz vorsichtig wieder gedehnt wird.

Fortsetzung von Seite 1

Herzkranken Männern...

aus der Fahrrad-Ergometrie mit aktuellen Wetterdaten in Relation gesetzt. Die Patienten im Alter von 21 bis 84 Jahren litten unter verschiedenen Herzkrankheiten und hatten zum Teil Infarkte hinter sich. Während des Standardfahrens in steigenden Leistungsstufen wurden ein EKG geschrieben sowie Puls, Blutdruck und andere Symptome wie Angina pectoris, Sauerstoffunterversorgung und Rhythmusstörungen erfasst. Jeder Patient nahm an fünf bis sechs „Sitzungen“ teil, für die jeweils die aktuellen Wetterdaten beim Deutschen Wetterdienst abgerufen wurden. Insgesamt ergaben sich so 2.350 Auswertungen.

Die Datenanalyse zeigte, dass einzelne Wetterparameter deutliche Einflüsse zeigten – jedoch auf Männer und Frauen ganz unterschiedliche. „Bei Männern leidet das kranke Herz im Ruhezustand kaum unter wechselnden Wetterverhältnissen“, erläutert Humanbiologin Dr. Alexandra Henneberger, die die Studie durchgeführt hat. „Unter Belastung reagiert es allerdings stark auf eine Veränderung fast aller Wettergrößen.“ Lag die Lufttemperatur um zehn Grad niedriger, verdoppelte sich das Risiko einer Sauerstoffunterversorgung. Dies geschah auch beim Absinken der Parameter Wasserdampfdruck und Äquivalenttemperatur, die die Schwüle der Luft wiedergibt. Der Luftdruck wiederum zeigte keine Einflüsse.

Frauen reagierten völlig anders: Bei ihnen zeigten sich schon im Ruhezustand Auswirkungen von Wetterveränderungen, allerdings nicht auf die Sauerstoffversorgung des Herzens, sondern auf die Herzfrequenz. Sie erhöhte sich deutlich, je wärmer und schwüler es war. Unter Belastung nahm das Risiko von Herzrhythmusstörungen zu. „Männer scheinen also eher kälte- und Frauen hitzeempfindlich zu sein“, fasst Prof. Schuh von der DGPMR zusammen. „Beiden gemeinsam ist allerdings, dass das vorgeschädigte Herz sehr wettersensibel ist. Dessen sollten sich Herzpatienten immer bewusst sein und bei besonderen Wetterlagen wie großer Hitze, Kälte oder Schwüle Anstrengungen vermeiden.“



Nach Schlaganfall: „Schlafte Schulter“ unbedingt bewegen

DGPMR: Warten und Schonen fördert Lähmung und bleibende Behinderung – Neuartige Schulterstabilisierung ermöglicht frühes Training

Nach einem Schlaganfall bleibt bei rund 30 Prozent der Patienten eine schlaffe Schulter zurück. Zu viele von ihnen gewöhnen sich daran, den Arm nicht mehr zu bewegen, stellt der Berufsverband der Rehabilitationsärzte fest. Dabei erleichtern neue Produktentwicklungen eine frühzeitige Mobilisierung der Schulter und die Wiederherstellung der Arm-Funktionen – eine erhebliche Verbesserung für viele der rund 250.000 Schlaganfallpatienten jährlich.

„Bei einer Schulterlähmung nach Schlaganfall ist es von entscheidender Bedeutung, dass das Gelenk so bald wie möglich wieder bewegt wird“, empfiehlt Prof. Christoph Gutenbrunner vom Berufsverband der Rehabilitationsärzte. „Die Funktionen von Schulter und Arm verkümmern sonst in kürzester Zeit, und eine dauerhafte Behinderung bleibt zurück.“ Mit Hilfe von frühzeitig einsetzender Physiotherapie kann hingegen der Gebrauch des Armes wieder eingeübt werden, so dass erneut Alltagstauglichkeit erreicht wird.

Um zu vermeiden, dass der Oberarmkopf aus der Gelenkpfanne rutscht und die Schulter geschädigt wird, tragen viele Patienten beim Gehen den schlaffen Arm in der Hosentasche oder in einer Schlinge. So wird er jedoch fest an den Oberkörper gepresst und kann sich nicht bewegen – „das völlig falsche Signal für den Patienten, der sich innerhalb kürzester Zeit an den Nichtgebrauch des Armes gewöhnt und Ersatzbewegungen mit der anderen Seite entwickelt“, weiß

der Berliner Physiotherapeut Ullrich Thiel. „Der Arm wird aus dem Denken des Patienten förmlich ausgeblendet.“

Gelähmten Arm nicht am Körper festbinden

Um die Gebrauchsfähigkeit von Schulter und Arm wiederherzustellen, muss der Arm aber frühzeitig – unter physiotherapeutischer Anleitung und später mit Eigenübungen – bewegt werden. Dies ist nur möglich, wenn er nicht festgebunden, sondern frei beweglich ist. Als Alternative werden daher Oberarm-Manschetten verwendet, die am Rumpf befestigt werden. Sie lassen den Arm zwar beweglich, aber sie positionieren das Schultergelenk oft nicht optimal, weil sie das Gewicht des Armes nicht richtig aufnehmen können. Die Folgen sind Druckstellen und Stauungserscheinungen am Arm.

Stabilisierung und freie Beweglichkeit zugleich

Inzwischen ist es durch Weiterentwicklungen in der Orthopädietechnik jedoch gelungen, das Schultergelenk zu sichern und gleichzeitig den Arm frei beweglich zu lassen. „Die Schwierigkeit war immer, beide Anforderun-



Foto: Fa. Sportlastic

Bisher konnte eine nach Schlaganfall gelähmte Schulter nicht ausreichend stabilisiert werden. Inzwischen ist dies durch neu entwickelte Funktionsorthesen möglich

gen gleichermaßen zu erfüllen“, erläutert Ullrich Thiel, der an der Entwicklung einer entsprechenden verbesserten Schultergelenk-Funktionsorthese maßgeblich beteiligt war. „Nur mit einem gut positionierten Schultergelenk können Armbewegungen überhaupt trainiert werden. Ansonsten entstehen zum Teil sehr heftige Schmerzen, die die Patienten meistens davon abhalten, ihren Arm überhaupt noch einmal zu bewegen.“

Der Berufsverband der Rehabilitationsärzte begrüßt, dass auf diesem Wege die Therapie einer Schulterlähmung effektiver als bisher möglich ist. So könne bei einer großen Zahl von Schlaganfallpatienten die Therapie frühzeitig beginnen und das Risiko einer bleibenden Behinderung verringert werden. Prof. Gutenbrunner: „Die häufig praktizierte Ruhigstellung ist der falsche Weg. Mit frühzeitiger Mobilisierung hingegen können viele Funktionen noch ‚gerettet‘ werden. Warten und Schonen bedeuten unwiederbringliche Verluste.“



Foto: Fa. Sportlastic

Ein gut gesichertes Schultergelenk ermöglicht eine frühzeitige Mobilisierung und große Bewegungsfreiheit



Jahrelange Schmerzen ohne klare Diagnose: Das kann Fibromyalgie sein

DGPMR: Patienten werden oft nicht ernst genommen – Viele fruchtlose Therapien und unnötige Operationen

Fibromyalgie-Patienten werden 3,5 Mal häufiger operiert als Normalbürger – fast immer erfolglos und unbegründet. Bis die rätselhafte Schmerzerkrankung richtig diagnostiziert wird, vergehen im Schnitt fünf Jahre, in denen die Patienten verzweifelt einen Arzt nach dem anderen aufsuchen. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) hin.

Die unklaren, über den ganzen Körper verteilten Schmerzen, verbunden mit Schlafstörungen, Depressionen und anderen Beschwerden, führen oft dazu, dass Ärzte und selbst Nahestehende die Patienten nicht wirklich ernst nehmen. „Eingebildete Kranke – so werden die Betroffenen häufig abgestempelt, weil sich kein eindeutiger körperlicher Befund feststellen lässt“, weiß der Rehabilitationsarzt und Fibromyalgie-Experte Dr. Wolfgang Brückle. Dennoch leiden schätzungsweise rund zwei Prozent der Bevölkerung an Fibromyalgie – das sind immerhin über 1,5 Millionen Menschen. Frauen sind acht Mal häufiger betroffen als Männer. Daher wird die Krankheit häufig auch, wie Migräne oder Wechseljahresbeschwerden, als undefiniertes „Frauenleiden“ bagatellisiert.

Werden die Schmerzen ernsthaft behandelt, dann meist unzureichend, erfolglos und aus Sicht der jeweils

behandelnden Fachdisziplin. „Die Mandeln werden herausgenommen oder die Bandscheiben operiert – aber die Schmerzen bleiben“, weiß Dr. Brückle. Viele Röntgenbilder werden erstellt und Medikamente geschluckt – Fibromyalgiepatienten haben meist einen wahren Ärzte-Marathon hinter sich, der sie immer verzweifelter werden lässt. Am häufigsten wird „Rheuma“ diagnostiziert, doch der entscheidende Unterschied ist, dass Fibromyalgie keine entzündliche Erkrankung ist. Es handelt sich um muskelkaterartige Schmerzen, zuerst nur an einigen Stellen, später fast über den ganzen Körper verteilt. Hinzu kommen fast immer massive Schlafstörungen, das Gefühl großer Zerschlagenheit am Tage, Magen- und Darmbeschwerden sowie psychische, meist depressive Symptome.

Die Krankheit entwickelt sich schleichend – durchschnittlich vergehen sieben Jahre von den ersten Symptomen bis zum manifesten Fibromyalgie-Syndrom und fünf Jahre vom ersten Arztbesuch bis zur richtigen Diagnose. Rehabilitationsarzt Dr. Brückle: „Das Wichtigste ist, dass der Arzt dem Patienten Klarheit vermittelt: Er leidet an einer Krankheit, die nicht heilbar ist. Die Ursachen sind unbekannt; behandelbar sind nur die Symptome. Doch die Beschwerden können in geduldiger Zusammenarbeit langfristig gelindert werden. Der Arzt muss das Beschwer-

Buchtipps

Von Dr. Brückle, internistischer Rheumatologe und Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin, ist ganz aktuell ein Buch zum Thema erschienen:

Dr. med. Wolfgang Brückle
Fibromyalgie endlich richtig erkennen und behandeln – Was Muskelschmerzen, Schlafstörungen und chronische Müdigkeit wirklich bedeuten
TRIAS Verlag 2005



debild ohne Wenn und Aber annehmen. Damit stehen die Betroffenen nicht mehr unter dem Druck, ihre Schmerzen ständig unter Beweis stellen zu müssen.“

So unterschiedlich die Symptome sind, so vielfältig sind auch die Therapiemöglichkeiten. Zur Behandlung der Muskelschmerzen empfiehlt die DGPMR natürliche Methoden – Moor-, Sole- oder Schwefelbäder, wobei die wohltuende Wirkung von Schwefel unlängst in einer Studie nachgewiesen wurde. Auch Kälte- und Wärmereize sowie Elektrotherapie zeigen oft Wirkung. Sehr wichtig sind aktive Maßnahmen wie Fitnessgymnastik, auch Trainingstherapie an Geräten, Aquatraining, Schwimmen, Wandern, Walking und andere Ausdauersportarten – immer ohne Ehrgeiz, sondern mit Spaß und möglichst in der Gruppe. Psychotherapie kann die positiven Effekte unterstützen.

Inzwischen ist durch eine aktuelle Studie belegt, dass auch Patientenschulungen zum Erfolg beitragen: Ein Team aus Arzt, Psychologe und Physiotherapeut informiert die Patienten über ihre Krankheit, den Umgang damit, über Therapiemöglichkeiten und die Umsetzung des Erlernten in den Alltag. Dies stärkt, so das Ergebnis der Studie, eindeutig die Kräfte zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung.

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
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 honorarfrei bei Angabe der Quelle DGPMR.

Der Presse-Service steht zum Download im Internet:

www.dgpmr.de / www.bvprm.de

Der Presse-Service Physikalische Medizin und Rehabilitation erscheint mit freundlicher Unterstützung der Firmen:

