

# Bandscheiben-Operation – was dann?

## 1 Das Problem der GdB-Sätze

In der Tabelle 3 geben die Autoren GdB-Sätze für das Postdiskotomiesyndrom an. Ich darf darauf hinweisen, daß die GdB-Sätze für die Grade II und III in keiner Weise übereinstimmen mit den Vorgaben aus den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz 1983. Dort finden sich unter 26.18 S. 105 bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit anhaltender Funktionsbehinderung und häufig rezidivierenden, stärkeren, lang anhaltenden Nerven- und Muskelreizerscheinungen GdB-Sätze von 20 bis 30, die nur in Ausnahmefällen bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen überschritten werden dürfen.

Auch wenn man die Rubrik 26.18 S. 106 bezüglich anderer Wirbelsäulenschäden berücksichtigt, ergibt sich ein Höchst-GdB von 70 bei schwerer Funktionsbehinderung, zum Beispiel Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfaßt.

Sicher kann man anderer Meinung sein als die Verantwortlichen und Federführenden im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Ich meine aber, dann müßte man seine abweichende Meinung begründen und in Vergleich setzen zu den Vorgaben aus den Anhaltspunkten . . . 1983. Diese Veröffentlichung wird von vielen Hausärzten gelesen, die sich mit den Anhaltspunkten nie beschäftigt haben. Sie werden ihre Patienten mit den Angaben aus der angegebenen Veröffentlichung in den Streit mit dem Versorgungsamt oder ins Sozialgerichtsverfahren schicken. Und dort kommt es dann zu erheblichen Differenzen, weil nach der eigenen Erfahrung die So-

Zu dem Beitrag von  
Prof. Dr. med. Jürgen Krämer  
und Dr. med. Hanns Fett  
in Heft 28/29, 1991

zial- und Landessozialgerichte, soweit sie vom eigenen Standpunkt überblickbar sind, sich an die Anhaltspunkte . . . 1983 halten.

Dr. med. Horst Rosolleck  
Chirurg  
Jägerdamm 51  
W-2000 Hamburg 61

## 2 Routine: Neurologische Untersuchung

Diesem sehr informativen Beitrag zu dem Problem der fehlgeschlagenen Bandscheiben-Operation möchte ich aus neurologischer Sicht einige Bemerkungen anfügen:

Von besonderer Wichtigkeit – und aus der Feder von operativ tätigen Orthopäden besonders bemerkenswert – erscheint mir die Zurückhaltung in der Indikationsstellung zu Bandscheibenoperationen, die in der Aussage gipfelt: „Denn wer nicht diskotomiert wird, bekommt auch kein Postdiskotomiesyndrom.“ In

der Tat sollte man nur nach äußerst sorgfältiger klinischer, neurophysiologischer und radiologischer Diagnostik und Ausschöpfung aller konservativen Behandlungsmaßnahmen sowie beim Vorliegen therapieresistenter Schmerzen und/oder funktionell belangvoller sensomotorischer Ausfallserscheinungen die Indikation zu einer Bandscheibenoperation stellen, um das Heer der „Bandscheiben-Krüppel“ in Zukunft zu verkleinern.

Außer den von den Autoren sehr instruktiv dargestellten Gründen wäre noch zu ergänzen, daß zahlreiche neurologische Erkrankungen (Radikulitiden, zum Beispiel durch Borrelien, metabolische und ischämische Plexo-Radikulopathien, etwa bei Diabetes mellitus, von Nervenwurzeln und angrenzenden Strukturen ausgehende Tumoren, dysraphische Störungen, Arachnopathien usw. [Stöhr und Riffel 1988]) die Symptomatik einer durch Bandscheibenvorfall bewirkten mechanischen Nervenwurzelerschädigung imitieren können. Eine zufällige Kombination dieser Erkrankungen mit einer lumbalen Osteochondrose ist schon öfters Anlaß zu unnötigen Eingriffen geworden. Um solche Fehlbeurteilungen auszuschließen oder zumindest zu verringern, würde ich für eine routinemäßige präoperative neurologische Untersuchung plädieren.

### Literatur:

Stöhr, M.; Riffel, B.: Nerven- und Nervenwurzelläsionen, Edition Medizin, VCH, Weinheim, 1988

Prof. Dr. med. Manfred Stöhr  
Chefarzt der Neurologischen Klinik  
Krankenhauszweckverband  
Augsburg  
Stenglinstraße, Postfach 10 19 20  
W-8900 Augsburg

## 3 Immer unerklärlich geblieben

Als wir vom lumbalen Bandscheibenvorfall noch nichts wußten, teilten wir das „Ischiassyndrom“ ein in „Ischiasneuralgie“, wenn neurologische Ausfallserscheinungen fehlten, oder in „Ischiasneuritis“, wenn

Ausfallserscheinungen, gleich welcher Art und Stärke, nachweisbar waren. In beiden Fällen bestand die stationäre Behandlung in strenger Bettruhe sowie in täglich im Wechsel fachgemäß verabreichten Überwärmungsbädern und Salicyl-Schwitzpackungen, zusätzlich in wöchentlich zwei (3) epiduralen Umflutungen. Anschließend einige vorsichtige krankengymnastische Aktivierungen. Durchschnittliche Behandlungsdauer bis zur Beschwerdefreiheit drei bis vier Wochen.

Nach Bekanntwerden des Bandscheibenprolapses haben wir sogar bei ausgeprägtem L5-S1-Syndrom und typischem Röntgenbefund an dieser Behandlung nichts geändert – mit gleichem Erfolg und Rezidivfreiheit, obgleich zum Beispiel in einem Fall der intensiv betriebene Reitsport und in einem anderen Fall die heißgeliebten anstrengenden Bergwanderungen nicht aufgegeben wurden.

Wieso dieser Erfolg, selbst trotz ausgeprägtem L5-S1-Syndrom und röntgenologisch einwandfreiem Bandscheibenprolaps regelmäßig eintrat, ist mir immer unerklärlich geblieben.

Prof. Dr. med.  
Klaus Speckmann,  
Arzt für Innere Medizin und  
Neurologie, vormals Chefarzt  
der Inneren Abteilung des  
Johanniterkrankenhauses  
Brentanostraße 19  
W-5300 Bonn

#### **4 Psychosomatische Ursachen**

Professor Krämer zeigte akribisch genau sämtliche pathologisch-anatomischen Fakten, modernste technische Untersuchungsmethoden und neueste Therapiemöglichkeiten auf, die bei fortbestehenden Schmerzen nach einer Bandscheibenoperation bedeutsam sein können. Durch Abwesenheit glänzen aber alle psychosomatischen Überlegungen, wenn man von einer vagen Erwähnung eines gleichartigen psychischen Profils der sogenannten Problempatienten absieht. Dabei sind Rückenbeschwerden unumstritten in hohem

Ausmaß psychosomatisch zu verstehen, nämlich als Wechselwirkung von organischen und seelischen Ursachenbündeln. Warum sollen bandscheibenoperierte Patienten hier eine Ausnahme bilden?

Dr. med. U. Köhrle  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Hauptstraße 114  
W-7640 Kehl/Rhein

#### **5 Das Konzept ist fragwürdig**

Jeder Orthopäde muß sich täglich in seiner Praxis mit Rückenschmerzpatienten beschäftigen, bei denen er das Krankheitsbild nicht in eine exakt definierte Wurzelreizsymptomatik einordnen kann. Es fehlen häufig auch degenerative Veränderungen, die die Schmerzproblematik erklären könnten. Verständlicherweise entsteht dann beim Arzt eine gewisse Hilf- und Ratlosigkeit. Nachdem das Krankschreiben, die Injektionsbehandlung, Fango und Massage und zuletzt die Krankengymnastik ohne dauerhafte Wirkung geblieben sind, wird als letzte klärende diagnostische Maßnahme ein CT oder neuerdings auch ein NMR angefertigt. Falls ein Bandscheibenvorfall nachgewiesen werden kann (dies gelingt auch bei etwa 50 Prozent aller Gesunden, *Wiesel*, 1984), wird der konservativ erfolglos behandelte Patient in einer operativen Abteilung vorgestellt. Leider ist es oft so, daß bei den längerfristig erkrankten Patienten das positive Computertomogramm und der therapieresistente Schmerz die entscheidenden Indikationen zum operativen Vorgehen sind. Dies sind dann in aller Regel die Patienten, bei denen auch die Operation keine befriedigende Schmerzreduktion erbringen kann. Dieser typische Verlauf wurde deshalb skizziert, weil er nach unserer Erfahrung das Patientengut beinhaltet, mit dem sich die Autoren auseinandergesetzt haben.

Erst nach der erfolglosen Operation beginnt die Suche nach den Ursachen des Fehlschlages. Ebenso wie vor der Operation der Bandscheibenvorfall zum alleinigen Urhe-

ber der Schmerzen gemacht wurde, so versuchen die Autoren auch jetzt einen durch CT leicht auszumachenden Schuldigen zu finden, nämlich die Instabilitäts-/Verwachsungskombination. Es ist durchaus verständlich, daß die Autoren sich auf diese simplifizierende Ursachenerklärung zurückziehen, die sie zusätzlich noch exkulpiert, denn gegen Verwachsungen und Narben ist selbst der beste Operateur machtlos. Doch leider ist die Realität sehr viel komplizierter. Die Klingelzug-Theorie trifft bei den meisten erfolglos operierten Patienten nämlich nicht zu. Wir sehen hier keine radikuläre Symptomatik. Die Beschwerden sind immer eher diffus und nicht in ein exaktes Krankheitsbild einzuordnen. Narbige Verwachsungen können ja durchaus postoperativ vorkommen, ob dies jedoch die Ursache der Therapieresistenz ist, muß bezweifelt werden. Vielleicht gibt es ja auch Verwachsungen bei ganz normalen Verläufen. Dies müßte durch eine Untersuchung zunächst einmal ausgeschlossen werden. Vielleicht tritt dann ebenfalls eine Relativierung dieses diagnostischen Zeichens ein, wie bei den Bandscheibenvorfällen.

Der positive Lasègue wird von den Autoren als wichtiges diagnostisches Kriterium eingeführt. Dies ist jedoch für die sogenannten Postdiskotomie-Patienten in aller Regel unbrauchbar, weil hier gar keine radikuläre Symptomatik vorliegt. Sie geben beim Hochheben des Beines einen Rückenschmerz an und eventuell noch Schmerzen an der Ischiokruralmuskulatur. Ein klassisches Lasègue-Zeichen ist bei diesen Patienten nach unserer Erfahrung jedoch selten.

Als äußerst fragwürdig muß bei diesen Patienten die Empfehlung zu einer Spondylodese gewertet werden. Selbst nach vielen operativen Fehlschlägen wird noch ein weiteres operatives Verfahren praktiziert, das ebenfalls den Schmerz nicht besiegen kann. Spätestens hier müßte ein etwas selbstkritischer Arzt hellhörig werden und sich die Frage stellen, ob das eindimensionale simplifizierende Therapiekonzept noch haltbar ist. Die Realität ist nun einmal nicht nur mit mechanischen Erklärungen zu