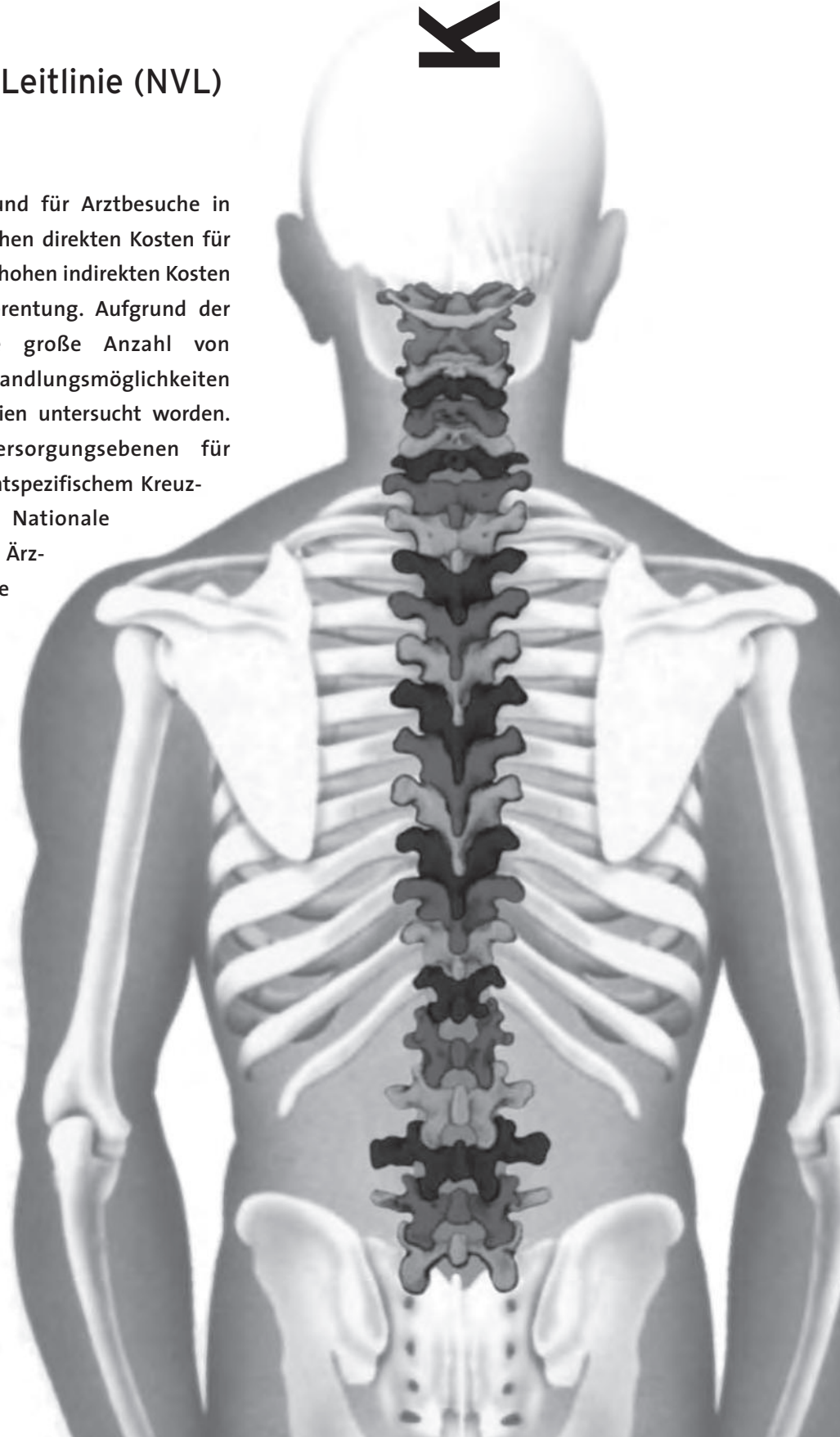


Das Kreuz mit dem Kreuz

Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Kreuzschmerz

Kreuzschmerz ist ein häufiger Grund für Arztbesuche in Deutschland. Er führt sowohl zu hohen direkten Kosten für Diagnostik und Therapie als auch zu hohen indirekten Kosten für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. Aufgrund der hohen Prävalenz gibt es eine große Anzahl von Therapieangeboten. Viele der Behandlungsmöglichkeiten sind in den letzten Jahren in Studien untersucht worden. Dennoch besteht auf allen Versorgungsebenen für Patientinnen und Patienten mit nichtspezifischem Kreuzschmerz Optimierungsbedarf. Die Nationale VersorgungsLeitlinie richtet sich an Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige nichtärztlicher Berufsgruppen, die an der Versorgung dieser Menschen in allen Sektoren beteiligt sind. Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien ist eine gemeinsame Initiative von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zur Qualitätsförderung in der Medizin.

*Von Susann Conrad,
Susanne Weinbrenner,
Günter Ollenschläger*



Hintergrund, Definition und Zielsetzung

Kreuzschmerz gehört zu den am häufigsten angegebenen Schmerzen. Im Durchschnitt berichten Betroffene über eine lange Erkrankungsdauer, oft in Form von sich wiederholenden Episoden. Frauen sind häufiger betroffen als Männer [1]*. Kreuzschmerz verursacht in Deutschland direkte Kosten in Höhe von 8,4 Milliarden Euro pro Jahr. Nach Schätzungen werden etwa 85 % der Gesamtkosten durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bedingten Produktivitätsausfall verursacht, rund 15 % werden für die medizinische Behandlung aufgewendet. Kreuzschmerz führt seit Jahren die Statistiken der Anlässe für Arbeitsunfähigkeit und medizinische Rehabilitation an [2]. Die Empfehlungen der NVL Kreuzschmerz beschränken sich auf die Versorgung der Menschen mit „nichtspezifischem Kreuzschmerz“. Diese international gebräuchliche Bezeichnung („unspecific low back pain“) bezeichnet Schmerzen im Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens, oberhalb der Gesäßfalten, mit oder ohne Ausstrahlung, wenn keine spezifische Diagnose gestellt werden kann. Für mindestens 85 % der Fälle trifft diese

Beschreibung zu [3-8]. Diese Unterscheidung ist wichtig, weil der Verdacht auf spezifische Rückenschmerzen eine entsprechende Diagnostik und in der Regel eine spezifische Therapie notwendig macht, während Menschen mit nichtspezifischen Kreuzschmerzen nach Ausschluss von Warnhinweisen („red flags“) ein anderes Behandlungskonzept benötigen, bei dem funktionelle Störungen und eventuell psychologische Faktoren eine große Rolle spielen. Darüber hinaus kann der Kreuzschmerz nach Dauer (akut: weniger als sechs Wochen, subakut: sechs bis zwölf Wochen, chronisch: länger als zwölf Wochen) Schweregrad und Chronifizierungsstadium klassifiziert werden.

Die NVL Kreuzschmerz soll Hilfen für die Versorgung von Menschen mit nichtspezifischem Kreuzschmerz geben. Durch die Umsetzung der Empfehlungen strebt diese Leitlinie, neben Zielen zur Verbesserung der Struktur- und Ergebnisqualität, insbesondere folgende, krankheitsspezifische Ziele zur Prozessoptimierung an:

1. Durch Informationen über die Chronifizierungsrisikofaktoren sollen alle Beteiligten in der Versorgung auf die Identifizierung von Risikofaktoren für Schmerz-

persistenz und -chronifizierung bereits in der Initialphase der Erkrankung aufmerksam gemacht werden. Bereits in dieser Phase soll das psychosoziale Management stärker berücksichtigt werden.

2. Durch Empfehlungen und Informationen zur evidenzbasierten Diagnostik des nichtspezifischen Kreuzschmerzes soll der Anteil der diagnostischen Maßnahmen ohne therapeutische Konsequenzen verringert werden.
3. Durch die therapeutischen Empfehlungen soll eine beschwerdeorientierte und individuelle Therapie des Kreuzschmerzes gefördert werden. Sie soll auf Schmerzkontrolle und möglichst rasche funktionelle Wiederherstellung ausgerichtet sein.
4. Durch Informationen zu Therapien ohne belegten Nutzen soll die Anwendung überflüssiger und obsoleter Maßnahmen verhindert werden.
5. Durch Empfehlungen zu geeigneten multimodalen, multi- und interdisziplinären Behandlungsmaßnahmen sollen Selbstmanagement und die Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben gefördert werden.

*Die Literaturhinweise sind bei der Redaktion erhältlich: presse@aekb.de

Tabelle 1: Warnhinweise auf eine spezifische vertebrale Ursache mit oft dringendem Handlungsbedarf („red flags“)
modifiziert nach AkdÄ – Empfehlungen zur Therapie der Kreuzschmerzen

Fraktur	Tumor	Infektion	Radikulopathien / Neuropathien
<ul style="list-style-type: none"> • schwerwiegendes Trauma z. B. durch Autounfall oder Sturz aus größerer Höhe, Sportunfall • Bagatelltrauma (z. B. Husten, Niesen oder schweres Heben bei älteren oder potentiellen Osteoporosepatienten) • systemische Steroidtherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • höheres Alter • Tumorleiden in der Vorgeschichte • allgemeine Symptome: Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, rasche Ermüdbarkeit • Schmerz, der in Rückenlage zunimmt • starker nächtlicher Schmerz 	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Symptome, wie kürzlich aufgetretenes Fieber oder Schüttelfrost, Appetitlosigkeit, rasche Ermüdbarkeit • durchgemachte bakterielle Infektion • i.v.-Drogenabusus • Immunsuppression konsumierende Grunderkrankungen • kürzlich zurückliegende Infiltrationsbehandlung an der Wirbelsäule • starker nächtlicher Schmerz 	<ul style="list-style-type: none"> • straßenförmig in ein oder beide Beine ausstrahlende Schmerzen, ggf. verbunden mit Gefühlsstörungen wie Taubheitsgefühlen oder Kribbelparästhesien im Schmerzausbreitungsgebiet oder Schwächegefühl • Kaudasyndrom: <ul style="list-style-type: none"> ■ plötzlich einsetzende Blasen-/Mastdarmsstörung, z. B. Urinverhalt, vermehrtes Wasserlassen, Inkontinenz ■ Gefühlsstörung perianal/perineal • Ausgeprägtes oder zunehmendes neurologisches Defizit (Lähmung, Sensibilitätsstörung) der unteren Extremität • Nachlassen des Schmerzes und zunehmende Lähmung bis zum kompletten Funktionsverlust des Kennmuskels (Nervenwurzeltod)

Hinweise zur Methodik

Die Empfehlungen dieser NVL basieren auf den Empfehlungen der Quell-Leitlinien [9-13] oder auf dem Ergebnis systematischer Recherchen. Für bestimmte Fragestellungen konnten aufgrund der unzureichenden Literaturlage keine evidenzbasierten Empfehlungen gegeben werden, in diesen Fällen beruhen die Empfehlungen auf Expertenmeinung. Die Auswahl der Quell-Leitlinien erfolgte nach einer systematischen Recherche und einem standardisierten Auswahl- und Bewertungsverfahren. Bei der Entscheidungsfindung wurde besonderer Wert auf eine systematische Entwicklung und nachvollziehbare Evidenzbasierung der gegebenen Empfehlungen gelegt. Weitere Erläuterungen zur Methodik erhalten Sie gerne auf Nachfrage unter presse@aekb.de.

Versorgung im akuten Schmerzstadium

Beim Management des Kreuzschmerzes muss die akute Erkrankung von der subakuten und chronischen unterschieden werden. Erstes Ziel des Managements im akuten Schmerzstadium ist die Überprüfung spezifischer Warnhinweise für abwendbar gefährliche Verläufe („red flags“) oder spezifisch zu behandelnde Erkrankungen durch eine sorgfältige Anamnese und eine gute klinische Untersuchung. „Red flags“ sind Begleitsymptome und Vorerkrankungen, die als Warnsignal für eine spezifische Ursache mit dringendem Behandlungsbedarf dienen. Dazu gehören Frakturen, Tumorleiden, infektiöse Prozesse sowie Radikulopathien und Neuropathien (s. Tabelle 1).

Zu den spezifisch zu behandelnden Ursachen gehören entzündliche Ursachen, radikuläre Wurzelkompressionen durch Stenose oder Bandscheibenvorfall sowie extravertebrale Ursachen. Je nach Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit sollen weitere Labor oder bildgebende Untersuchungen und/oder Überweisungen in

fachärztliche Behandlung für die weiterführende Ursachenklärung und die gezielte Behandlung eingeleitet werden.

Bei fehlenden Hinweisen für gefährliche Verläufe und andere behandlungsrelevante Pathologien sind zunächst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen (insbesondere Bildgebung) notwendig. Die Beschwerden sollen zunächst als nichtspezifischer Kreuzschmerz klassifiziert werden. Insbesondere ist hier auf das Vorliegen schmerzabhängiger psychosozialer Merkmale (wie Depressivität, Zufriedenheit am Arbeitsplatz) zu achten. Diese können als Risikofaktoren für eine Chronifizierung des akuten Kreuzschmerzes („yellow flags“) bereits beim Erstkontakt in der Anamnese erfragt werden.

Bei akutem Kreuzschmerz soll nach klinischem Ausschluss gefährlicher Verläufe durch Anamnese und körperliche Untersuchung keine bildgebende Untersuchung durchgeführt werden. (Empfehlungsgrad A)

Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Linderung der Schmerzen, so dass die Betrof-

fenen ihren täglichen Aktivitäten schnellstmöglich wieder nachgehen können. Da beim nichtspezifischen Kreuzschmerz erklärmaßen keine Hinweise auf spezifische Ursachen vorliegen, erfolgt die Therapie symptomatisch. Diese setzt sich aus nichtmedikamentösen und medikamentösen Maßnahmen zusammen (s. Tabelle 2). Grundsätzlich steht dabei die Aktivierung der Betroffenen im Vordergrund.

Patientinnen/Patienten sollen aufgefordert werden, körperliche Aktivitäten soweit wie möglich beizubehalten. (Empfehlungsgrad A)

Da durch monomodale Behandlungsansätze die ausschließlich somatische Zuschreibung des Kreuzschmerzes durch die Betroffenen voranschreitet, ist so früh wie möglich die Notwendigkeit der Entwicklung und Umsetzung multi- und interdisziplinärer Behandlungspläne zu prüfen. Die Therapie orientiert sich an den Schmerzen und dem aktuellen Funktionsstatus. Der Behandlungsplan muss von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten mit den Betroffenen abgestimmt sein und erfordert deren Verständnis und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit. Daher können Präferenzen der Patientinnen/Patienten sowie des Behandlungsteams in der Therapieplanung Berücksichtigung finden. Die medikamentöse Therapie soll im akuten Stadium nichtmedikamentöse Maßnahmen unterstützen. Optionale Empfehlungen betreffen Therapieversuche, die erst nach Ausschöpfung aller stärker empfohlenen Therapiemaßnahmen in Erwägung gezogen werden können.

Die Anwendung von Akupunktur, Bettruhe, Ergotherapie, Interferenztherapie, PENS, TENS, Kurzwellendiathermie, Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, Massage, Orthesen, Kältetherapie, Traktionsbehandlung und therapeutischem Ultraschall wird nicht empfohlen.

¹ Es besteht eine Aktualisierung, welche die DEGAM-LL mit den Europäischen Leitlinien und den Leitlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft vergleicht [14].

Folgende Flussdiagramme können bei der Redaktion angefordert werden:

Algorithmus 1: Diagnostik von „red flags“ und spezifischen Ursachen (Wochen 0-2 nach Erstkonsultation)

Algorithmus 2: Weitere Diagnostik und Therapie bei akutem nichtspezifischem Kreuzschmerz (2-5 Wochen nach Erstkonsultation)

Algorithmus 3: Versorgung bei subakutem Kreuzschmerz (6-12 Wochen nach Erstkonsultation)

Algorithmus 4: Versorgung beim Übergang zum chronischen nichtspezifischem Kreuzschmerz (> 12 Wochen nach Erstkonsultation)

Tabelle 2: Therapieempfehlungen der NVL Kreuzschmerz für die akute Schmerzphase

Verfahren	Empfehlung
Bewegungstherapie	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche Aktivität beibehalten (A) • keine Verordnung von Bewegungstherapie (auch Krankengymnastik) (A)
adäquate, individuelle Information und Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • soll durchgeführt werden (A)
Progressive Muskelrelaxation	<ul style="list-style-type: none"> • kann bei erhöhtem Chronifizierungsrisiko angeboten werden (O)
Manipulation/Mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> • kann angewendet werden (o)
Wärmetherapie	<ul style="list-style-type: none"> • kann in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen angewendet werden (O)
Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> • bei leichtem bis moderatem KS: Behandlungsversuch (kurzfristig überprüfen) bis zur maximalen Tagesdosis von 3 g (O)
Traditionelle nichtsteroidale Antirheumatika/Antiphlogistika (tNSAR)	<ul style="list-style-type: none"> • in limitierter Dosierung (bis zu 1,2 g Ibuprofen, 100 mg Diclofenac oder 750 mg Naproxen täglich; bei unzureichender Wirkung kann unter Beachtung und ggf. Prophylaxe der möglichen Nebenwirkungen auf bis 2,4 g Ibuprofen, 150 mg Diclofenac oder 1,25 g Naproxen erhöht werden) (B) • bei gastrointestinalen Risiken: Prophylaxe mit Protonenpumpenhemmer (B) • nur in der niedrigsten wirksamen Dosierung, so kurzzeitig wie möglich (B) • nicht parenteral verabreichen (A)
Cox-2-Hemmer	<ul style="list-style-type: none"> • wenn tNSAR kontraindiziert sind oder nicht vertragen werden („off label use“) (O)
Opioid-Analgetika	<ul style="list-style-type: none"> • schwache Opioide (z.B. Tramadol, Tilidin/Naloxon) können eingesetzt werden bei fehlendem Ansprechen auf Analgetika wie Paracetamol, tNSAR (O) • Reevaluation der Opioidtherapie nach spätestens 4 Wochen. Tritt die gewünschte Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung nicht ein, ist die Fortsetzung der Opioidtherapie kontraindiziert (A) • kein Einsatz transdermaler Opioide KS (A) • wenn Opioide zum Einsatz kommen, sind zur Reduktion des Suchtrisikos Opioide mit langsamem Wirkungseintritt den schnell wirksamen Opioiden vorzuziehen. Gabe nach festem Zeitschema (Statement)
Muskelrelaxanzien	<ul style="list-style-type: none"> • wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen oder alleinige Gabe von nichtopioiden Analgetika, keine Besserung bewirken (O) • Nebenwirkungspotential beachten, nicht länger als 2 Wochen fortlaufend (Statement)

Eine Reevaluation der Opioidtherapie soll bei akutem nichtspezifischem Kreuzschmerz nach spätestens 4 Wochen, bei chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz nach spätestens 3 Monaten erfolgen. Tritt die gewünschte Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung nicht ein, ist die Fortsetzung der Opioidtherapie kontraindiziert. (Empfehlungsgrad A)

Bei akutem oder subakutem nichtspezifischem Kreuzschmerz sollen transdermale Opioide nicht eingesetzt werden. (Empfehlungsgrad A)

Für den Einsatz intravenös applizierbarer Medikamente oder invasiver Therapieverfahren (perkutan oder operativ) bei nichtspezifischem Kreuzschmerz gibt es aus der Literatur keine oder keine verlässlichen Belege.

Intravenös oder intramuskulär applizierbare Schmerzmittel, Glucocorticoide und Mischinfusionen sollen für die Behandlung des akuten und chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzes nicht angewendet werden. (Empfehlungsgrad A)

Invasive Therapieverfahren sollen bei Patientinnen/Patienten mit nichtspezifischem Kreuzschmerz nicht eingesetzt werden. (Empfehlungsgrad A)

Erzielt die Therapie nach 2- bis 4 Wochen Akutbehandlung nicht die erwünschten Effekte, sollen unter der Zielsetzung der Prävention einer Chronifizierung entsprechende Risikofaktoren („yellow flags“, s. Tabelle 3) aktiv und systematisch erfasst werden. Hierzu stehen spezielle Instrumente zur Verfügung (s. www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz/index_html).

Erläuterung (siehe auch Langfassung der NVL): positive/optionale Empfehlungen fett gedruckt
 A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, O = Option, KS = Kreuzschmerz

Tabelle 3: Risikofaktoren für die Entwicklung chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzes

psychisch	Depressivität, Distress (negativer Stress), schmerzbezogene Kognitionen, passives/überaktives/suppressives Schmerzverhalten, Neigung zur Somatisierung
beruflich	überwiegend körperliche Schwerarbeit, monotone Körperhaltung, Vibrationsexposition, geringe berufliche Qualifikation, berufliche Unzufriedenheit, Verlust des Arbeitsplatzes, Kränkungsverhältnisse am Arbeitsplatz, chronischer Arbeitskonflikt (Mobbing)
iatrogen	mangelhafte Respektierung der multikausalen Genese, Überbewertung somatischer/radiologischer Befunde bei nichtspezifischen Schmerzen, lange, schwer begründbare Krankschreibung, Förderung passiver Therapiekonzepte, übertriebener Einsatz diagnostischer Maßnahmen

Dauern Schmerzen trotz leitliniengerechter Maßnahmen länger als 4 Wochen² an, sollen psychosoziale Risikofaktoren schon in der primären ärztlichen Versorgung erfasst werden. (Empfehlungsgrad A)

Liegen „yellow flags“ vor, rückt die Förderung eines adäquaten (biopsychosozialen) Krankheitsverständnisses der Betroffenen in den Vordergrund der Versorgung. Dazu gehören eine Aufklärung über die Art der Risikofaktoren, eine Beratung zu geeigneten Formen der Schmerzverarbeitung im Alltag sowie dem Abbau von Distress, die Vermeidung von diagnostischen Maßnahmen ohne Konsequenzen und damit die Vermeidung des Risikos einer iatrogenen Fixierung.

Versorgung im subakuten Schmerzstadium

Insbesondere bei länger als sechs Wochen bestehender Arbeitsunfähigkeit oder dem Vorliegen von „yellow flags“ soll spätestens zu diesem Zeitpunkt (möglichst im Rahmen eines interdisziplinären umfassenden Assessments) die Indikation einer multimodalen, multi- und interdisziplinären Behandlung bzw. Rehabilitation geprüft werden. Sind die anhaltenden Schmerzen trotz leitliniengerechter Therapie so stark, dass sie die Patienten und Patientinnen wesentlich im Alltag einschränken, werden sie in diesem Zeitraum (subakute Schmerzphase) als zusätzlicher Warnhinweis gedeutet und erfordern einmalig eine bildgebende

Diagnostik (siehe Langfassung der NVL Kreuzschmerz). Neben den in der akuten Schmerzphase geltenden Therapieempfehlungen (s. Tabelle 2) soll Bewegungstherapie als primäre Behandlung angewendet werden (A). Weiterhin soll bei Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren kognitive Verhaltenstherapie (KVT) angeboten werden (A). Massage in Kombination mit Bewegungstherapie kann angewendet (O) und Rückenschule, die auf einem biopsychosozialen Ansatz basiert, kann empfohlen werden (O). Paracetamol kann kurzzeitig und in möglichst niedriger Dosis, nur nach ausführlicher Medikamentenanamnese und nur zur Behandlung kurzer Exazerbationen eingesetzt werden (O). Liegen im subakuten Stadium nach wie vor keine Risikofaktoren zur Chronifizierung vor, liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Optimierung der symptomatischen Therapie.

Mit dem Ziel, die Chronifizierung des Kreuzschmerzes rückgängig zu machen, soll entsprechend den individuellen Gegebenheiten für eine umfassende interdisziplinäre Bewertung bzw. Neubewertung der Befunde bei länger als zwölf Wochen anhaltendem Kreuzschmerz eine Zweitmeinung eingeholt werden. Bleibt der psychosomatische Befund ohne Auffälligkeiten, ist zur Absicherung der Diagnose (falls nicht bereits geschehen) einmalig eine Bildgebung indiziert (siehe Langfassung der NVL Kreuzschmerz). Bestehen bei Patientinnen/Patienten mit „yellow flags“ gleichzeitig auch Hinweise

auf eine organische Ursache der Schmerzen, erfolgt zur Diagnosesicherung ebenfalls bildgebende Diagnostik entsprechend des klinischen Verdachts.

Versorgung im chronischen Schmerzstadium

In dieser Situation stehen folgende Versorgungsziele im Vordergrund:

- Stabilisierung eines adäquaten (biopsychosozialen) Krankheitsverständnisses; Verständigung auf ein gemeinsames Krankheitsmodell und Förderung der aktiven Mitarbeit der Patientinnen/Patienten;
- Verhinderung von schädigendem Krankheitsverhalten;
- Einleitung einer zeitnahen effizienten somatischen Therapiestrategie und umfassende Aufklärung (ggf. Einsatz psychotherapeutischer Intervention);
- Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit;
- Beratung über die sozialmedizinischen Auswirkungen der Erkrankung unter Berücksichtigung der Arbeitssituation und
- Vermeidung bzw. Verminderung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit.

Patientinnen/Patienten mit chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz sollen, wenn weniger intensive evidenzbasierte Therapieverfahren unzureichend wirksam waren, mit multimodalen Programmen im Bereich der Kuration oder Rehabilitation behandelt werden. (Empfehlungsgrad A)

Multimodale, multi- und interdisziplinäre Behandlungskonzepte sind durch ein multiprofessionelles Vorgehen unter einem übergeordneten integrativen Konzept der funktionalen Wiederherstellung auf verschiedenen Ebenen charakterisiert. Auch die vorwiegend körperlich orientierten Behandlungsteile folgen dabei einer verhaltenstherapeutischen Ratio, nach der die Steigerung der

² Bei Arbeitsunfähigkeit kann ein früherer Abklärungsbedarf bestehen.

Kontrollfähigkeit und des Kompetenzgefühls der Betroffenen in den Vordergrund der therapeutischen Bemühungen gestellt wird. Therapiebausteine sind:

- medizinische Behandlung (z.B. medikamentöse Therapie, manuelle Therapie);
- intensive Information und Schulung auf Basis eines biopsychosozialen Krankheitsmodells mit Inhalten zur Schmerzerkrankung und Bezug zur individuellen Problematik (z.B. psychosoziale Risikofaktoren und Bewegungsmangel);
- konsequente Steigerung der körperlichen Aktivität mit Motivierungs- und Beratungselementen für Alltagsaktivitäten (möglichst orientiert an verhaltenstherapeutischen Prinzipien);
- psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen zur Veränderung eines maladap- tiven, auf Ruhe und Schonung oder Durchhalten ausgerichteten Krankheits- verhaltens, zur Stärkung von eigenen

Ressourcen im Umgang mit Schmerz und Beeinträchtigung sowie Erlernen von Entspannungs- und Stressbewältigungstechniken, Bewältigungsstrategien, ggf. störungso- rientierte Einzeltherapie;

- arbeitsorientierte Trainingsprogramme unter Einbezug ergotherapeutischer Maßnahmen.

Weiterhin werden relevante Komorbiditäten in das Therapiekonzept einbezogen.

Bei Bestehen der Beschwerden und alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen >12 Wochen trotz leitlinien- gerechter Versorgung soll generell die Indikation zu einer multimodalen Therapie (möglichst durch ein umfas- sendes interdisziplinäres Assessment) geprüft werden. (Empfehlungsgrad A)

Im Krankheitsverlauf stehen die kontinu- erliche Aufklärung und Motivation zu

einer gesunden Lebensführung, die regelmäßige körperliche Aktivität ein- schließt, sowie die Vermeidung der Anwendung chronifizierungsfördernder und/oder nichtevidenzbasierter medizi- nischer Verfahren im Vordergrund der Versorgung. Als therapeutische Maß- nahmen stehen zu diesem Zweck ver- schiedene nichtmedikamentöse (s. Ta- belle 4) und medikamentöse Verfahren (s. Tabelle 5) zum Einsatz im multimoda- len Therapiekonzept zur Verfügung. Besondere Maßnahmen sind in der Langzeitbetreuung erforderlich:

- bei länger als vier Wochen andauernder medikamentöser Therapie;
- nach der Entlassung aus ambulanter/ stationärer schmerztherapeutischer Behandlung oder Rehabilitation;
- bei weiterhin bestehenden Chronifizie- rungsfaktoren und/oder nachweislich eingetretenen psychosozialen Folgen des Kreuzschmerzes;
- bei symptomunterhaltenden oder -verstärkenden Komorbiditäten (Bsp. affektive Störungen wie Angst, Depression oder somatoforme Störungen);
- bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit;
- bei Veränderungen des Beschwerdebildes.

Die Anwendung von Bettruhe, Interfe- renztherapie, PENS, TENS, Kurzwellen- diathermie, Lasertherapie, Magnet- feldtherapie, Orthesen, Kältetherapie, Wärmetherapie, Traktionsbehandlung oder therapeutischem Ultraschall wird nicht empfohlen. Eine Indikation zur medikamentösen Therapie für den chronischen Kreuzschmerz besteht, wenn zur Umsetzung der aktivierenden Maßnahmen eine Schmerztherapie erforderlich ist.

Flupirtin, Antidepressiva vom SSNRI-Typ (außer bei indikationsrelevanter Komorbidität), Gabapentin, Pregabalin und Carbamazepin, Phytotherapeutika und perkutan applizierbare Medika- mente sollen weder in der akuten noch in der chronischen Schmerzphase an- gewendet werden.

Tabelle 4: Empfehlungen nichtmedikamentöser Maßnahmen der NVL Kreuzschmerz für die chronische Schmerzphase

Verfahren	Empfehlung
Bewegungstherapie	• als primäre Behandlung (A)
Schulungsmaßnahmen (Beratung/Edukation)	• soll durchgeführt werden (A)
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	• soll eingebunden in ein multimodales Behandlungskonzept angewendet werden (A)
Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation)	• sollte angewendet werden (B)
ergotherapeutische Maßnahmen	• sollte im Rahmen multimodaler Behand- lungsprogramme angewendet werden (B)
Rückenschule auf biopsychosozialem Ansatz	• sollte angewendet werden (B)
Akupunktur	• kann sehr eingeschränkt angewendet werden (O)
Manipulation/Mobilisation	• kann in Kombination mit Bewegungs- therapie angewendet werden (O)
Massage	• kann in Kombination mit Bewegungs- therapie angewendet werden (O)

Erläuterung (siehe auch Langfassung der NVL): positive/optionale Empfehlungen fett gedruckt
A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, O = Option

Schlussfolgerung

Je nach Ursache, zeitlichem Verlauf, Schweregrad und Chronifizierungsstadium des Kreuzschmerzes ergeben sich unterschiedlich komplexe Versorgungsaufgaben. Die Empfehlungen zur Versorgung basieren auf

einer biopsychosozialen Betrachtungsweise [19], woraus sich neben der medizinischen Behandlung bei Bedarf auch edukative, psycho-/sozialtherapeutische und/oder rehabilitative Therapieansätze ableiten. Folglich ergeben sich komplexe Anforderungen, welche eine organisatori-

sche und therapeutische Anpassung der entsprechenden Fachdisziplinen erfordern. Insbesondere muss die Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsnetzen ermöglicht, gefestigt oder intensiviert werden. Erst solche Bedingungen machen eine multi- und interdisziplinäre Betreuung und damit eine Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung bei Kreuzschmerz möglich [20]. In Form ihrer Empfehlungen soll diese NVL einen Leitfaden für die Kooperation der Behandelnden bieten. Die Empfehlungen der NVL basieren dabei auf den besten verfügbaren wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnissen.

Um die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem zu berücksichtigen, wurden die Empfehlungen von einem interdisziplinären Expertengremium erarbeitet und konsentiert. Insbesondere von der Umsetzung der neun Schlüsselpfeilerempfehlungen wird ein relevantes Potential zur Erreichung der oben genannten Ziele erwartet. Ohne eine Anpassung der strukturellen Rahmenbedingungen wird deren Anwendung durch Akzeptanzprobleme jedoch erschwert bleiben (z.B. durch Entwicklung und Nutzung leitlinien-bezogener Honorierungssysteme oder einer stärkeren Nutzung guter Leitlinien in der Aus-, Weiter- und Fortbildung ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe sowie der Qualitätszirkelarbeit [21]).

Aus methodischer Sicht ist nach Abschluss der Arbeiten festzustellen, dass die wissenschaftlichen Belege in vielen Bereichen unzureichend und/oder widersprüchlich bleiben und Empfehlungen oft nur mit unzureichender Sicherheit abzuleiten sind

Verfasser:

Susann Conrad

Dr. Susanne Weinbrenner

Prof. Dr. Günter Ollenschläger

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Die Langfassung der NVL Kreuzschmerz ist unter: www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz/index_html nachzulesen.

Tabelle 5: Empfehlungen medikamentöser Maßnahmen der NVL Kreuzschmerz für die chronische Schmerzphase

Verfahren	Empfehlung
Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> kurzzeitig und in möglichst niedriger Dosis nur nach ausführlicher Medikamentenanamnese und nur zur Behandlung kurzer Exazerbationen (O)
Traditionelle nichtsteroidale Antirheumatika/ Antiphlogistika (tNSAR)	<ul style="list-style-type: none"> in limitierter Dosierung (bis zu 1,2 g Ibuprofen, 100 mg Diclofenac oder 750 mg Naproxen täglich; bei unzureichender Wirkung kann unter Beachtung und ggf. Prophylaxe der möglichen Nebenwirkungen auf bis 2,4 g Ibuprofen, 150 mg Diclofenac oder 1,25 g Naproxen erhöht werden) (B) bei gastrointestinalen Risiken: Prophylaxe mit Protonenpumpenhemmer (B) nur in der niedrigsten wirksamen Dosierung, so kurzzeitig wie möglich (B) nicht parenteral verabreichen (A)
Cox-2-Hemmer	<ul style="list-style-type: none"> wenn tNSAR kontraindiziert sind oder nicht vertragen werden („off label use“) (O)
Opioid-Analgetika	<ul style="list-style-type: none"> schwache Opiode (z.B. Tramadol, Tilidin/Naloxon) können eingesetzt werden bei fehlendem Ansprechen auf Analgetika wie Paracetamol, tNSAR (O) Reevaluation der Opioidtherapie bei chronischem KS nach spätestens 3 Monaten. Tritt die gewünschte Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung nicht ein, ist die Fortsetzung der Opioidtherapie kontraindiziert (A) <ul style="list-style-type: none"> wenn Opiode zum Einsatz kommen, sind zur Reduktion des Suchtrisikos Opiode mit langsamem Wirkungseintritt den schnell wirksamen Opioiden vorzuziehen. Gabe nach festem Zeitschema (Statement)
Muskelrelaxanzien	<ul style="list-style-type: none"> wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen oder alleinige Gabe von nichtopioiden Analgetika keine Besserung bewirken (O) Nebenwirkungspotential beachten, nicht länger als 2 Wochen fortlaufend (Statement)
Antidepressiva	<ul style="list-style-type: none"> Noradrenerge oder noradrenerg-serotonerge Antidepressiva als Nebenmedikation im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes zur Schmerzlinderung (Kontraindikationen, Nebenwirkungen beachten) (O) Antidepressiva vom SSNRI-Typ nicht regelhaft und nur bei indikationsrelevanter Komorbidität (schwere Depression, Angststörung) (B)

Erläuterung (siehe auch Langfassung der NVL): positive/optionale Empfehlungen fett gedruckt
 A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, O = Option, KS = Kreuzschmerz

BERLINER ÄRZTE

05/2011 48. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift
der Ärztekammer
Berlin



NATIONALE
VERSORGUNGSLITLINIE
KREUZSCHMERZ

Die Säule im Zentrum

Nur Engel kennen
keinen Schmerz