

Orthopädie und Unfallchirurgie *up2date*

6 · 2017

Wirbelsäule 4

Nicht spezifischer Rückenschmerz

Hartmut Bork

VNR: 2760512017152371995

DOI: 10.1055/s-0043-109519

Orthopädie und Unfallchirurgie *up2date* 2017; 12 (6): 625–641

ISSN 1611-7859

© 2017 Georg Thieme Verlag KG

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Akutrehabilitation querschnittverletzter Patienten F. Högel, R. Patrick Esser, V. Bühren Heft 5/2017

Verletzungen des Rückenmarks – Akutbehandlung F. Högel, J. Vastmans, M. Vogel, V. Bühren Heft 6/2016

Der lumbale Bandscheibenvorfall H. Mayer, F. Heider Heft 6/2016

Die AOSpine-Klassifikation thorakolumbalen Verletzungen F. Kandziora, P. Schleicher, M. Reinhold, K. Schnake, M. Scholz Heft 5/2016

Untersuchung der Halswirbelsäule C. Josten, C. Heyde, J.-S. Jarvers Heft 1/2016

Verletzungen der subaxialen Halswirbelsäule M. Scholz, P. Schleicher, F. Kandziora Heft 6/2015

Intraspinalen Raumforderungen M. Wostrack, B. Meyer Heft 6/2015

Untersuchungen der Brust- und Lendenwirbelsäule F. Heider, C. Siepe Heft 6/2015

Die Skoliose im Wachstumsalter P. Bernstein, J. Seifert Heft 4/2015

Multimodale interdisziplinäre Therapie beim chronischen Rückenschmerz J. Mallwitz, T. Dörner, M. Richter Heft 6/2014

Verletzungen der thorakolumbalen Wirbelsäule O. Gonschorek, V. Bühren Heft 6/2014

Die lumbale Spinalkanalstenose U. Liljenqvist Heft 2/2014

Diagnostik und konservative Therapie von lumbalen Rückenschmerzen W. Beyer Heft 6/2013

Frakturen der unteren Lendenwirbelsäule K. Schnake, F. Kandziora Heft 4/2013

Spondylitis und ihre Differenzialdiagnosen R. Erlemann, A. Hoogeveen Heft 4/2013

Verletzungen und Erkrankungen der oberen HWS (C0–C2) J. Madert, K.-H. Frosch, T. Niemeyer Heft 2/2013

Bandscheibenendoprothetik und andere bewegungserhaltende Stabilisierungsverfahren der Lendenwirbelsäule – klinische Aspekte W. Käfer, H.-J. Wilke, B. Cakir Heft 2/2012

Infektionen der Wirbelsäule S. Mörk, R. Kothe, C. Ulrich Heft 5/2011

Injektionstherapie an der Wirbelsäule J. Artner, P. Nichterlein, B. Cakir, H. Reichel Heft 4/2011

Subaxiale degenerative Instabilität und spondylotische Myelopathie O. Meier, J. Zenner, L. Ferraris, A. Hempfing, H. Koller Heft 2/2011

Die Therapie der hochgradigen Spondylolisthese und Spondylolipose A. Hempfing, H. Koller, L. Ferraris, J. Völpel, O. Meier Heft 6/2010

Primäre Tumoren der Wirbelsäule U. Liljenqvist, V. Bullmann Heft 5/2010

Operative Behandlung von Wirbelsäulenmetastasen V. Bullmann, U. Liljenqvist Heft 4/2010

Isthmische Spondylolyse und Spondylolisthese F. Kandziora, K. Schnake Heft 3/2010

Wirbelsäulenverletzungen im Kindesalter C. Nau, S. Rose, H. Laurer, I. Marzi Heft 1/2010

Verletzungen des Rückenmarks J. Vastmans, M. Vogel, F. Högel, V. Bühren Heft 6/2009

Sagittale Balance und posttraumatische Fehlstellungen der Brust- und Lendenwirbelsäule. Teil 1 H. Koller, J. Zenner, L. Ferraris, O. Meier Heft 5/2009

Sagittale Balance und posttraumatische Fehlstellungen der Brust- und Lendenwirbelsäule. Teil 2 H. Koller, J. Zenner, L. Ferraris, O. Meier Heft 5/2009

Die lumbale Spinalkanalstenose R. Kothe, C. Ulrich, L. Pava-vero Heft 5/2008

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos! <https://eref.thieme.de/ou-u2d>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt: www.thieme.de/eref-registrierung

Nicht spezifischer Rückenschmerz

Hartmut Bork



Rückenschmerzen zählen mit zu den größten Gesundheitsproblemen in Deutschland. Sie sind ein besonders häufiger Grund für die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems, für Arbeitsunfähigkeit und Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung. Auf der Grundlage der aktualisierten Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ soll dieser Artikel einen Überblick über ein angemessenes und zielgerichtetes, wenn erforderlich auch multimodales und interdisziplinäres Vorgehen bei nicht spezifischen Rückenschmerzen geben.

ABKÜRZUNGEN

AU	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
BWS	Brustwirbelsäule
COX-2	Cyclooxygenase 2
FBA	Finger-Boden-Abstand
FORTA	Fit FOR The Aged
HWS	Halswirbelsäule
LWS	Lendenwirbelsäule
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MPSS	Mainzer Stadienmodell
NRS	numerische Rating-Skala
NSAID	Nonsteroidal anti-inflammatory Drug (nicht steroidales Antiphlogistikum)
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinie
PENS	perkutane elektrische Nervenstimulation
PIM	Potentially Inappropriate Medication
PRISCUS	Potentially Inappropriate Medication Use By The Elderly
SIG	Sakroiliakalgelenk
TENS	transkutane elektrische Nervenstimulation
VAS	visuelle Analogskala

Einleitung

Rückenschmerzen sind in Deutschland und vergleichbaren westlichen Industrienationen weit verbreitet. Die Lebenszeitprävalenz in der deutschen Erwachsenenpopulation beträgt 85,5% [1]. Rückenschmerzen haben daher im Gesundheitssystem eine herausragende medizinische sowie ökonomische Bedeutung und zählen mit zu den größten Gesundheitsproblemen in Deutschland. Sie sind

FALLBEISPIEL

Anamnese

Ein 56-jähriger übergewichtiger Patient klagte seit einigen Tagen über stärkere lumbale Beschwerden mit Ausstrahlung in den rechten Gesäßbereich, was ihn im Alltag und in seinem Beruf als Tischler beeinträchtigte. Bereits früher hatte er rezidivierende LWS-Beschwerden, die zu wiederholten Arbeitsunfähigkeitszeiten führten.

Unter einer medikamentösen Therapie mit NSAID, Krankengymnastik sowie Wärme waren die Beschwerden meist innerhalb von 5–10 Tagen immer wieder rückläufig. Eine 2 Jahre alte kernspintomografische Untersuchung zeigte Bandscheibenprotrusionen in den Etagen L3/4, L4/5 und L5/S1 mit Osteochondrosen der unteren LWS-Segmente L3–L5.

ein besonders häufiger Grund für die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems, für Arbeitsunfähigkeit und Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung.

Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen erfolgen in der täglichen Praxis trotz nationaler und internationaler Leitlinien oftmals immer noch wenig standardisiert, sind in einigen Details umstritten und unterscheiden sich zwischen einzelnen Arztgruppen und den Sektoren. Dabei spielt die Vielzahl an unterschiedlichen ärztlichen Leistungserbringern und Einrichtungen sowie deren unterschiedlicher Umgang mit Rückenschmerzen eine nicht unerhebliche Rolle, was ein einheitliches und damit zielgerichtetes Vorgehen erschwert.

Bedeutsam ist vor allem die Versorgung auf der Ebene der Erstbehandler, in der eine Differenzierung zwischen spezifischen und nicht spezifischen Rückenschmerzen erfolgen und das Augenmerk auf die Vermeidung einer unnötigen Medikalisierung und Chronifizierung liegen sollte.

Problem

Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen erfolgen oftmals noch wenig standardisiert, wobei die Vielzahl an unterschiedlichen ärztlichen Leistungserbringern und Einrichtungen sowie deren unterschiedlicher Umgang mit Rückenschmerzen eine nicht unerhebliche Rolle spielt.

Epidemiologie

Rückenschmerzen betreffen

- zu 70–80% die Lendenwirbelsäule (LWS),
- zu 20–30% die Halswirbelsäule (HWS) und
- nur zu 2% die Brustwirbelsäule (BWS) [2].

Die Prävalenz nicht spezifischer Rückenschmerzen wird dabei auf ca. 80% geschätzt [3]. Nicht spezifische Rückenschmerzen lassen in der Regel keine eindeutigen Hinweise auf eine spezifische Ursache wie z.B. einen Bandscheibenvorfall mit radikulärer Symptomatik, eine Spinalkanalstenose, Infektion, Spondylolisthesis, Fraktur bzw. einen Tumor oder entzündlichen Kreuzschmerz etc. erkennen. Die Abgrenzung zwischen nicht spezifischen und spezifischen Kreuzschmerzen ist in der Praxis aber nicht immer leicht, zumal sich Symptome mitunter ähneln können und für viele spezifische Kreuzschmerzformen keine klaren diagnostischen Kriterien existieren. Gerade bei den häufigen funktionellen Ursachen muskulärer Genese reicht die Trennschärfe differenzialdiagnostischer Maßnahmen für eine eindeutige Diagnose oftmals nicht aus.

Schwerwiegende spezifische Rückenschmerzen sind eher selten. Bleiben Untersuchungsbefunde im Rahmen der Verlaufskontrolle auch nach 12 Wochen ohne Anhalt für eine Spezifität, ist die Diagnose nicht spezifischer Kreuzschmerz höchstwahrscheinlich.

Merke

Neben somatischen können auch psychische und sozioökonomische Faktoren bei der Krankheitsentstehung, der Fortdauer und der weiteren Prognose eine Rolle spielen, was bei der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Rückenschmerzen unbedingt beachtet werden sollte.

Personen mit niedrigem Sozialstatus haben ein höheres Risiko, Kreuzschmerzen zu entwickeln, als Personen mit höherem Sozialstatus.

Patienten mit Kreuzschmerzen berichten zudem häufiger über Komorbiditäten wie

- kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen,
- Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule,
- degenerative Gelenkerkrankungen,
- Migräne/Kopfschmerzen,
- Schlafstörungen und vitale Erschöpfung sowie
- psychische Störungen (Depression, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung).

Frauen sind in allen Altersgruppen häufiger betroffen als Männer.

Klassifizierung

Zeitlicher Verlauf

Nach zeitlichem Verlauf unterscheidet man:

- akute Rückenschmerzen,
- subakute Rückenschmerzen,
- chronische Rückenschmerzen und
- rezidivierende Rückenschmerzen.

Schmerzepisoden von bis zu 6 Wochen werden allgemein als akut betrachtet. Bestehen Rückenschmerzen länger als 6 Wochen, spricht man von subakuten Schmerzen, dauern sie länger als 12 Wochen, von chronischen Schmerzen, wobei die Schmerzintensität im Verlauf unterschiedlich sein kann. Rezidivierende Rückenschmerzen sind als Schmerzepisoden definiert, die nach einem symptomfreien Intervall von mindestens 6 Monaten wieder akut in Erscheinung treten.

Schweregrad

Oftmals ist es sinnvoll, den Schweregrad bei akuten Schmerzen mithilfe der numerischen Rating-Skala (0–10) oder visuellen Analogskala schätzen zu lassen bzw. bei chronischen Schmerzen das 5-stufige Graduierungsschema nach Korff et al. [4] zu verwenden (Patientenfragebogen) (► **Tab. 1**). Das Graduierungsschema berücksichtigt neben der Schmerzintensität auch die hierdurch resultierende Beeinträchtigung bei Alltagsaktivitäten.

Chronifizierungsstadium

Zur Bestimmung des Chronifizierungsstadiums hat sich in der Praxis das Mainzer Stadienmodell (MPSS) etabliert, das bei der Abklärung für weitergehende Maßnahmen hilfreich sein kann. Anhand des zeitlichen Schmerzverlaufs, der Schmerzlokalisation, der Medikamenteneinnahme und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems werden Betroffene in diesem Modell einem von 3 Stadien zugeordnet.

Merke

Bei chronischen Schmerzen empfiehlt es sich, neben der Schmerzintensität auch die Funktionsbeeinträchtigung im Alltag abzuklären.

► **Tab. 1** Graduierung chronischer Schmerzen nach Korff et al. [4]

Einteilung	Kennzeichen
Grad 0	keine Schmerzen (keine Schmerzen in den vergangenen sechs Monaten).
Grad I	Schmerzen mit geringer schmerzbedingter Funktionseinschränkung und niedriger Intensität (Schmerzintensität < 50 und weniger als 3 Punkte schmerzbedingte Beeinträchtigung)
Grad II	Schmerzen mit geringer schmerzbedingter Funktionseinschränkung und höherer Intensität (Schmerzintensität > 50 und weniger als 3 Punkte schmerzbedingte Beeinträchtigung)
Grad III	mittlere schmerzbedingte Funktionseinschränkung (3–4 Punkte schmerzbedingte Beeinträchtigung, unabhängig von der Schmerzintensität)
Grad IV	hohe schmerzbedingte Funktionseinschränkung (5–6 Punkte schmerzbedingte Beeinträchtigung, unabhängig von der Schmerzintensität).

Verlauf

PRAXISTIPP

Von ärztlicher Seite aus sollte auf Ebene der Erstbehandlung zunächst zwischen spezifischen und nicht spezifischen Rückenschmerzen unterschieden werden und bei eher nicht spezifischen Beschwerden die Vermeidung einer unnötigen Medikalisierung und Chronifizierung im Vordergrund stehen.

Die Prognose des akuten Rückenschmerzes kann nicht vorhergesagt werden. Ging man in der Vergangenheit davon aus, dass bei nicht spezifischen Rückenschmerzen die Beschwerden selbstbegrenzend sind und nur 2–7% der Betroffenen chronische Schmerzen entwickeln, konnte in einem systematischen Review von Hestbaek et al. [5] und einer Metaanalyse von Itz et al. [6] nachgewiesen werden, dass nur ein Drittel der Patienten über eine spontane Genesung der akuten, nicht spezifischen Kreuzschmerzen innerhalb der ersten 3 Monate berichtete, wobei die stärkste Symptomverbesserung innerhalb der ersten 6 Wochen zu verzeichnen war.

Rund zwei Drittel der Betroffenen litten 1 Jahr nach Schmerzbeginn immer noch unter entsprechenden Beschwerden. Dabei nahmen 68% innerhalb eines Monats, 85% innerhalb von 1–5 Monaten und 93% der Betroffenen nach 6 Monaten ihre berufliche Tätigkeit wieder auf. Die Erwartung auf eine baldige Genesung spielte dabei eine nicht unwesentliche Rolle. Jüngere Patienten mit höherem Bildungsniveau und Beschäftigungsstatus sowie positiver Erwartungshaltung gegenüber der Behandlung zeigten eine stärkere Evidenz für einen nachhaltigen Therapieerfolg. Interindividuell können aber unterschiedliche Faktoren sowohl für das Auftreten als auch für eine Chronifizierung von Kreuzschmerzen verantwortlich sein.

Cave

Generell kann angenommen werden, dass ein akuter lumbaler Rückenschmerz nicht einmalig bleibt, sondern Rezidive aufweist [7]. Insbesondere kognitiv-psychoemotionale und verhaltensbezogene Merkmale spielen beim Übergang von akuten zu chronischen Verläufen eine entscheidende Rolle.

Merke

Aufgabe des Erstbehandlers ist es, im Verlauf zwischen spezifischen und nicht spezifischen Rückenschmerzen zu unterscheiden und eine unnötige Medikalisierung und Chronifizierung zu vermeiden. Eine positive Erwartungshaltung ärztlicherseits und auch vonseiten des Patienten gegenüber der Behandlung zeigt eine stärkere Evidenz für einen besseren Therapieerfolg.

Risikofaktoren

Bei protrahiertem Krankheitsverlauf sollten frühzeitig – d.h. in einem Zeitrahmen von 4 bis spätestens 12 Wochen nach Beginn einer Schmerzepisode und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Thera-

ÜBERSICHT

Rückenschmerzen – validierte Screeninginstrumente zur Erfassung von Risikofaktoren

Erfassung psychosozialer Risikofaktoren

- Örebro Kurzfragebogen (ÖMPSQ)
- STarT Back Tool (SBT)
- Heidelberger Kurzfragebogen (HKF-R 10)
- Risikoanalyse der Schmerzchronifizierung (RISC-R)

Erfassung arbeitsplatzbezogener Risikofaktoren

- Work Ability Index (WAI)
- Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

ÜBERSICHT**Psychosoziale Risikofaktoren für die Chronifizierung nicht spezifischer Kreuzschmerzen**

- Depressivität, Disstress (negativer Stress, vor allem berufs-/arbeitsplatzbezogen)
- schmerzbezogene Kognitionen wie Katastrophisieren, Hilf-/Hoffnungslosigkeit, Angst-Vermeidungs-Überzeugungen (Fear-Avoidance-Beliefs)
- passives Schmerzverhalten wie ausgeprägtes Schon- und Angstvermeidungsverhalten
- überaktives Schmerzverhalten wie beharrliche Arbeitsamkeit (Task Persistence), suppressives Schmerzverhalten
- schmerzbezogene Kognitionen wie Gedankenunterdrückung (Thought Suppression)
- Neigung zur Somatisierung

pie – validierte Screeninginstrumente (s. Infobox) zur Erfassung psychosozialer und arbeitsplatzbezogener Risikofaktoren zur Anwendung kommen, um im Bedarfsfall die Therapie zu modifizieren und auch kognitiv verhaltenstherapeutische Maßnahmen durch entsprechende Fachärzte oder Psychotherapeuten einzusetzen bzw. eine multimodale Behandlung einzuleiten.

Speziell die ersten 12 Wochen sind von gesundheitsökonomischer Bedeutung, da danach die Wahrscheinlichkeit der Betroffenen, an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren, deutlich absinkt. Als psychosoziale Risikofaktoren („yellow Flags“) gelten u. a. die in der folgenden Übersicht aufgeführten Komponenten.

Arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren werden in subjektiv empfundene Belastungen am Arbeitsplatz („blue Flags“ – Unzufriedenheit, mentaler Stress) und objektiv messbare Arbeitsplatzfaktoren wie soziale Rahmenbedingungen seitens der Arbeitgeber („black Flags“ – Zeitdruck, Körperbelastungen, Arbeitsschwere, ergonomisch ungünstige Haltungen) unterteilt. Eine weitere Infobox beschreibt die wichtigsten arbeitsplatzbezogenen Einflussfaktoren.

Merke

Oftmals sind es sowohl physikalische (ständiges schweres Heben und Tragen, Ganzkörpervibrationen) als auch psychische Stressoren (berufliche Anspannung), die zu einem Auftreten von Kreuzschmerzen und deren Chronifizierung führen.

Für den beruflichen Wiedereingliederungserfolg spielen u. a. soziale Unterstützung, subjektive Erwerbsprognose, Entscheidungsspielraum und psychosoziale Arbeitsplatzanforderungen eine Rolle [8].

ÜBERSICHT**Arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren für die Chronifizierung nicht spezifischer Kreuzschmerzen**

- überwiegend körperliche Schwerarbeit (Tragen, Heben schwerer Lasten)
- überwiegend monotone Körperhaltung
- überwiegend Vibrationsexposition
- geringe berufliche Qualifikation
- geringer Einfluss auf die Arbeitsgestaltung
- geringe soziale Unterstützung
- berufliche Unzufriedenheit
- Verlust des Arbeitsplatzes
- Kränkungsverhältnisse am Arbeitsplatz, chronischer Arbeitskonflikt (Mobbing)
- eigene negative Erwartung hinsichtlich der Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Angst vor erneuter Schädigung am Arbeitsplatz

Als weitere, wenn auch schwache Risikofaktoren für eine Chronifizierung von nicht spezifischen Rückenschmerzen werden in der Nationalen VersorgungsLeitlinie [9] genannt:

- individueller Lebensstil
 - Rauchen,
 - Übergewicht,
 - geringe körperliche Kondition,
 - Alkohol,
- iatrogene Faktoren
 - mangelhafte Respektierung der multikausalen Genese,
 - Überbewertung somatischer/radiologischer Befunde bei nicht spezifischen Schmerzen,
 - lange, schwer begründbare Krankschreibung,
 - Förderung passiver Therapiekonzepte,
 - übertriebener Einsatz diagnostischer Maßnahmen.

Überzeugungen und Einstellungen der behandelnden Ärzte und Therapeuten insbesondere in Bezug auf das Angst-Vermeidungs-Verhalten (Krankschreibung) mit Bevorzugung passiver und monomodaler Therapiemaßnahmen können somit das Krankheitsverständnis und den Behandlungserfolg beeinflussen.

Merke

Bei unzureichendem Therapieerfolg und protrahiertem Krankheitsverlauf sollten frühzeitig validierte Screeninginstrumente zur Erfassung psychosozialer und arbeitsplatzbezogener Risikofaktoren für eine Chronifizierung eingesetzt werden. Im Bedarfsfall sollte die Therapie modifiziert und durch kognitiv verhaltenstherapeutische Maßnahmen ergänzt werden.

Diagnostisches Vorgehen

Anamnese

Eine sorgfältige Anamnese und klinische Untersuchung stellt immer noch die Grundlage für eine gezielte Steuerung diagnostischer und auch therapeutischer Maßnahmen dar. Hierbei sollten Warnhinweise für weiter abklärungsbedürftige spezifische Ursachen von Kreuzschmerzen bzw. seltenere extravertebrale Ursachen durch benachbarte Organe erkannt und frühzeitig psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren mit erfragt werden, da sie eine entscheidende Rolle im weiteren Krankheitsverlauf spielen können.

Die Schmerzanamnese umfasst die Abklärung folgender Faktoren:

- zeitliche Aspekte wie
 - Beginn der Schmerzsymptomatik,
 - Tagesverlauf und
 - frühere Episoden,
- Lokalisation und Ausstrahlung der Schmerzen,
- schmerzauslösende, -verstärkende und auch -lindernde Maßnahmen.

Schmerzstärke, Schmerzcharakter und die Stärke der Beeinträchtigung bei täglichen Verrichtungen können wert-

volle Hinweise für das weitere diagnostische und auch therapeutische Vorgehen liefern. Die Erfassung von Begleitbeschwerden und -erkrankungen gehört ebenso dazu wie die Beleuchtung des Schmerzverhaltens und der bisherigen Behandlungen bzw. deren Nebenwirkungen. Zur Abklärung der Schmerzcharakteristika kann ein standardisierter Schmerzfragebogen – wie der der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes – hilfreich sein.

Klinische Untersuchung

Die anschließende körperliche Untersuchung richtet sich nach den Ergebnissen der Anamnese. Die Aussagekraft der klinischen Untersuchung kann durch verschiedene Faktoren wie Erfahrung des Untersuchers, geringe Trennschärfe eingesetzter klinischer Tests und der daraus resultierenden nicht möglichen Eingrenzung des genauen Entstehungsortes der Schmerzen sowie unzureichende Kommunikation und Kooperation des Patienten eingeschränkt sein. Die klinischen Basisuntersuchungen fasst ► **Tab. 2** zusammen.

Merke
Die sorgfältige Anamnese und klinische Untersuchung stellen immer noch die Grundlage für eine weitere gezielte Steuerung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen dar.

► **Tab. 2** Klinische Basisuntersuchungen.

Untersuchung	Bemerkungen
Inspektion	zu achten ist auf: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemein- und Ernährungszustand ▪ Hautveränderungen ▪ Haltung ▪ Beckenstand ▪ Deformitäten ▪ Verletzungszeichen ▪ körperliche/funktionelle Beeinträchtigung, z. B. beim Entkleiden
Palpation	Untersuchung der lokalen Muskulatur und der begleitend betroffenen Muskulatur auf Schmerzhaftigkeit und Verspannung
lokaler Druck- oder Klopfschmerz des Processus spinosus	bei Frakturverdacht
orientierende Beweglichkeitsprüfung: Ante-, Retro-, Lateralflexion und Rotation der LWS	diagnostische Aussagefähigkeit begrenzt (hilft bei der Beurteilung des Krankheitsverlaufes)
Finger-Boden-Abstand (FBA)	Tests abhängig von der Patientenmitarbeit, der Hüftbeweglichkeit und der Dehnbarkeit der ischiokruralen Muskulatur
Schober-Zeichen	Dornfortsatz-Entfaltungstest der LWS
Untersuchung des Sakroiliakgelenks (SIG)	bei Schmerzangabe in der Glutealregion mit oder ohne ausstrahlende Schmerzen in den Oberschenkel Testverfahren: Patrick-Zeichen, Beurteilung von Vor- und Rücklaufphänomenen, Kompression des Gelenkes Reliabilität der Einzeltests bei sakroiliakaler Dysfunktion begrenzt (Anwendung mehrerer Provokationstests sicherer als Mobilitätstests) evtl. Injektion von Lokalanästhetika in die SIG als diagnostische Intervention
Beweglichkeitsprüfung der Hüftgelenke	um schmerzbedingte Mitverursachung z. B. durch eine Hüftgelenksarthrose zu erfassen

Neurologische Diagnostik

Liegen Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik vor, sollte eine neurologische Basisdiagnostik mit Überprüfung von Gefühlsstörungen und der muskulären Kraft zum Nachweis von Paresen in den Beinen einschließlich der Überprüfung von Reflexen und Erfassung einer Blasen- und/oder Mastdarmlähmung/-entleerungsstörung erfolgen (► **Tab. 3**).

► **Tab. 3** Untersuchung der Muskelkraft gegen Widerstand zum Nachweis von Paresen.

Untersuchung	Höhe
Dorsalextension der Großzehe	L5
Dorsalextension des Fußes im Sprunggelenk	L4 und L5
Plantarflexion des Fußes im Sprunggelenk	S1-Kennmuskeln
Knieextension	L4-Kennmuskeln
Hüftadduktion	L3-Kennmuskeln
Hüftflexion	L1–L2-Kennmuskeln

FALLBEISPIEL

Diagnostik und Beginn der Therapie

Im Rahmen der klinischen Untersuchung fanden sich keine Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik. Sensomotorische Ausfälle waren nicht nachweisbar. Lokal zeigte sich die paravertebrale Muskulatur im Bereich des lumbosakralen Überganges druckdolent und hyperten verspannt. Beide Sakroiliakalgelenke waren palpatorisch und funktionell unauffällig. Schmerzbedingt war die Beweglichkeit der Wirbelsäule für alle Bewegungsrichtungen endgradig eingeschränkt. Ärztlicherseits wurde zunächst wieder ein NSAID und Krankengymnastik verordnet, außerdem wurde eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) für 3 Wochen ausgestellt.

Bildgebende Untersuchung

Liegen keine Hinweise auf einen gefährlichen behandlungsbedürftigen Verlauf vor, sind entsprechend den Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie zunächst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen (Laboruntersuchungen und bildgebende Verfahren) notwendig. In Bezug auf die Endpunkte Schmerzintensität und Funktionsfähigkeit konnte nach 3, 6 und 12 Monaten bei gleicher Behandlung kein Unterschied zwischen einer sofortigen und keiner bildgebenden Diagnostik bei akuten und subakuten nicht spezifischen Kreuzschmerzen gefunden werden [9, 11]. Eine bildgebende Diagnostik

ist daher ohne Hinweis auf eine spezifische Ursache der Kreuzschmerzen durch Anamnese und klinische Untersuchung innerhalb der ersten 4–6 Wochen nicht erforderlich, zumal die Einordnung der durch die bildgebende Diagnostik oftmals nachgewiesenen degenerativen Veränderungen Schwierigkeiten bereiten und einer Chronifizierung durch Überdiagnostik Vorschub leisten kann.

PRAXISTIPP

Information und Aufklärung des Patienten über den Charakter und vermutlich selbstlimitierenden Verlauf der Rückenschmerzepisode zählen zu den wichtigsten Aufgaben des erstbehandelnden Arztes. Die Motivation zum aktiven Umgang mit den Beschwerden, zur Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten und zu regelmäßiger körperlicher Aktivität sollte im Vordergrund stehen.

Ziehen sich die Beschwerden trotz leitliniengerechter Therapie aber über 4–6 Wochen hin bzw. sind berufstätige Patienten bereits länger als 2–4 Wochen arbeitsunfähig und finden sich im Rahmen einer Kontrolluntersuchung Warnhinweise für eine spezifische Erkrankung, kann eine frühzeitigere Überprüfung der Indikation zu einem bildgebenden Verfahren sinnvoll sein, sofern eine Änderung des therapeutischen Regimes hiervon zu erwarten ist.

Merke

Auch sollten bei Verdacht auf eine spezifische Ursache fachärztliche Behandler frühzeitig mit in die diagnostische Abklärung der Symptomatik einbezogen werden, um die Verzögerung eines gezielten Therapiebeginns bzw. einer spezifischen Behandlung zu vermeiden.

PRAXISTIPPS

- Eine bildgebende Diagnostik ist ohne Hinweis auf eine spezifische Ursache der Kreuzschmerzen durch Anamnese und klinische Untersuchung innerhalb der ersten 4–6 Wochen nicht erforderlich.
- Information und Aufklärung des Patienten über den vermutlich selbstlimitierenden, mitunter rezidivierenden Verlauf der Rückenschmerzepisode zählen zu den wichtigsten Aufgaben des erstbehandelnden Arztes.

FALLBEISPIEL

Der Fall: Weiterer Verlauf

Nach 3 Wochen kam der Patient erneut in die Sprechstunde und klagte über eine Beschwerdepersistenz. Der körperliche Untersuchungsbefund entsprach dem der Voruntersuchung, sodass noch einmal ein NSAID und Krankengymnastik rezeptiert und eine AU ausgestellt wurde.

Nach weiteren 4 Wochen gab der Patient dieselbe Beschwerdesymptomatik an. Es folgten diverse ambulante Behandlungen durch den Hausarzt und Orthopäden über mehrere Wochen u. a. mit Infiltrationen und Akupunkturbehandlungen, worunter sich die Schmerzsymptomatik nur vorübergehend lindern ließ.

Aufgrund stärkster LWS-Beschwerden mit Einschränkung der Gehfähigkeit wurde der Patient zwischenzeitlich notfallmäßig in eine orthopädische Klinik aufgenommen. Im Rahmen einer neurologischen Konsiliaruntersuchung konnten keine sensomotorischen Defizite festgestellt werden, die Kraft im Bereich der unteren Extremitäten war bei Abschwächung des Patellarsehnenreflexes links allseits erhalten, Gefühlsstörungen waren nicht objektivierbar. Radiologisch wurden höhergradige degenerative Veränderungen der LWS beschrieben und eine OP-Indikation ausgeschlossen.

In der Literatur gibt es Hinweise, dass insbesondere intensivere persönliche Aufklärung und Edukation im Sinne der Vermittlung von Kompetenzen zu gesundheitsbewusstem Verhalten positive Effekte auf Angst, Katastrophisieren und allgemein Beunruhigung haben und eine beschleunigte Rückkehr an den Arbeitsplatz bewirken [13, 14]. Einer Chronifizierung kann hierdurch vorgebeugt werden, ebenso wie durch die Vermeidung von diagnostischen Maßnahmen ohne therapeutische Konsequenz und Förderung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses.

PRAXISTIPP

- Es ist sinnvoll, Betroffene daher über die grundsätzliche Unbedenklichkeit von angemessener körperlicher Aktivität und insbesondere über deren mögliche positive Auswirkung auf die Beschwerdesymptomatik aufzuklären.
- Das Beibehalten von Alltagsaktivitäten im individuell angepassten Ausmaß führt in der Regel im Verlauf zu einer Schmerzreduktion und Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit [12], zumal die Beschwerden meist selbst begrenzend sind.
- Die Vermittlung von Kompetenzen zu gesundheitsbewusstem Verhalten hat positive Effekte auf Angst, Katastrophisieren und allgemein Beunruhigung.

Therapeutisches Vorgehen

Merke

Die Therapie nicht spezifischer Kreuzschmerzen ist symptomatisch. Sie orientiert sich am Schmerzmaß und dem hierdurch hervorgerufenen Funktionsverlust bei Alltagsaktivitäten bzw. im Berufsleben.

Neben der eventuell notwendigen medikamentösen Behandlung zur Reduktion der Akutschmerzsymptomatik stehen diverse nicht medikamentöse Maßnahmen mit unterschiedlichem Wirksamkeitsnachweis zur Verfügung. Die jeweiligen Therapien sollten mit den Betroffenen im Sinne eines „shared Decision Making“ individuell und nach jeweiligen Präferenzen abgestimmt werden. Zur Unterstützung der ärztlichen Aufklärung und Beratung wurden im Rahmen der Aktualisierung der NVL hierzu allgemein verfügbare Informationsmaterialien für Patienten entwickelt.

Prinzipiell sollten Patienten mit akuten nicht spezifischen Rückenschmerzen ärztlicherseits dazu angehalten werden, ihre körperlichen Aktivitäten soweit wie möglich beizubehalten.

Versorgungskoordination

Die Versorgungskoordination spielt im Management nicht spezifischer Kreuzschmerzen eine bedeutende Rolle. Sie findet sowohl im hausärztlichen Bereich als auch in Facharztpraxen statt. Der hauptverantwortliche Arzt erfüllt dabei eine Art Lotsenfunktion, koordiniert die symptomorientierte Basistherapie und attestiert im Bedarfsfall die Arbeitsunfähigkeit. Er überprüft den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen und sollte bei verzögertem Behandlungserfolg eine frühzeitige multi- und interdisziplinäre Therapie indizieren.

Bei einem Verdacht auf Mitverursachung durch psychosoziale Belastungsfaktoren ist es sinnvoll, neben der ärztlichen Beratung auch Psychotherapeuten zur weiteren Diagnostik und Behandlung – in Form niederschwelliger verhaltensmedizinisch orientierter Interventionen – mit einzubeziehen, um chronifizierenden Denk- und Verhaltensmustern entgegenzuwirken. Sollte sich bei der Erfassung von Risikofaktoren der Verdacht auf eine komorbide psychische Erkrankung, z. B. im Sinne einer Angststörung bzw. Depression ergeben, ist ferner eine psychologische Mitbehandlung ratsam. Auf die Anwendung medizinischer Verfahren, die den Patienten in eine passive Rolle drängen, sollte verzichtet werden.

Merke

Bei Verdacht auf Mitverursachung durch psychosoziale Belastungsfaktoren ist es sinnvoll, auch Psychotherapeuten frühzeitig zur weiteren Diagnostik und Behandlung mit in die Behandlung einzubeziehen, um chronifizierenden Denk- und Verhaltensmustern entgegenzuwirken.

Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie nicht spezifischer Rückenschmerzen dient dazu, im akuten Stadium Schmerzen rasch zu lindern, um es Betroffenen zu ermöglichen, ihre Alltagsaktivitäten möglichst beizubehalten bzw. bald wieder aufzunehmen. Sie unterstützt die Wirkung nicht medikamentöser Maßnahmen, wobei der Einsatz aufgrund der manchmal mäßigen Wirksamkeit und der mitunter relevanten gesundheitlichen Folgen bei längerer Einnahme beschränkt bleiben sollte.

Bereits bei Indikationsstellung sollten Nutzen und Risiko einer medikamentösen Behandlung mit dem Patienten diskutiert und die Auswahl individuell festgelegt werden. Hierbei sind Begleiterkrankungen, bekannte Unverträglichkeiten und Vorerfahrungen, Patientenpräferenzen sowie aufgrund von möglichen Wechselwirkungen bereits regelmäßig verordnete Medikamente zu berücksichtigen.

PRAXISTIPP

Zur besseren Beurteilung einer potenziell inadäquaten Multimedikation empfiehlt sich vor allen bei älteren Patienten ein Blick auf die PRISCUS- bzw. FORTA- oder PIM-Liste (potenziell inadäquate Medikation).

Nach stufenweiser Titration der Dosis sollte der klinische Effekt nebst Nebenwirkungsspektrum analysiert und die Dauer der Therapie bei guter Wirksamkeit und Verträglichkeit in regelmäßigem Abstand mit dem Ziel eines baldigen Ausschleichens bzw. Absetzens der Medikation überprüft werden. Bei nicht ausreichender Wirksamkeit trotz ausreichender Dosierung bzw. relevanten Nebenwirkungen ist die medikamentöse Therapie umzustellen oder abzusetzen.

- Nutzen und Risiko einer medikamentösen Behandlung sollten individuell abgewogen werden, wobei folgende Faktoren zu berücksichtigen sind:
- Begleiterkrankungen,
- bekannte Unverträglichkeiten und Vorerfahrungen,
- Patientenpräferenzen sowie
- bereits regelmäßig verordnete Medikamente.

FALLBEISPIEL**Stationärer Aufenthalt**

Es erfolgte eine mehrstufige konservative Therapie zunächst in Form von i. v. Infusionen mit Schmerzmitteln, im Weiteren mit Infiltrationen der Facetten- und Iliosakralgelenke, die kurzfristig zu einer gewissen Schmerzlinderung führten, jedoch nicht nachhaltig schmerzreduzierend wirkten. Auch die begleitende physikalische und physiotherapeutische sowie regelmäßige orale medikamentöse Behandlung mit morphinhaltigen Schmerzmitteln führte zu keinem durchgreifenden Behandlungserfolg.

Nach 8 Tagen wurde der Patient unter eine Medikation mit Tilidin und einem NSAID in die ambulante Weiterbehandlung mit der Maßgabe entlassen, sein Gewicht zu reduzieren und intensive Krankengymnastik zur Kräftigung der Rumpfmuskulatur durchzuführen.

Medikamentenauswahl**Nicht steroidale Antiphlogistika**

Nicht steroidale Antiphlogistika (NSAID) können aufgrund ihrer schmerzlindernden und funktionsverbessernden Wirksamkeit zur Behandlung akuter und auch aktiver chronischer nicht spezifischer Rückenschmerzen so kurzzeitig wie möglich in der niedrigsten wirksamen Dosierung oral eingesetzt werden. Bei unzureichender Wirkung kann die Dosis auch kurzzeitig unter Beachtung möglicher Nebenwirkungen erhöht werden.

Zwischen den einzelnen NSAID (Ibuprofen, Diclofenac, Naproxen), die in niedriger Dosierung für leichte bis mäßige starke Schmerzen rezeptfrei im Handel erhältlich sind, wurde kein wesentlicher Unterschied in der Wirksamkeit beschrieben. Weitere NSAID sind für den rein nicht spezifischen Kreuzschmerz nicht zugelassen.

Da NSAID über ein erhebliches Nebenwirkungs- und Interaktionspotenzial verfügen, ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis individuell abzuwägen und der Patient entsprechend über Nebenwirkungen (s. Infobox) aufzuklären.

Kontraindikationen bestehen u. a. bei

- bekannter Blutung unter NSAID,
- schwerer Herz-, Leber- und Niereninsuffizienz,
- ischämischer Herzerkrankung,
- peripherer Arterienerkrankung,
- zerebrovaskulärer Erkrankung,
- Überempfindlichkeit.

ÜBERSICHT

Nebenwirkungen der nicht steroidalen Antiphlogistika (NSAID)

Nebenwirkungen der NSAID sind u. a.

- gastrointestinale Beschwerden
- peptische Ulzera und Blutungen
- Kopfschmerzen
- Verminderung der Harnausscheidung
- Schwindel
- Ödeme
- Bluthochdruck und Herzinsuffizienz
- Erhöhung des kardiovaskulären Risikos in Bezug auf Myokardinfarkte
- Schlaganfälle

Cyclooxygenase-2-Hemmer (COX-2-Hemmer)

COX-2-Hemmer sind in Deutschland mit Ausnahme der Indikation Spondylitis ankylosans nicht zur symptomatischen Therapie von Kreuzschmerzen zugelassen. Mehrere Übersichtsarbeiten zeigen aber eine Überlegenheit in der Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung im Vergleich zu Placebo, sodass die NVL unter Berücksichtigung der Warnhinweise/Kontraindikationen (s. Infobox) den Einsatz in der niedrigsten effektiven Dosis und für die kürzest mögliche Zeit für vertretbar hält.

ÜBERSICHT

Warnhinweise/Kontraindikationen bei Cyclooxygenase-2-Hemmern

Warnhinweise bzw./Kontraindikationen der COX-2-Hemmer sind:

- koronare Herzerkrankung
- Schlaganfall
- periphere arterielle Verschlusskrankheit
- schwere Herzinsuffizienz
- Hypertonie
- Hyperlipidämie
- Diabetes mellitus
- Rauchen

Metamizol

Zwar sind Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Metamizol bei nicht spezifischen Rückenschmerzen in der Literatur nicht bekannt, jedoch kann der Wirkstoff bei vorliegender Kontraindikation für andere Schmerzmittel (z. B. NSAID) bzw. bei Unverträglichkeit gegenüber anderen Wirkstoffen (Opioiden) zur Behandlung kurzzeitig eingesetzt werden. Über unerwünschte Nebenwirkungen wie Leukopenien, Hypotonie, allergische Reaktionen und die schwerwiegende Agranulozytose (Fieber, Halsschmer-

zen, Schleimhautläsionen) sowie durchzuführende Blutbildkontrollen insbesondere bei längerer Einnahme ist der Patient aufzuklären.

Opioidanalgetika

Die Datenlage zur Wirksamkeit von Opioiden bei akuten Kreuzschmerzen ist unzureichend. Eine Überlegenheit im Vergleich zu NSAID konnte nicht festgestellt werden. Im Sinne einer angemessenen Schmerzbehandlung mit Steigerung des analgetischen Effektes durch Kombination verschieden wirkender Medikamente bzw. beim Vorliegen von Kontraindikationen gegenüber Nichtopioidanalgetika können sie jedoch nützlich sein und werden von den Autoren der NVL als mögliche Therapieoption in oraler Form aufgeführt.

Demgegenüber wurde bei chronischen Kreuzschmerzen eine signifikante Schmerzreduktion und geringe Zunahme der körperlichen Funktionsfähigkeit bei kurz- bis mittelfristiger Anwendung (4–26 Wochen) gefunden, sodass Opioiden bei fehlendem Ansprechen oder Kontraindikation anderer zur Behandlung nicht spezifischer Kreuzschmerzen empfohlener Medikamente eingesetzt werden können. Eine längere Behandlung empfiehlt sich bei fehlenden bzw. geringen Nebenwirkungen aber nur im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes.

Eine Reevaluation der Therapie mit opioidhaltigen Analgetika bei akutem nicht spezifischem Kreuzschmerz sollte spätestens nach 4 Wochen, bei Langzeitanwendung von Opioiden spätestens nach 3 Monaten erfolgen. Tritt die gewünschte Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung nicht ein, ist die Fortsetzung der Therapie mit opioidhaltigen Analgetika kontraindiziert. Eine Unterscheidung zwischen schwachen und starken Opioiden wird dabei nicht vorgenommen. Auch eine Empfehlung hinsichtlich der Bevorzugung eines einzelnen opioidhaltigen Analgetikums kann nicht gegeben werden.

Bei der Entscheidung für ein kurz- oder ein langwirksames opioidhaltiges Analgetikum ist es sinnvoll, die individuelle Wirksamkeit und Verträglichkeit zu berücksichtigen, wobei Präparate mit retardierter Galenik bzw. langer Wirkdauer in der Regel geeigneter sind. Die Therapie sollte zudem nach einem festen Zeitplan erfolgen.

Im Rahmen der Versorgungskoordination empfiehlt sich die frühzeitige Einbindung schmerztherapeutisch erfahrener Fachleute, um relevante Nebenwirkungen (s. Infobox) gering zu halten und Problemen bei der Verordnung von Opioiden vorzubeugen bzw. über eine Beendigung der Therapie zu entscheiden bzw. diese einzuleiten.

Cave

Eine alleinige Therapie mit opioidhaltigen Analgetika soll bei chronischen nicht tumorbedingten Schmerzsyndromen nicht durchgeführt werden.

ÜBERSICHT

Nebenwirkungen von Opioidanalgetika

- Obstipation
- Übelkeit
- Müdigkeit
- Sturzneigung
- Stimmungsänderungen
- Kopfschmerzen
- Risiken einer physischen Abhängigkeit
- verringerte kognitive Leistungsfähigkeit etc.

Orale Phytotherapeutika

Zur kurzfristigen Linderung von Kreuzschmerzen kann Weidenrinde in Kombination mit aktivierenden Maßnahmen bei der Exazerbation von chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen als Therapieversuch eingesetzt werden. Teufelskralle wird aufgrund des geringeren Evidenzgrades nicht empfohlen.

Topisch applizierbare Medikamente

Von Externa mit Capsaicin, Salicylaten, Beinwellwurzelextrakt sowie hyperämisierenden und ätherischen Ölen wird in der NVL nur das Capsaicinpflaster bzw. -cremes als eine mögliche Therapieoption im Rahmen des Selbstmanagements in Kombination mit aktivierenden Maßnahmen angesehen.

Nicht empfohlene Analgetika/Medikamente bzw. Therapieoptionen

Aufgrund des neuerdings unzureichend belegten Nutzens wird Paracetamol zur Schmerztherapie nicht spezifischer Rückenschmerzen von den Autoren der überarbeiteten NVL nicht mehr empfohlen, zumal sich im Rahmen zweier Studien signifikant mehr Patienten mit abnormen Leberwerterhöhungen fanden. Auch Kombinationspräparate (Paracetamol mit Kodein bzw. anderen Analgetika) werden nicht empfohlen.

Flupirtin soll aufgrund potenzieller Risiken vor allem im Hinblick auf erhöhte Leberwerte bis hin zum Leberversagen und einer möglichen Abhängigkeit bei fehlendem Nachweis der Wirksamkeit bei chronischen Rückenschmerzen nicht zur medikamentösen Therapie eingesetzt werden.

Auch der Einsatz von zentral wirksamen Muskelrelaxanzien (Methocarbamol, Orphenadrin, Benzodiazepinen, Tizanidin und Pridinolmesilat) wird aufgrund des ausgeprägten Nebenwirkungsprofils zur Therapie bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen nicht empfohlen. Die gleiche Aussage gilt für Antikonvulsiva (Gabapentin, Pregabalin, Topiramal und Carbamazepin) und Antidepressiva. Allenfalls bei vorliegender neuropathischer Schmerzkomponente bzw. Vorliegen einer komorbiden Depression oder Schlaf-

störung stellen sie im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes eine zusätzliche Therapieoption dar.

Intravenöse, intramuskuläre und subkutan zu verabreichende Schmerzmedikamente, Lokalanästhetika, Glukokortikoide und Mischinfusionen sollten angesichts des Spektrums oral wirksamer Analgetika sowie aufgrund von Nebenwirkungen und Komplikationen durch Injektionen ebenso wie weitere invasive Maßnahmen (Triggerpunktinjektionen, Prolotherapie, Botulinuminjektionen, Injektionen an den Wirbelbogengelenken und in das sakroiliakale Gelenk einschließlich intradiskale und epidurale Injektionen) für den nicht spezifischen Kreuzschmerz nicht zur Anwendung kommen.

Nicht medikamentöse Therapie

Neben den bereits beschriebenen Maßnahmen wie Information und Beratung, Beibehalt körperlicher Aktivität und der medikamentösen Therapie stellen nicht medikamentöse Therapieoptionen eine sinnvolle Ergänzung in der Behandlung nicht spezifischer Kreuzschmerzen dar.

Sport- und Bewegungstherapie

Vor allem sport- und bewegungstherapeutische Verfahren – mit Zielsetzung der Kräftigung von Muskulatur und Stabilisierung – kombiniert mit edukativen Maßnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien – haben sich bei subakuten und chronischen nicht spezifischen Rückenschmerzen in Bezug auf die Schmerzreduktion, Funktionsfähigkeit und schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz als effektiv erwiesen [15 – 17]. Welche Form der Bewegungstherapie dabei eingesetzt wird, sollte aufgrund mangelnder Studiendaten nach der jeweiligen Präferenz der Betroffenen, ihren Alltagsumständen und der individuellen Fitness entschieden werden.

Auch bei akuten nicht spezifischen Kreuzschmerzen können bewegungstherapeutische Maßnahmen zur Reduzierung eines Angst-Vermeidungs-Verhaltens und Vorbeugung einer Chronifizierung sinnvoll sein.

Merke

Wichtig ist eine gute und motivierende Anleitung durch qualifizierte Therapeuten, um Betroffene an gesundheitsorientierte körperliche Aktivität dauerhaft zu binden.

Verhaltenstherapie

Der Einsatz verhaltenstherapeutischer Verfahren wird nur bei subakuten und chronischen Rückenschmerzen in der NVL empfohlen. Eine auf das individuelle Risikoprofil bezogene kognitive Verhaltenstherapie führte in mehreren Arbeiten neben einer Reduktion von Schmerzen und der Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit und Lebensqualität zu einer Reduktion der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und zu einer gesteigerten Rückkehr an den Arbeitsplatz.

PRINZIPIEN

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie wird gezielt zur Veränderung von Überzeugungen, Einstellungen, Erwartungen und auch der Schmerzakzeptanz eingesetzt und durch behaviorale Methoden (Aktivitätslisten, Verhaltenskontrakte) ergänzt, um so zu einem aktiveren und bewussten Lebensstil beizutragen.

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen führen vor allem in Kombination mit Bewegungsprogrammen zu einer Zunahme der körperlichen Funktionsfähigkeit und schnelleren Rückkehr in die Arbeitswelt [18, 19].

Weitere therapeutische Optionen nach der Nationalen VersorgungsLeitlinie

- **Entspannungsverfahren** wie die **Progressive Muskelrelaxation** können bei erhöhtem Chronifizierungsrisiko unterstützend wirken und sollten insbesondere bei chronischen, nicht spezifischen Rückenschmerzen versuchsshalber im Rahmen multimodaler Therapieprogramme eingesetzt werden.
- **Manualtherapeutische Verfahren** zur Mobilisation und Manipulation der Lendenwirbelsäule bzw. der Sakroiliakgelenke können nach sorgfältiger Indikationsstellung unter Beachtung der Kontraindikationen auch ohne vorherige Röntgendiagnostik sowohl zur Behandlung akuter als auch chronischer Rückenschmerzen angewendet werden. Die Studienlage ergibt allerdings kein einheitliches Bild von den Möglichkeiten der einzelnen Verfahren.
- **Massage** kann bei chronischen Kreuzschmerzen zum persönlichen Wohlbefinden beitragen und somit die Compliance Betroffener für aktivierende Therapien unterstützen. Allerdings sind die Effekte im Hinblick auf eine Reduktion der Schmerzintensität und Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit nach derzeitigem Stand der Literatur klein. Der Nutzen von Massage ist bei akuten, nicht spezifischen Rückenschmerzen nicht belegt.
- **Wärmetherapie** kann das Wohlbefinden sowohl bei akuten als auch chronischen Kreuzschmerzen steigern und daher im Rahmen des Selbstmanagements (ohne Verschreibung) in Kombination mit aktivierenden Maßnahmen angewendet werden.
- **Ergotherapie:** Ergotherapeutische Maßnahmen werden für die Behandlung akuter Kreuzschmerzen nicht empfohlen. Sie können bei chronischen Rückenschmerzen im multimodalen Setting zur physischen Konditionierung und Verbesserung des funktionellen Status in Form arbeitsrelevanter Betätigungen und Maßnahmen zur Umwelthanpassung sinnvoll sein, da sie speziell auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zielen.

- **Akupunktur:** Die Studienlage für Akupunktur ist nicht konsistent. Daher sollte Akupunktur nur bei akuten Kreuzschmerzen in Kombination mit aktivierenden Therapien in möglichst wenigen Sitzungen eingesetzt werden, wenn symptomatische und medikamentöse Behandlungen einen unzureichenden Behandlungserfolg zeigen.

Passive Therapieverfahren, medizinische Hilfsmittel

Nachfolgende, in der Praxis oft noch eingesetzte passive Therapieverfahren sollen – den Empfehlungen der NVL entsprechend – aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise **nicht mehr** angewendet werden:

- Interferenztherapie,
- Kinesio-Taping,
- Kurzwellendiathermie,
- Lasertherapie,
- Magnetfeldtherapie,
- perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS),
- transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS),
- Traktion mit Gerät,
- therapeutischer Ultraschall,
- medizinische Hilfsmittel.

Rehabilitation und weiteres Vorgehen

Merke

Gelingt die Beseitigung funktioneller Defizite und hieraus resultierender schmerzbedingter Einschränkungen nicht in einem zeitlich absehbaren Rahmen eines ambulanten akutmedizinischen Settings, sollte bei Patienten mit chronifizierenden Rückenschmerzen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit früh auch die Indikation zu einer Rehabilitationsmaßnahme überprüft werden.

In einer Rehabilitation kann im multimodalen Setting einer zunehmenden Chronifizierung entgegengewirkt werden.

Im Anschluss an zuvor verordnete physiotherapeutische Anwendungen oder eine Rehabilitationsmaßnahme bietet Rehabilitationssport (sportliche Spiele, Training von Kraft, Ausdauer, Koordination und Flexibilität) bzw. Funktionstraining (mit Fokus auf spezifische körperliche Strukturen) im Weiteren eine längerfristige Möglichkeit, die Nachhaltigkeit der zuvor eingeleiteten Therapien zu verbessern.

Rückenschulprogramme sind bei Patienten mit länger anhaltenden oder rezidivierenden Rückenschmerzen heute nur noch empfehlenswert, wenn sie mit beratenden und bewegungsfördernden Aspekten nach biopsychosozialen Ansatz im Rahmen eines multimodalen Settings erfolgen und ergänzend zu verhaltens-, ergo- und physiotherapeutischen Maßnahmen eingesetzt werden.

FALLBEISPIEL**Poststationäres Setting und Reha**

Nach der Entlassung befand sich der Patient wegen seiner LWS-Beschwerden weiterhin in ständiger hausärztlicher und orthopädischer Behandlung, ohne dass es zu einer durchgreifenden Linderung der Beschwerden kam. Die AU-Zeit betrug mittlerweile 9 Monate. Auf Anraten des MDK wurde dann ein Reha-Antrag zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit gestellt.

Nach diesem Aufenthalt mit intensivierter Bewegungstherapie und Schulung eines Eigentrainings konnte der Patient ohne eine weitere Medikation im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung wieder in den Arbeitsprozess integriert werden.

Bewertende Stellungnahme

Dieses Beispiel ist keine Seltenheit und zeigt aufgrund einer mangelnden Versorgungskoordination einen unglücklichen zeitlichen Behandlungsverlauf, der bei Beachtung der Leitlinien hätte vermieden werden können.

Diskussion

Obwohl in der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ ein standardisiertes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen klar beschrieben wird, gestaltet sich die Umsetzung in der alltäglichen Praxis sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich aus verschiedenen Gründen nicht immer leicht. Neben Budgetierung, ökonomischen Interessen und mangelnder Zeit für Informationen bzw. Gespräche sowie für den Einsatz sinnvoller Screeninginstrumente zur Erfassung chronifizierender Risikofaktoren spielt auch der Patientenwunsch nach umfassender Diagnostik und die gele-

gentliche hieraus resultierende Patientenflucht in einen anderen sektoralen Bereich zur Primärdiagnostik und Therapie mitunter eine nicht unerhebliche Rolle bei der Frage, warum sich immer wieder Unterschiede in der Versorgung bei Patienten mit primär funktionellen, nicht spezifischen Kreuzschmerzen finden. Umso bedeutsamer ist für den Erstbehandler als Koordinator des Behandlungsprozesses entsprechend den Erkenntnissen aus ausführlicher Anamnese und klinischer Untersuchung, somatische und im weiteren Verlauf eventuell auch psychosoziale Komponenten/Einflussfaktoren beim nicht spezifischen Rückenschmerz realistisch einzuschätzen, um eine unnötige Medikalisierung zu vermeiden.

Andererseits heißt nicht spezifisch keinesfalls, dass die Rückenschmerzen einer somatischen Grundlage entbehren und psychosoziale Komponenten hier im Vordergrund stehen. Daraus einen diagnostischen und therapeutischen Nihilismus abzuleiten wäre sicherlich der falsche Weg, um die meist vorliegenden funktionellen Störungen auch im Sinne einer Lebensstiländerung adäquat zu behandeln. Die Erwartungshaltung auf eine baldige Genesung sollte bei den Betroffenen dabei sinnvollerweise bestärkt werden, wenngleich darauf hinzuweisen ist, dass es immer mal wieder zu Rezidiven kommen kann und trotz leitliniengerechter Therapie eine Chronifizierung funktioneller, nicht spezifischer Rückenbeschwerden möglich ist.

KERNAUSSAGEN

- Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen erfolgen in der täglichen Praxis oftmals noch wenig standardisiert.
- Bedeutsam ist vor allem die Versorgung auf Ebene der Erstbehandler, in der eine Differenzierung zwischen spezifischen und nicht spezifischen Rückenschmerzen erfolgen und das Augenmerk auf die Vermeidung einer unnötigen Medikalisierung und Chronifizierung gerichtet sein sollte.
- Neben somatischen können auch psychische und sozioökonomische Faktoren bei der Krankheitsentstehung, der Fortdauer und der weiteren Prognose eine Rolle spielen. Bei protrahiertem Krankheitsverlauf sollten daher frühzeitig validierte Screeninginstrumente zur Erfassung psychosozialer und arbeitsplatzbezogener Risikofaktoren zur Anwendung kommen.
- Eine sorgfältige Anamnese und klinische Untersuchung stellt die Grundlage für eine gezielte Steuerung diagnostischer und auch therapeutischer Maßnahmen dar. Eine bildgebende Diagnostik ist ohne Hinweis auf eine spezifische Ursache der Kreuzschmerzen innerhalb der ersten 4–6 Wochen nicht erforderlich.
- Information und Aufklärung des Patienten über den vermutlich selbstlimitierenden Verlauf der Rückenschmerzepisode zählen zu den wichtigsten Aufgaben des erstbehandelnden Arztes.
- Die Therapie nicht spezifischer Kreuzschmerzen ist symptomatisch. Sie orientiert sich am Schmerzausmaß und dem hierdurch hervorgerufenen Funktionsverlust.
- Neben der eventuell notwendigen medikamentösen Behandlung zur Reduktion der Akutschmerzsymptomatik stehen diverse nicht medikamentöse Maßnahmen mit unterschiedlichem Wirksamkeitsnachweis zur Verfügung. Die jeweiligen Therapien sollten mit den Betroffenen im Sinne eines „shared Decision Making“ individuell und nach den jeweiligen Präferenzen abgestimmt werden.
- Vor allem sport- und bewegungstherapeutische Verfahren – mit Zielsetzung der Kräftigung von Muskulatur und Stabilisierung – kombiniert mit edukativen Maßnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien haben sich bei subakuten und chronischen nicht spezifischen Rückenschmerzen in Bezug auf die Schmerzreduktion, Funktionsfähigkeit und schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz als effektiv erwiesen.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Über die Autoren



Hartmut Bork

Dr. med., Chefarzt des Reha-Zentrums am St. Josef-Stift Sendenhorst. Dr. Bork ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie, Sportmedizin, Sozialmedizin, physikalische Therapie und Chirotherapie. Es ist derzeit Vorsitzender der Sektion Rehabilitation der DGOU.

Korrespondenzadresse

Dr. Hartmut Bork

Reha-Zentrum am St. Josef-Stift Sendenhorst
Westtor 7
48324 Sendenhorst
bork@reha-sendenhorst.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Dr. med. Hartmut Bork, Sendenhorst.

Literatur

- [1] Schmidt CO, Raspe H, Pflugsten M et al. Back pain in the German adult population: prevalence, severity and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007; 32: 2005–2011
- [2] Göbel H. Epidemiologie und Kosten chronischer Schmerzen. Spezifische und unspezifische Rückenschmerzen. *Schmerz* 2001; 15: 92–98
- [3] Schmidt CO, Kohlmann T. Was wissen wir über das Symptom Rückenschmerz? *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 2005; 143: 292–298
- [4] Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ et al. Grading the severity of chronic pain. *Pain* 1992; 50: 133–149
- [5] Hestbaek L, Leboeuf-Y de C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J* 2003; 12: 149–165
- [6] Itz CJ, Geurts JW, van KM et al. Clinical course of non-specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain* 2013; 17: 5–15. doi:10.1002/j.1532-2149.2012.00170.x
- [7] Casser HR, Seddigh S, Rauschmann M. Akuter lumbaler Rückenschmerz – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie. *Dtsch Arztebl* 2016; 113: 223–234. doi:10.3238/arztebl.2016.0223
- [8] Bethge M. Rückenschmerzpatienten. Psychosoziale arbeitsplatzbezogene Faktoren und berufliche Wiedereingliederung – eine Literaturübersicht. *Orthopädie* 2010; 39: 866–873. doi:10.1007/s00132-010-1631-3

- [9] Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, Langfassung. 2. Auflage 2017, Version 1, AWMF-Register-Nr.: nvl-007. Im Internet: www.versorgungsleitlinien.de; Stand: 13.06.2017
- [10] Chou R, Fu R, Carrino JA et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009; 373 (9662): 463–472
- [11] Jarvik JG, Gold LS, Comstock BA et al. Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. *JAMA* 2015; 313: 1143–1153. doi:10.1001/jama.2015.1871
- [12] Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G et al. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (6): CD007612. doi:10.1002/14651858.CD007612.pub2
- [13] Engers A, Jellema P, Wensing M et al. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (1): CD004057. doi:10.1002/14651858.CD004057.pub3
- [14] Traeger AC, Hubscher M, Henschke N et al. Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 733–43. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0217
- [15] Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A et al. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD000335
- [16] Kriese M, Clijsen R, Taeymans J et al. Segmentale Stabilisation zur Behandlung von lumbalen Rückenschmerzen: Ein systematisches Review. *Sportverletz Sportschaden* 2010; 24: 17–25. doi:10.1055/s-0030-1251512
- [17] Schaafsma FG, Whelan K, van der Beek AJ et al. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (8): CD001822. doi:10.1002/14651858.CD001822.pub3
- [18] Bunzli S, Gillham D, Esterman A. Physiotherapy-provided operant conditioning in the management of low back pain disability: A systematic review. *Physiother Res Int* 2011; 16: 4–19. doi:10.1002/pri.465
- [19] Oesch P, Kool J, Hagen KB et al. Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Rehabil Med* 2010; 42: 193–205. doi:10.2340/16501977-0524
- [20] Wurmthaler C, Gerbershagen HU, Dietz G et al. Chronifizierung und psychologische Merkmale-Die Beziehung zwischen Chronifizierungsstadien bei Schmerz und psychophysischem Befinden, Behinderung und familiären Merkmalen. *Z Gesundheitspsych* 1996; 4: 113–136
- [21] Experten-Panel „Rückenschmerz“ der Bertelsmann-Stiftung: Gesundheitspfad Rücken. Innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Gütersloh, Juni 2007. Im Internet: https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/IN_Gesundheitspfad_Ruecken_2007.pdf; Stand: 30.09.2017

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-109519>
 Orthopädie und Unfallchirurgie up2date 2017; 12: 625–641
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 1611-7859

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter cme.thieme.de/hilfe eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter eref/thieme/ZZX8SY1 oder über den QR-Code kommen Sie direkt zum Artikel zur Eingabe der Antworten.

VNR 2760512017152371995



Frage 1

Welche Aussage ist falsch?

- A Rückenschmerzen sind in Deutschland ein besonders häufiger Grund für Arbeitsunfähigkeit und Berentung wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung.
- B Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen unterscheiden sich zwischen einzelnen Arztgruppen und zwischen den Sektoren.
- C Die Versorgung auf Ebene der Erstversorger ist nicht bedeutend, da nicht spezifische Rückenschmerzen selbstbegrenzend sind.
- D Rückenschmerzen betreffen zu 70–80% die Lendenwirbelsäule.
- E Die Abgrenzung nicht spezifischer Rückenschmerzen von spezifischen Rückenschmerzen ist nicht immer leicht.

Frage 2

Welche Aussage ist falsch?

- A Bleiben Untersuchungsbefunde im Rahmen der Verlaufskontrolle auch nach 12 Wochen ohne Anhalt für eine Spezifität, ist die Diagnose nicht spezifischer Kreuzschmerz höchstwahrscheinlich.
- B Neben somatischen können auch psychische und sozioökonomische Faktoren bei der Krankheitsentstehung sowie der Fortdauer eine Rolle spielen.
- C Personen mit niedrigem Sozialstatus haben ein höheres Risiko, Kreuzschmerzen zu entwickeln, als Personen mit höherem Sozialstatus.
- D Patienten mit Kreuzschmerzen berichten häufiger über Komorbiditäten wie kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen, Migräne/Kopfschmerzen, Schlafstörungen sowie psychische Störungen.
- E Frauen sind in allen Altersgruppen weniger betroffen als Männer.

Frage 3

Welche Aussage ist richtig?

- A Das fünfstufige Graduierungsschema nach Korff et al. zur Einstufung chronischer Rückenschmerzen hat sich in der Praxis nicht bewährt.
- B 68% der Patienten mit nicht spezifischen Rückenschmerzen nehmen innerhalb eines Monats, 85% innerhalb von 1–5 Monaten und 93% nach 6 Monaten ihre berufliche Tätigkeit wieder auf.
- C Die Erwartung der Betroffenen auf eine baldige Genesung spielt keine Rolle bei der Wiederaufnahme der Arbeit.
- D Jüngere Patienten mit höherem Bildungsniveau und Beschäftigungsstatus sowie positiver Erwartungshaltung gegenüber der Behandlung zeigen keine stärkere Evidenz für einen nachhaltigen Therapieerfolg.
- E 2–7% der Patienten mit nicht spezifischen Rückenschmerzen entwickeln chronische Schmerzen.

Frage 4

Welche Aussage ist richtig?

- A Bei protrahiertem Krankheitsverlauf sollten frühzeitig validierte Screeninginstrumente zur Erfassung psychosozialer und arbeitsplatzbezogener Risikofaktoren zur Anwendung kommen.
- B Psychotherapeuten sollten bei nicht spezifischen Rückenschmerzen bereits zu Beginn der Behandlung zu Rate gezogen werden.
- C Schon- und Vermeidungsverhalten hat keinen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf.
- D Arbeitsplatzbezogene Belastungen wie ungünstige Haltungen spielen bei Berufstätigen immer eine wesentliche Rolle im Krankheitsprozess.
- E Für den beruflichen Wiedereingliederungserfolg spielen die soziale Unterstützung und subjektive Erwerbsprognose keine Rolle.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung...

Frage 5

Welche Aussage ist richtig?

- A Radiologische Befunde weisen immer auf eine spezifische Ursache für Rückenschmerzen hin.
- B In Bezug auf die Endpunkte Schmerzintensität und Funktionsfähigkeit können nach 3, 6 und 12 Monaten bei gleicher Behandlung große Unterschiede zwischen einer sofortigen und keiner bildgebenden Diagnostik bei akuten und subakuten nicht spezifischen Kreuzschmerzen gefunden werden.
- C Eine bildgebende Diagnostik ist ohne Hinweis auf eine spezifische Ursache der Kreuzschmerzen durch Anamnese und klinische Untersuchung innerhalb der ersten 4–6 Wochen nicht erforderlich.
- D Bei Verdacht auf eine spezifische Ursache müssen fachärztliche Behandler nicht unbedingt mit in die diagnostische Abklärung der Symptomatik einbezogen werden.
- E Auf die Erfassung von Begleitbeschwerden und -erkrankungen sowie die Beleuchtung des Schmerzverhaltens und der bisherigen Behandlungen bzw. deren Nebenwirkungen kann bei nicht spezifischen Rückenschmerzen verzichtet werden.

Frage 6

Welche Aussage ist richtig?

- A Schonung ist bei akuten nicht spezifischen Rückenschmerzen sinnvoller als die Motivation zum aktiven Umgang mit den Beschwerden und zur Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten.
- B Die Versorgungskoordination spielt im Management nicht spezifischer Rückenschmerzen keine Rolle.
- C Bei verzögertem Behandlungserfolg ist eine multi- und interdisziplinäre Therapie nicht unbedingt indiziert.
- D Information und Aufklärung des Patienten über Risikofaktoren von Rückenschmerzen ist nur bei spezifischen Rückenschmerzen sinnvoll, da diese Faktoren auf den weiteren Krankheitsverlauf bei nicht spezifischen Rückenschmerzen keinen Einfluss haben.
- E Betroffene sind über die grundsätzliche Unbedenklichkeit von angemessener körperlicher Aktivität und insbesondere über deren mögliche positive Auswirkung auf die Beschwerdesymptomatik aufzuklären.

Frage 7

Welche Aussage ist richtig?

- A Die medikamentöse Therapie von nicht spezifischen Rückenschmerzen zeigt meist einen sofortigen Erfolg.
- B Um eine potenziell unangemessene Multimedikation beurteilen zu können, empfiehlt sich vor allen bei älteren Patienten ein Blick auf spezielle Listen, die eine potenziell inadäquate Medikation darstellen.
- C Die Dauer der medikamentösen Therapie sollte bei guter Wirksamkeit immer mindestens 14 Tage betragen.
- D Nicht steroidale Antiphlogistika (NSAID) sollten aufgrund ihrer schmerzlindernden und funktionsverbessernden Wirksamkeit zur Behandlung akuter und auch aktivierter chronischer nicht spezifischer Rückenschmerzen in der Langzeittherapie eingesetzt werden.
- E Cyclooxygenase-2-Hemmer sind in Deutschland für die Therapie von Kreuzschmerzen ebenso wie NSAID zugelassen.

Frage 8

Welche Aussage ist richtig?

- A Die Datenlage zur Wirksamkeit von Opioiden im Vergleich zu nicht steroidal Antiphlogistika (NSAID) bei akuten Kreuzschmerzen deutet auf einen besseren Effekt der Opioiden hin.
- B Opioiden können bei fehlendem Ansprechen anderer Medikamente unbegrenzt zur Therapie nicht spezifischer Rückenschmerzen eingesetzt werden.
- C Eine Reevaluation der Therapie mit opioidhaltigen Analgetika bei akuten, nicht spezifischen Rückenschmerzen sollte spätestens nach 4 Wochen, bei Langzeitanwendung spätestens nach 3 Monaten erfolgen.
- D Paracetamol und Kodein werden von der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) als mögliche Medikation empfohlen.
- E Der Einsatz von Muskelrelaxanzien hat sich bei der medikamentösen Therapie des nicht spezifischen Rückenschmerzes bewährt.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung...

Frage 9

Welche Aussage ist richtig?

- A Intravenös und intramuskulär verabreichte Schmerzmedikamente können auch beim nicht spezifischen Rückenschmerz aufgrund der besseren Wirksamkeit eingesetzt werden.
- B Diverse topisch applizierbare Medikamente werden von der NVL als wirksame Maßnahme empfohlen.
- C Sport- und bewegungstherapeutische Verfahren kombiniert mit edukativen Maßnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien haben sich bei subakuten und chronischen nicht spezifischen Rückenschmerzen in Bezug auf die Schmerzreduktion als nicht effektiv erwiesen.
- D Der Einsatz verhaltenstherapeutischer Verfahren wird nur bei subakuten und chronischen Rückenschmerzen in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) empfohlen.
- E Verhaltenstherapie führt immer zu einer Zunahme der körperlichen Funktionsfähigkeit und dadurch schnelleren Rückkehr in die Arbeitswelt.

Frage 10

Welche Aussage ist richtig?

- A Perkutane und transkutane elektrische Nervenstimulation hat sich bei der Therapie des nicht spezifischen Rückenschmerzes bewährt.
- B Kinesio-Taping wird zur Therapie des nicht spezifischen Rückenschmerzes empfohlen.
- C Wärmetherapie sollte bei akuten und chronischen Kreuzschmerzen rezeptiert werden.
- D Akupunktur sollte bei akuten Kreuzschmerzen nur in Kombination mit aktivierenden Therapien in möglichst wenigen Sitzungen eingesetzt werden, wenn symptomatische und medikamentöse Behandlungen einen unzureichenden Behandlungserfolg haben.
- E Der Nutzen von Massage ist bei akuten, nicht spezifischen Rückenschmerzen belegt.