

Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivieren- der unspezifischer Kreuzschmerzen 2018

**(Kurzbezeichnung: “LL Kreuzschmerz 2018” bzw.
im Text „LL 2018“)**

Kurzfassung

1. Auflage, 2018
Version 28.06.2018
Beschlossene Fassung

Impressum

HERAUSGEBER

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM)
Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)
Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM)
Österreichische Gesellschaft für Neurochirurgie (ÖGNC)
Österreichische Gesellschaft für Neurologie (ÖGN)
Österreichische Gesellschaft für Neuroradiologie (ÖGNR)
Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)
Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (ÖGPMR)
Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)
Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU)
Österreichische Röntgengesellschaft, AG Osteoradiologie (ÖRG)

Leitlinien Arbeitsgruppe

Diese Leitlinie wurde in Zusammenarbeit mit den assoziierten Wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Österreichischen Ärztekammer erarbeitet. Die Erstellung erfolgte unter Mitarbeit der Österreichischen Ärztekammer

Vorsitz:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Dr.ⁱⁿ Silvia Türk

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

- Centre of Excellence for Orthopaedic Pain Management Speising (CEOPS)
- Österreichische Ärztekammer, Projektgruppe Versorgungsforschung
- Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM)
- Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)
- Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM)
- Österreichische Gesellschaft für Neurochirurgie (ÖGNC)
- Österreichische Gesellschaft für Neurologie (ÖGN)
- Österreichische Gesellschaft für Neuroradiologie (ÖGNR)
- Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)
- Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (ÖGPMR)
- Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)
- Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR)
- Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU)
- Österreichische Röntgengesellschaft, AG Osteoradiologie (ÖRG)

Der Aufbau, das Layout und einige Textpassagen basieren auf der nationalen VersorgungsLeitlinie unspezifischer Kreuzschmerz. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF), Nationale VersorgungsLeitlinie unspezifischer Kreuzschmerz – Langfassung 2. Auflage Version 1 – 2017 cited TOI JJJJ/MMM/TT DOI10.6101/A/äzq/000353 www.kreuzschmerz-versorgungsleitlinie.de Internet: www.versorgungsleitlinie.de, www.awmf.org

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG/ORGANISATION

Karl Landsteiner Institut für traditionelle Medizin
Österreichische Ärztekammer
Projektgruppe Versorgungsforschung
Weihburggasse 10-12
A-1010 Wien
Tel.: 0043-501 406-0
Email: post@aerztekammer.at
Internet: www.aerztekammer.at

GÜLTIGKEITSDAUER UND FORTSCHREIBUNG

Diese Leitlinie wurde im Juni 2018 durch die Arbeitsgruppe verabschiedet und ist bis zur nächsten Überarbeitung gültig.

REDAKTION UND PFLEGE, KORRESPONDENZ

Verantwortlich für die kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Disseminierung ist das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien
– Kommentare und Änderungsvorschläge bitte nur an diese Adresse –

FASSUNGEN DER LEITLINIE

Die Leitlinie Kreuzschmerz 2018 wird mit folgenden Komponenten publiziert:

- I. LL 2018 - Langfassung: Graduierte Empfehlungen und Darstellung der Evidenzgrundlage (das vorliegende Dokument)
- II. LL 2018 – Praxishilfe
- III. LL 2018 - Leitlinienreport (folgt)
- IV. LL 2018 – Patienten Leitlinie und Materialien (folgt)

BITTE WIE FOLGT ZITIEREN

Kurzfassung Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen 2018 – Kurzbezeichnung Kurzfassung Leitlinie Kreuzschmerz 2018, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Langfassung 1. Auflage, Version 1, 2018

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Veröffentlichung entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse mitgeteilt werden.

Leitlinien dienen nur der allgemeinen Erschließung und Vermittlung von Wissen. Zur konkreten Anwendung im Einzelfall bedarf es der situativen Ergänzung/Änderung der vorgeschlagenen Vorgehensweise durch den Arzt. Die Verfasser haften nicht für die Folgen der Anwendung in konkreten Behandlungssituationen.

Der (gemäß den Einschränkungen der Methodik externer Evidenz) fehlende Nachweis der Wirksamkeit bedeutet nicht die Wirkungslosigkeit, Verfahren, für die in dieser Leitlinie keine Empfehlung abgegeben wird, aber dem verantwortlichen Arzt angezeigt scheinen, sollten deshalb nicht unterlassen werden. Lediglich Verfahren, deren Unwirksamkeit nachgewiesen wird, sollten unterbleiben.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In dieser Leitlinie sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

Die weibliche Form ist der männlichen Form in dieser Leitlinie gleichgestellt; lediglich aus Gründen der Vereinfachung wurde die männliche Form gewählt.

PRAXISHILFE ZUR DIAGNOSTIK UND THERAPIE AKUTER, SUBAKUTER, CHRONISCHER UND REZIDIVIERENDER UNSPEZIFISCHER KREUZSCHMERZEN

A Diagnose sicherstellen

1. Ausschluss spezifischer Kreuzschmerzformen (siehe Diagnostik)
 - Anamnese
 - Basisuntersuchungen
 - Weiterführende Untersuchungen
 - Bildgebende Verfahren
 - Laboruntersuchungen
2. Einordnung nach zeitlichem Verlauf: akut/subakut/chronisch
3. Risikofaktoren für Chronifizierung lokalisieren (yellow flags, blue flags, black flags – siehe dort)

B Behandlung einleiten (nicht-medikamentös, medikamentös; Empfehlung für Prävention und chronifiziertes Stadium beachten)

Grundsätzlich gelten für die Therapie unspezifischer Kreuzschmerzen:

- Aktivierung der Patienten: Körperliche Bewegung verursacht keine Schäden, sondern fördert eine Linderung der Beschwerden;
- empfohlene medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie zur Unterstützung aktivierender Maßnahmen;
- Vermittlung von Kompetenzen zu gesundheitsbewusstem Verhalten entsprechend dem biopsychosozialen Krankheitsmodell von Kreuzschmerzen;

Frühzeitige Entwicklung multi- und interdisziplinärer Behandlungspläne

A Diagnose sicherstellen

1 Ausschluss spezifischer Kreuzschmerzformen / Notfall / extravertebra- ner Ursache

Finden sich bei Patienten mit akuten Kreuzschmerzen durch Anamnese und körperliche Untersuchung beim Erstkontakt keine Hinweise auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologien, sollen vorerst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden.

Anamnese

Schmerzcharakteristika: Lokalisationen und Ausstrahlung / Beginn/ auslösende, verstärkende oder lindernde Maßnahmen / (tages-) zeitlicher Verlauf / Stärke und Beeinträchtigung bei täglichen Verrichtungen / frühere Episoden

Anamnese spezifischer Ursachen der Kreuzschmerzen mit dringendem Behandlungsbedarf („red flags“)

Fraktur/Osteoporose

- schwerwiegendes Trauma z. B. durch Autounfall oder Sturz aus größerer Höhe, Sportunfall
- Bagateltrauma (z. B. Husten, Niesen oder schweres Heben) bei älteren oder potentiellen Osteoporosepatienten
- Systemische Steroidtherapie

Infektion

- 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

Radikulopathien/Neuropathien

- Kaudasyndrom: Schlanke Paresen der Beinmuskulatur, plötzlich einsetzende Miktionsstörung, Mastdarmfunktionsstörung, Reithosenhypästhesie oder -anästhesie
- ausgeprägtes oder zunehmendes neurologisches Defizit (Lähmung, Sensibilitätsstörung) der unteren Extremität
- Nachlassen des Schmerzes und zunehmende Lähmung bis zum kompletten Funktionsverlust des Kennmuskels (Nervenwurzeltod)
- in ein oder beide Beine ausstrahlende Schmerzen, ggf. verbunden mit Gefühlsstörungen oder Schwächegefühl

Tumor/Metastasen

- höheres Alter
- Tumorleiden in der Vorgeschichte
- allgemeine Symptome: Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, rasche Ermüdbarkeit
- Schmerz, der in Rückenlage zunimmt
- Starker nächtlicher Schmerz

Axiale Spondyloarthritis

- Chronischer Rückenschmerz bei Patienten jünger als 45 Jahre, wenn mindestens eines der folgenden Symptome/Zeichen vorliegt:
 - Entzündlicher Rückenschmerz
 - HLA-B27 nachweisbar
 - Sakroiliitis im MRT und/oder Nativröntgen
 - Nachweis einer Arthritis, und/oder Enthesitis
 - Vorliegen einer Psoriasis, Uveitis und/oder chronisch entzündlicher Darmerkrankung
 - Positive Familienanamnese einer Spondyloarthritis
 - Gute Wirksamkeit von NSAR
 - Erhöhte Entzündungsparameter ohne andere Ursache

- Ein entzündlicher Rückenschmerz (axiale Spondyloarthritis) liegt vor bei:
 - Beginn vor dem 45. Lebensjahr
 - Schleichendem Beginn
 - Besserung der Schmerzen durch Bewegung
 - Fehlende Besserung der Schmerzen in Ruhe
 - Nachtschmerz, der sich beim Aufstehen bessert

Weiterführende Untersuchungen bei Verdacht auf spezifische Ursachen

Liegen Warnhinweise („red flags“) vor, sollen je nach Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit weitere bildgebende oder Laboruntersuchungen und/oder Überweisungen in spezialfachärztliche Behandlung eingeleitet werden.

Hinweise extravertebrogenen Ursachen:

- abdominelle und viszerale Prozesse, z. B. Cholezystitis, Pankreatitis
- Gefäßveränderungen, z. B. Aortenaneurysmen
- gynäkologische Ursachen, z. B. Endometriose
- urologische Ursachen, z. B. Urolithiasis, Nierentumoren, perinephritische Abszesse
- neurologische Erkrankungen, z. B. Plexopathien, Myopathien, Polyneuropathien
- psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen

Basisuntersuchungen bei Patienten mit Kreuzschmerzen

Inspektion	Allgemeinzustand, körperliche Beeinträchtigung, Haltung, Beckenstand, Deformitäten, Verletzungszeichen, Haut
Palpation	der lokalen Muskulatur und der begleitend betroffenen Muskulatur auf Schmerzhaftigkeit und Verspannung
lokaler Druck- oder Klopfschmerz des Processus spinosus	bei V.a. Fraktur
orientierende Beweglichkeitsprüfung: Ante-, Retro-, Lateralflexion der LWS	Die diagnostische Aussagefähigkeit ist begrenzt, hilft aber beim Monitoring des Krankheitsverlaufes.
orientierende Prüfung der Muskelkraft und der Sensibilität, evt. Lasègue-Zeichen u. Bragard-Test	Radikulopathie
Untersuchung des sakroiliakalen Gelenks (SIG): <ul style="list-style-type: none"> • lokale Schmerzpalpation • Schmerzprovokation durch Kompression des Gelenkes 	bei Schmerzangabe in der Glutealregion mit oder ohne ausstrahlende Schmerzen in den Oberschenkel (siehe auch weiterführende Untersuchungen)

Weiterführende Untersuchungen: Die diagnostische Aussagefähigkeit dieser Tests ist begrenzt, sie helfen aber beim Monitoring des Krankheitsverlaufes.

Finger-Boden-Abstand (FBA)	Der Test ist abhängig von der Patientenmitarbeit, der Hüftbeweglichkeit und der Dehnbarkeit der ischiokruralen Muskulatur.
Schober-Zeichen	Dornfortsatz Entfaltungstest der LWS
Beweglichkeitsprüfung der Hüftgelenke	
Weitere orientierende Untersuchungen des sakroiliakalen Gelenks (SIG): <ul style="list-style-type: none">• Patrick-Zeichen• Beurteilung von Vor- und Rücklaufphänomenen	Die Reliabilität der Einzeltests bei sakroiliakaler Dysfunktion ist begrenzt, wobei Provokationstests deutlich sicherer sind als Mobilitätstests. Für den klinischen Alltag empfiehlt sich die gleichzeitige Anwendung mehrerer (meist dreier) Schmerzprovokationstests, wodurch eine gute Reliabilität und Validität erreicht werden kann.

Ergänzende Basisuntersuchungen bei neurologischer Begleitsymptomatik

Ausstrahlung der Schmerzen ins Bein als möglicher Hinweis auf eine radikuläre Symptomatik erfordert eine ergänzende Anamnese:

- muskuläre Schwächen
- Gefühlsstörungen
- Blasen- und/oder Mastdarmlähmung/-entleerungsstörung

Neurologische Basisdiagnostik:

Tests der Muskelkraft zum Nachweis von Paresen (relevante Kennmuskeln): Hüftflexion (L1-L3), Hüftadduktion (L2-L4), Hüftabduktion (L5), Knieextension (L3-L4), Dorsalflexion des Fußes im Sprunggelenk (L4-L5), Dorsalflexion der Großzehe (L5), Plantarflexion des Fußes im Sprunggelenk (S1)

Sensibilitätsprüfung durch Bestreichen der Haut an der gesamten unteren Extremität und im Gesäßbereich

Muskeleigenreflexe:

- Adduktorenreflex (L2-L4),
- Patellarsehnenreflex (L2-L4)
- Achillessehnenreflex (S1)
- Babinski-Reflex (Abgrenzung von zentralen Läsionen)

Nervendehnungszeichen: Lasègue-Zeichen (Wurzelirritation L5-S1), umgekehrtes Lasègue-Zeichen (Wurzelirritation L3-L4), Gekreuzter Lasègue

Cave: Nachtbetonte Schmerzen ohne Nervendehnungszeichen – entzündliche Genese der Radikulopathie

Bildgebende Verfahren bei unspezifischen Kreuzschmerzen

- Bei akuten und rezidivierenden Kreuzschmerzen soll ohne relevanten Hinweis auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologien in Anamnese und körperlicher Untersuchung keine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden.
- Bei Patienten mit anhaltenden aktivitätseinschränkenden oder progredienten Kreuzschmerzen (nach vier bis sechs Wochen) trotz leitliniengerechter Therapie soll die Indikation für eine bildgebende Diagnostik überprüft werden.
- Die Wiederholung der Bildgebung ohne relevante Änderung des klinischen Bildes soll nicht erfolgen.

Details siehe Anhang „Orientierungshilfe Radiologie“

Laboruntersuchungen bei unspezifischen Kreuzschmerzen

- Bei akuten Kreuzschmerzen soll ohne relevanten Hinweis auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmenden Pathologien keine routinemäßige Laboruntersuchung zum Ausschluss entzündlicher oder neoplastischer Ursachen durchgeführt werden.
- Bei chronischen Kreuzschmerzen unklarer Ursache und Beginn vor dem 45. Lebensjahr ist die bei Vorliegen ≥ 1 weiteren typischen Symptom einer Spondyloarthritis die Bestimmung von HLA-B27 diagnostisch sinnvoll.

2 Einordnung nach zeitlichen Verlauf

Akut (Schmerzdauer 1-4 Wochen) / Subakut (Schmerzdauer 5-12 Wochen) / Chronisch (Schmerzdauer mehr als 12 Wochen oder episodisch innerhalb von 6 Monaten)

Akut rezidivierend (neue Episode nach 6 Monaten Symptombefreiheit)¹

Chronisch rezidivierend (neue Episode innerhalb eines Jahres nach Symptombefreiheit)²

Die zeitlichen Angaben sind nicht als scharfe Grenzen, sondern vielmehr als fließende Übergänge zu betrachten, da besonders hinsichtlich der Chronifizierung erhebliche interindividuelle Unterschiede bekannt sind.

3 Risikofaktoren für Chronifizierung lokalisieren („yellow, blue, black flags“)

- Psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren sollen von Beginn der Kreuzschmerzen an und im Behandlungsverlauf berücksichtigt werden.
- Nach spätestens vier Wochen Schmerzdauer und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie sollen psychosoziale Risikofaktoren durch den koordinierenden Arzt mit einem standardisierten Screeninginstrument, z. B. STaT Back Tool oder Örebro Kurzfragebogen, erfasst werden.

Psychosoziale Risikofaktoren für die Chronifizierung unspezifischer Kreuzschmerzen (yellow flags)

- Depressivität, Distress (negativer Stress, vor allem berufs-/arbeitsplatzbezogen)
- schmerzbezogene Kognitionen: z. B. Katastrophisieren¹, Hilf-/Hoffnungslosigkeit, Angst-Vermeidungs-Überzeugungen (Fear-Avoidance-Beliefs)¹
- passives Schmerzverhalten: z. B. ausgeprägtes Schon- und Angst-Vermeidungsverhalten
- überaktives Schmerzverhalten: beharrliche Arbeitsamkeit (Task Persistence)¹, suppressives Schmerzverhalten
- schmerzbezogene Kognitionen: Gedankenunterdrückung (Thought Suppression)¹
- Neigung zur Somatisierung

Arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren (blue flags): physisch oder psychosozial (black flags), objektivierbare Arbeitsplatzfaktoren

- 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

¹ Vorgehen je nach Dauer des Rezidivs siehe akut/subakut/chronisch.

² Vorgehen je nach Dauer des Rezidivs siehe akut/subakut/chronisch.

B Behandlung einleiten

1 Grundsätze

- Die Beschwerden bei akuten nicht-spezifischen Kreuzschmerzen sind häufig selbst begrenzend, so dass ein Teil der Personen, die sich erstmalig mit Kreuzschmerzen in medizinische Behandlung begibt, lediglich einer Beratung und Akutversorgung bedarf.
- Die meisten Patienten mit Kreuzschmerzen erholen sich im Zeitverlauf. Ärzte und Patienten sollten pharmakologische/nicht-pharmakologische Schmerzbehandlungsmethoden wählen.
- Es ist wünschenswert, dass in der akuten Phase ein rascher, symptomadäquater Beginn der schmerztherapeutischen Maßnahmen erfolgt.
- Für den gesamten Versorgungsprozess soll ein Arzt eine „Lotsenfunktion“ übernehmen. Dieser Arzt ist erste Anlaufstelle für die Erkrankten und koordiniert sämtliche Behandlungsschritte.
- Bei chronifiziertem Kreuzschmerz wird ein multimodales Therapiekonzept empfohlen.
- Im Krankheitsverlauf soll eine kontinuierliche Aufklärung und Motivation zu einer gesunden Lebensführung, die regelmäßige körperliche Aktivität einschließt, durchgeführt werden.
- Patienten sollen aufgefordert werden, körperliche Aktivitäten soweit wie möglich beizubehalten.

2 Ziele des Managements nicht-spezifischer Kreuzschmerzen sind:

- adäquate Kontrolle der Symptome, d. h. Linderung der Schmerzen, so dass die Betroffenen ihren täglichen Aktivitäten schnellstmöglich wieder nachgehen können
- Prävention einer Chronifizierung
- Vermeidung von diagnostischen Maßnahmen ohne therapeutische Konsequenzen
- Vermeidung des Risikos einer iatrogenen Fixierung
- Förderung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses
- Aufklärung und Beratung bei Veränderungen des Beschwerdebildes und die differenzierte Bewertung diagnostischer Maßnahmen und therapeutischer Interventionen
- Verständigung auf ein gemeinsames Krankheitsmodell und Förderung der aktiven Mitarbeit der Patienten
- Verhinderung von schädigendem Krankheitsverhalten
- Verhinderung einer passiven Haltung des Patienten
- keine Inanspruchnahme unnötiger apparativer Diagnostik, da die Gefahr der Überbewertung vermeintlich pathologischer Befunde besteht
- frühzeitige Einleitung einer leitlinienorientierten Therapiestrategie und umfassende Aufklärung durch die behandelnden Ärzte; sofern notwendig, auch Einsatz psychotherapeutischer Interventionen
- Beratung über sozialmedizinische Auswirkungen der Erkrankung unter Berücksichtigung der Arbeitssituation
- Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Teilhabe, der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- Vermeidung bzw. Verminderung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit
- Während des Behandlungsverlaufes sollte die symptomorientierte Basistherapie fortgesetzt, überprüft und ggf. ergänzt werden. Insbesondere wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als zwei Wochen andauert, sollten die Erstversorgenden die Hinzuziehung weiterer Fachdisziplinen erwägen.
- Entsteht der Verdacht auf psychosoziale Belastungen, können nach der ärztlichen Beratung ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten/klinische Psychologen zur weiteren Diagnostik und Behandlung konsultiert werden.
- Bei Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung soll eine entsprechende leitliniengerechte Versorgung eingeleitet werden.
- Liegen im subakuten Stadium nach wie vor keine Risikofaktoren zur Chronifizierung vor, soll der Schwerpunkt der Behandlung auf der Optimierung der symptomatischen Therapie liegen.
- Bleiben die Untersuchungen auch nach zwölf Wochen ohne spezifischen Befund, ist die Diagnose „chronische nicht-spezifische Kreuzschmerzen“ wahrscheinlich.

Ein interdisziplinäres Assessment zur weiteren Therapieempfehlung soll durchgeführt werden:

- nach sechs Wochen Schmerzdauer, bei alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen¹³ und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie sowie dem Vorliegen von psychosozialen und/oder arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren zur Chronifizierung
- nach zwölf Wochen Schmerzdauer, bei alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen¹ und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie
- bei chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen mit erneuter therapieresistenter Exazerbation

3 Therapieempfehlungen: Nicht-medikamentöse Therapie

Legende⁴

Symbol	Formulierung
↑↑	SOLL
↑	SOLLTE
↔	KANN
↓	SOLLTE NICHT
↓↓	SOLL NICHT
Leeres Feld	Äußerung nach derzeitigem Kenntnisstand nicht möglich

³ „Alltagsrelevante Aktivitätseinschränkung“ definiert sich entsprechend der individuellen Situation der Betroffenen, z. B. Unfähigkeit, die üblichen Aufgaben oder Aktivitäten durchzuführen oder Arbeitsunfähigkeit bei Erwerbstätigen.

⁴ Besondere Hinweise auf Seite 3 beachten

Nicht medikamentöse Therapie	Akut	Subakut	Chronisch
Akupunktur	↔ ⁵		↔
Bettruhe	↓↓↓	↓↓↓	↓↓↓
Harte Matratzen			↓
Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation)	↔ ⁶	↔ ⁷	↑↑
Ergotherapie	↓↓↓		↔ ⁸
Kinesio-Taping	↓↓↓	↓↓↓	↓↓↓
Manuelle Medizin allgemein, Manipulation und Mobilisation	↔	↔	↔
Medizinische Hilfsmittel	↓	↓	↓
Verhaltenstherapie		↑↑↑ ⁹	↑↑↑ ¹⁰
Kombinierte Physikalische Therapieformen		↔	↑↑ ¹¹
Interferenzstromtherapie			↑
Kurzwellendiathermie/ Mikrowellendiathermie/ Tiefenwärme	↔ ¹²	↔ ¹³	↔ ¹⁴
Lasertherapie			↑↑ ¹⁵
Magnetfeldtherapie	↓↓↓	↓↓↓	↓↓↓
Heilmassage	↔	↑↑ ¹⁶	↑↑ ¹⁷

⁵ Bei unzureichendem Effekt symptomatischer und medikamentöser Therapien in Kombination mit aktivierenden Maßnahmen in möglichst wenigen Sitzungen.

⁶ Bei Chronifizierungsrisiko.

⁷ Bei Chronifizierungsrisiko.

⁸ Im Rahmen multimodaler Behandlungsprogramme.

⁹ Bei vorliegenden biopsychosozialen Risikofaktoren.

¹⁰ Im Rahmen von Bewegungsprogrammen oder multimodalen Behandlungskonzepten.

¹¹ Im chronifizierten Stadium im Rahmen multimodaler komplexer Angebote.

¹² Nur beim Ausschluss effektiver Therapiemethoden.

¹³ Nur beim Ausschluss effektiver Therapiemethoden.

¹⁴ Nur beim Ausschluss effektiver Therapiemethoden.

¹⁵ Vor allem zur Behandlung von Triggerpunkten.

¹⁶ In Kombination mit aktivierenden Maßnahmen.

¹⁷ In Kombination mit aktivierenden Maßnahmen.

Perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS)	⇓⇓	⇓⇓	⇓⇓
Rückenschule auf biopsychosozialem Ansatz		↔	↔
Thermotherapie (Wärmetherapie)	↑ ¹⁸		
Thermotherapie (Kältetherapie)	⇓	⇓	⇓
Traktion mit Gerät	⇓⇓	⇓⇓	⇓⇓
Impulsströme wie z.B. Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	↑↑	↑↑	↑↑
Therapeutischer Ultraschall			↔
Konstanter Gleichstrom (Galvanisation) und konstanter transkranieller Gleichstrom in Kombination mit lumbalem TENS			
Neuromuskuläre Elektrostimulation („Schwellstrom“)			↔
Aktive Bewegung	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
Bewegungstherapie, ggf. kombiniert mit edukativen Maßnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien	↔	↑↑↑	↑↑↑
Medizinische Trainingstherapie		↑↑↑ ¹⁹	↑↑↑ ²⁰
Komplexe Balneotherapie			↔
Yoga und Tai Chi			↔

4 Therapieempfehlungen: Medikamentöse Therapie

Die rein symptomatische Behandlung unterstützt im akuten Stadium die nicht-medikamentösen Maßnahmen; im chronischen Stadium zur Unterstützung der aktivierenden Maßnahmen bzw. im chronifizierten Stadium zur Unterstützung der multimodalen Behandlungsprogramme, wenn trotz regelmäßiger Durchführung eine nicht tolerable schmerzbedingte funktionelle Beeinträchtigung bestehen bleibt.

CAVE: Nebenwirkungen, Gesundheitsrisiken

¹⁸ Vor allen in Kombination mit anderen Modalitäten oder Bewegungstherapie oder Training.

¹⁹ Bei anhaltenden alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und Gefährdung der beruflichen Wiedereingliederung.

²⁰ Bei anhaltenden alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und Gefährdung der beruflichen Wiedereingliederung.

Medikamentöse Therapie	Akut	Subakut	Chronisch
NSAR ²¹	↑	↑	↑
COX-2 Hemmer ²²	↔	↔	↔
Metamizol ²³	↔	↔	↔
Paracetamol	↓	↓	↓
Opioide ²⁴	↔ ²⁵	↔	↔ ²⁶
Transdermale Opioide	↓↓	↓↓	↔
Muskelrelaxanzien (Nicht-Benzodiazepine!)	↔ ²⁷		↔ ²⁸
Antidepressiva	↓		↔ ²⁹
Gabapentin, Pregabalin, Topiram amat und Carbamazepin	↓	↓	↓
Capsaicinpflaster und -cremes ³⁰	↔	↔	↔
Topisch applizierbare NSAR	↓↓	↓↓	↓↓
Intravenös applizierbare Schmerzmittel, Lokalanästheti- ka und Mischinfusionen	↔	↔	↔
Intramuskulär oder subkutan applizierbare Schmerzmittel und Glukokortikoide	↓	↓	↓

Hinweise zur Durchführung einer Therapie mit Opioiden

Durchführung einer Therapie

²¹ Anwendung in der niedrigsten wirksamen Dosierung und so kurzzeitig wie möglich. Können IV verabreicht werden, die perorale Gabe ist zu bevorzugen. Prophylaktische Vergabe von Protonenpumpenhemmer bei gleichzeitig vorliegenden Risiken für gastrointestinale Komplikationen.

²² Wenn NSAR kontraindiziert sind oder nicht vertragen werden, unter Berücksichtigung der Warnhinweise.

²³ In der niedrigsten wirksamen Dosierung und so kurzzeitig wie möglich, wenn NSAR kontraindiziert sind.

²⁴ Länger als 12 Wochen, wenn eine klinisch relevante Reduktion der Schmerzen und/oder des körperlichen Beeinträchtigungserlebens bei fehlenden oder geringer Nebenwirkungen eingetreten ist. Anwendung nur im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes. Beendigung der Opioidtherapie, wenn das vereinbarte Therapieziel nicht erreicht wird.

²⁵ Bei fehlendem Ansprechen oder Vorliegen von Kontraindikationen gegen nicht-opioide Analgetika. Regelmäßige Evaluierung nach spätestens vier Wochen.

²⁶ Option für vier bis zwölf Wochen. Regelmäßige Evaluierung nach spätestens drei Monaten.

²⁷ Bis maximal 2 Wochen bei Therapieresistenz.

²⁸ Bis maximal 2 Wochen bei Therapieresistenz.

²⁹ Vor allem Duloxetin bei therapieresistenten chronischen Rückenschmerzen oder Vorliegen einer komorbiden Depression oder Schlafstörung.

³⁰ In Kombination mit aktivierenden Maßnahmen.

Präparateauswahl	<ul style="list-style-type: none"> • Präparate mit retardierter Galenik bzw. langer Wirkdauer • bevorzugt orale Einnahme, bei Kontraindikation ggf. transdermale Systeme • Nebenwirkungsprofil des opioidhaltigen Analgetikums beachten • Begleiterkrankungen des Patienten berücksichtigen • Patientenpräferenzen berücksichtigen
Einstellungsphase (Dosisfindung)	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieziel vereinbaren • Aufklärung zu Nebenwirkungen, Suchtgefahr, Verkehrssicherheit • mit niedriger Dosis beginnen • Therapie nach festem Zeitplan • Dosis schrittweise steigern in Abhängigkeit von Wirksamkeit und Verträglichkeit • optimale Dosis bei Erreichen der formulierten Therapieziele bei geringen bzw. tolerablen Nebenwirkungen erreicht • Dosis von > 120 mg/Tag orales Morphinäquivalent nur in Ausnahmefällen überschreiten • kurzfristig Bedarfsmedikation mit nicht-retardierten oral wirksamen opioidhaltigen Analgetika zur Dosisfindung
Langzeittherapie	<ul style="list-style-type: none"> • keine Bedarfsmedikation mit nicht-retardierten opioidhaltigen Analgetika • bei Schmerzexazerbation keine initiale Erhöhung der Opioiddosis, zunächst zusätzliche Therapie mit NSAR • in regelmäßigen Abständen überprüfen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erreichen der Therapieziele ○ Hinweise für Nebenwirkungen (z. B. Libidoverlust, psychische Veränderungen wie Interesseverlust, Merkfähigkeitsstörungen sowie Sturzereignisse) ○ Hinweise für Fehlgebrauch der rezeptierten Medikamente • Nach 6 Monaten mit Therapieresponse: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dosisreduktion und/oder Auslassversuch besprechen – Prüfung der Indikation für Therapiefortsetzung bzw. des Ansprechens auf nicht-medikamentöse Therapie-maßnahmen
Beenden der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichen der individuellen Therapieziele durch andere therapeutische Maßnahmen • Nicht-Erreichen der individuellen Therapieziele innerhalb der initialen 4-12 Wochen • Auftreten von nicht ausreichend therapierbaren bzw. nicht tolerierbaren Nebenwirkungen • Anhaltender Wirkverlust trotz Modifikation der Opioidtherapie (Opioidwechsel, Dosisanpassung) • Missbräuchliche Verwendung der rezeptierten opioidhaltigen Analgetika durch Patienten trotz Mitbehandlung durch Suchtspezialisten • Therapie mit opioidhaltigen Analgetika schrittweise beenden

5 Invasive Therapie

Invasive Therapie	Akut	Subakut	Chronisch
Therapeutische Lokalanästhesie Neuraltherapie	↔	↔	↔
Bildgebend gezielte perkutane Verfahren³¹	↔	↔	↔

³¹ Zur Diagnostik und Therapie.

Bildgebend gezielte minimale invasive Maßnahmen	↔	↔	↔
Radiofrequenzverfahren³²			↔
Operative Verfahren	↓↓↓	↓↓↓	↓↓↓

³² Bei Anwendung der Radiofrequenztherapie handelt es sich um einen spezifischen Kreuzschmerz, der durch eine standardisierte Röntgen gezielte Testung detektiert wurde.

6 Prävention

Empfehlungen/Statements	
Körperliche Bewegung soll den Betroffenen zur Vermeidung oder Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden und Arbeitsunfähigkeit empfohlen werden.	↑↑
Die Form der Bewegung soll sich nach den individuellen Präferenzen und Voraussetzungen der Betroffenen richten.	↑↑
Information und Schulung – basierend auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell über die Entstehung und den Verlauf von Kreuzschmerzen – sollten in die Prävention einbezogen werden.	↑
Information und Schulung – basierend auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell über die Entstehung und den Verlauf von Kreuzschmerzen – sollten in die Prävention einbezogen werden.	↑

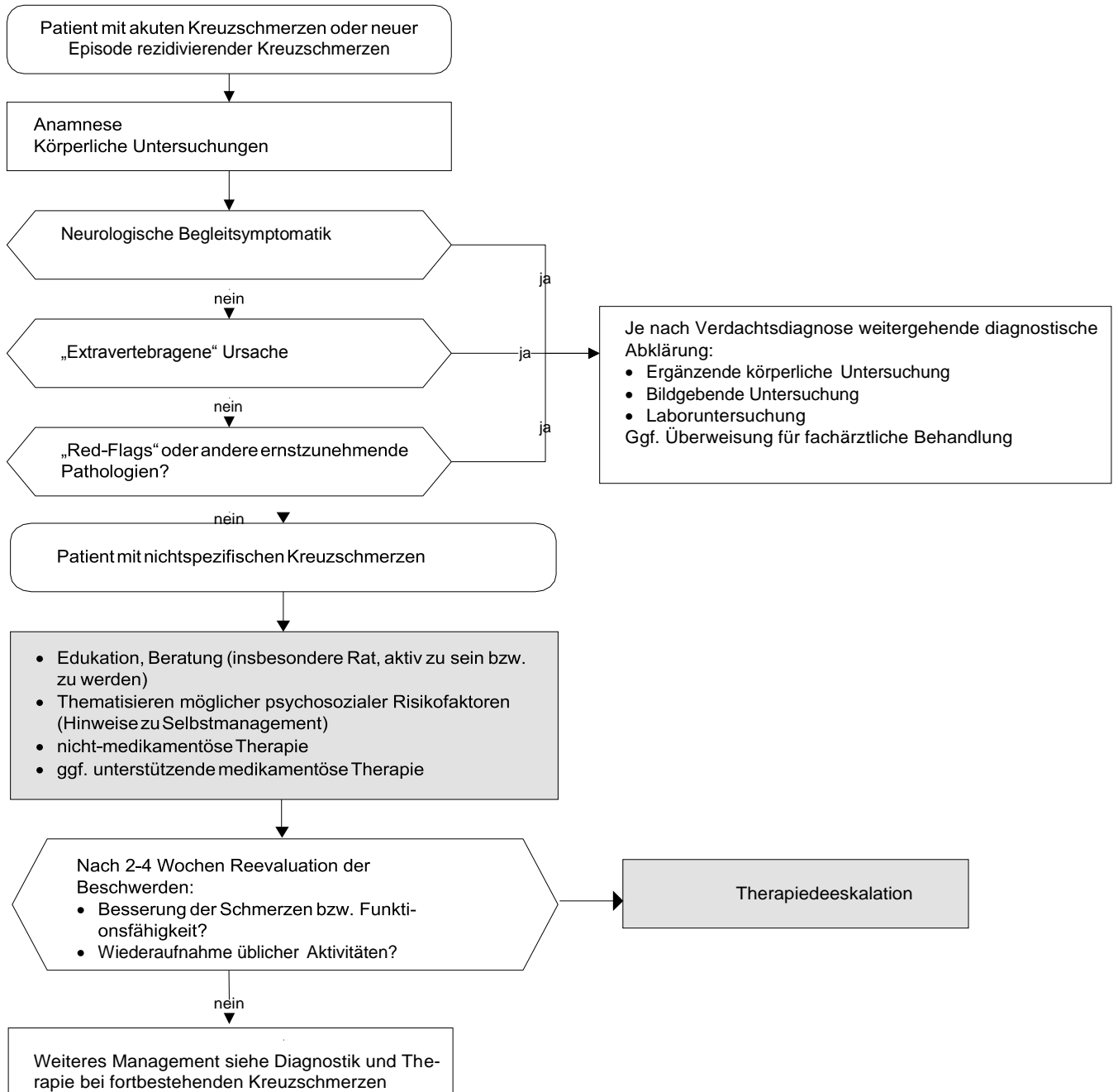
7 Multimodale Behandlungsprogramme zur Schmerztherapie am Beispiel chronisch und chronisch rezidivierenden Kreuzschmerzen / Rehabilitative Verfahren

Multimodale Therapieprogramme bei chronischem Kreuzschmerz und medizinische Rehabilitation bei chronischem und chronisch rezidivierendem Kreuzschmerz unterliegen unterschiedlichen Indikationen und Zielsetzungen und können sich gegenseitig ergänzen.

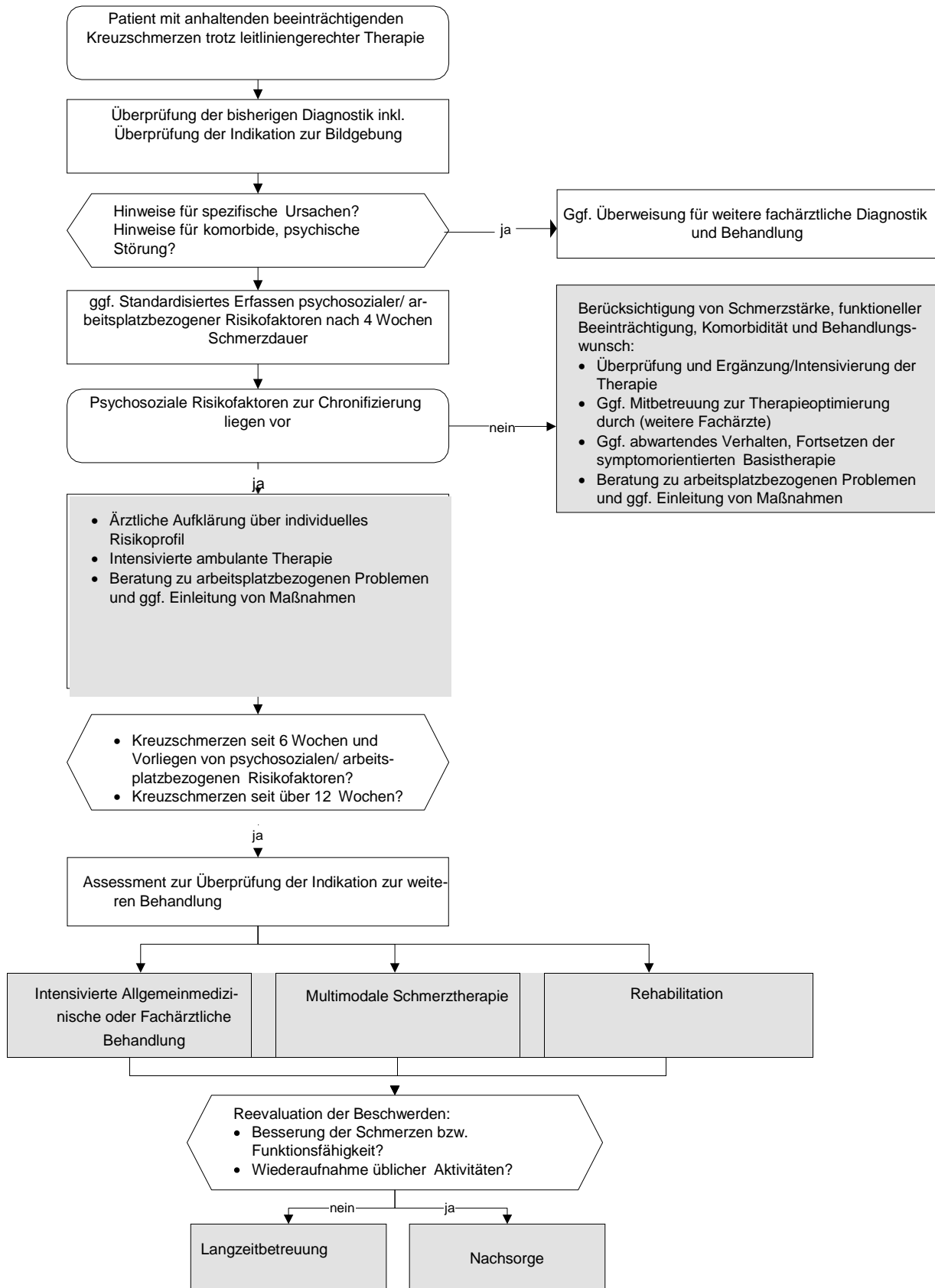
Empfehlungen/Statements	
Multimodale Therapieprogramme sollen bei Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen (nach einem Akutereignis zumindest 3 Monate andauernd durchgehende Schmerzen mit erheblicher Einschränkung der Funktionsfähigkeit) und erheblichen schmerzrelevanten psychischen Komorbiditäten in Erwägung gezogen werden, wenn weniger intensive evidenzbasierte Therapieverfahren unzureichend wirksam waren.	↑↑
Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bei chronischen und chronisch rezidivierenden Kreuzschmerzen sollen bei Patienten mit relevanten Schädigungen, Störungen und/oder Beeinträchtigungen entsprechend der Klassifikation der ICF und entsprechender Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose durchgeführt werden.	↑↑

Anhang:

Diagnostik und Therapie bei Erstkontakt



Diagnostik und Therapie bei fortbestehenden Kreuzschmerzen



Orientierungshilfe Radiologie (Stand 11.05.2017) Verweis auf die zuletzt publizierte Orientierungshilfe

Legende Untersuchungsverfahren:

RÖ	konventionelles Röntgen
MRT	Magnetresonanztomographie
CT	Computertomographie
NM	Nuklearmedizinische Behandlung

Legende Evidenzbewertung:

A:

- Hochqualitative diagnostische Studien, in denen ein neuer Test verblindet und unabhängig mit einem Referenzstandard in einem adäquaten Patientenkollektiv verglichen wird.
- Systematische Reviews und Meta-Analysen derartiger hochqualitativer Studien
- Diagnostisch-klinische Richtlinien / klinische Entscheidungsregeln, die in einem Test-Set validiert sind

B:

- Studien mit einem unabhängigen und verblindeten Vergleich eines neuen Tests mit einem Referenzstandard in einer Reihe von Patienten in zufälliger Reihenfolge oder eingeschränkt auf ein enges Patientenspektrum
- Studien, in denen der Referenzstandard nicht bei allen Patienten angewendet wurde
- Systematische Reviews derartiger Studien
- Diagnostisch-klinische Richtlinien / klinische Entscheidungsregeln, die nicht in einem Test-Set validiert sind

C:

- Studien ohne objektiven Referenzstandard
- Studien, bei denen der Vergleich des neuen Tests mit dem Referenzstandard nicht verblindet oder nicht unabhängig erfolgt ist
- Studien, die zur Verifikation positiver und negativer Test-Ergebnisse unterschiedliche Referenzstandards verwendeten
- Studien mit unzulänglichem Patientenkollektiv
- Expertenmeinung

C.6 Akuter unspezifischer (Synonym: unkomplizierter) Kreuzschmerz (mit und ohne Schmerzausstrahlung in das Bein)

Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Evidenzbewertung	Kommentar
RÖ	Indiziert (nB)	C	Beim unspezifischen Kreuzschmerz (ca. 85 % der Kreuzschmerzen) ist innerhalb der ersten 4–6 Wochen nach Beschwerdebeginn keine bildgebende Diagnostik indiziert. Wichtig ist, dass keine klinischen Warnsymptome ("red flags", siehe C.7.) vorliegen.
MRT	Indiziert (nB)	B	
CT	Indiziert (nB)	C	

Die Empfehlungen sind für Ärzte unverbindlich und haben weder haftungsbefreienden noch haftungsbegründenden Charakter.
Indiziert (P) = Primäruntersuchung | Indiziert (W) = weiterführende Untersuchung | Indiziert (nB) = nach Beobachtung

C7 spezifischer (Synonym komplizierter) Kreuzschmerz (Anhaltspunkte für das Vorliegen spezifischer Ursachen siehe Seite 5)

Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Evidenzbewertung	Kommentar
RÖ	Indiziert (P/nB)	C	Das Vorliegen von ‚red flags‘ kann eine frühzeitige Identifizierung von Patienten mit spezifischem Rückenschmerz erleichtern. Die Indikation für die frühzeitige Bildgebung sollte nach klinischem Ermessen erfolgen ‚red flags‘ stellen ein ergänzendes hilfreiches, unterstützendes Tool dar. Bei der Suche nach spezifischen Schmerzursachen spielt die bildgebende Diagnostik eine wichtige Rolle. Je früher spezifische Schmerzursachen identifiziert werden, desto früher kann eine gezielte Therapie einsetzen, was den Therapieerfolg verbessern kann.
MRT	Indiziert (P/nB)	B	
CT	Indiziert (W)	C	
NM	Indiziert (W)	C	

Die Empfehlungen sind für Ärzte unverbindlich und haben weder haftungsbefreienden noch haftungsbegründenden Charakter.
Indiziert (P) = Primäruntersuchung | Indiziert (W) = weiterführende Untersuchung | Indiziert (nB) = nach Beobachtung