

Nichtmedikamentöse und invasive Therapie

akute Schmerzphase

- ▶ körperliche Aktivität (↑↑↑)*
- ▶ adäquate, individuelle Information und Beratung (↑↑↑)
- ▶ Optionen: Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation), Manipulation/Mobilisation, Wärmetherapie in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen (⇔)

subakute Schmerzphase

- ▶ Bewegungstherapie (↑↑↑)
- ▶ adäquate, individuelle Information und Beratung (↑↑↑)
- ▶ Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren (↑↑↑)
- ▶ Optionen: Massage in Kombination mit Bewegungstherapie, Rückenschule (⇔)

chronische Schmerzphase

- ▶ Bewegungstherapie (↑↑↑)
- ▶ Schulungsmaßnahmen (Beratung/Eduktion) (↑↑↑)
- ▶ Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) eingebunden in multimodales Behandlungskonzept (↑↑↑)
- ▶ Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation) (↑)
- ▶ ergotherapeutische Maßnahmen im Rahmen multimodaler Programme (↑)
- ▶ Rückenschule (↑)
- ▶ Optionen: Akupunktur, Manipulation/Mobilisation sowie Massage in Kombination mit Bewegungstherapie (⇔)

nicht empfohlene Maßnahmen

- ▶ Akupunktur (akut), Bettruhe, Ergotherapie (akut), Interferenztherapie, PENS, TENS, Kurzwellendiathermie, Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, Massage (akut), Orthesen, Kältetherapie, Wärmetherapie (chronisch), Traktionsbehandlung, therapeutischer Ultraschall
- ▶ invasive Therapieverfahren (perkutan oder operativ)

Medikamentöse Therapie

Empfehlung

- ▶ traditionelle NSAR (Ibuprofen, Diclofenac, Naproxen) nur in der niedrigsten wirksamen Dosierung und so kurzzeitig wie möglich (↑), nicht parenteral (↑↑)

Optionen

Paracetamol (max. 3 g/d), Opiode, Muskelrelaxanzien (ACHTUNG: Medikamenteninteraktion und Abhängigkeitspotential), Antidepressiva vom NSMRI/TZA-Typ (chronisch) (⇔)

Maßnahmen der Langzeitversorgung

- ▶ kontinuierliche Aufklärung und Motivation zu einer gesunden Lebensführung, die regelmäßige körperliche Aktivität einschließt
- ▶ Vermeidung chronifizierungsfördernder medizinischer Verfahren

Besondere Maßnahmen sind erforderlich bei:

- ▶ Veränderung des Beschwerdebildes,
- ▶ Einnahme von Medikamenten gegen Kreuzschmerzen > 4 Wochen,
- ▶ Entlassung aus ambulanter/stationärer schmerztherapeutischer Intervention oder Rehabilitation,
- ▶ weiterhin bestehenden Risikofaktoren und/oder nachweislich eingetretenen psychosozialen Folgen der Kreuzschmerzen,
- ▶ symptomunterhaltenden oder –verstärkenden Komorbiditäten (Bsp. affektive Störungen wie Angst, Depression oder somatoforme Störungen)

Weitere Informationen

Aktuelle Informationen und Aktualisierungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz sind kostenlos erhältlich unter:

<http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz>

Sie finden dort unter anderem

- ▶ die Langfassung der Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz
- ▶ eine Übersicht über Praxishilfen
- ▶ eine Patienteninformation

Herausgeber

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften (AWMF)

sowie

AkdÄ, DEGAM, DGAI, DGCh, DGPT, DGIM, DGMM, DGNC, DGN,
DGNR, DGOOC, DGPMR, DGPM, DGRW, DGRh, DGSMP, DGU,
DGSS, DRG, DVMB (Patientengremium), DVE, ZVK, DNEbM

unter Beteiligung von

BPtK, DGAUM, DRV-Bund, KV Berlin

Korrespondenz: ÄZQ – Redaktion NVL

TiergartenTower, Strasse des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin

E-Mail: versorgungsleitlinien@azq.de

Flyer erstellt am 06.06.2011

basierend auf der Version 1.1 der NVL Kreuzschmerz



Nationale VersorgungsLeitlinie

Kitteltaschenversion

Kreuz-
schmerz

Definition

Die Empfehlungen dieser Leitlinie beschränken sich auf die Versorgung der Patientengruppe mit nichtspezifischem Kreuzschmerz.

- ▶ Schmerzen im Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens, oberhalb der Gesäßfalten, mit oder ohne Ausstrahlung
- ▶ keine Hinweise auf spezifische Ursache (insbesondere neurologische Symptome) erkennbar
- ▶ akute Kreuzschmerzen (weniger als sechs Wochen Dauer)
- ▶ subakute Kreuzschmerzen (länger als sechs Wochen Dauer)
- ▶ chronische bzw. chronisch rezidivierende Kreuzschmerzen (länger als zwölf Wochen Dauer)
- ▶ Schmerzintensität kann variieren

Ziele des Kreuzschmerzmanagements

akute/subakute Schmerzphase

- ▶ Überprüfung spezifischer Warnhinweise für abwendbar gefährliche Verläufe („red flags“) oder spezifisch zu behandelnde Erkrankungen
- ▶ Linderung der Schmerzen, so dass die Betroffenen ihren täglichen Aktivitäten schnellstmöglich wieder nachgehen können
- ▶ aktive Erfassung von Warnhinweisen für das Vorliegen von psychischen, beruflichen oder iatrogenen Risikofaktoren („yellow flags“)
- ▶ Prävention einer Chronifizierung (bei „yellow flags“: Förderung eines adäquaten (biopsychosozialen) Krankheitsverständnisses);
- ▶ Vermeidung von diagnostischen Maßnahmen ohne Konsequenzen
- ▶ Vermeidung des Risikos einer iatrogenen Fixierung

chronische/rezidivierende Schmerzphase

- ▶ Überprüfung spezifischer Warnhinweise für abwendbar gefährliche Verläufe („red flags“) oder spezifisch zu behandelnde Erkrankungen
- ▶ Stabilisierung eines adäquaten [biopsychosozialen] Krankheitsverständnisses
- ▶ Verhinderung von passivem oder schädigendem Krankheitsverhalten
- ▶ Einleitung einer zeitnahen, effizienten, somatischen Therapiestrategie und umfassende Aufklärung durch die Behandelnden (sofern notwendig, auch Einsatz psychotherapeutischer Intervention)
- ▶ Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- ▶ Beratung über sozialmedizinische Auswirkungen der Erkrankung unter Berücksichtigung der Arbeitssituation
- ▶ Vermeidung bzw. Verminderung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit

* ↑↑ - starke Empfehlung, ↑ - Empfehlung, ⇔ - Option

Initial-/Basisdiagnostik

- ▶ Überprüfung der „red flags“ (Trauma, Tumorleiden, infektiöser Prozess, begleitende radikuläre Kompression, Kaudasyndrom), um ggf. eine weiterführende Ursachenklärung und gezielte Behandlung einleiten zu können
- ▶ Bei fehlenden Hinweisen für gefährliche Verläufe und andere ernstzunehmende Pathologien (z. B. entzündliche Ursachen, radikuläre Wurzelkompression durch Stenose oder Bandscheibenvorfall sowie extravertebrale Ursachen) nach gründlicher Anamnese und guter körperlicher Untersuchung zunächst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen (insbesondere Bildgebung) durchführen.

„yellow flags“

psychische Risikofaktoren

- ▶ Depressivität, Distress (negativer Stress), schmerzbezogene Kognitionen, passives/überaktives/suppressives Schmerzverhalten, Neigung zur Somatisierung

berufliche Risikofaktoren

- ▶ überwiegend körperliche Schwerarbeit, monotone Körperhaltung, Vibrationsexposition, geringe berufliche Qualifikation, berufliche Unzufriedenheit, Verlust des Arbeitsplatzes, Kränkungsverhältnisse am Arbeitsplatz, chronischer Arbeitskonflikt (Mobbing)

iatrogene Risikofaktoren

- ▶ mangelhafte Respektierung der multikausalen Genese, Überbewertung somatischer/radiologischer Befunde bei nichtspezifischen Schmerzen, lange, schwer begründbare Krankschreibung, Förderung passiver Therapiekonzepte, übertriebener Einsatz diagnostischer Maßnahmen

Eckpfeiler der Therapie

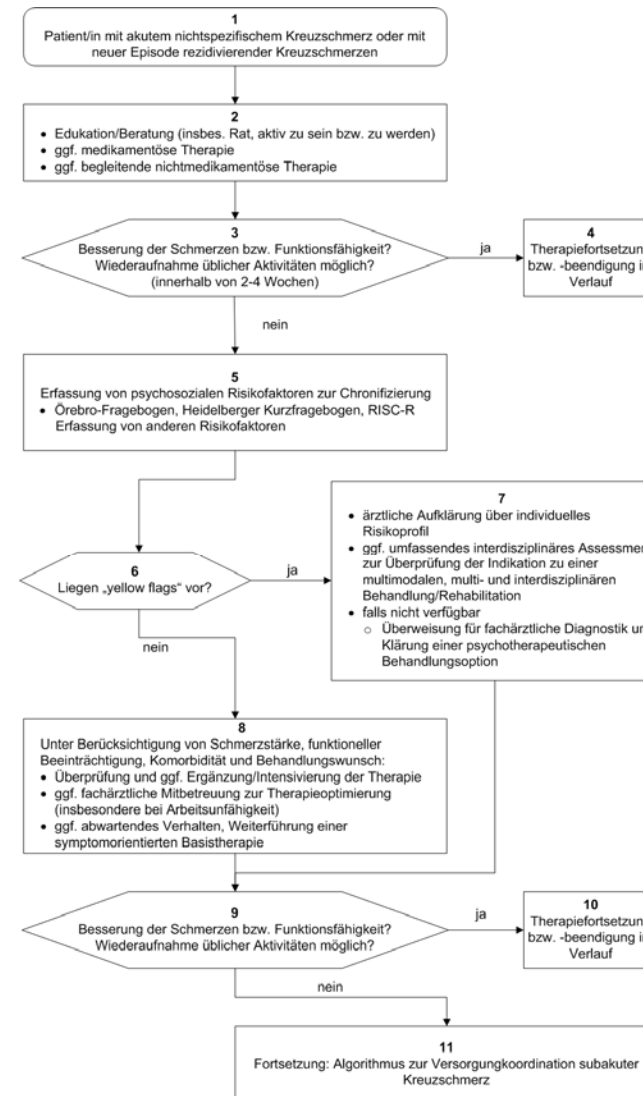
- ▶ im Vordergrund steht die Aktivierung der Betroffenen
- ▶ so früh wie möglich Notwendigkeit für eine multi- und interdisziplinäre Behandlung abschätzen
- ▶ Orientierung an Schmerzen/aktuellem Funktionsstatus
- ▶ Abstimmung des Behandlungsplans (Präferenzen der Patientinnen/Patienten sowie des Behandlungsteams berücksichtigen)
- ▶ Verständnis und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit der Betroffenen notwendig
- ▶ medikamentöse Therapie unterstützt nichtmedikamentöse Maßnahmen, damit übliche Aktivitäten frühzeitig wieder aufgenommen und aktivierende Maßnahmen umgesetzt werden können
- ▶ ärztliche Aufklärung ist zu jedem Zeitpunkt von besonderer Bedeutung

Medikamentöse Therapie (Fortsetzung)

nicht empfohlene Maßnahmen

- ▶ Flupirtin, Antidepressiva vom SSNRI-Typ (außer bei indikationsrelevanter Komorbidität), Gabapentin, Pregabalin und Carbamazepin, Phytotherapeutika, perkutan applizierbare Medikamente, intravenös oder intramuskulär applizierbare Schmerzmittel, Glucocorticoide und Mischinfusionen

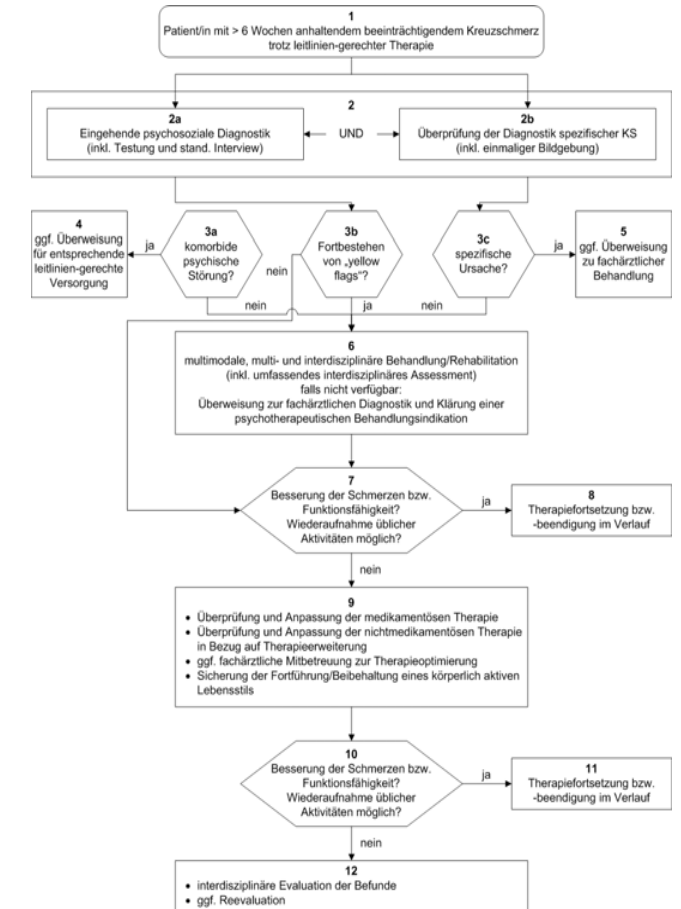
Versorgungsverlauf Wochen 2-5



Hinweise für den Einsatz von Opioiden

- ▶ Indikation für Opiode bei fehlendem Ansprechen auf Analgetika wie Paracetamol, tNSAR (⇔)[†]
- ▶ Reevaluation: akut nach spätestens vier Wochen, chronisch nach spätestens drei Monaten, ohne gewünschte Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung ist Fortsetzung der Opioidtherapie kontraindiziert (†††)
- ▶ kein Einsatz transdermaler Opiode bei akutem/subakutem Kreuzschmerz (†††)
- ▶ vorzugsweise Opiode mit langsamem Wirkungseintritt, Gabe nach festem Zeitschema (Statement)

Versorgungsverlauf Wochen 6-12



[†] †† - starke Empfehlung, † - Empfehlung, ⇔ - Option