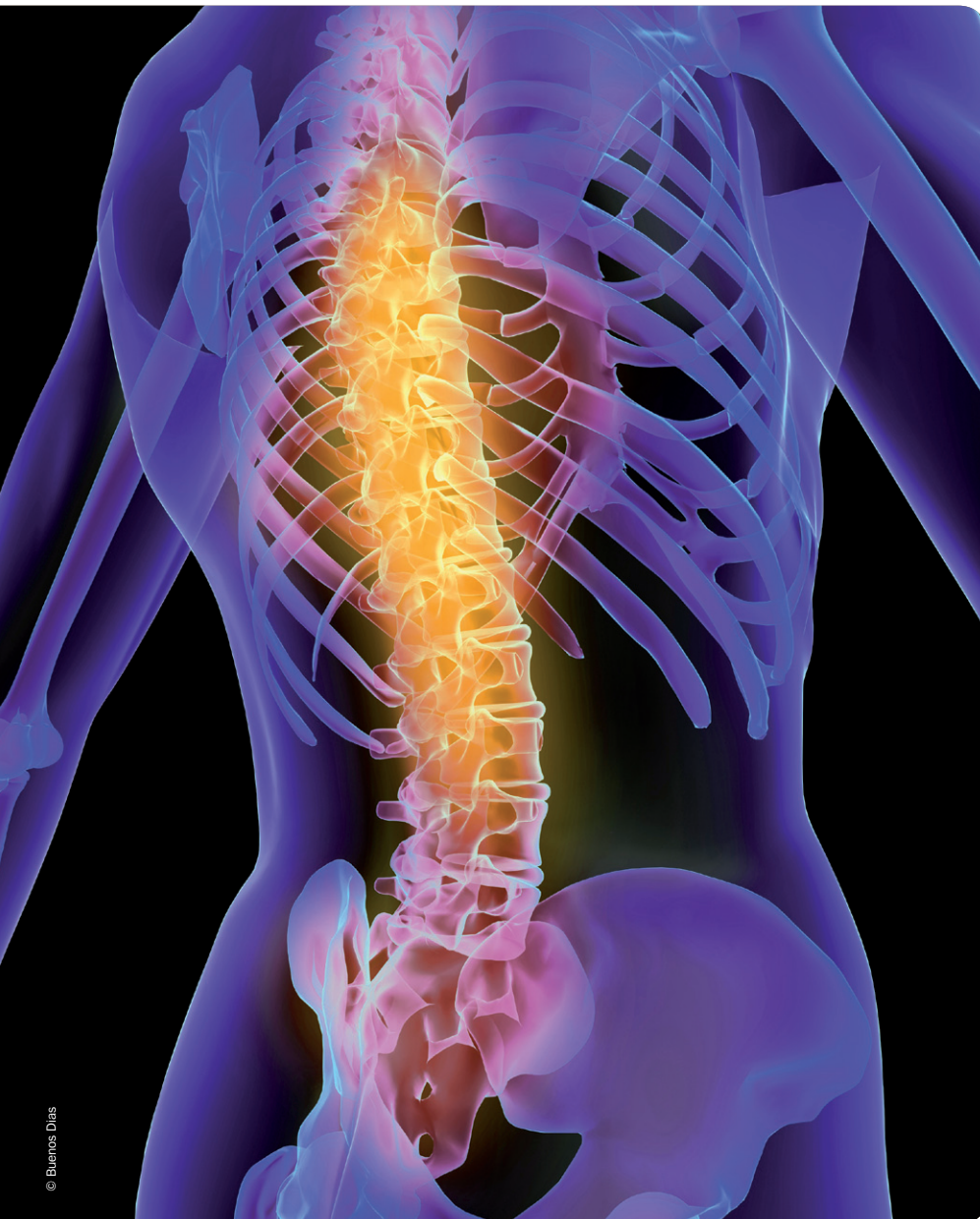


Leitlinie:

Akute und chronische unspe

Ziel dieser Leitlinie ist es, die Diagnose- und Behandlungssituation von Patienten mit unspezifischen Kreuzschmerzen zu verbessern. Versorgungsabläufe sollen optimiert und Gefahren für den Chronifizierungsprozess rechtzeitig erkannt werden.



© Buenos Dias

Einleitung

1. Gründe für die Entwicklung der Leitlinie für Kreuzschmerzen

Unspezifische Kreuzschmerzen sind ein gesellschaftlich und ökonomisch vorrangiges Gesundheitsproblem: nicht nur, weil die Prävalenz sehr hoch ist - die Lebenszeitprävalenz liegt in den Industriestaaten zwischen 60 und 85 Prozent -, sondern auch, weil die Erkrankung enorme direkte und besonders auch indirekte Kosten verursacht. Entlastung ist nicht in Sicht, da aufgrund der demographischen Entwicklung das Problem in den kommenden Jahrzehnten deutlich an Brisanz zunehmen könnte. Daher ist es nicht verwunderlich, dass zahlreiche Staaten eigene Kreuzschmerz betreffende Leitlinien veröffentlicht haben. Nationale Leitlinien sollen auf die spezifische und auch legistische Situation des Gesundheitssystems des Landes eingehen, aber gleichzeitig die Empfehlungen der Agree (Appraisal of guidelines for research & evaluation, the agree collaboration) berücksichtigen.

2. Gegenstand der Leitlinie

Gegenstand der Leitlinie sind die Diagnose und Therapie von akuten und chronischen unspezifischen Kreuzschmerzen bei Erwachsenen. Für Kinder und Jugendliche gilt diese Leitlinie nicht. Zum Thema Prävention des akuten unspezifischen Kreuzschmerzes nimmt die Leitlinie nicht Bezug. Sie gibt auch keine Empfehlungen zur Diagnose und Therapie von spezifischen Kreuzschmerzformen ab. Sehr wohl aber nimmt sie Stellung zu den klinischen Kriterien, die der Abgrenzung spezifischer von unspezifischen Kreuzschmerzformen dienen.

3. An wen wendet sich die Leitlinie?

Adressaten sind alle primärversorgenden Ärzte und alle anderen Ärzte, die Patienten mit Kreuzschmerzen versorgen. Die Leitlinien richten sich auch an alle

* Update der evidenz- und konsensusbasierten österreichischen Leitlinien für das Management von unspezifischen Kreuzschmerzen 2011

zifische Kreuzschmerzen*

anderen medizinischen Berufsgruppen, die diagnostisch und therapeutisch in das Problem Kreuzschmerz involviert sind.

4. Ziele und Grenzen der Leitlinien

Ziel ist es, die Diagnose- und Behandlungssituation von Patienten mit unspezifischen Kreuzschmerzen in Österreich zu verbessern. Die Empfehlungen sollen helfen, Versorgungsabläufe zu optimieren, Gefahren für den Chronifizierungsprozess rechtzeitig zu erkennen, um bleibende Beeinträchtigungen der Lebensqualität und Funktionsfähigkeit zu verhindern. Ziel ist es auch, darzulegen, wie bedrohliche Erkrankungen mit abwendbarem Verlauf möglichst verlässlich ausgeschlossen werden können. Nicht zuletzt soll auch aufgezeigt werden, in welchen Bereichen großer Bedarf für strukturelle Änderungen des Versorgungsablaufs besteht.

Die Leitlinie gibt nicht nur positive Empfehlungen ab, sondern sie nimmt auch dezidiert Stellung zu Maßnahmen, die derzeit als unzweckmäßig oder unzureichend untersucht erachtet werden. Und sie zeigt auch auf, in welchen Belangen die Datenlage noch zu unklar ist, um sichere Empfehlungen abzugeben. Die Leitlinie soll als Orientierungshilfe dienen, wobei betont werden muss, dass ein Abweichen vom empfohlenen Vorgehen in bestimmten Fällen nicht nur sinnvoll, sondern sogar angezeigt sein wird.

Methodik

Als Grundlagen der ersten Fassung der österreichischen Guidelines dienten die European Guidelines (November 2004), das European Bone & Joint Health Strategies Project und die Checkliste des deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) der Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin. Die vorliegenden Leitlinien wurden auf Basis der vorhandenen wis-

senschaftlichen Daten erstellt, wobei als erforderlicher Evidenzgrad Ia, Ib oder IIa - Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001), sowie als Empfehlungsgrad A und B gefordert wurden, das heißt: die Recherche umfasste vorrangig systematische Reviews, Meta-Analysen, randomisierte, kontrollierte Studien und in seltenen Fällen kontrollierte Studien. Die Daten wurden unabhängig von den Vertretern der hauptzuständigen Fächer und dem Vorsitzenden der Arbeitsgruppe erhoben und hinsichtlich methodischer Qualität beurteilt. Bei manchen Empfehlungen musste auf die unzureichende und/oder widersprüchliche Evidenzlage hingewiesen werden.

Zur Erarbeitung der gesamten vorliegenden aktualisierten Leitlinien wurde eine Konsensuskonferenz am 29. Jänner 2010 in Wien abgehalten. Dabei und letztlich mittels Schriftverkehr wurde zwischen der überwiegenden Zahl der Teilnehmer (führende oder delegierte Vertreter ihrer Berufsgruppe und/oder Institution - siehe Mitglieder) und dem Vorsitzenden Übereinstimmung erzielt. Alle angeführten Teilnehmer der Konsensuskonferenz erklärten, dass sie persönlich hinsichtlich der Feststellungen in diesen Guidelines keinem finanziellen Interessenskonflikt unterliegen.

Letztlich wurden, gemäß der Empfehlungen der Checkliste zur methodischen Leitlinien-Bewertung, die Leitlinien einem externen Experten zur Beurteilung übermittelt und seine Empfehlungen in das Konsensuspapier eingearbeitet.

Ergebnisse

1. Definition und Prävalenz

Der Begriff Kreuzschmerz (Low Back Pain) bezieht sich auf Schmerzen im Bereich zwischen den zwölften Rippen und den unteren Glutealfalten mit oder ohne Ausstrahlung ins Bein. Kreuzschmerzen

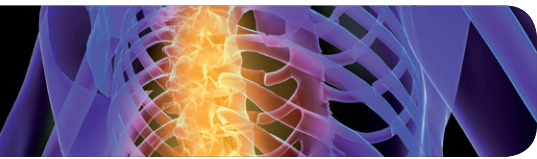
sind eines der am weitesten verbreiteten Leiden in zivilisierten Ländern. Bei Erwachsenen beträgt die Punktprävalenz 12 bis 30 Prozent und die Lebenszeitprävalenz 60 bis 85 Prozent. Die Rezidivrate beläuft sich auf 20 bis 73 Prozent innerhalb eines Jahres und erreicht bis zu 85 Prozent bezogen auf die gesamte Lebensspanne.

Je nach Dauer des Bestehens der Symptomatik werden akute (Schmerzdauer ein bis vier Wochen), subakute (Schmerzdauer fünf bis zwölf Wochen) und chronische Kreuzschmerzen (Schmerzdauer > zwölf Wochen oder episodisch innerhalb von sechs Monaten) unterschieden. Von akuten rezidivierenden Kreuzschmerzen ist auszugehen, wenn eine neue Episode nach sechs Monaten Symptombefreiheit auftritt, von chronisch rezidivierenden, wenn eine neue Episode innerhalb eines Jahres nach Symptombefreiheit auftritt. 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.

2. Ausschluss spezifischer Kreuzschmerzformen

2.1 Warnhinweise für spezifische Krankheitsursachen

Da spezifische und unspezifische Kreuzschmerzformen ein völlig unterschiedliches Vorgehen verlangen, verdient die Abgrenzung dieser beiden Entitäten höchste Aufmerksamkeit. Die Unterscheidung basiert zunächst auf klinischen Kriterien im Sinne von Alarmsymptomen (so genannte Red Flags). Red Flags (Tab. 1), bedeuten einen Zustand, bei dem gehandelt werden muss und sind gegenüber Hinweisen auf konkurrierende spezifische Krankheiten abzugrenzen. Diese Symptome sollten umso stärkere Beachtung finden, je eher die Beschwerden vom erwarteten Verlauf abweichen. ►►



►► Zu den spezifischen Kreuzschmerzformen zählen Kreuzschmerzen, die durch Neoplasmen, Entzündungen, Infektionen, Verletzungen, metabolische Knochenerkrankungen, psychische Erkrankungen, bestimmte degenerative Veränderungen (siehe Kapitel 2.2), Nervenwurzelirritationen oder Cauda Equina Syndrom verursacht werden. Die Häufigkeit aller spezifischen Kreuzschmerzformen zusammen wird in der Literatur mit etwa 15 Prozent beziffert. Sie sind gemäß der Grunderkrankung abzuklären und zu behandeln, weswegen sie in der vorliegenden Leitlinie nicht berücksichtigt wurden.

Tabelle 1

Red-Flags (Warnhinweise) für spezifische Kreuzschmerzen/Alarmsymptome für die Indikation zur Bildgebung und weiterem diagnostischen Vorgehen (schon eine Red Flag kann ausreichen, um eine diagnostische Abklärung zu erfordern).

- Alter < 20a und > 55a
- Zunahme oder Persistenz der Beschwerden trotz Therapie
- Kurz zurückliegende Verletzungen
- Hinweise auf oder bekannte tumoröse, entzündliche Erkrankung oder Osteoporose
- Schmerz, der unabhängig von körperlicher Belastung ist oder sich in Ruhe verstärkt
- Gleichzeitiges Bestehen von thorakalen Schmerzen
- Anhaltend schwere Einschränkung der lumbalen Flexion
- Langzeittherapie mit Steroiden und Immunsuppressiva
- Intravenöser Drogenabusus, HIV
- Neurologische Ausfälle und Symptome, Claudicatio spinalis
- Allgemeines Krankheitsgefühl
- Ungewollter Gewichtsverlust
- Schwere strukturelle Deformitäten
- Fieber

2.2 Kreuzschmerzen auf der Basis degenerativer Wirbelsäulenveränderungen

Einen gewissen Übergang zwischen unspezifischen und spezifischen Formen

stellen Kreuzschmerzen im Rahmen von degenerativen Wirbelsäulenveränderungen dar. Diese sind schwierig einzuordnen, weil beim Großteil der degenerativen Veränderungen Pathomorphologie und Beschwerden nicht eindeutig korrelieren. Als spezifisch sollten degenerative Kreuzschmerzen nur dann bezeichnet werden, wenn das klinische Bild eng mit dem morphologischen Substrat korreliert und dessen Nachweis therapeutische Implikationen nach sich zieht. Dies trifft laut derzeitiger Datenlage vor allem auf die Anterolisthese (OR: 6.1) und die Modic-Läsion (OR: 4.2) zu.

3. Diagnostik

3.1 Anamnese

Den Grundstein der Diagnostik bilden eine exakte Anamnese und eine orientierende klinische Untersuchung. Anhand dessen muss sichergestellt werden, dass die Kreuzschmerzen tatsächlich muskuloskelettalen Ursprungs sind, das heißt: Pathologien außerhalb der Wirbelsäule, beispielsweise im kleinen Becken, sind auszuschließen. Die Anamnese bezieht sich auf die genannten Alarmsymptome (siehe Tab. 1 Red Flags) sowie auf Schmerzdauer, -lokalisation, -auslöser (Traumata/Überlastungen), -ausstrahlung und -abhängigkeit von Positionen und Bewegungen. Weitere wichtige Fragen sind, ob bereits zuvor ähnliche Episoden bestanden haben, wie stark die Einschränkungen der gewohnten Aktivitäten in Beruf und Freizeit sind, welche anderen Vorerkrankungen bestanden haben und wie das soziale Umfeld des Patienten aussieht.

3.2 Klinische Befunderhebung

Diese orientiert sich an den Ergebnissen der Anamnese. Sie soll folgende Punkte im Sinne einer Minimalanforderung berücksichtigen:

- Inspektion (Schonhaltung, Gangbild, Verletzungszeichen, Deformitäten etc.)
- Palpation (Muskelhartspann, umschriebener Druck- oder Klopfschmerz an Muskel-, Sehnen-, Band-, Schleimbeutel- oder Knochenstrukturen)
- Bewegungsumfang der LWS in den Hauptebenen, Muskelstatus hinsichtlich Verkürzungen und Abschwächungen

- Orientierende neurologische Untersuchung (motorische Kraft der Kennmuskeln, Patellar- und Achillessehnenreflex, Sensibilität und Lasegue-Test im Seitenvergleich, Caudazeichen)

3.3 Bildgebung und Labor

Falls weder die ausführliche Anamnese noch die orientierende Untersuchung das Vorliegen spezifischer Ursachen nahe legen, bringt der routinemäßige Einsatz bildgebender Verfahren und Laboruntersuchungen in diesem Stadium der Erkrankung (erste vier Wochen nach Schmerzbeginn) keine weiterführenden Informationen. Bei Fortbestehen der Beschwerden vier bis sechs Wochen nach deren Beginn ist die Indikation zur bildgebenden Diagnostik mit der Suche nach spezifischen Ursachen zu begründen. Diese sollte durch möglichst klar definierte Zuweisungsdiagnosen und darauf explizit antwortende radiologische Befunde optimiert werden.

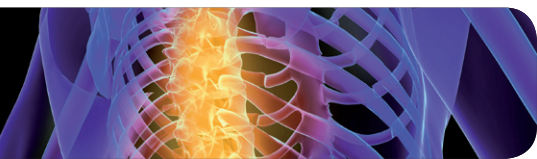
4. Verlauf

4.1 Unkomplizierter Verlauf

Die Diagnose „unspezifischer Kreuzschmerz“ wird klinisch gestellt und dient als Arbeitsdiagnose, die der weitere Krankheitsverlauf bestätigt oder in Frage stellt. Der Verlauf soll anhand regelmäßiger Kontrollen mit Anamnese und Untersuchung dokumentiert werden. Spricht der Patient auf die Therapie gut an, bestätigt das die Arbeitsdiagnose „unspezifischer Kreuzschmerz“. In diesem Fall sind klinische Kontrolluntersuchungen ausreichend, eine weitere spezifische Abklärung ist nicht erforderlich. Es empfiehlt sich allerdings mögliche Risikofaktoren, die das Auftreten von Kreuzschmerzen begünstigen schon jetzt zu erkennen, zu dokumentieren und mögliche Lebensstiländerungen zu thematisieren.

4.2 Risikofaktoren

Bewegungsmangel, einseitig belastende Tätigkeiten, starkes Übergewicht, Rauchen oder übermäßige psycho-soziale Belastungen, berufliche Faktoren wie Art und Schwere der Tätigkeit (zum Beispiel Heben schwerer Lasten, schwere Vibrationen etc.), Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, monotone Tätigkeiten, Überforderung etc. sollten orientierend erfasst ►►



►► werden. Für eine routinemäßige detaillierte Evaluierung des psychosozialen Hintergrunds ist es in dieser Phase der Erkrankung noch zu früh.

4.3 Komplizierter Verlauf

Bessern sich die Beschwerden unter laufender leitliniengerechter Therapie nicht wie erwartet oder verschlechtert sich die Symptomatik zunehmend, sind engmaschige Kontrollen erforderlich, um eine etwaige Dynamik der Warnhinweise auf spezifische Ursachen (Red-Flags-Liste) zum frühest möglichen Zeitpunkt zu erfassen. Ergibt sich dabei die Indikation für eine weiterführende Abklärung, richtet sich diese nach dem klinischen Befund und dem Schweregrad der Beschwerden. Ergibt die Reevaluierung bei

initial unzufriedenstellendem Ansprechen weiterhin keinen Hinweis auf eine spezifische Kreuzschmerzursache, soll im nächsten Schritt die Pharmakotherapie optimiert werden. Kommt es trotzdem zu keiner Besserung der Beschwerden, ist es sinnvoll, nach neuerlichem Ausschluss spezifischer somatischer Ursachen die psychosozialen Risikofaktoren zu evaluieren. Dies trifft ebenso für den rezidivierenden Kreuzschmerz zu (siehe kognitive Schemata zur Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung).

5. Therapie des akuten unspezifischen Kreuzschmerzes

5.1 Information und Aufklärung

Neben der medikamentösen Therapie ist beim akuten Kreuzschmerz die Aufklärung der Patienten über den Verlauf der Erkrankung eine der wichtigsten Maßnahmen. Der Patient soll informiert werden, dass Anamnese und klinischer Befund keinen Hinweis auf eine gefährliche Erkrankung liefern und dass akute unspe-

zifische Kreuzschmerzen in der Regel einen guten Verlauf nehmen. In 70 Prozent kommt es zu einer spontanen Remission innerhalb von sechs Wochen. Er soll erfahren, dass es für den Verlauf besser ist, wenn die gewohnten Alltagsaktivitäten einschließlich der Arbeit beibehalten bzw. möglichst rasch wieder aufgenommen werden. Dabei sollte eine Überprüfung der Alltags- und Lebensstilsituation (u.a. auch Arbeits- und Freizeitaktivitäten) stattfinden. Bettruhe sollte vermieden und daher nicht verordnet werden und ist, wenn notwendig, nur kurzfristig vorzusehen, anderenfalls schädlich.

5.2 Pharmakotherapie

Nicht-steroidale entzündungshemmende Medikamente einschließlich Coxibe haben sich in Studien als wirksam bei der Behandlung von Kreuzschmerzen erwiesen. Die neuere Literatur belegt, dass die Effektivität von Paracetamol zur Kreuzschmerzbehandlung nicht ausreichend gesichert ist. Analgetika sollen gemäß der visuellen

Analogskala und maximal zwei Wochen angewendet werden. Ein nicht-steroidales entzündungshemmendes Medikament kann bis zu der höchst zugelassenen Dosis in jenem dem Präparat entsprechenden Dosierungsintervall verabreicht werden.

Opioide und Muskelrelaxantien sollten erst eingesetzt werden, wenn auch obige Kombination nicht zum Erfolg führt. Die schmerzlindernde Wirkung von Muskelrelaxantien beim akuten unspezifischen Kreuzschmerz ist gut dokumentiert. Bei Substanzen vom Benzodiazepin-Typ besteht bei längerer Anwendung (> zwei Wochen) das Risiko von körperlicher und psychischer Abhängigkeit. Daher sollten diese Substanzen - wenn überhaupt - nur maximal zwei Wochen eingesetzt werden.

5.3 Nicht-pharmakologische Therapie

Zur Anwendung physikalischer Therapiemaßnahmen sind nur wenige Studien mit dem für die Erstellung dieser Leitlinien herangezogenen Evidenzgrad bekannt. Dies bedeutet nicht jedenfalls die Unwirksamkeit der Maßnahmen. Manualtherapie kann empfohlen werden, allerdings liegt kein einem nicht-Manualtherapeuten zugängliches Kriterium vor, wann sie angewandt werden soll. Die Effektgröße ist ähnlich wie jene von NSAIDs. Wärmebehandlung alleine und in Kombination mit Bewegungsübungen kann kurzfristig

Schmerz und funktionelle Beeinträchtigung beim akuten unspezifischen Kreuzschmerz reduzieren.

6. Chronifizierungsprozess

6.1 Psychosoziale Faktoren

Der Übergang vom akuten zum chronischen unspezifischen Kreuzschmerz ist ein Prozess, der von psychosozialen Faktoren wesentlich mitgeprägt wird. Wenn der Verlauf beim akuten Kreuzschmerz ungewöhnlich ungünstig ist, oder wenn subakuter Kreuzschmerz eingetreten ist (Schmerzdauer \geq fünf Wochen) müssen die sogenannten Yellow Flags (Tab. 2) abgeklärt werden, psychosoziale Warnfaktoren, welche die Chronifizierung nachweislich begünstigen. Durch den frühen Einsatz von Maßnahmen, welche den psychosozialen Hintergrund ins Therapiekonzept mit einbeziehen, können die Langzeitfolgen der Erkrankung - schwere Funktionseinschränkung, Invalidität und sozialer Rückzug - limitiert werden.

6.2 Somatische Faktoren

Es muss klar sein, dass Hinweise für spezifische Ursachen prinzipiell auch erst später im Krankheitsverlauf offensichtlich werden können, weswegen bei anhaltenden Schmerzen, diese immer wieder neu evaluiert werden müssen (spezifisch/unspezifisch). Bei der Suche nach spezifischen Wirbelsäulenursachen

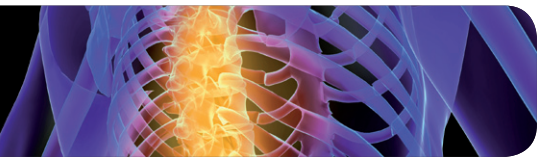
kann die Durchführung einer Magnetresonanztomografie indiziert sein.

6.3 Chronifizierungsstadium

Für die Prognose und die Therapie ist es von Bedeutung, wie weit der Chronifizierungsprozess bereits fortgeschritten ist.

Das kann anhand folgender Fragen erhoben werden:

- Häufigkeit der Schmerzen (einmal - mehrmals täglich - dauernd)
- Attackendauer (Stunden/Tage/> eine Woche)
- Schmerzstärkenwechsel (häufig - gelegentlich - selten)
- Schmerzlokalisation (Mono/bi- oder multilokulär)
- Zahl und Erfolg der Vorbehandlungen
 - Medikamenteneinnahme
 - Medikamentenentzugsbehandlungen
 - Schmerzbedingte Operationen
 - Rehabilitationsbehandlungen
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: häufiger Arztwechsel, gehäuftes Aufsuchen stationärer Krankenbehandlungen, gehäufte operative Eingriffe)
- Besondere, belastende Lebensereignisse
- Multimorbidität
- Aspekte des Gesundheitsverhaltens (Übergewicht, Nikotinkonsum, ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten - Bewegungsmangel) ▶▶



»» **Tabelle 2**

Warnhinweise auf psychosoziale Faktoren/Yellow Flags (mit deutlich erhöhtem Chronifizierungsrisiko)

- Distress
- Depressive Stimmung, pessimistisch resignative Einstellung (Erwartungen), Schlafstörungen
- Rückzug vom sozialen Umfeld
- Inadäquates Schmerzerleben mit Neigung zum „Katastrophisieren“
- Inadäquates physisches und psychisches Verhalten im Umgang mit den Beschwerden; Beispiele hierfür sind die Überzeugung, dass die Schmerzen gefährlich und dauerhaft schwer beeinträchtigend seien oder ein ausgeprägtes Angstvermeidungsverhalten mit der Folge deutlich reduzierter täglicher Aktivität
- Unbefriedigende Arbeitssituation, Kompensationen
- Somatisierungstendenz
- Geringer Bildungsstand
- Pensionierungswunsch
- Hohe Schmerzintensität und schwere Funktionsausfälle

7. Therapie des chronischen unspezifischen Kreuzschmerzes

7.1 Ausgangssituation

Bei drohender oder bereits eingetretener Chronifizierung und höhergradiger Aktivitätseinschränkung sollten der multikausalen Genese der Erkrankung Rechnung tragend multidisziplinäre Behandlungsprogramme zum Einsatz kommen. Eine Einzelintervention, wie eine ausschließlich medikamentöse Behandlung ist nicht ausreichend, um die Schmerzen anhaltend zu lindern sowie Behinderung und dauerhafte Arbeitsausfälle zu vermeiden.

Zur Diagnostik sind hinsichtlich der Schmerzintensität visuelle Analogskalen (VAS oder numerische Rating Scale-NRS) für die organspezifischen Aktivitätseinschränkungen Fragebögen wie Oswestry disability questionnaire und Roland Morris disability questionnaire hilfreich.

Mit dem Patienten sind realistische Therapieziele zu besprechen:

- Schmerzreduktion beziehungsweise -kontrolle (aber nicht Schmerzfreiheit!)
- Verbesserung der Aktivität hinsichtlich Alltagsfunktionen und
- Verbesserung der Lebensqualität
- Berufliche Reintegration

7.2 Pharmakotherapie

Je nach Pathophysiologie und Dauer kommen verschiedene Nicht-Opioid-Analgetika, Opioid-Analgetika, Antidepressiva und Capsaicin zur Anwendung.

7.2.1 Nicht-Opioid-Analgetika

Nicht-steroidale entzündungshemmende Medikamente einschließlich Coxibe haben sich in Studien als wirksam bei der Behandlung von Kreuzschmerzen erwiesen. Neue Studien kommen zum Schluss, dass es keine ausreichende Evidenz gibt, welche die Effektivität von Paracetamol bei Kreuzschmerzen belegt.

Beim längeren Einsatz von Nicht-Opioid-Analgetika müssen immer Wirksamkeit und Sicherheit gegeneinander abgewogen werden. Das Sicherheitsproblem haben auch die Coxibe nicht gelöst. Sie sind bei koronarer Herzkrankheit und Schlaganfallrisiko kontraindiziert. Vorsicht ist darüber hinaus auch bei Patienten geboten, die kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Hypertonie, Diabetes, Zigarettenkonsum oder erhöhte Blutfette aufweisen. Die Kontraindikationen für nicht-steroidale entzündungshemmende Medikamente seitens des Gastrointestinaltrakts, der Leber und der Niere sowie das verstärkte Blutungsrisiko bei gleichzeitiger Antikoagulantien- und/oder Cortisonmedikation dürfen als bekannt vorausgesetzt werden.

7.2.2 Opioid-Analgetika

Anwendungsgebiet der Opiode bei chronischen Kreuzschmerzen sind jene Formen, bei denen mit Nicht-Opioid-Analgetika keine ausreichende Schmerzerleichterung erreichbar ist und/oder Kontraindikationen zum Einsatz der Nicht-Opioid-Analgetika bestehen. Bei Opioiden sollte die Verordnung immer von ein und demselben Arzt erfolgen. Der Patient sollte zu regelmäßigen Kontrollen kommen, im Rahmen derer die genaue Einhaltung der Therapiepläne geprüft werden muss. Ob-

wohl sich Opiode auf Grund der fehlenden Organtoxizität und vergleichsweise guten Verträglichkeit sehr gut zur Langzeittherapie eignen, sind sie beim chronischen Kreuzschmerz nicht als lebenslange Therapie gedacht, sondern eher als mittelfristige Überbrückung bis zum Wirksamwerden des Gesamtkonzepts. Nicht ausreichende Schmerzlinderung und/oder mangelnde Compliance sind Abbruchkriterien für die Opioidmedikation.

7.2.3 Antidepressiva

Sie werden als Koanalgetika eingesetzt, wobei es starke Evidenz für die Wirksamkeit von noradrenergen/serotoninergen und teils von noradrenergen Antidepressiva bezüglich der Schmerzreduktion gibt. Die beste Evidenzlage liegt derzeit für Amitriptylin vor.

7.2.4 Muskelrelaxantien

Für diese Substanzen besteht beim chronischen Kreuzschmerz keine Evidenz. Bei jenen vom Benzodiazepintyp ist zusätzlich ihr Abhängigkeitspotential sehr hoch und die chronische Einnahme über zwei Wochen erschwert die aktive multimodale Therapie erheblich. Bei den meisten Myotonolytika sind weiters Sedierung und gegebenenfalls Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit zu beachten.

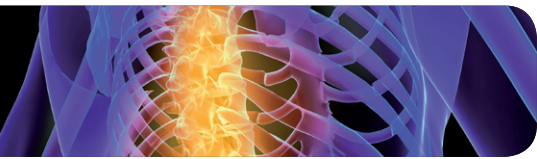
7.2.5 Capsaicin

Es besteht gute Evidenz, dass vorübergehende Anwendung von Capsaicin-Schmerzplaster der Placebobehandlung überlegen ist. Die in Österreich übliche Italienische Packung (Munari) enthält Capsaicin in einer infolge der v.a. durch das Agens Senföl hervorgerufenen lokalen dermalen Hyperämie hohen Bioverfügbarkeit.

7.2.6 Antikonvulsiva

Ihr Einsatz ist vor allem bei neuropathischer Schmerzkomponente indiziert. Für den Einsatz beim unspezifischen Kreuzschmerz gibt es keine Studien. Vielmehr deuten genau jene Symptome, die ihren Einsatz rechtfertigen würden (brennender beziehungsweise einschießender, ins Bein ausstrahlender Schmerz) in Richtung einer radikulären Läsion und damit in Richtung eines spezifischen Kreuzschmerzes, der eine entsprechende Abklärung erfordert.





►► 7.2.7 Facettengelenksnahe und epidurale Infiltrationen

Die Evidenz zur Verabreichung von facettengelenksnahen Steroidinfiltrationen beim unspezifischen chronischen Kreuzschmerz ist derzeit nicht ausreichend, um für die Routine eine konkrete Empfehlung abzugeben. Es sind uns derzeit im Rahmen des betrachteten eingeschränkten Evidenz- und Empfehlungsgrades keine Studien bekannt. Das bedeutet allerdings nicht die Unwirksamkeit der Maßnahmen, sondern dass zumindest eine prospektiv randomisierte Studie die Wirksamkeit belegen müsste, ehe die Therapie empfohlen werden kann. Infiltrationen haben jedoch als „Probetherapie“ eine Berechtigung bezüglich Diagnosestellung. Bei positivem Ansprechen können die erreichten Infiltrationsorte als für den Schmerz verantwortliche Strukturen offensichtlich werden, womit ein spezifischer Kreuzschmerz vorliegen würde.

7.3 Nicht-pharmakologische Therapie

7.3.1 Physikalische, bewegungstherapeutische und funktionelle Therapie

Zur Behandlung des subakuten, chronisch rezidivierenden und chronischen Kreuzschmerzes sind Bewegungstherapie, medizinische Trainingstherapie, Rückenschule, Funktions-, Arbeitsplatztraining und Arbeitsplatzadaptierung (Ergotherapie) und Massage indiziert. Auch die Kombination von - nicht aber die Anwendung der einzelnen - Modalitäten (Elektro- und Thermotherapie/Hydrotherapie/Massage/Traktionen/Ultraschall) gilt als wirksam. Weiters gilt die TENS-Therapie für den chronischen Rückenschmerz als potentiell wirksam. Für den subakuten Rückenschmerz zeigt eine Behandlung mit Wärme alleine oder in Kombination mit Bewegungstherapie eine kurzfristige Schmerzlinderung und Verbesserung der funktionellen Beeinträchtigung. Für die Auswahl der Therapie soll das klinische Bild, die Verfassung und die körperliche Belastung des Patienten berücksichtigt werden.

7.3.2 Psychologische Behandlung und Psychotherapie

Psychologische Interventionen bei chronischen Kreuzschmerzen verfolgen in erster Linie das Ziel, die Patienten im Umgang mit und bei der Bewältigung von Schmerzen und den sich daraus ergebenden Problemen im Alltag zu unterstützen (bewältigungsorientierter und präventiver Ansatz, lerntheoretisch-kognitiv orientierte Behandlung, Verhaltenstherapie). Ohne solche Interventionen droht ein durch Passivität und Hilflosigkeit erschwelter Verlauf, gefolgt von zunehmender Abhängigkeit des Patienten vom medizinischen Versorgungssystem. Multimodale Schmerzbewältigungs-Programme, soziale Kompetenz sowie Stressbewältigungstrainings und Entspannungsverfahren sind daher bei allen Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen indiziert, insbesondere bei jenen mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten (übertriebene Schonung und Rückzug vom aktiven Leben).

7.3.3 Radiofrequenztherapie

Diese Therapie zielt auf konkrete Strukturen (Ramus medialis, Nervenwurzel etc), von welchen angenommen wird, dass sie spezifische, schmerzverursachenden Strukturen sind beziehungsweise versorgen. Damit ist bei diesen Patienten kein unspezifischer Kreuzschmerz gegeben.

7.3.4 Spinal cord Stimulation

Im Rahmen des eingeschränkten Evidenz- und Empfehlungsgrades kann keine definitive Empfehlung abgegeben werden. Das bedeutet allerdings nicht die Unwirksamkeit der Maßnahme, sondern dass zumindest eine prospektiv randomisierte Studie die Wirksamkeit belegen muss, ehe die Therapie empfohlen werden kann.

7.3.5 Akupunktur

Aus der derzeitigen Datenlage gibt es einen schwachen Evidenzgrad für die Akupunktur zur Therapie des chronischen Kreuzschmerzes. Die Scheinakupunktur (ungezielt Stechen) ist gleich wirksam wie die gezielte Akupunktur.

7.3.6 „Multimodale Programme“

Bei ausgeprägten chronischen Kreuzschmerzformen, die verbunden sind mit

schweren Aktivitätseinschränkungen im Alltag und längerem Krankenstand, sind multidisziplinäre Regime inklusive psychologischer Interventionen (verhaltens-therapeutischer Ansatz), arbeitsbezogene Rückenschule von hoher Intensität (≥ fünf Stunden pro Tag), bewegungstherapeutische und funktionelle Therapie angezeigt (functional restoration program), welche gestuft in stationäre, tagesklinische und ambulante Phasen aufgebaut sein sollen. Diese Programme sind derzeit in Österreich aber nicht flächendeckend verfügbar.

7.3.7 Operative Therapie

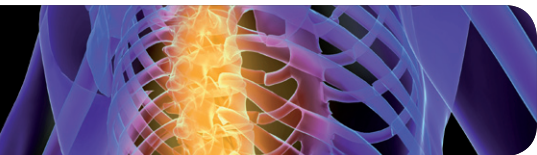
Eine chirurgische Intervention ist beim chronisch unspezifischen Kreuzschmerz nicht indiziert. Spezifische Veränderungen (Metastasen, Tumor, Bandscheibenvorfall, Modic-Läsionen) sind nicht Gegenstand dieser Leitlinien. Es ist daher die Diagnose „unspezifischer Kreuzschmerz“ im Verlauf mit geeigneten Mitteln zu sichern, um jene Patienten zu identifizieren, bei denen es zu spezifischen Veränderungen gekommen ist, die möglicherweise einer operativen Therapie zugänglich sind.

Zusammenfassung

Die laufenden Kontrollen auf Warnhinweise - red flags - sollen das Bestehen spezifischer Kreuzschmerzen rechtzeitig aufzeigen. Eckpunkte der Betreuung akuter unspezifischer Kreuzschmerzen sind Information besonders über den meist guten Verlauf, Linderung der Schmerzen mit adäquater Medikation, Prävention der Chronifizierung und Vermeidung diagnostischer Maßnahmen ohne Konsequenzen. Ziel ist es, dass die Patienten(Innen) ihren gewohnten Aktivitäten möglichst rasch wieder nachgehen.

Moderne Behandlungskonzepte zum Management des unspezifischen chronischen Kreuzschmerzes zielen neben der Schmerzreduktion vor allem auf den Erhalt der Funktionen im täglichen Leben ab. Sie beschäftigen sich mehr mit Lebensführung und Lebensqualität als mit Heilung. Der Ansatz ist grundsätzlich multidisziplinär, unter Einbeziehung medizinischer, sozialer und psychologischer Aspekte.





» Literatur bei den Verfassern

LEITLINIENARBEITSGRUPPE

Vorsitz:

- * **Prim. Univ. Prof. Dr. Martin Friedrich** - Abteilung für orthopädische Schmerztherapie, Orthopädisches Spital Speising, Center of Excellence for Orthopaedic Pain management Speising (CEOPS);

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):

- * **Dr. Magdalena Arrouas** - BMG/Leiterin der Abteilung für die Epidemiologie von nicht übertragbaren Erkrankungen
- * **Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Bach** - in Vertretung der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP), Past President der österreichischen Schmerzgesellschaft
- * **Prim. Univ. Prof. Dr. Martin Breitenseher** - Leiter der AG Osteoradiologie der Österreichischen Röntgengesellschaft (ÖRG)

- * **Dr. Walter Fiala** - im Auftrag der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM)
- * **Dr. Myriam Hanna-Klinger** - Schriftführerin, BM für Gesundheit
- * **Dr. Friedrich Hartl** - Fachgruppenobmann der physikalischen Medizin in der Österreichischen Ärztekammer, in Vertretung des Präsidenten der Ärztekammer
- * **Prim. Univ. Prof. Dr. Wilfried Ilias** - Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft
- * **Univ. Prof. Dr. Martin Krismer** - Leiter der orthopädischen Universitätsklinik Innsbruck, im Auftrag der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie (ÖGO)
- * **Prim. Univ. Doz. Dr. Christian Lampl** - in Vertretung des Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN)
- * **Prim. Univ. Doz. Dr. Burkhard Leeb** - Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR)
- * **Prim. Univ. Doz. Dr. Manfred Mühlbauer** - im Auftrag der Österreichischen Gesellschaft für Neurochirurgie (ÖGNCH)
- * **Veronika Plank** - Abteilung für die Epidemiologie von nicht übertragbaren Erkrankungen

- * **Constance Schlegl, PT** - Vorsitzende des Landesverbandes Wien und Öffentlichkeitsbeauftragte von Physio Austria (Verband der Physiotherapeutinnen Österreichs)
- * **Doris Taurok, ET** - in Vertretung der Präsidentin von ERGO Austria (Verband der Ergotherapeuten Österreichs)
- * **Prim. Univ. Prof. Dr. Dimiter Tscholakoff** - Präsident der Österreichischen Röntgengesellschaft (ÖRG)
- * **Univ. Prof. Dr. Günther Wiesinger** - Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (ÖGPMR)

Korrespondenz:

Univ. Prof. Dr. Martin Friedrich,
Orthopädisches Spital Speising GmbH,
Speisinger Straße 109,
1130 Wien;
Tel.: 01/801 82/1184;
E-Mail: katharina.gemesch@oss.at

Diese Leitlinie ist gültig von 2011 bis 2014.
Eine Aktualisierung erfolgt im Oktober 2014.