

Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz

(konsentiert am 22.9.2010)

HERAUSGEBER

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

sowie

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Dtsch. G. f. Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Dtsch. G. f. Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Dtsch. G. f. Chirurgie (DGCh), Dtsch. G. f. experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie (DGPT), Dtsch. G. f. Innere Medizin (DGIM), Dtsch. G. f. Manuelle Medizin (DGMM), Dtsch. G. f. Neurochirurgie (DGNC), Dtsch. G. f. Neurologie (DGN), Dtsch. G. f. Neurologische Rehabilitation (DGNR), Dtsch. G. f. Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Dtsch. G. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR), Dtsch. G. f. Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Dtsch. G. f. Rehabilitationswissenschaften (DGRW), Dtsch. G. f. Rheumatologie (DGRh), Dtsch. G. f. Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Dtsch. G. f. Unfallchirurgie (DGU), Dtsch. G. zum Studium des Schmerzes (DGSS), Dtsch. Röntgengesellschaft (DRG), Dtsch. Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB) (Patientengremium), Dtsch. Verband der Ergotherapeuten (DVE), Dtsch. Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK),
 Dtsch. Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)

Unter Beteiligung von

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Dtsch. G. f. Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM),
 Dtsch. Rentenversicherung Bund (DRV-Bund), Kassenärztlicher Vereinigung Berlin (KVB)

Koordination und Pflege: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Gemeinsames Institut von BÄK und KBV

Internet: www.versorgungsleitlinien.de

Zusammenfassung der Empfehlungen

(A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, 0 = Option)

Diagnostik ¹	
Keine weitere apparative Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> vorerst bei fehlenden Hinweisen für gefährliche Verläufe und andere ernstzunehmende Pathologien, Klassifikation der Beschwerden zunächst als nichtspezifischer Kreuzschmerz (A)
Erfassung psychosozialer Risikofaktoren in der primären ärztlichen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> bei Schmerzen länger als 4 Wochen trotz leitlinien-gerechter Maßnahmen (A)
Weitergehende somatische und psychosoziale Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> bei anhaltenden Schmerzen (> 12 Wochen) (A)
Indikationen zu bildgebenden Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> keine bei akutem Kreuzschmerz (KS) nach klinischem Ausschluss gefährlicher Verläufe (A) entsprechend klinischem Verdacht bei Warnhinweisen („red flags“) (A) einmalige <ul style="list-style-type: none"> bei subakutem KS (6-12 Wochen) ohne Besserung ausgeprägter und aktivitätseinschränkender Schmerzen oder mit Progression trotz leitlinien-gerechter Therapie (A) sofern nicht schon geschehen, bei chronischem KS (> 12 Wochen) trotz leitlinien-gerechter Therapie nach Ausschluss von psychosozialen Chronifizierungsfaktoren (A) nur bei klinischen Hinweisen auf Organpathologie bei chronischem KS und Vorliegen psychologischer Chronifizierungsfaktoren (A)
Weitere Labor- oder bildgebende Untersuchungen und/oder fachärztliche Überweisung	<ul style="list-style-type: none"> bei Warnhinweisen je nach Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit (A)

¹ A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, 0 = Option – Erläuterung siehe Langfassung der NVL

Nichtmedikamentöse und invasive Therapieverfahren bei nichtspezifischem Kreuzschmerz (KS) – Indikationen¹		
	Akuter KS	Chronischer KS
Akupunktur	keine (A)	sehr eingeschränkt (0)
Bettruhe	keine (A)	keine (A)
Bewegungstherapie	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche Aktivität beibehalten (A) • keine Verordnung von Bewegungstherapie (auch Krankengymnastik) (A) 	Bewegungstherapie als primäre Behandlung (A)
Interferenztherapie	keine bei akut/subakut (A)	keine (A)
PENS	keine (A)	keine (A)
TENS	keine (A)	keine (B)
Progressive Muskelrelaxation	kann angeboten werden bei akutem/subakutem KS und erhöhtem Chronifizierungsrisiko (0)	sollte angewendet werden (B)
Ergotherapie	keine (A)	sollte angewendet werden im Rahmen multimodaler Behandlungsprogramme (B)
Kurzwellendiathermie	keine (A)	keine (A)
Lasertherapie	keine (A)	keine (A)
Magnetfeldtherapie	keine (A)	keine (A)
Manipulation/Mobilisation	kann angewendet werden (0)	kann angewendet werden in Kombination mit Bewegungstherapie (0)
Massage	keine (A)	kann angewendet werden bei subakutem/chronischem KS in Kombination mit Bewegungstherapie (0)
Orthesen	keine (A)	keine (A)
Patientenedukation	soll bei akutem/subakutem KS durchgeführt werden (A)	soll durchgeführt werden (A)
Rückenschule auf biopsychosozialem Ansatz	kann empfohlen werden bei länger anhaltenden (> 6 Wochen) oder rezidivierendem KS (0)	sollte angewendet werden (B)
Wärmetherapie	kann angewendet werden in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen (0)	keine Verordnung (B)
Kältetherapie	keine (B)	keine (B)
Traktionsbehandlung	keine bei akutem/subakutem KS (A)	keine (A)
Therapeut. Ultraschall	keine (A)	keine (A)
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	soll angeboten werden bei subakutem KS und Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren (A)	soll angewendet werden - eingebunden in ein multimodales Behandlungskonzept (A)
Invasive Therapie	keine (A)	keine (A)

¹ Positive/optionale Empfehlungen fett gedruckt – A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, 0 = Option – Erläuterung siehe Langfassung der NVL

Medikamentöse Therapie – Indikationen¹	
Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> • bei leichtem bis moderatem akutem KS: Behandlungsversuch (kurzfristig überprüfen) bis zur maximalen Tagesdosis von 3 g (0) • bei subakutem/chronischem KS: kurzzeitig und in möglichst niedriger Dosis - nur nach ausführlicher Medikamentenanamnese und nur zur Behandlung kurzer Exazerbationen (0)
Traditionelle nichtsteroidale Antirheumatika/ Antiphlogistika (tNSAR)	<ul style="list-style-type: none"> • bei akutem/chronischem KS in limitierter Dosierung (bis zu 1,2 g Ibuprofen, 100 mg Diclofenac oder 750 mg Naproxen täglich; bei unzureichender Wirkung kann unter Beachtung und ggf. Prophylaxe der möglichen Nebenwirkungen auf bis 2,4 g Ibuprofen, 150 mg Diclofenac oder 1,25 g Naproxen erhöht werden) (B) • bei gastrointestinalen Risiken: Prophylaxe mit Protonenpumpenhemmer (B) • nur in der niedrigsten wirksamen Dosierung, so kurzzeitig wie möglich (B) • nicht parenteral verabreichen (A)
Cox-2-Hemmer	<ul style="list-style-type: none"> • bei akutem/chronischem KS, wenn tNSAR kontraindiziert sind oder nicht vertragen werden („off label use“) (0)
Flupirtin	<ul style="list-style-type: none"> • keine Anwendung bei akutem und chronischem KS (A)
Opioid-Analgetika	<ul style="list-style-type: none"> • schwache Opiode (z.B. Tramadol, Tilidin/Naloxon) können eingesetzt werden bei fehlendem Ansprechen auf Analgetika wie Paracetamol, tNSAR (0) • Reevaluation der Opioidtherapie bei akutem/chronischem KS nach spätestens 4 Wochen/3 Monaten. Tritt die gewünschte Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung nicht ein, ist die Fortsetzung der Opioidtherapie kontraindiziert (A) • kein Einsatz transdermaler Opiode bei akutem/subakutem KS (A) • wenn Opiode zum Einsatz kommen, sind zur Reduktion des Suchtrisikos Opiode mit langsamem Wirkungseintritt den schnell wirksamen Opioiden vorzuziehen. Gabe nach festem Zeitschema (Statement)
Muskelrelaxanzien	<ul style="list-style-type: none"> • wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen oder alleinige Gabe von nichtopioiden Analgetika bei akutem/chronischem KS, keine Besserung bewirken (0) • Nebenwirkungspotential beachten, nicht länger als 2 Wochen fortlaufend (Statement)
Antidepressiva	<ul style="list-style-type: none"> • Noradrenerge oder noradrenerg-serotonerge Antidepressiva als Nebenmedikation im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes zur Schmerzlinderung bei chronischem KS (Kontraindikationen, Nebenwirkungen beachten) (0) • Antidepressiva vom SSNRI-Typ nicht regelhaft und nur bei indikationsrelevanter Komorbidität (schwere Depression, Angststörung) (B)
Antiepileptika	<ul style="list-style-type: none"> • keine Anwendung von Gabapentin, Pregabalin, Carbamazepin (B)
Phytotherapeutika	<ul style="list-style-type: none"> • keine Anwendung zur Schmerztherapie (B)
Perkutan applizierbare Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> • keine Anwendung (B)
Intravenös oder intramuskulär applizierbare Schmerzmittel, Glucocorticoide und Mischinfusionen	<ul style="list-style-type: none"> • keine Anwendung (A)

¹ A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, 0 = Option – Erläuterung siehe Langfassung der NVL

Primärprävention – Maßnahmen¹	
Körperliche Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> • soll empfohlen werden (Ziel: Vermeidung/Verkürzung von Schmerzepisoden/Arbeitsunfähigkeit) (A) • Auswahl des Verfahrens nach individuellen Präferenzen/Voraussetzungen der Betroffenen (A)
Edukation	<ul style="list-style-type: none"> • Information/Schulung (basierend auf biopsychosozialem Krankheitsmodell) sollten in die Prävention einbezogen werden (B)
Ergonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen am Arbeitsplatz (ergonomische Gestaltung, Verhaltensprävention, Förderung der Arbeitsplatzzufriedenheit) sollten eingesetzt werden (B)
Multimodale, multi- und interdisziplinäre Behandlung/Rehabilitation	
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • chronischer KS, wenn weniger intensive, evidenzbasierte Verfahren unzureichend wirksam waren (A) • spätestens nach 6 Wochen Schmerzdauer und alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen trotz leitlinien-gerechter Versorgung bei positivem Nachweis von Risikofaktoren zur Chronifizierung („yellow flags“) Indikation zu einer multimodalen Therapie (möglichst durch ein interdisziplinäres umfassendes Assessment) prüfen (A) • bei Bestehen der Beschwerden und alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen > 12 Wochen trotz leitlinien-gerechter Versorgung generell die Indikation zu einer multimodalen Therapie prüfen (A)
Eingangsassessment	<ul style="list-style-type: none"> • vor multimodaler Behandlung strukturiertes Assessment mit anschließender Teambesprechung zur Erstellung eines Therapieplanes (A)
Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vorbereitung der Zeit nach der Behandlung (z. B. eigenverantwortliche körperliche Aktivität, Sport usw.) soll integrativer Teil des Therapieplans sein, wobei das primäre Ziel die Überleitung von Therapieinhalten in selbständig durchgeführte Aktivitäten ist. (A) • Zusätzliche therapeutische Maßnahmen sollen entsprechend den Empfehlungen im Abschlußbericht bzw. nach einem Reassessment eingeleitet werden (A) • Alle Patientinnen/Patienten sollten über die Möglichkeiten des Kontakts zu Selbsthilfegruppen, die Eigeninitiative/Eigenverantwortung fördern, informiert werden (B) • Nach multimodalen Therapieprogrammen im kurativen Sektor können Folgebehandlungen mit reduziertem Umfang durchgeführt werden (0) • Allen Rehabilitanden, deren Behandlungserfolg nach einer Rehabilitation noch nicht ausreichend stabilisiert ist, sollte eine Nachsorgemaßnahme angeboten werden (B)
Berufliche Wiedereingliederung	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung sollen sowohl im rehabilitativen als auch im kurativen Bereich geprüft und ggf. initiiert werden (A)

¹ A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, 0 = Option – Erläuterung siehe Langfassung der NVL

Versorgungskoordination

Für den gesamten Versorgungsprozess soll eine Ärztin/ein Arzt eine „Lotsenfunktion“ übernehmen. Sie/er ist erste Anlaufstelle für die Erkrankten und koordiniert sämtliche Behandlungsschritte **(A)**.

Akuter Kreuzschmerz

- Die Beschwerden bei akutem, nichtspezifischem Kreuzschmerz sind üblicherweise selbst begrenzend, so dass der größte Anteil der Personen, der sich zum ersten Mal aufgrund von Rückenbeschwerden in medizinische Behandlung begibt, lediglich einer Beratung und Akutversorgung bedarf. **(Statement)**
- Entsteht der Verdacht auf psychosoziale Belastungen, können bei zwei Wochen andauernden Kreuzschmerzen nach der ärztlichen Beratung ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zur weiteren Diagnostik und Behandlung konsultiert werden **(0)**.
- Während des Behandlungsverlaufes wird die symptomorientierte Basistherapie fortgesetzt, überprüft und ggf. ergänzt/intensiviert. Insbesondere wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als zwei Wochen andauert, sollten die Erstversorgenden die Hinzuziehung weiterer Fachdisziplinen erwägen **(B)**.

Subakuter Kreuzschmerz

- Zur Überprüfung der Erstdiagnose soll nach 6 Wochen andauernden Kreuzschmerzen erneut die Diagnostik analog der des akuten Kreuzschmerzes erfolgen. Das Vorliegen von „yellow/red flags“ wird überprüft **(A)**.
- Beim Vorliegen (komorbider) psychischer Störungen soll eine entsprechende leitliniengerechte Versorgung eingeleitet werden **(A)**.
- Spätestens nach 6 Wochen aktivitätseinschränkenden Kreuzschmerzen, trotz leitlinien-gerechter Therapie (subakute Kreuzschmerzen), sollen alle vorliegenden Befunde interdisziplinär und fachübergreifend gesichtet und im Rahmen einer gemeinsamen Fallkonferenz beurteilt werden **(A)**.
- Liegen im subakuten Stadium nach wie vor keine Risikofaktoren zur Chronifizierung vor, liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Optimierung der symptomatischen Therapie **(A)**.

Chronischer Kreuzschmerz

- Bleiben die Untersuchungen auch nach 12 Wochen ohne spezifischen Befund, ist die Diagnose des chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzes wahrscheinlich **(Statement)**.
- Im Krankheitsverlauf stehen die kontinuierliche Aufklärung und Motivation zu einer gesunden Lebensführung, die regelmäßige körperliche Aktivität einschließt, sowie die Vermeidung der Anwendung chronifizierungsfördernder und/oder nichtevidenzbasierter medizinischer Verfahren im Vordergrund der Versorgung **(Statement)**.

AUTOREN DER NVL KREUZSCHMERZ:

B. ARNOLD (DGAI), R. BARON (DGN), A. BECKER (DEGAM), R. BEISSE (DGU), E. BÖHLE (ZVK), K. BOHNDORF (DRG), S. BRÜGGEMANN (DRV-BUND), K. BRUNE (DGPT), J.-F. CHENOT (DEGAM), H. FUHR (DVE), L. HAMMEL (DVMB), T. HARFST (BPTK), M. HASENBRING (BPTK), J. HIERHOLZER (DRG), P. HIGMAN (DVE), J. HILDEBRANDT (AKDÄ), C. HOPF (DGOOC), W. H. JÄCKEL (DGRW), R. KAYSER (DGMM), B. KLADNY (DGOOC), A. KOCH (DGCH), V. KÖLLNER (DGPM), J. KRÄMER (DGOOC), J. KUHN (DGSMP), G. LICHTI (DGPMR), H. LOCHER (DGMM), R. MAAG (DGN), E. MÄRKER-HERMANN (DGIM), W. MAU (DGPMR), T. MOKRUSCH (DGNR), M. PFINGSTEN (DGSS), H. H. RASPE (DNEBM), M. RUDWALEIT (DGRH), E. SCHULTE (DGAI), W. SCHUPP (DGNR), K. SCHWERDTFEGER (DGNC), C. ULRICH (DGU), T. WESSELS (BPTK)

BETEILIGTE:

I. KOPP (AWMF); S. WEINBRENNER (ÄZQ), D.C. VILLARROEL GONZALEZ (ÄZQ), S. CONRAD (ÄZQ), G. OLLENSCHLÄGER (ÄZQ)
