

DGS-PraxisLeitlinie Kreuz-/Rückenschmerz

Leitfaden für die medikamentöse Kreuz-/Rückenschmerzbehandlung durch erst-/primärversorgende Ärzte

① Anmerkung: sowohl Patienten mit Erstereignissen als auch solche mit erneuten rezidivierenden Episoden

② Anmerkung: Körperliche Basisuntersuchung, neuro-orthopädisches Minimalprogramm, ggf. ergänzende apparative Zusatzuntersuchungen

③ Anmerkung: Red flags: Hinweise auf schwerwiegende Nervenwurzel- bzw. Rückenmarksschädigung (Trauma, Fraktur, etc.) in Form von Kauda Syndrom, neurologischen Defiziten der unteren Extremitäten, Funktionsverlust von Kennmuskeln, zunehmende Lähmung, Entzündung, Infektion, Tumor etc. mit dringlichem Handlungsbedarf

④ Anmerkung: Initialbehandlung unter Berücksichtigung der individuellen Erfahrungen des Erstbehandlers und patientenspezifischer Faktoren

⑤ Anmerkung: Wirkstoffauswahl unter Berücksichtigung patientenspezifischer Faktoren bzgl. gastrointestinaler und kardiovaskulärer Risikofaktoren sowie aktueller Zusatzmedikation wg. Begleiterkrankungen

⑩ Anmerkung: Im Idealfall Überweisung zur interdisziplinären Fallkonferenz in einem schmerztherapeutischen Zentrum; ggf. Einzelkonsultation geeigneter Fachleute

⑪ Anmerkung: Angesichts der derzeit bestehenden Versorgungsmöglichkeiten ist nicht in jedem Fall eine multimodale Behandlung in Form institutionalisierter Programme möglich; ggf. sind deshalb individuelle Behandlungskonzepte (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Sportgruppen, Entspannungskurse, etc.) unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten/Möglichkeiten zu erstellen und zu realisieren.

⑫ Anmerkung: Wird die psychotherapeutische Behandlung durch ambulant tätige Psychotherapeuten gewährleistet, erfolgt die begleitende medizinische Versorgung weiterhin über den primärversorgenden Arzt

⑬ Anmerkung: Bei Vorliegen psychosozialer Belastungs-/Risikofaktoren sollte in jedem Fall eine Aufklärung durchgeführt werden, um die Betroffenen auf problematische Denk-/Verhaltensmuster aufmerksam zu machen

⑮ Anmerkung: z.B. durch VAS/NRS-Skalenmessung

⑯ Anmerkung: z.B. durch Pain-Detect oder entsprechende Selbstauskunftsinstrumente; klinische Untersuchungsbefunde

⑥ Anmerkung: Sinnvoll spätestens 2-4 Wochen nach Beginn der Erstbehandlung; bei unzureichendem Ansprechen bzw. unerwünschten Arzneimittelwirkungen ggf. auch früher

⑦ Anmerkung: d.h. Rückgang der Schmerzen inkl. nachweisliche Verbesserung von schmerzbedingten Funktionseinschränkungen und Lebensqualität sowie Verbesserung der Teilhabe Betroffener bzgl. ihrer üblichen physischen, familiären, beruflichen und sozialen Aktivitäten des alltäglichen Lebens.

⑧ Anmerkung: Yellow flags: Hinweise auf psychosoziale Risikofaktoren bzgl. Chronifizierung; Mit starker Evidenz: Depressivität, Distress, Angst-Vermeidungsverhalten, Katakrophisierung, ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten, etc. Mit moderater Evidenz: Gedankenunterdrückung überaktives Schmerzverhalten, Neigung zur Somatisierung, beharrliche Arbeitsamkeit, etc.

Zusatzfaktoren bzgl. Beruf: überwiegend körperliche Schwerarbeit, monotone Körperhaltung, Vibrationsexposition, geringe berufl. Qualifikation, berufliche Unzufriedenheit, Arbeitsplatzverlust, Kränkungsverhältnisse am Arbeitsplatz, chronischer Arbeitskonflikt (Mobbing), etc.

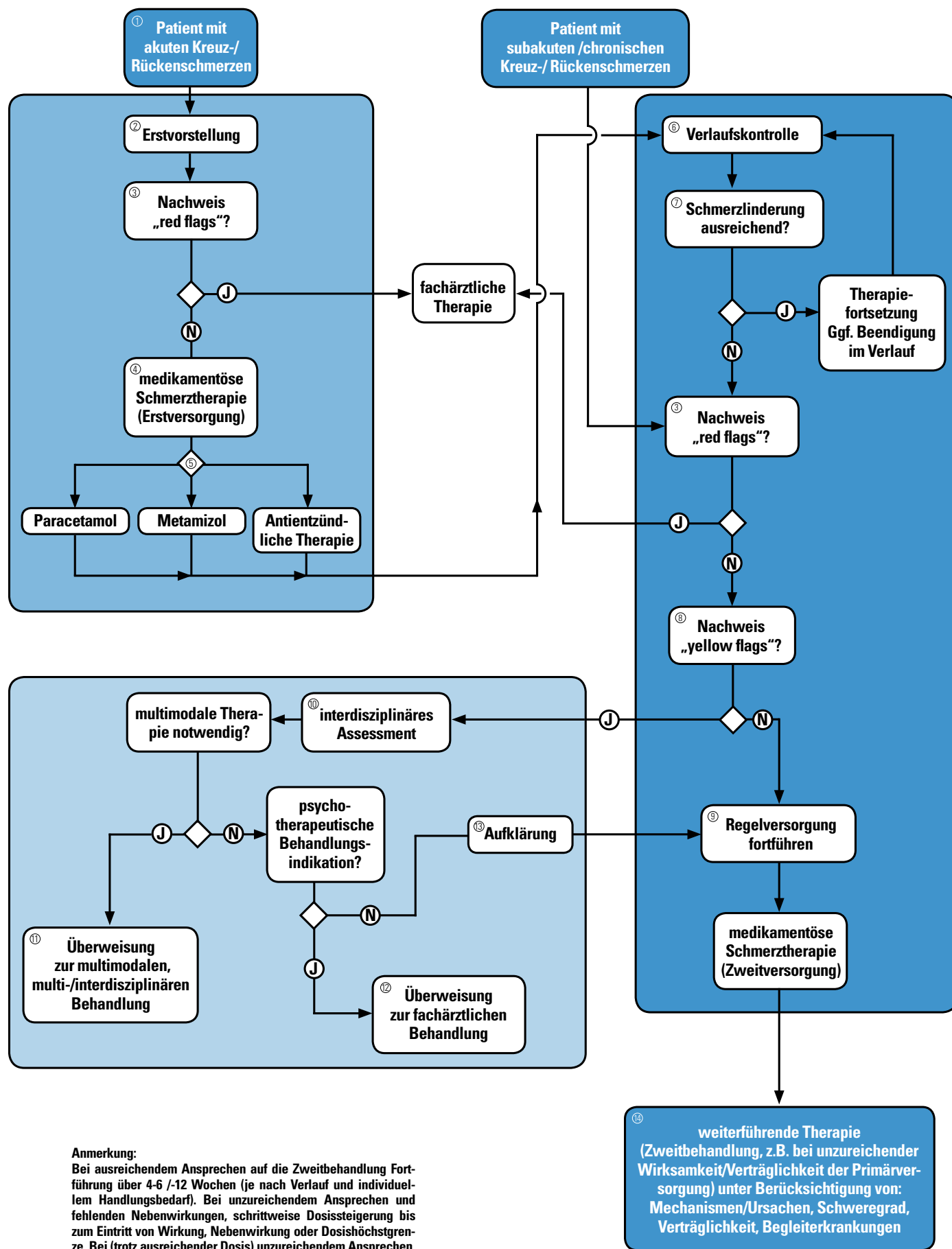
⑨ Anmerkung: Liegen keine Hinweise für eine psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Problematik vor und ist auch keine Indikation für eine multimodale Therapie gegeben, kann die Behandlung durch die erst-/primärversorgenden Ärzte (Regelversorgung) erfolgen!

⑭ Anmerkung: Optimierung pharmakotherapeutischer Maßnahmen unter Berücksichtigung klinisch/phänomenologischer und anamnestischer Befunde

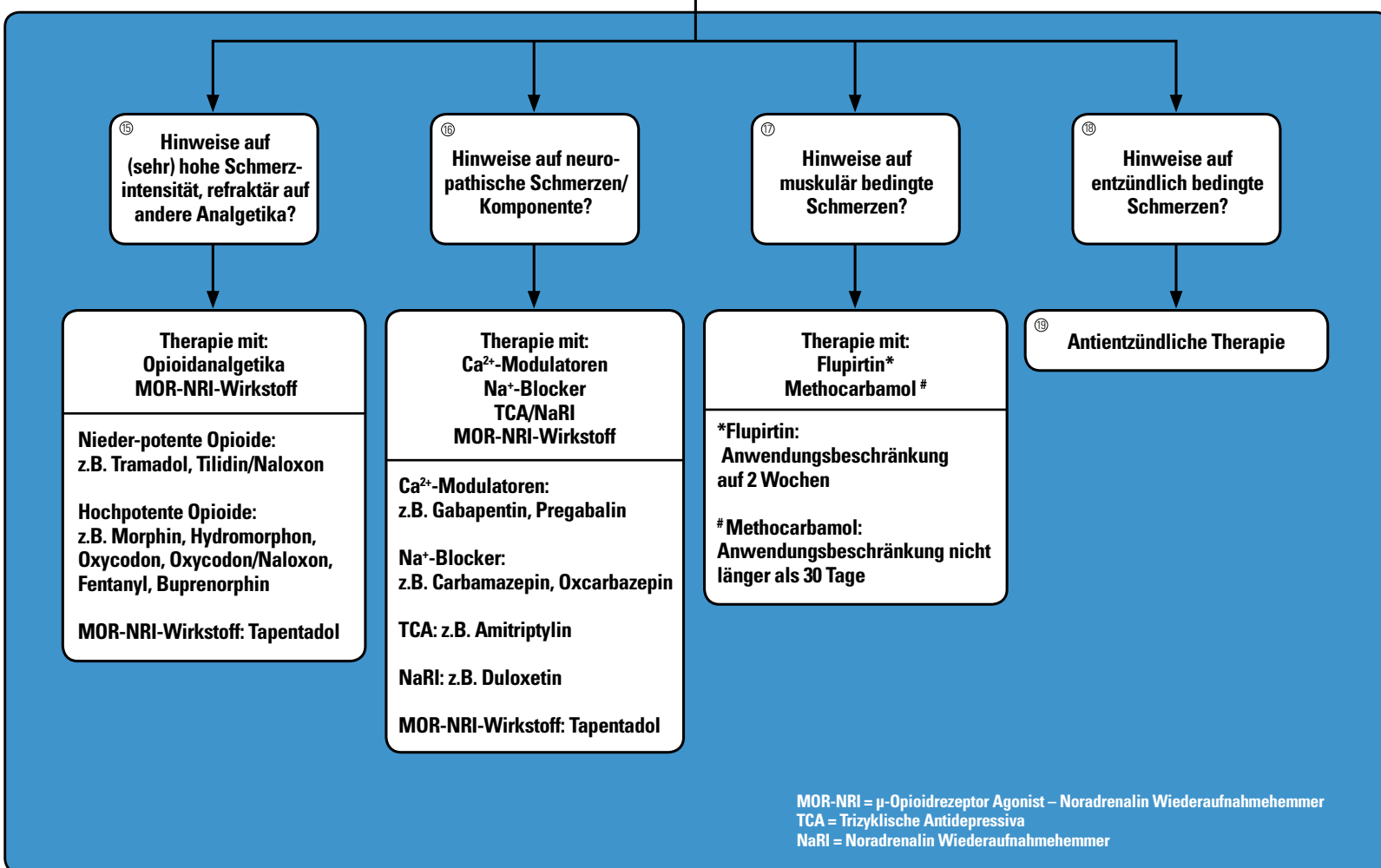
⑰ Anmerkung: z.B. durch MyoTect oder entsprechende Selbstauskunftsinstrumente; klinische Untersuchungsbefunde, Tender/Trigger Points, etc.

⑱ Anmerkung: z.B. durch klinische Untersuchungsbefunde und entsprechende Zusatzbefunde

⑲ Anmerkung: Wirkstoffauswahl unter Berücksichtigung patientenspezifischer Faktoren bzgl. gastrointestinaler und kardiovaskulärer Risikofaktoren sowie aktueller Zusatzmedikation wg. Begleiterkrankungen



Anmerkung: Bei ausreichendem Ansprechen auf die Zweitbehandlung Fortführung über 4-6 /-12 Wochen (je nach Verlauf und individuellem Handlungsbedarf). Bei unzureichendem Ansprechen und fehlenden Nebenwirkungen, schrittweise Dosissteigerung bis zum Eintritt von Wirkung, Nebenwirkung oder Dosishöchstgrenze. Bei (trotz ausreichender Dosis) unzureichendem Ansprechen, ggf. Kombination alternativer Wirkmechanismen.



MOR-NRI = μ -Opioidrezeptor Agonist – Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer
TCA = Trizyklische Antidepressiva
NaRI = Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer

DGS-PraxisLeitlinie Kreuz-/Rückenschmerz Leitfaden für die medikamentöse Kreuz-/Rückenschmerzbehandlung durch erstversorgende Ärzte entwickelt u.a. unter Berücksichtigung von:

1. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H, Zanolli G, Cost B13 Working Group on Guidelines for chronic low back pain. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. 2004; online verfügbar unter: http://www.backpainurope.org/web/files/WG2_Guidelines.pdf; zuletzt aufgerufen am 06.08.2013.
2. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Kreuzschmerzen – Therapieempfehlungen/Arzneiverordnung in der Praxis. 3. Auflage 2007.
3. Baron, Hüllemann, Mahn: Kompendium Rückenschmerz – Ein praxisorientierter Leitfaden, Aesopus Verlag Linkenheim-Hochstetten, 2011.
4. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Langfassung, Version 1.2, August 2011; online verfügbar unter: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz>; zuletzt aufgerufen am 06.08.2013.
5. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK; Clinical efficacy assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain society low back pain guidelines panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2; 147(7): 478-491.
6. Chou R. Pharmacological management of low back pain. *Drugs.* 2010 Mar 5; 70(4): 387-402.
7. Goertz M, Thorson D, Bonsell J, Bonte B, Campbell R, Haake B, Johnson K, Kramer C, Mueller B, Peterson S, Setterlund L, Timming R. Institute for Clinical Systems Improvement. ICSI Health Care Guideline: adult acute and subacute low back pain. 2012; online verfügbar unter: https://www.icsi.org/_asset/bjvqrj/LBP.pdf; https://www.icsi.org/_asset/bjvqrj/LBP.pdf; zuletzt aufgerufen am 06.08.2013.
8. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Elías-Dib J, Reyes-Sánchez A, Rodríguez-Reyna TS; Consensus Group of Practice Parameters to Manage Low Back Pain. Practice guidelines for the management of low back pain. Consensus Group of Practice Parameters to Manage Low Back Pain. *Cir Cir* 2011 May-Jun; 79(3): 264-279, 286-302.
9. Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G, Cotterell M, Hill D, Browne N, Buchanan E, Coffey P, Dixon P, Drummond C, Flanagan M, Greenough C, Griffiths M, Halliday-Bell J, Hettinga D, Vogel S, Walsh D. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners 2009; online verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44343/44343.pdf>; zuletzt aufgerufen am 06.08.2013.
10. Maschke M, Überall MA. Leitliniengerechte medikamentöse Therapie des chronischen Rückenschmerzes. *Akt Neurol* 2013; 40: 90-95.

HINWEISE:

Der vorliegende Therapiealgorithmus der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V. beschreibt mögliche Verfahrensweisen zur differenzialtherapeutischen Versorgung von Menschen mit Kreuz-/Rückenschmerz in der primärärztlichen (Erst-) Versorgung. Ziel war die Entwicklung zweckmäßiger/praxisnaher Empfehlungen für die alltägliche Arbeit der in der praktischen Patientenversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Soweit in diesem Behandlungsleitfaden bestimmte Arzneistoffe empfohlen werden, darf der Anwender darauf vertrauen, dass Autoren und Herausgeber große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angaben dem Wissensstand bei Fertigstellung dieses Leitfadens entsprechen. Bezgl. der praktischen Anwendung der ggf. genannten Arzneistoffe wird zusätzlich auf die Angaben in den entsprechenden Fachinformationen verwiesen. Rechtlich ist jeder Benutzer angehalten, die dortigen Angaben sorgfältig zu überprüfen, ob die gegebenen Empfehlungen bzgl. Indikationen, Kontraindikationen und Dosierungen die Anwendung im jeweiligen Einzelfall rechtfertigen bzw. erlauben.

Weiterführende Informationen bezüglich diagnostischer Maßnahmen, nicht medikamentöser Behandlungsoptionen, fachärztlicher Weiterbehandlung, Edukation und Beratung, sowie Inhalte multimodaler Behandlungskonzepte können ggf. den genannten Quellen entnommen werden.

Dieser Behandlungsleitfaden ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Herausgeber:
Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin
Adenauerallee 18
61440 Oberursel
<http://www.dgschmerztherapie.de>

Redaktion:
DGS-PraxisLeitlinien
redaktion@dgs-praxisleitlinien.de
<http://www.dgs-praxisleitlinien.de>