

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 rezidivie-
renden Episoden

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

③ Anmerkung:
Red flags: Hinweise auf schwerwie-
gende Nervenwurzel- bzw. Rücken-
marksschädigung (Trauma, Fraktur, etc.)
in Form von Kauda Syndrom, neurolo-
gischen Defiziten der un- Extremitäten,
Funktionsverlust von Kennmuskeln, zu-
nehmende Lähmung, Entzündung, In-
fektion, Tumor etc. mit dringlichem
Handlungsbedarf

④ Anmerkung:
Initialbehandlung unter Berücksichti-
gung der individuellen Erfahrungen des
Erstbehandlers und patientenspezi-
fischer Faktoren

⑤ Anmerkung:
Wirkstoffauswahl unter Berücksichti-
gung patientenspezifischer Faktoren
bzgl. gastrointestinaler und kardiovas-
kulärer Risikofaktoren sowie aktueller
Zusatzmedikation wg. Begleiterkrankun-
gen

⑩ Anmerkung:
Im Idealfall Überweisung zur interdiszi-
plinären Fallkonferenz in einem schmerz-
therapeutischen Zentrum; ggf. Einzel-
konsultation geeigneter Fachleute

⑪ Anmerkung:
Angesichts der derzeit bestehenden Ver-
sorgungsmöglichkeiten ist nicht in jedem
Fall eine multimodale Behandlung in Form
institutionalisierter Programme möglich;
ggf. sind deshalb individuelle Behand-
lungskonzepte (z.B. Physiotherapie, Ergo-
therapie, Sportgruppen, Entspannung-
skurse, etc.) unter Berücksichtigung der
regionalen Gegebenheiten/Möglich-
keiten zu erstellen und zu realisieren.

⑫ Anmerkung:
Wird die psychotherapeutische Be-
handlung durch ambulant tätige Psy-
chotherapeuten gewährleistet, erfolgt
die begleitende medizinische Versor-
gung weiterhin über den primärversor-
genden Arzt

⑬ Anmerkung:
Bei Vorliegen psychosozialer Belas-
tungs-/Risikofaktoren sollte in jedem
Fall eine Aufklärung durchgeführt wer-
den, um die Betroffenen auf proble-
matische Denk-/Verhaltensmuster aufmerk-
sam zu machen

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

⑯ Anmerkung:
z.B. durch Pain-Detect
oder entsprechende Selb-
stauskunftsinstrumen-
te; klinische Untersu-
chungsbefunde

⑥ Anmerkung:
Sinnvoll spätestens 2-4 Wochen nach
Beginn der Erstbehandlung; bei unzu-
reichendem Ansprechen bzw. uner-
wünschten Arzneimittelwirkungen ggf.
auch früher

⑦ Anmerkung:
d.h. Rückgang der Schmerzen
inkl. nachweisliche Verbesserung von
schmerzbedingten Funktionseinschrän-
kungen und Lebensqualität sowie Ver-
besserung der Teilhabe Betroffener
bzgl. ihrer üblichen physischen, famili-
ären, beruflichen und sozialen Aktivi-
täten des alltäglichen Lebens.

⑧ Anmerkung:
Yellow flags: Hinweise auf psychosoziale
Risikofaktoren bzgl. Chronifizierung;
Mit starker Evidenz: Depressivität, Dist-
ress, Angst-Vermeidungsverhalten, Kata-
strophisierung, ausgeprägtes Schon-
und Vermeidungsverhalten, etc. Mit
moderater Evidenz: Gedankenunterdrückung
Überaktives Schmerzverhalten, Nei-
gung zur Somatisierung, beharrliche
Arbeitsamkeit, etc.

Zusatzfaktoren bzgl. Beruf. überwie-
gend körperliche Schwerarbeit, mono-
tone Körperhaltung, Vibrationsexposi-
tion, geringe berufl. Qualifikation, beru-
fliche Unzufriedenheit, Arbeitsplatz-
verlust, Kränkungsverhältnisse am Ar-
beitsplatz, chronischer Arbeitskonflikt
(Mobbing), etc.

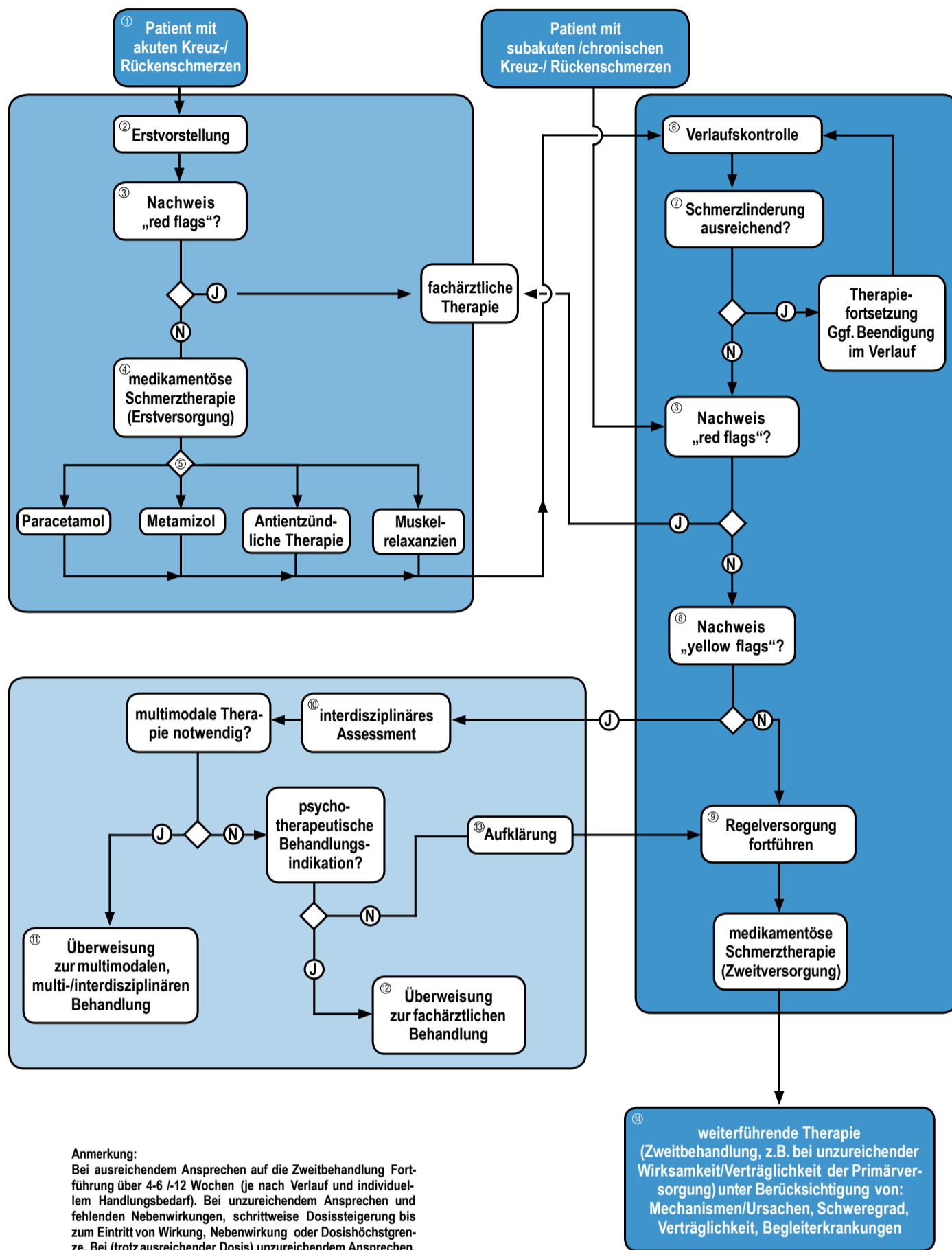
⑨ Anmerkung:
Liegen keine Hinweise für eine psycho-
therapeutisch behandlungsbedürftige
Problematik vor und ist auch keine Indi-
kation für eine multimodale Therapie
gegeben, kann die Behandlung durch
die erst-/primärversorgenden Ärzte (Re-
gelversorgung) erfolgen!

⑭ Anmerkung:
Optimierung pharmakotherapeutischer
Maßnahmen unter Berücksichtigung kli-
nisch/phänomenologischer und anam-
nestischer Befunde

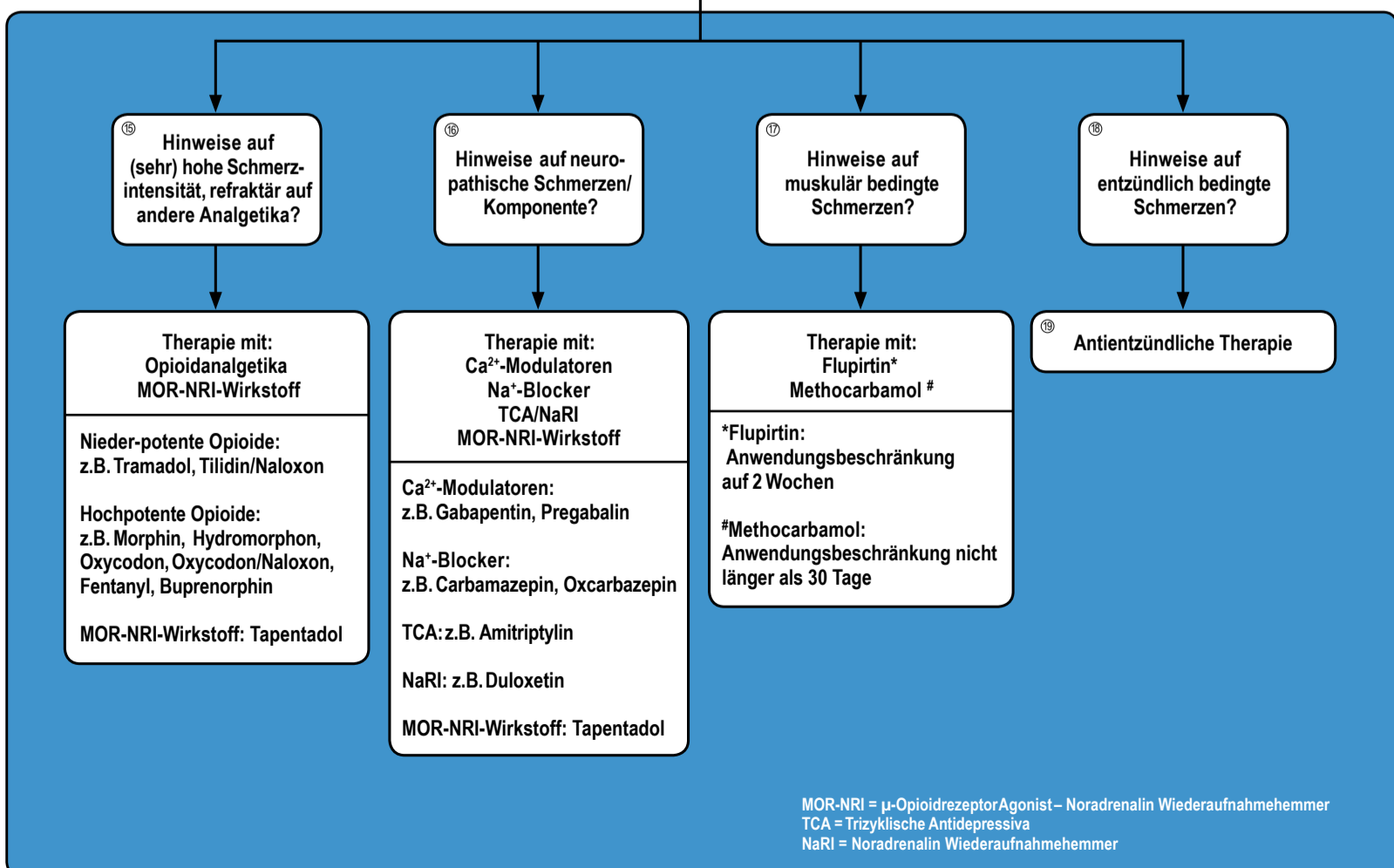
⑰ Anmerkung:
z.B. durch MyoTect
oder entsprechende
Selbstauskunftsin-
strumente; klinische
Untersuchungsbe-
funde, Tender/Trig-
ger Points, etc.

⑱ Anmerkung:
z.B. durch klinische
Untersuchungsbe-
funde und entspre-
chende Zusatzbe-
funde

⑲ Anmerkung:
Wirkstoffauswahl
unter Berücksichti-
gung patientenspezi-
fischer Faktoren bzgl.
gastrointestinaler und
kardiovaskulärer Risi-
kofaktoren sowie ak-
tueller Zusatzmedika-
tion wg. Begleiter-
krankungen



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



MOR-NRI = μ -Opioidrezeptoragonist – 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, Klüber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H, Zanoli 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.backpain europe.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; 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>