

## >> Kreuzschmerzen – Information für Betroffene und HausärztInnen

Für Betroffene gab es zum Thema Kreuzschmerzen bislang eine kurze, zweiseitige Patienteninformation der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), die in sehr knapper Form informiert. Diese Information ist aber nicht mehr aktuell und nur noch im Archiv der DEGAM abrufbar<sup>1</sup>. Ersetzt wurde diese durch die Patienteninformation zur „Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz“<sup>2</sup>, die aber mit einem Umfang von 150 Seiten für den Praxisalltag zu umfangreich erscheint.

Auch HausärztInnen brauchen übersichtliche Handlungsanleitungen zu diesem häufigen Krankheitsbild. Einen raschen Überblick können Sie sich im Archiv der DEGAM in der Kurzversion der Leitlinie Kreuzschmerz verschaffen. Auch diese wird nicht mehr aktualisiert. An ihre Stelle ist die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz getreten; die Langfassung hat einen Umfang von 200 Seiten.

Die Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin hat versucht, aus den aktuellen Leitlinien für Ärzte und den Patienteninformationen eine detaillierte, aber übersichtliche Version zusammenzustellen, die sprachlich so gestaltet ist, dass sie sowohl für Erkrankte, als auch für Hausärzte kurz, übersichtlich und allgemein verständlich die Grundprinzipien der Diagnostik und Therapie von Kreuzschmerzen darstellt. Anhand dieser Information können Arzt/Ärztin und Erkrankte/r wichtige Entscheidungen, wie „Muss ein CT gemacht werden, ist eine Ambene-Spritze sinnvoll?“, gemeinsam auf Basis guter Evidenz treffen.

### Häufigkeit und Dauer von Kreuzschmerzen

Die Patienteninformation zur „Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL)“ beginnt mit einer ersten wichtigen Information für Kreuzschmerzpatienten:

*„Sie sind nicht allein! Kreuzschmerzen gehören zu den am meisten angegebenen Schmerzen überhaupt. Kreuzschmerzen sind nicht nur Grund für wiederkehrende Arztbesuche, sondern führen auch seit Jahren die Statistik der Anlässe für Arbeitsunfähigkeit und die Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen an. Der Schmerz im unteren Rückenbereich gehört heute somit zu den häufigsten und teuersten Erkrankungen in den industrialisierten Ländern ...“*

60–80 % der Bevölkerung hatten schon einmal in ihrem Leben Kreuzschmerzen. Sie treten bei jüngeren Menschen häufiger auf als bei älteren. In hausärztlichen Praxen gehören Kreuzschmerzen zu den häufigsten Gründen, weshalb Patienten ihren Arzt konsultieren.

Kreuzschmerzen können von einer Vielzahl anatomischer Strukturen ausgehen, doch bleibt trotz Diagnostik bei ca. 85 % der Patienten die genaue Ursache der Schmerzen unklar und die Beschwerden heilen spontan. Meist bessern sich die Kreuzschmerzen innerhalb von 4–6 Wochen.

**Das Vorgehen sollte daher nicht darauf ausgerichtet sein, den Ursprung der Kreuzschmerzen zu klären, sondern stattdessen Patienten mit unkomplizierten Verläufen vor übermäßiger Diagnostik zu schützen. Gleichzeitig gilt es, die wenigen gefährlichen Verläufe, die sofortiger Behandlung oder weiterer Diagnostik bedürfen, zu erkennen und umgehend zu behandeln.**

**Für die Behandlung der Kreuzschmerzen sind drei Fragen wichtig:**

- **Werden Nerven komprimiert?**
- **Gibt es Faktoren (z. B. depressive Verstimmung, Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz), die die Prognose des Patienten verschlechtern?**
- **Liegt eine gefährliche Erkrankung zugrunde?**

Das ärztliche Gespräch und eine kurze körperliche Untersuchung genügen, um einen entsprechenden Befund zu erheben.

1 [http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/Patienteninformationen/Pat.info\\_kreuzschmerz\\_2011.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/Patienteninformationen/Pat.info_kreuzschmerz_2011.pdf) - letzter Abruf: 30. 06. 2014

2 <http://www.versorgungsleitlinien.de/patienten/pdf/nvl-kreuzschmerz-patienten-2.pdf> - letzter Abruf: 30. 06. 2014

## Unkomplizierte Kreuzschmerzen (Synonyme: Lumbago, „Hexenschuss“)

Drei von vier Patienten mit Kreuzschmerzen in hausärztlichen Praxen leiden unter „unkomplizierten Kreuzschmerzen“. Sie treten spontan auf oder auch nach körperlicher Beanspruchung, wie z. B. nach dem Heben schwerer Lasten. Die Patienten sind in gutem Allgemeinzustand und ihre Schmerzen ändern sich typischerweise je nach Körperposition und Bewegungsablauf. In 2/3 der Fälle strahlen die Kreuzschmerzen in ein Bein oder beide Beine aus (allerdings selten bis unterhalb des Knies), ohne dass eine Einklemmung einer Nervenwurzel besteht.

Unkomplizierte Kreuzschmerzen liegen vor, wenn keine Schmerzausstrahlung über das Knie hinunter vorliegt und der Lasègue-Test negativ ausfällt. Dazu liegt der zu Untersuchende auf dem Rücken und der Arzt hebt das gestreckte Bein hoch. Der Lasègue-Test gilt als negativ, wenn das gestreckte Bein schmerzfrei bis ca. 70° gehoben werden kann.

Ärztliches Gespräch und Untersuchung genügen, um sich ein Bild über die Art der Kreuzschmerzen zu machen und gefährliche Verläufe auszuschließen; eine neurologische Untersuchung ist nicht notwendig.

**Bei unkomplizierten Kreuzschmerzen bringen zusätzliche bildgebende Verfahren (Röntgen, CT, MRT) keinen diagnostischen Mehrwert**, sondern können dazu führen, dass Arzt und Patient sich auf nicht behandlungsrelevante Zufallsbefunde fixieren, die nicht in Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden stehen.

Nur, wenn sich unter adäquater Behandlung die Kreuzschmerzen binnen 4 Wochen nicht bessern, ist eine einmalige Röntgenuntersuchung sinnvoll; bei wiederkehrenden unkomplizierten Rückenschmerzen ist keine neuerliche Röntgen-Untersuchung notwendig.

## Radikuläre Kreuzschmerzen (Synonyme: Ischialgie, Lumboischialgie)

Bei Kreuzschmerzen, die auf eine Einklemmung einer Nervenwurzel zurückgehen, spricht man von „radikulären“ Symptomen (von lat. Radix = Wurzel). Nur bei etwa einem von sieben Erwachsenen, die mit Kreuzschmerzen in die hausärztliche Praxis kommen, handelt es sich um eine Einklemmung einer Nervenwurzel, meist in Zusammenhang mit einem Bandscheibenvorfall. Fast alle Bandscheibenvorfälle (98 %) befinden sich im Bereich zwischen 4. Lendenwirbel und 1. Kreuzbeinwirbel (L4-S1); andere Bandscheiben sind extrem selten (2 von 100) betroffen. Ein Bandscheibenvorfall muss nur in Einzelfällen operiert werden; auch radikuläre Rückenschmerzen bessern sich häufig unter konservativer Behandlung.

Radikuläre Schmerzen strahlen typischer Weise über das Knie bis in den Vorfuß aus, werden als klar begrenzt und scharf einschießend beschrieben, wobei die Schmerzen im Bein schlimmer als die Kreuzschmerzen erscheinen. Sie sind häufig mit Taubheitsgefühl der Haut im schmerzhaften Areal verbunden und lassen sich bei der Untersuchung mittels Lasègue-Test auflösen. Dazu liegt der zu Untersuchende am Rücken und der Arzt hebt das gestreckte Bein hoch. Treten Schmerzen – typisch sind diese dann im Bein stärker als im Rücken – schon unterhalb eines Winkels von 70° auf, gilt der Lasègue-Test als positiv.

### Übersichtstabelle

Unkomplizierte Kreuzschmerzen	Radikuläre/komplizierte Kreuzschmerzen
<b>Anamnese</b>	
Schmerzcharakteristik, Beeinträchtigung im Alltag, Beschwerdedauer, bisherige Therapie, Vorstellung des Patienten zu Ätiologie und Behandlung	
<b>Körperliche Untersuchung</b>	
Inspektion, Palpation, Bewegungsprüfung, Lasègue	Wenn Schmerzausstrahlung unter das Knie Muskelkraft: Zehenstand (S1), Fersenstand + Zehenheben (L5), Kniestrecker (L4) ASR (S1), PSR (L4) + Sensibilität
<b>Apparative Diagnostik</b>	
Überflüssig bei akuten unkomplizierten Kreuzschmerzen und rezidivierenden Beschwerden ohne Risikofaktoren für chronische Verläufe	<b>MRT*</b> : bei Persistenz radikulärer Symptome trotz Therapie > 1–2 Wo <b>Labor</b> : CRP, BSG b. V.a. Entzündungen, Harn b.V.a. HWI <b>Röntgen</b> : bei Frakturen <b>CT</b> : bei Verdacht auf Tumore
nicht erforderlich	Cauda-equina-Syndrom, Tumorverdacht

Unkomplizierte Kreuzschmerzen	Radikuläre/komplizierte Kreuzschmerzen
<b>Überweisung zum Spezialisten</b>	
<b>Orthopäde:</b> Persistenz unkomplizierter Kreuzschmerzen trotz Therapie	<b>Neurochirurg o. ä.:</b> zur Klärung einer OP-Indikation, z. B. Bandscheibe <b>Psychotherapeut:</b> frühzeitige Überweisung bei rezidivierenden Kreuzschmerzen mit Risikofaktoren für chronische Verläufe
<b>Klinikeinweisung</b>	
nicht erforderlich	Cauda-equina-Syndrom, Tumorverdacht

\* In der neuen Deutschen Nationalen Versorgungsleitlinie Rückenschmerz, in die auch die oben zitierte DEGAM-LL nunmehr eingeflossen ist, wird zur Verkürzung der Kaskade Rö-CT-MRT primär das MRT empfohlen. Quelle: DEGAM-Leitlinie Kreuzschmerz Kurzfassung; A. Becker, B. Niebling, M.M. Kochen, J.F. Chenot

**Radikuläre Kreuzschmerzen liegen vermutlich vor, wenn eines oder mehrere der folgenden Zeichen vorliegen:**

- Einseitige Schmerzen im Bein, die schlimmer als die Kreuzschmerzen sind
- Ausstrahlung in den Fuß oder die Zehen
- Taubheitsgefühl in gleicher Ausbreitung
- Positiver Lasègue-Test
- Reflexauffälligkeiten
- Minderung der Muskelkraft: Zehenstand, Fußheber, Kniestrecker

Anmerkung: Schmerzen, die nur bis zum Knie ausstrahlen, sind häufig „pseudo-radikulär“ und zeigen in der körperlichen Untersuchung einen negativen Lasègue-Test. Sie gehören zu den unkomplizierten Kreuzschmerzen.

**Wann soll bei radikulären Schmerzen bildgebende Diagnostik eingesetzt werden und welche?**

Sofort nur bei besonders starken Schmerzen, ausgeprägten neurologischen Störungen (Lähmungserscheinungen), Störung von Blasen- oder Mastdarmfunktion, bei Unfällen, bei Warnhinweisen auf entzündliche Prozesse oder Tumorerkrankungen. Wenn sich radikuläre Kreuzschmerzen unter adäquater Behandlung nicht bessern, sollte nach ca. ein bis zwei Wochen eine Magnetresonanztomographie (MRT) veranlasst werden.

## Chronische Rückenschmerzen

Bessern sich die Beschwerden über mehr als 12 Wochen nicht, spricht man von chronischen Rückenschmerzen. Schmerzerleben und körperliche Beeinträchtigung verselbständigen sich und die Rückenschmerzen sprechen schlechter auf Behandlung an. Um diesen Prozess aufzuhalten, sollten Arzt und Patient frühzeitig besprechen, ob Risikofaktoren für chronische Verläufe vorliegen.

**Risikofaktoren für chronische Verläufe sind**

- Anhaltende und wiederkehrende Beschwerden
- Arbeitsunfähigkeit von mehr als 4–6 Wochen
- Radikuläre Schmerzen

**Psychosoziale Faktoren**

- Geringer Bildungsstand
- Pessimistisch resignative Einstellung und Erwartungen, Depression
- Starkes Krankheitsgefühl und Schmerzerleben, „Katastrophisieren“
- Anhaltende Belastungen im privaten Alltag

Die DEGAM empfiehlt bei Patienten mit Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf, die mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten einhergehen, eine Psychotherapie.

## Gefährliche Erkrankungen

Höchstens etwa 1 % aller Kreuzschmerzen hausärztlicher Patienten sind auf Tumorerkrankungen, Frakturen oder Infektionen zurückzuführen. Warnsignale sind: ausgeprägte neurologische Ausfälle (Lähmungserscheinungen), schlechter Allgemeinzustand, unklares Fieber, bekannte Tumorerkrankung, Unfall, der eine Fraktur wahrscheinlich macht.

## Therapie von Kreuzschmerzen

Ziel der Kreuzschmerztherapie ist die Schmerzkontrolle oder Linderung der Beschwerden. Die Patienten sollten möglichst rasch in die Lage versetzt werden, ihren täglichen Verrichtungen wieder nachzukommen

### Patientenberatung

Der wichtigste Baustein der hausärztlichen Therapie ist das Beratungsgespräch. Ziel ist es, die Patienten aktiv in die Behandlung einzubeziehen, um sie so früh wie möglich zur Wiederaufnahme ihrer üblichen Aktivität zu bewegen. Das bedeutet für Patienten mit akuten Kreuzschmerzen, schnellstmöglich wieder ihren gewohnten Tagesablauf aufzunehmen bzw. für Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen, sportlich aktiv zu werden. Hierdurch werden die Beschwerden schneller gelindert, chronische Verläufe verhindert und Arbeitsunfähigkeitszeiten reduziert.

### Im Beratungsgespräch sollten folgende Punkte angesprochen werden

- Die Harmlosigkeit und hohe Spontanheilungstendenz der Beschwerden.
- Ausreichende medikamentöse Schmerzlinderung und rasche Wiederaufnahme der körperlichen Aktivität fördern einen raschen Heilungsprozess.
- Körperliche Aktivierung und Muskelkräftigung sind der beste Schutz gegen neuerliche Kreuzschmerzen.
- Auf weitere Diagnostik (Röntgen etc.) soll bewusst verzichtet werden.
- Bildgebung nur bei längerer Dauer der Beschwerden oder Verschlechterung

## Medikamentöse Behandlung

### Schmerzmittel

**Bei leichten Kreuzschmerzen ist Paracetamol (Mexalen®) das Mittel der ersten Wahl;** Standarddosierung: 2 x 2 Tabletten zu 500 mg am Tag.

Bei ungenügender Wirkung können kurzfristig nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) eingesetzt werden; **Ibuprofen** (Standarddosierung 3 x 400 mg, max. 4 x 600 mg) oder **Diclofenac** (100 mg/Tag) zeigen die geringste Wahrscheinlichkeit für Magenprobleme.

**Naproxen** in einer Standarddosierung von 3 x 250 mg und einer Maximaldosierung von 1.250 mg pro Tag wirkt ähnlich stark, es treten aber im Vergleich zu Ibuprofen und Paracetamol etwas häufiger Magenbeschwerden auf. Diesem Nachteil steht ein Vorteil bei älteren Patienten und solchen mit höherem Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall gegenüber: Während alle anderen NSAR insbesondere bei längerer Anwendung die Zahl der Infarkte und Schlaganfälle erhöhen, ist dies bei Naproxen als einzigem NSAR nicht der Fall.

NSAR sollten grundsätzlich oral verabreicht werden. Eine intramuskuläre Injektion, die mit einem Placeboeffekt verbunden sein kann, ist angesichts möglicher gefährlicher Komplikationen, wie z. B. allergischer Schock, Verletzung von Nerven/Gefäßen und Abszesse, nicht gerechtfertigt. Bei Infusionen entfällt zwar das Risiko von Spritzenabszessen, aber das Allergierisiko ist gegenüber der oralen Gabe auch erhöht.

Patienten mit einer Magenblutung oder einem Magengeschwür in der Vorgeschichte können NSAR in Kombination mit einem Säureblocker erhalten; die routinemäßige Verordnung bei Patienten ohne Risiko für Magenblutungen als „Magenschutz“ ist nicht zu empfehlen!

### Muskelrelaxantien

Muskelentspannende Medikamente reduzieren den Bedarf an Schmerzmitteln, allerdings treten Nebenwirkungen, wie Benommenheit, bei bis zu 70 % der Patienten auf.

Beispiel: **Norgesic®** enthält 500 mg des Schmerzmittels Paracetamol und das Muskelrelaxans Orphenadrin (Standarddosierung: 2-0-2). Allerdings sollte es wegen des Risikos der Abhängigkeit nicht länger als 2 Wochen eingenommen werden.

Die NVL erwähnt das Nicht-Benzodiazepin **Tizanidin** (Sirdalud®) nicht; der angesehenen Fachzeitschrift *arznei-telegramm* nach ist die Datenlage zu Sirdalud® allenfalls widersprüchlich<sup>3</sup>.

Bei muskelentspannenden Mitteln vom so genannten „Benzodiazepin-Typ“ kann bereits nach einer Woche körperliche Abhängigkeit entstehen. Auch die Verkehrstauglichkeit kann beeinträchtigt sein. Nachdem das Benzodiazepin Myolastan® wegen gehäufter Allergien vom Markt genommen wurde, wird aus dieser Stoffklasse ersatzweise meist **Gewacalm®** verordnet. Die Einnahme sollte wegen der Suchtgefahr strikt auf 1 Woche beschränkt werden, Vorsicht im Straßenverkehr!

## Salben

Wegen mangelnder Wirksamkeit und des Risikos der Allergie-Entwicklung werden antirheumatische Einreibungen bei Kreuzschmerzen nicht empfohlen.

## Kortisoninfiltration in die Umgebung der Nervenwurzel oder in den Epiduralraum

Angesichts möglicher Nebenwirkungen (z. B. Infektionen) sollte das Verfahren in der Behandlung unkomplizierter Kreuzschmerzen nicht eingesetzt werden. In der Behandlung radikulärer Kreuzschmerzen kann sie im Einzelfall sinnvoll sein, wenn mit Schmerzbehandlung keine ausreichende Schmerzlinderung zu erzielen war.

## Quaddelung, Triggerpunktinjektionen

Hierunter werden Injektionen von Lokalanästhetika, z. T. gemischt mit Kortison, in die Haut und in schmerzhafte Strukturen, wie Muskeln, verstanden. Angesichts wirksamer anderer Behandlungsmöglichkeiten und möglicher Nebenwirkungen (z. B. Blutungen, Infektionen etc.) sowie einer möglichen Fixierung des Patienten auf die Anwendung sollten sie in der Behandlung akuter Kreuzschmerzen nicht angewendet werden. Auch in der Behandlung chronischer Kreuzschmerzen sollten sie, wenn überhaupt, nur dann eingesetzt werden, wenn andere, besser geprüfte Behandlungsmethoden versagen; Langzeittherapien sollten vermieden werden!

## Abzulehnende medikamentöse Therapie

### COX-2-Hemmer

Sogenannte selektive COX-2-Hemmer (z. B. Celecoxib = Celebrex®) werden damit beworben, weniger häufig Magenbeschwerden auszulösen als nicht selektive NSAR, sind aber mit einem Anstieg von Herzinfarkten und Schlaganfällen verbunden. Meloxicam (Movalis®) scheint nach Labor-Tests ähnlich selektiv zu sein wie Celecoxib.

### Kortison

Bei Kreuzschmerzen gibt es keinen Wirksamkeitsnachweis für Kortison als Tablette, intramuskuläre Injektion oder Infusion. Enthalten ist Kortison z. B. in **Ambene®**, **Rheumesser®** und dem immer noch beliebten „Fellinger-Cocktail“, der neben allergiegefährlichen und nutzlosen Vitaminen die „Kortison-Vorstufe“ **Synacten®** enthält. In Anbetracht der möglichen Nebenwirkungen sollten diese Mittel für die Behandlung von Kreuzschmerzen nicht eingesetzt werden.

### Intramuskuläre Injektionen

Angesichts des großen Spektrums wirksamer Arzneimittel, die als Tabletten verabreicht werden können, ist es pharmakologisch nicht gerechtfertigt, Schmerzmittel für die Behandlung akuter oder chronischer Kreuzschmerzen intravenös oder intramuskulär zu verabreichen. Die intramuskuläre Injektion von Diclofenac hat auch bei korrekter Injektionstechnik zu Spritzenabszessen und in Einzelfällen sogar zu schweren Allergien mit Todesfolge geführt.

## Nicht medikamentöse Therapien

Bettruhe ist zur Behandlung von Kreuzschmerzen nicht nur unwirksam, sie kann den Krankheitsverlauf sogar negativ beeinflussen. So können vermehrt chronische Verläufe auftreten und die Rehabilitation verzögert werden.

**Lendenstützmieder sollen nicht verschrieben werden.**

### Mikrowelle, Kurzwellenbehandlung, ...

Bislang gibt es keinen Wirksamkeitsnachweis für Hitze- und Kälteanwendungen, Massagen, Kurzwellenbehandlung oder Ultraschallanwendungen bei akuten Kreuzschmerzen. Bei subakuten und chronischen Kreuzschmerzen konnten positive Effekte durch Massage gezeigt werden. Wiederholte Anwendungen können zu einem stärkeren Krankheitserleben des Patienten führen und sollten deshalb möglichst vermieden werden.

### Die Manipulationsbehandlung gilt als wirksam.

Mobilisationsbehandlung, zum Beispiel ISG-Blockierungen, ist ähnlich wirksam wie eine Behandlung mit Schmerzmitteln.

### Rückenschule

Die Wirksamkeit von Rückenschulen ist mehrfach untersucht worden, doch sind die Ergebnisse widersprüchlich. Die DEGAM empfiehlt Rückenschulungen bei Patienten mit länger anhaltenden unkomplizierten Kreuzschmerzen (mehr als 6 Wochen), die auf Schmerzbehandlungen nicht angesprochen haben.

### Krankengymnastik

In der Behandlung akuter Kreuzschmerzen zeigten mehrere Studien zur Traktionsbehandlung widersprüchliche Ergebnisse. Ebenso widersprüchlich werden spezielle Rückenübungen beurteilt; im akuten Schmerzereignis angewendet, hatten diese teilweise sogar einen negativen Effekt. Auch in der Behandlung chronischer Kreuzschmerzen konnte kein Effekt einer Traktionsbehandlung im Vergleich zu Placebo nachgewiesen werden. Die DEGAM empfiehlt Krankengymnastik optional bei Patienten mit chronischen unkomplizierten Kreuzschmerzen, wenn möglich, in Kombination mit schmerz- und verhaltenstherapeutischer Betreuung.

### Akupunktur

Die Stellung der Akupunktur in der Behandlung von Kreuzschmerzen ist derzeit noch ungeklärt. Sie kann optional neben evidenzbasierten Therapieverfahren (Aktivierung, Analgetika) in Abstimmung mit den Patienten eingesetzt werden.

### TENS (Elektrotherapie)

Die Stellung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS) in der Behandlung **akuter** Kreuzschmerzen ist nicht endgültig geklärt. Im Vergleich zu Paracetamol konnte eine schnellere Schmerzlinderung und Verbesserung der Beweglichkeit nach sechs Wochen gezeigt werden. Über mögliche Nebenwirkungen wurde bislang nicht berichtet. Studien zur Behandlung **chronischer** Kreuzschmerzen mit TENS zeigen keine eindeutigen Ergebnisse bezüglich Schmerzlinderung und Beweglichkeit.

### Psychotherapie

Es gibt Erkenntnisse, dass Verhaltenstherapie bei akuten und chronischen Kreuzschmerzen zu einer effektiveren Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung führt. Die DEGAM empfiehlt eine psychologische Therapie bei Patienten mit Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf, die mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten einhergehen.

### Multimodale/interdisziplinäre Behandlungskonzepte

In der Behandlung des chronischen Rückenschmerzes haben multimodale/interdisziplinäre Behandlungskonzepte einen Effekt gezeigt. Eine Effektivität hinsichtlich Schmerzreduktion und funktionaler Verbesserung konnte aber nur für tägliche intensive Therapieprogramme (100 Stunden und mehr) gezeigt werden. Sie sollten aus körperlichem Training in Kombination mit psychologischen, sozialen oder ergotherapeutischen, auf die Arbeitsplatzbedingungen ausgerichteten Maßnahmen bestehen.

Therapie
<b>Basistherapie für alle unkomplizierten und radikulären Kreuzschmerzen</b>
<b>Aufklärung und Beratung:</b> Harmlosigkeit, Fortsetzen der gewohnten körperlichen Aktivität, keine Bettruhe <b>Medikamente:</b> Paracetamol max. 3 g/Tag oder tNSAR: Diclofenac 100, max. 150 mg/d; Naproxen 750 mg, max. 1,25 g/Tag; Ibuprofen 1,2, max. 2,4 g/Tag – Maximaldosierung jeweils nach umfassender Medikamentenanamnese und unter Beobachtung Lokalanästhetika + Kortison epidural oder an die Spinalwurzel bei radikulären Kreuzschmerzen <b>Physiotherapie:</b> nicht indiziert <b>Manipulationsbehandlung</b> (Ausbildung!): ev. unkomplizierte Kreuzschmerzen ohne Ausstrahlung
<b>Rezidivierende und persistierende KS › 4 Wochen, Arbeitsunfähigkeit › 3 Monate</b>
Reevaluation zum Ausschluss von Risikofaktoren für chronische Verläufe Ggf. psychotherapeutische Behandlung Intensivierung der bisherigen Behandlung Physiotherapie
<b>Persistierende und rezidivierende chron. unkomplizierte KS, Arbeitsunfähigkeit › 3 Monate</b>
Zusätzlich Verhaltenstherapie, möglichst in Form eines multiprofessionellen Programms in einer geeigneten ambulanten o. stationären Einrichtung

©TGAM 2014



Der Newsletter wurde erstellt mit freundlicher Unterstützung durch die *Hypo Tirol Bank*.



## >> Impressum

TGAM - Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Präsident: Dr. Herbert J. Bachler, Tel.: +43 512 575566

A-6020 Innsbruck, Innrain 71/2 • E-Mail: office@tgam.at • www.tgam.at • ZVR-Zahl: 498986374