

# Leitlinie Kreuzschmerzen: Wie viel Diagnostik und welche Therapien sind sinnvoll?

J.-F. Chenot, A. Becker, W. Niebling<sup>1</sup>, M. M. Kochen, J. Hildebrandt<sup>4</sup>, M. Pfingsten<sup>4</sup>, S. Keller<sup>3</sup>, C. Leonhardt<sup>3</sup>, H.-D. Basler<sup>3</sup>, N. Donner-Banzhoff<sup>2</sup>, E. Baum<sup>2</sup>

## Zusammenfassung

Die im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) entwickelte Leitlinie »Kreuzschmerzen« hat zum Ziel, mit einfachen Kriterien unkomplizierte Beschwerden (die symptomatisch behandelt werden können) von Erscheinungsformen abzugrenzen, die dringend weiterer Klärung bedürfen. Die Leitlinie gibt einen Überblick über evidenzbasierte Diagnostik und Therapien und zeigt dem Hausarzt Schnittstellen auf, an denen in die Überweisung zu einem Spezialisten indiziert ist.

## Schlüsselwörter

Rückenschmerzen, Leitlinie, evidenzbasierte Medizin, Prognose, Diagnostik, Therapie

## Summary

### Guidelines on Low Back Pain: What level of diagnostic and which therapies are useful?

The aim of the guidelines on low back pain issued by the German Society of General and Family Medicine (DEGAM) is to facilitate simple criteria for the differentiation of uncomplicated complaints (which are treatable symptomatically) from other types of manifestations that require further urgent clarification. The guidelines give an overview about evidence based diagnostics and therapy and show the family doctor the intersecting points indicating referral to a specialist.

## Key words

Low-back pain, guidelines, evidence based medicine, prognosis, diagnostics, therapy

## Einleitung

Bis zu 80 % der Bevölkerung in Deutschland hatten schon einmal in ihrem Leben Rückenschmerzen (1). Mit einer Praxisprävalenz von 8 % pro Woche gehören »Kreuz-

schmerzen« in hausärztlichen Praxen zu den häufigsten Behandlungsanlässen (2). Zwar können über 80–90 % der Patienten innerhalb von sechs Wochen zur Arbeit zurückkehren, bei 10–30 % kommt es aber zu Rezidiven und bei ca. 5–10 % zu chronischen Verläufen mit der Folge von langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und einem hohen Prozentsatz an Frühberentungen (3, 4, 5).

Der behandelnde Hausarzt ist mit einer Vielzahl von diagnostischen und therapeutischen Optionen konfrontiert, deren Effektivität nicht sicher nachgewiesen ist. Er befindet sich im Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit, gefährliche Verlaufsformen frühzeitig zu erkennen und dem Risiko, durch intensive ärztliche Einflussnahme den Patienten somatisch zu fixieren und damit die Prognose nachhaltig zu verschlechtern.

Die im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) entwickelte Leitlinie »Kreuzschmerzen« hat zum Ziel, mit einfachen Kriterien unkomplizierte Beschwerden (die symptomatisch behandelt werden können), von Erscheinungsformen abzugrenzen, die dringend weiterer Klärung bedürfen. Die Leitlinie gibt einen Überblick über evidenzbasierte Diagnostik und Therapien und zeigt dem Hausarzt Schnittstellen auf, an denen in die Überweisung zu einem Spezialisten indiziert ist.

Inhaltlich ähnelt die Leitlinie in vielen Teilen anderen nationalen (6) und internationalen Kreuzschmerzleitlinien (7), doch unterscheidet sie sich von diesen durch ihre spezielle Orientierung an den hausärztlichen Rahmenbedingungen.

## Definition und Klassifikation

Kreuzschmerzen (KS) sind Schmerzen im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zu den Glutäal-

**Dr. med. Jean-François Chenot, MPH**

Abteilung Allgemeinmedizin

Universität Göttingen, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen

E-Mail: jchenot@gwdg.de

<sup>1</sup> Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universität Freiburg

<sup>2</sup> Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Universität Marburg

<sup>3</sup> Institut für Medizinische Psychologie, Universität Marburg

<sup>4</sup> Schmerzambulanz, Universität Göttingen

fallen. Dauern sie weniger als zwölf Wochen an, spricht man von akuten, bei Beschwerden über drei Monaten von chronischen KS (8).

Nach ihrem Erscheinungsbild werden KS in drei Gruppen eingeteilt (9) (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Klassifikation der Kreuzschmerzen

- Zeitliche Einteilung
- Akute KS ≤ 12 Wochen
  - Chronische KS > 12 Wochen
- Erscheinungsbild
- Unkomplizierte KS
  - Radikuläre KS
  - Komplizierte KS

Unkomplizierte KS (auch unspezifische KS, Lumbago oder «Hexenschuss» genannt) sind bewegungsabhängig; die Patienten sind im guten Allgemeinzustand und haben keine neurologischen Ausfälle. Hierzu zählen auch Schmerzen, die in den Oberschenkel bis zum Knie ausstrahlen (»pseudoradikuläre KS«).

Als radikuläre KS (auch Ischialgie oder Lumboischialgie genannt) imponieren klinisch meist einseitige KS mit Schmerzausstrahlung bis unterhalb des Knies. Die Beinschmerzen werden oft als schlimmer als die KS geschildert. Taubheitsgefühle oder Parästhesien sowie Reflexabschwächung können fakultativ beobachtet werden.

In der allgemeinärztlichen Praxis ist das Erkennen der seltenen komplizierten KS wichtig. Sie ähneln im Erscheinungsbild dem unkomplizierter oder seltener auch dem radikulärer KS, nehmen aber mit höherer Wahrscheinlichkeit einen gefährlichen Verlauf und bedürfen sofortiger Intervention. Warnhinweise, die sich zur Identifikation komplizierter KS bewährt haben, sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2: Risikofaktoren für komplizierte Kreuzschmerzen (Warnhinweise)

- Alter < 20 Jahre bzw. > 50 Jahre
- Zunahme oder Persistenz der Beschwerden trotz Therapie
- Schlechter Allgemeinzustand
- Adäquates Trauma, z.B. Sturz aus großer Höhe
- Ausgeprägte neurologische Ausfälle bis hin zu Blasen-, Mastdarmstörungen oder Lähmungen in den Beinen
- Systemische Steroidmedikation
- Fieber
- Hinweise auf oder bekannte tumoröse, entzündlich rheumatische Erkrankung, Immunsuppression oder Osteoporose

Mit dem Vorliegen eines oder mehrerer Warnhinweise steigt die Wahrscheinlichkeit, dass möglicherweise ein entzündlicher, tumoröser oder traumatischer Prozess

Ursache für die KS ist. Trotzdem entscheidet letztendlich immer das Gesamtbild aus Anamnese und Art der Beschwerden, so dass auch Patienten über 50 Jahre unkomplizierte KS haben können.

### Prognose

Etwa 5–10 % der Patienten mit Rückenschmerzen entwickeln einen chronischen Verlauf (10). Hier hat sich gezeigt, dass insbesondere Patienten mit radikulären Beschwerden, einem bisher ungünstigen Krankheitsverlauf, depressiver Stimmungslage und beruflicher Unzufriedenheit gefährdet sind. Mögliche Risikofaktoren sollten daher frühzeitig erhoben werden (Tabelle 3).

Tabelle 3: Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf

- Ungünstiger bisheriger Krankheitsverlauf:
- Anhaltende und rezidivierende Beschwerden
  - Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als 4–6 Wochen
  - Radikuläre Schmerzen
- Psychosoziale Faktoren:
- Geringer Bildungsstand
  - Pessimistisch resignative Einstellungen und Erwartungen, Depression
  - Starkes Krankheitsgefühl und Schmerzerleben, »Katastrophisieren«
  - Anhaltende Belastungen im privaten Alltag
  - Unbefriedigende Arbeitssituation (Unzufriedenheit mit der Arbeit, unsicherer Arbeitsplatz)
  - Rentenwunsch

### Diagnostik

Die Anamnese erlaubt zumeist die sichere Klassifikation/Triage der KS. Dabei müssen extravertebrale Ursachen von vertebrale KS unterschieden werden. Etwa 2 % der KS in der allgemeinärztlichen Praxis sind extravertebal, z.B. in Folge einer Urolithiasis, Endometritis oder Pankreatitis (11).

Die Anamnese sollte Fragen zur Schmerzlokalisierung, Ausstrahlung, Dauer, Begleitsymptomen und Beeinträchtigung im Alltag enthalten. Wichtig sind auch Patientenvorstellungen zur Ätiologie und Behandlung sowie bisherige Erfahrungen. Warnhinweise für komplizierte und chronische Verläufe (Tabellen 2 und 3) – sofern nicht über die erlebte Anamnese bekannt – sollten ebenfalls erfragt werden.

Die klinische Untersuchung dient der Bestätigung/Überprüfung der Anamnese. Sie umfasst die Inspektion der Haltung und des Gangbilds, eine Beweglichkeitsprüfung sowie die Palpation der Wirbelsäule und der paraverte-

## Kreuzschmerzen

bralen Muskulatur. Anhand des Laségue-Tests können radikuläre und unkomplizierte KS unterschieden werden. Eine ausführliche neurologische Untersuchung ist bei unkomplizierten KS nicht notwendig (12).

Bei radikulären KS sollte zusätzlich im Seitenvergleich Muskelkraft, Knie- und Achillessehnenreflex sowie Berührungsempfindlichkeit am medialen (L4), dorsalen (L5) und lateralen (S1) Fuß geprüft werden.

Eine erweiterte Diagnostik ist bei unkomplizierten oder radikulären KS im Regelfall zunächst nicht notwendig. Die routinemäßige Durchführung von Röntgenaufnahmen oder anderer bildgebender Diagnostik hat keine Konsequenz für die Behandlung, da häufig diagnostizierte degenerative und andere altersentsprechende Veränderungen in keinem Zusammenhang zur Ausprägung der Beschwerden stehen (13, 14). Stattdessen kann die Fixierung des Patienten auf eine somatische Ursache der KS Schonverhalten verstärken und Angst vor einer Wiederaufnahme üblicher Aktivitäten schüren.

Initial sollte nur bei Vorliegen von Warnhinweisen auf komplizierte KS sowie bei Persistenz (über vier Wochen) oder Progredienz der Beschwerden trotz Therapie eine weiterführende Diagnostik (bildgebende Verfahren, Labordiagnostik oder fachärztliche Überweisung) erfolgen. Diese richtet sich nach den Symptomen und der Verdachtsdiagnose. Bei anhaltenden radikulären KS sollte bereits nach ein bis zwei Wochen ein MRT oder CT erwogen werden.

### Therapieempfehlungen

#### Basistherapie

Ziel der Kreuzschmerztherapie ist es, die Patienten so früh wie möglich dazu zu bewegen, ihre üblichen Aktivitäten wieder aufzunehmen. Hierzu muss der Patient aktiv in die Behandlung mit einbezogen werden. Das ärztliche Beratungsgespräch wird so zum wichtigsten Baustein der Therapie: Die Patienten sollten dabei über die Harmlosigkeit ihrer Beschwerden und den begründeten Verzicht auf weitere Diagnostik aufgeklärt werden. Auch die Bedeutung von Aktivität für den Heilungsprozess sollte angesprochen werden (15). Spezielle Übungen sind nicht notwendig. Bei radikulären KS mit ausgeprägter Symptomatik kann ausnahmsweise kurzfristige Bettruhe empfohlen werden.

Einfache Analgetika wie Paracetamol und NSAR wie z. B. Diclofenac oder Ibuprofen sollten bevorzugt eingesetzt werden. Muskelrelaxantien und Opioide sollten bei unzureichender Wirkung verordnet werden bzw. Patienten mit Unverträglichkeiten gegenüber den vorgenannten Medikamenten vorbehalten bleiben.

Trotz der weiten Verbreitung der Injektion von NSAR, insbesondere Diclofenac, ist ein Vorteil dieser Applikationsart gegenüber der oralen Einnahme nicht belegt (16). Gegen die Injektion spricht neben den lokalen Komplikationen auch eine mögliche Fixierung des Patienten auf die »Spritze«, die einem erfolgreichen Selbstmanagement der KS im Weg steht.

#### Ergänzende Therapie akuter Kreuzschmerzen

Bei entsprechender Qualifikation kann in den ersten vier Wochen eine manualtherapeutische Behandlung unkomplizierter KS empfohlen werden (17). Bei radikulären oder komplizierten KS darf sie nicht eingesetzt werden.

#### Management rezidivierender und chronischer Patienten

Die Therapie der rezidivierenden und chronischen KS ist oft unbefriedigend für Patient und Therapeut. Neben der Fortführung der Basistherapie sollten Patienten auf das Vorliegen von Warnhinweisen für komplizierte KS reevaluiert werden.

Körperliche Aktivität sollte zur Vermeidung von Dekonditionierung und zur Erhaltung der Beweglichkeit gefördert werden. Unterstützend kann Physiotherapie empfohlen werden. Alternativen sind so genannte Rückenschulen, die gewöhnlich Unterricht zu KS und einen Übungsteil beinhalten.

Die Wichtigkeit psychosozialer Faktoren bei der Entstehung von chronischen Schmerzen ist evident. Da mit zunehmender Dauer der Krankschreibung eine Rückkehr zum Arbeitsplatz immer unwahrscheinlicher wird, sollte frühzeitig eine psycho- oder verhaltenstherapeutische Behandlung erwogen werden. Multimodale Programme, die sowohl schmerz-, physio- als auch verhaltenstherapeutische Ansätze einschließen, sind am besten geeignet. Damit können bis zu 50 % der Patienten wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren (18).

#### Therapieverfahren ohne Wirksamkeitsnachweis

Es existiert eine Vielzahl von Therapiestrategien, deren Wirksamkeit nicht untersucht bzw. in Studien nicht ausreichend nachgewiesen werden konnte. Initial sollte immer die oben angeführte Basistherapie eingesetzt werden. Zweifelhafte Therapien sollten – wenn überhaupt – nur dann eingesetzt werden, wenn evidenzbasierte Therapieoptionen versagen oder nicht angewandt werden können. In jedem Fall sollten Langzeittherapien vermieden werden, um eine Fixierung des Patienten darauf zu verhindern.

Keinen überzeugenden Wirksamkeitsnachweis gibt es für

- perkutan applizierte Antiphlogistika und Hyperämika (19),

- intrakutane oder subkutane Infiltrationsbehandlung mit Lokalanästhetika und/oder Glukokortikoiden (Quaddelung, Triggerpunktinjektionen),
- Injektion von Lokalanästhetika evtl. mit Steroiden in den Epiduralraum oder die Umgebung der Spinalwurzel (in der Behandlung persistierender radikulärer KS kann das Verfahren im Einzelfall indiziert sein) (20),
- physikalische Therapien in Form von Hitze-, Kälteanwendungen, Bestrahlung oder Massagen (bei chronischen KS konnten positive Effekte durch Massage gezeigt werden, doch müssen diese noch weiter untersucht werden (21, 22)),
- Akupunktur (23).

### **Häufige Fehler und Trugschlüsse, Schwierigkeiten bei der Umsetzung**

#### **Falsche Vorstellungen zur Ätiologie der Kreuzschmerzen**

Das Bedürfnis der Patienten und des Arztes nach Kausalität (»Irgendwoher müssen die Schmerzen ja kommen«) kann objektiv nur in seltenen Fällen befriedigt werden. Der Begriff der unkomplizierten KS ist kritisiert worden, da er viele nosologisch unterschiedliche KS zusammenfasst (24). Dem ist entgegenzuhalten, dass trotz moderner bildgebender Verfahren nur bei einer Minderheit die Ursache der KS kausal zu klären ist. Spezifische, z.B. manualtherapeutische Diagnosen lassen sich nicht sicher reproduzieren und validieren (25). Eine spezifischere Diagnose hat ohne therapeutische Konsequenzen nur akademische Bedeutung (26).

#### **Überschätzung der Prävalenz komplizierter KS**

Für den Hausarzt ist es entscheidend, die den KS selten zugrunde liegenden schweren Erkrankungen (»abwendbar gefährliche Verläufe«) nicht zu verkennen. Diese treten in hausärztlichen Praxen allerdings mit einer Häufigkeit von weniger als 1 % auf (27). Da komplizierte Fälle leichter als unkomplizierte erinnert werden, wird diese Zahl intuitiv überschätzt. Ein schrittweises Vorgehen verhindert eine unnötige Medikalisierung eines für die Mehrheit der Betroffenen selbstlimitierten Leidens.

#### **Zu häufiger Einsatz bildgebender Verfahren und Fixierung auf morphologische Befunde**

Ein Röntgenbild gibt Patient und Arzt das Gefühl, dass etwas getan wurde, hat aber fast nie therapeutische Konsequenzen. Die Befunde werden häufig überbewertet und führen zur somatischen Fixierung des Patienten, die einem Schonverhalten Vorschub leistet und einer frühzeitigen Aktivierung entgegensteht.

#### **Förderung von Schonverhalten**

Patienten sollten ermutigt werden, ihre KS selbst zu managen. Daher empfehlen wir, auf passive Interventionen wie Spritzen, Bettruhe, Massage, Krankschreibung so weit wie möglich zu verzichten und aktivierende Maßnahmen zu fördern.

#### **Mangelnde Berücksichtigung psychosozialer Faktoren**

Es ist unumstritten, dass die psychosoziale Situation eines Patienten Einfluss auf den Verlauf seiner Beschwerden nimmt. Aus diesem Grund sollten möglichst frühzeitig Risikofaktoren für chronische Verläufe erhoben werden und in einem ganzheitlichen Therapiekonzept Berücksichtigung finden.

### **Dissemination und Implementierung**

Die Leitlinienerstellung erfolgt im Auftrag der DEGAM entsprechend dem Konzept zur Leitlinienentwicklung von Gerlach et al. (28). Praktikabilität und Akzeptanz der Leitlinie werden z.Z. unter Praxisbedingungen getestet. Aus diesem Grund ist die Leitlinie noch nicht öffentlich verfügbar, wird aber nach Abschluss der letzten Überarbeitung über die DEGAM ([www.degam.de](http://www.degam.de)) zu beziehen sein.

Ob sich diese Leitlinie bei Ärzten und Patienten bewährt, wird im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Implementierungsversuchs untersucht. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass die erfolgreiche Umsetzung von Kreuzschmerzleitlinien entscheidend von der Arzt-Patienten-Kommunikation, dem wichtigsten Werkzeug in der allgemeinmedizinischen Praxis, abhängt (29).

#### **Literatur**

1. Raspe H, Kohlmann T: Kreuzschmerzen – eine Epidemie unserer Tage? Dtsch. Ärztebl. 1993; 90: 2920–5
2. Becker A, Kögel K, Kochen MM, Donner-Banzhoff N: »Das sind die Bandscheiben!« – Patienten mit Kreuzschmerzen in der Hausarztpraxis. 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, September 2001, Hannover. Z. Allg. Med. 2001; 77 (Kongress-Abstracts): 18
3. Van den Hoogen HJM, Koes KW, van Eijk JTM, Bouter LM, Devillé W: On the course of low back pain in general practice: a one year follow-up study. Ann Rheum Dis 1998; 57: 13–9
4. Schiøttz-Christensen B, Nielsen GL, Hansen VK, Schødt T, Sørensen HAT, Olesen F: Long-term prognosis of acute low back pain in patients seen in general practice: a 1-year prospective study. Fam Pract 1999; 16: 223–32
5. Thomas E, Croft PR, Papageorgiou AC, Jayson MI, Macfarlane GJ: Predicting who develops chronic low back pain in primary care. BMJ 1999; 318: 1662–7
6. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.): Handlungsleitlinie Kreuzschmerz. Köln 2000.
7. Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin: Leitlinien-Clearingbericht »akuter Rücken-

## Kreuzschmerzen

schmerz« (»akuter Kreuzschmerz«). München: Zuckschwerdt; 2001

8. Spitzer WO, Leblanc FE, Dupuis M et al.: Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders. A monograph for physicians. Report of the Quebec Task Force on spinal disorders. Spine 12: 7S: 1–59
9. Waddell G: An approach to backache. Br J Hosp Med 1982; 23: 187–219
10. Waddell G: The back pain revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998: 69–84
11. Deyo RA, Weinstein DO: Low back pain. N Engl J Med 1982; 344: 363–70
12. Waddell G: The back pain revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998: 12–3
13. Joines JD, McNutt RA, Carey TS, Deyo RA, Rouhani R: Finding cancer in primary care outpatients with low back pain: a comparison of diagnostic strategies. J Gen Intern Med 2001; 16: 14–23
14. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M: Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. BMJ 2001; 322: 400–5
15. Waddell G, Feder G, Lewis M: Systematic review of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. Brit J Gen Pract 1997; 47: 647–52
16. Bewig A, Abholz HH: Pille oder Spritze? Untersuchung zur Frage eines Unterschieds am Beispiel des akuten Rückenschmerzes. Z Allg Med 2001; 77: 31–5
17. Koes BW, Assendelft WJJ, Van der Heijden GJMG, Bouter L M: Spinal manipulation and mobilization for low back pain: an updated systematic review of randomized clinical trials. Spine 1996; 21: 2860–71
18. Pflingsten M, Hildebrandt J: Die Behandlung chronischer Kreuzschmerzen durch ein intensives Aktivierungskonzept (GRIP) – eine Bilanz von 10 Jahren. AINS 2001; 36: 580–9
19. Moore RA, Tramer MR, Carroll D et al.: Quantitative systematic review of topically applied non-steroidal anti-inflammatory drugs. BMJ 1998; 316: 333–8
20. Watts RW, Silagy CA: A meta-analysis on the efficacy of epidural corticosteroids in the treatment of sciatica. Anaesth Intensive Care 1995; 23: 564–9
21. Ernst E: Massage therapy for low back pain: a systematic review. J Pain Symptom Manage 1999; 17: 65–9.

22. Cherkin DC, Eisenberg D, Sherman KJ et al.: Randomized trial comparing traditional Chinese medical acupuncture, therapeutic massage, and self care education for chronic low back pain. Arch Intern Med 2001; 161: 1081–8
23. Van Tulder MW, Cherkin DC, Berman B, Lao L, Koes BW: The effectiveness of acupuncture in the treatment of low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
24. Abraham I, Killackey-Jones B: Lack of evidence based research for idiopathic low back pain. Arch Intern Med 2002; 162: 1442–44
25. Potter NA, Rothstein JM: Interrater reliability for selected clinical tests of the sacroiliac joint. Phys Ther 1985; 65: 1671–5
26. Deyo RA: Diagnostic evaluation of low back pain. Arch Intern Med 2002; 162: 1444–7
27. Deyo RA, Weinstein DO: Low back pain. N Engl J Med 2001; 344: 363–70
28. Gerlach FM, Abholz HH, Berndt M et al.: Konzept zur Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Düsseldorf, DEGAM 1999
29. Schers H, Wensing M, Huijsmans Z, van Tulder M, Grol R: Implementation barriers for general practice guidelines for low back pain a qualitative study. Spine 2001; 26: 348–53

### Zur Person



**Dr. med. Jean-François Chenot, MPH**  
Jahrgang 1969, amerikanischer Facharzt Primary Care / Internal Medicine, Gesundheitswissenschaftler, Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in einer Landarztpraxis, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen seit September 2001. Forschungsschwerpunkte: »Kreuzschmerzen«, Integration von EbM in die Praxis und die studentische Lehre.

## Buchtipps

### **Die Parkinsonsche Krankheit, Ursachen und Behandlungsformen**

G. A. Fuchs, C. H. Beck Verlag, München, 2002, 128 St., 7,90 Euro

Die Parkinsonsche Krankheit gehört zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. Allein in Deutschland leiden 150.000 bis 200.000 Menschen an dieser bis heute unheilbaren Erkrankung. Häufig ist die Diagnose schwierig, da die Parkinsonsche Krankheit mit einer Vielzahl von Symptomen einhergeht, oftmals sogar nicht erkannt wird.

Der erste Eindruck von diesem Buch ist eher abschreckend, beim Durchblättern sieht man kein einziges Bild, spärlich gesät sind Graphiken und Tabellen, dafür dicht gedruckter Text.

Aber man sollte sich davon nicht abschrecken lassen, denn das Buch ist gut leserlich, klar gegliedert, kurz und prägnant geschrieben.

In den einzelnen Kapiteln Grundlagen, Ursachen, Verlauf und Diagnose, aktuelle Behandlungsmöglichkeiten und Hinweise für Betroffene, sind die wesentlichen Kriterien nach Wertigkeit gegliedert und besprochen. Die wenigen Tabellen beinhalten eine kurze Zusammenfassung, so dass man auch mit einem kurzen Blick das Wichtigste nachlesen kann.

Ich finde, dass man durch dieses Buch sensibilisiert wird für diese häufige Erkrankung, und gerade als Allgemeinmediziner gute und praktikable Tipps erhält.

**Christiane Schlichting, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Bremen**