

Die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen

Eine Zusammenfassung für die Hausarztpraxis

The National Disease Management Guideline for Low Back Pain

A Summary for Family Medicine

Jean-François Chenot¹, Annette Becker²

Zusammenfassung: Die hausärztliche S3-Leitlinie Kreuzschmerzen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) von 2003 wird zugunsten der interdisziplinären Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerzen nicht mehr neu aufgelegt. Die NVL bewertet die Evidenzlage zum Nutzen einzelner diagnostischer und therapeutischer Interventionen. Sie bietet so angesichts der Vielzahl von Therapieoptionen ohne gesicherten Wirkungsnachweis eine Orientierung. Das Grundkonzept der Triage von Patienten mit *red flags* (Hinweise auf spezifische Ursachen der Kreuzschmerzen) und *yellow flags* (Identifizierung von Patienten mit Chronifizierungsrisiko) bleibt erhalten. Bei akuten Kreuzschmerzen werden Beratung, körperliche Aktivität und Schmerzmittel empfohlen. Für subakute und chronische Kreuzschmerzen wird ein bedarfsorientiertes Vorgehen nach einem interdisziplinären Assessment empfohlen. Der vorgeschlagene Versorgungsalgorithmus ist in der bestehenden ungünstigen Versorgungsstruktur allerdings nur schwer umsetzbar.

Schlüsselwörter: Kreuzschmerzen; Leitlinie

Summary: The evidence-based guideline for managing low back pain in primary care of the German College of Family Practitioners and Family Physicians (DEGAM) from 2003 will not be updated in favour of the new National Disease Management Guideline (NVL) low back pain. The NVL evaluates the evidence and effectiveness of diagnostic and therapeutic interventions. Thus the NVL is providing an orientation given the multiplicity of management options for low back pain with uncertain effectiveness. The basic triage concept to identify patients with red flags (indicating serious underlying disease) and yellow flags (to identify patients at risk of developing chronic pain) remains unchanged. For acute low back pain counselling, physical activity and pain medication is recommended. For subacute and chronic low back pain a tailored intervention based on a multiprofessional assessment is recommended. The suggested algorithm, however, cannot be easily implemented in the current health care system.

Keywords: Low Back Pain; Clinical Guideline

¹ Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

² Abteilung für Allgemeinmedizin, Rehabilitative und Präventive Medizin, Universität Marburg

Peer reviewed article eingereicht 17.03.2011, akzeptiert 29.04.2011

DOI

Keine weitere apparative Diagnostik	vorerst bei fehlenden Hinweisen für gefährliche Verläufe und andere ernstzunehmende Pathologien, Klassifikation der Beschwerden zunächst als nicht-spezifischer Kreuzschmerz (A)
Erfassung psychosozialer Risikofaktoren in der primären ärztlichen Versorgung	bei Schmerzen länger als 4 Wochen trotz LL-gerechter Maßnahmen (A)
Weitergehende somatische und psychosoziale Diagnostik	bei anhaltenden Schmerzen (> 12 Wochen) (A)
Indikationen zu bildgebenden Untersuchungen	keine bei akutem Kreuzschmerz (KS) nach klinischem Ausschluss gefährlicher Verläufe (A) entsprechend klinischem Verdacht bei Warnhinweisen (red flags) (A) einmalige Untersuchung bei subakutem KS (6–12 Wochen) ohne Besserung ausgeprägter und aktivitätseinschränkender Schmerzen oder mit Progression trotz LL-gerechter Therapie (A) sofern nicht schon geschehen, bei chronischem KS (> 12 Wochen) trotz LL-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	bei Warnhinweisen je nach Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit (A)

Tabelle 1 Diagnostik bei Kreuzschmerzen

(Buchstaben in Klammern geben das Evidenzniveau an: A = starke Empfehlung) [3].

Hintergrund

Die Leitlinie (LL) Kreuzschmerzen war 2003 die dritte S-3 LL der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) [1]. Sie war offiziell bis 2006 gültig. Da die DEGAM zu diesem Zeitpunkt an der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) beteiligt war, wurde 2007 nur ein informelles Update durchgeführt [2]. NVL werden von den Fachgesellschaften im Auftrag der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) moderiert durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) erstellt [3]. An der Erstellung nahmen die Autoren der vorliegenden Arbeit von 2007 bis 2010 als Vertreter der DEGAM teil. Die Ständige LL-Kommission der DEGAM hat sich zum ersten Mal entschieden, auf eine selbstständige Weiterführung einer DEGAM-LL zu verzichten. Ziel dieses Artikels ist es, die Kernempfehlungen der NVL

Kreuzschmerzen darzustellen und Hintergrundinformation zu umstrittenen Punkten zu geben.

Warum brauchen wir eine NVL Kreuzschmerzen?

Kreuzschmerzen (Rückenschmerzen der unteren Lendenwirbelsäule) sind ein epidemiologisches und durch die hohen Arbeitsausfälle ein volkswirtschaftlich bedeutendes Gesundheitsproblem. Auch wenn die DEGAM-LL inhaltlich mit anderen Fachgesellschaften abgestimmt war, fehlten ihr ein gebietsübergreifendes Versorgungskonzept und die Akzeptanz der Spezialisten. So wurde vielfach die fehlende Kooperation mit anderen Fachgruppen als wichtiges Hindernis für die Umsetzung der LL beschrieben. Wichtige weitere Argumente für die Notwendigkeit einer interdisziplinären LL entsprechend der NVL sind:

- Eine extreme Vielfalt an diagnostischen und therapeutischen Maßnah-

men bei Kreuzschmerzen mit geringem nachweisbaren Nutzen über die Spontanheilungsrate hinaus [4]. Diese Polypragmasie wird als Ausdruck einer geringen Wirksamkeit der Maßnahmen gewertet [5, 6].

- Eine hohe Anzahl an der Versorgung beteiligter Berufs- und Fachgruppen mit sehr heterogenen Ansichten.
 - Versorgungsepidemiologisch extreme Abweichungen und Varianz sowohl im nationalen als auch im internationalen Vergleich [7], so wurde aktuell getitelt „Deutschland MRT-Weltmeister“ [8].
- Die NVL Kreuzschmerzen beschreibt jetzt nicht nur die Evidenzlage zum Nutzen einzelner diagnostischer und therapeutischer Interventionen, um Ärzte und Patienten zu orientieren, sondern schlägt auch einen Algorithmus für das zeitliche Ineinandergreifen der verschiedenen Versorgungsebenen vor. Anamnese, körperliche Untersuchung, Berücksichtigung psychosozialer Zusammenhänge und Beratung stehen wie bisher vor technischen Untersuchungen und invasiven Interventionen.

Was bleibt, was ändert sich?

Der Begriff „unkomplizierter Kreuzschmerz“ der alten DEGAM-LL ändert sich jetzt in „nicht spezifische Kreuzschmerzen“ und schließt die mehrheitlich nicht operationsbedürftigen radikulären Kreuzschmerzen aus. Wie häufig die in der Hausarztpraxis eher seltenen durch eine echte radikuläre Reizung bedingten Kreuzschmerzen sind, ist leider unklar. Das seit der ersten amerikanischen Urleitlinie bestehende Grundkonzept der Triage von Patienten mit *red flags* für Hinweise auf spezifische Ursachen der Kreuzschmerzen und *yellow flags* zur Identifizierung von Patienten mit Chronifizierungsrisiko bleibt erhalten (Tabelle 1, Abbildung 1). Anamnese und körperliche Untersuchung sind im Regelfall ausreichend, um die Arbeitsdiagnose zu stellen. Bei den Statements muss zum Teil genau auf die Formulierung geachtet werden. So werden zum Erfassen der *yellow flags* Fragbogen lediglich als Option vorgeschlagen, weil die Evidenz für den Nutzen eines gezielten Einsatzes noch nicht ausreichend ist [9].

Auch wenn die Beratung der Patienten hinsichtlich der Prognose in der NVL

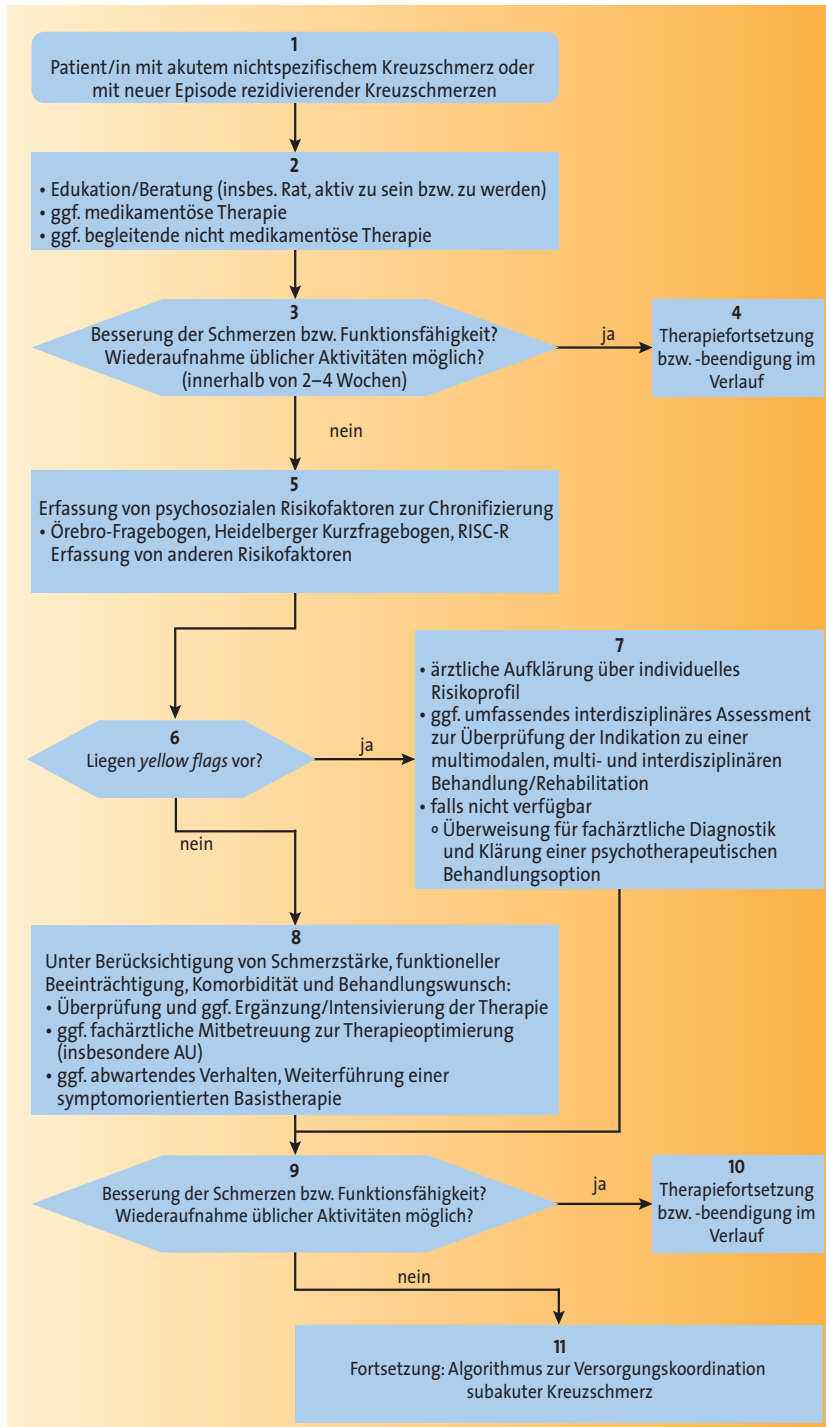


Abbildung 1 Algorithmus der Nationalen Versorgungsleitung zur Versorgung akuter Rückenschmerzen [3].

nicht explizit genannt wird, soll das „flag-Konzept“ dazu, dienen, zum einen Patienten ohne Risikofaktoren zu versichern, dass keine schwere organische Erkrankung vorliegt und zum anderen das weitere diagnostische Vorgehen zu steuern.

Bildgebung wird weiterhin nur bei Hinweisen aus Anamnese oder körperlicher Untersuchung auf eine weiter abklärungsbedürftige Grunderkrankung

empfohlen [10]. Nur bei 6 Wochen anhaltenden Schmerzen ohne Besserung sollte im Rahmen der somatischen Ausschlussdiagnostik eine Bildgebung durchgeführt werden. Ist die Indikation zur Bildgebung gegeben, wird eine MRT-Untersuchung als Untersuchung der Wahl favorisiert. So soll eine unnötige Kaskade von Nativröntgen, über CT und dann noch MRT vermieden werden.

Dies ist die einzige Empfehlung, die eine Fachgesellschaft als Minderheitenvotum abgegeben hat. Nicht zu Unrecht befürchtet die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) eine weitere Zunahme der MRT-Bildgebung und möchte das Nativröntgen erhalten [8]. Möglicherweise besteht auch ein berufspolitisches Interesse, das diagnostisch meist wertlose Röntgen für niedergelassene Kollegen zu erhalten. Insgesamt sind bei der Bildgebung regulierende Maßnahmen durch strengere Kontrollen der Indikation oder Abwertung der Vergütung zu erwarten.

Bei akuten Kreuzschmerzen werden Beratung, körperliche Aktivität und Schmerzmittel (NSAR) empfohlen (Tabellen 3 und 4). Paracetamol wurde als Schmerzmittel bei Rückschmerzen auf eine sog. „Kann-Empfehlung“ abgewertet, da sich die Wirksamkeitsannahme nur auf Studien zur Arthrose und aus unserer Sicht auf das von den Pharmakologen überbewertete Nebenwirkungsprofil stützt. Da es sich um ein freiverkäufliches und zumindest in Deutschland relativ sicheres Schmerzmittel handelt, konnte trotz der Evidenzlage eine Negativempfehlung abgewendet werden. Eine australische Studie zu Wirksamkeit von Paracetamol bei Kreuzschmerzen läuft gerade [11]. Ebenso wurde für die manuelle Therapie nur eine „Kann-Empfehlung“ ausgesprochen.

Bei anhaltenden Rückenbeschwerden ohne ausreichende Besserung wird ein sog. multimodales Assessment nach 4–6 Wochen vorgeschlagen (Tabelle 4, Abbildung 2). Dieses soll zum einen eine organische Grunderkrankung ausschließen und zum anderen die Indikation für ein multiprofessionelles Therapieprogramm klären. Motivation zur Bewegung und Physiotherapie sind weiterhin wichtige Kernempfehlungen. Mangels Evidenz wurde fast die gesamte physikalische Therapie negativ bewertet (Tabelle 2). Der Nutzen der Akupunktur, insbesondere im Vergleich zur sog. Pseudoakupunktur, wurde von der Gruppe deutlich kritischer bewertet als vom Gemeinsamen Bundesausschuss, sodass nur eine „Kann-Empfehlung“ ausgesprochen wurde. Die Bewertung reflektiert auch eine Reaktion auf die extreme Steigerung der bis zum Juni 2010 als „freie Leistung“ abrechenbaren Akupunktur. Insgesamt wurden passive Ver-

	Akuter KS	Chronischer KS
Akupunktur	keine (A)	sehr eingeschränkt (0)
Bettruhe	keine (A)	keine (A)
Bewegungstherapie	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 / TENS	keine (A)	keine (A)
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 biopsychosozialen Ansatz	kann empfohlen werden bei länger anhaltenden (> 6 Wochen) oder rezidivierenden 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 Therapien	keine (A)	keine (A)

Tabelle 2 Nicht-medikamentöse Therapie bei Kreuzschmerzen (Buchstaben in Klammern geben das Evidenzniveau an: A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, 0 = Option) [3].

fahren wie physikalische Therapie, Massage und Akupunktur von der Gruppe als eher ungünstig bewertet.

Unbefriedigend ist die Evidenzlage für die langfristige Pharmakotherapie chronischer Schmerzen (Tabelle 3). Die in der Praxis häufig über lange Zeiträume eingenommenen NSAR sind dafür formal nicht zugelassen und haben ein hohes Risiko unerwünschter Wirkungen und Wechselwirkungen (Aspirin bei KHK, orale Antikoagulation). Schwache Opioide oder Opiate sind nur eingeschränkt eine Alternative. Hier verweisen wir ausdrücklich auf die kritische Bewertung des meist geringen Nutzens von Opiaten in der fast zeitgleich erschienen LL Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS-LL). [12]. Diese empfiehlt wie die NVL eine regelmäßige kritische Reevaluation des Nutzens und der Indikation bei Langzeittherapie mit Opiaten, was zu den hausärztlichen Kernaufgaben bei der Versorgung chronisch Schmerzkranker gehört.

Angesichts der Vielzahl von Therapieoptionen hat sich die LL-Gruppe beschränken müssen und konnte nicht zu jedem Verfahren, das einen Nutzen bei Kreuzschmerzen beansprucht, Stellung beziehen.

Wo liegen die Probleme?

Ein Kernproblem, das auch von der Autorengruppe der NVL nicht gelöst werden konnte, ist, dass Kreuzschmerzen nur ein Symptom bei pathophysiologisch unterschiedlichen Krankheitsentitäten sind. Sicher abgegrenzt werden können Frakturen sowie tumoröse oder entzündliche Erkrankungen, die aber in der Hausarztpraxis aufgrund ihrer geringen Häufigkeit nur eine geringe Rolle spielen. In der Praxis gelingt eine eindeutige und nachvollziehbare Differenzierung der in der Mehrzahl muskuloskeletal bedingten Schmerzen nicht [13, 14]. Das hat für viele Therapiestudien zur Konsequenz, dass wegen der Verdünnung des Effekts oft nur eine geringer oder gar kein Nutzen nachgewiesen werden kann.

Die LL-Entwicklergruppe sah sich beim Algorithmus zur Versorgung chronischer Schmerzen vor der Wahl, sich „realistisch“ an den bestehenden ineffektiven Strukturen zur Versorgung zu

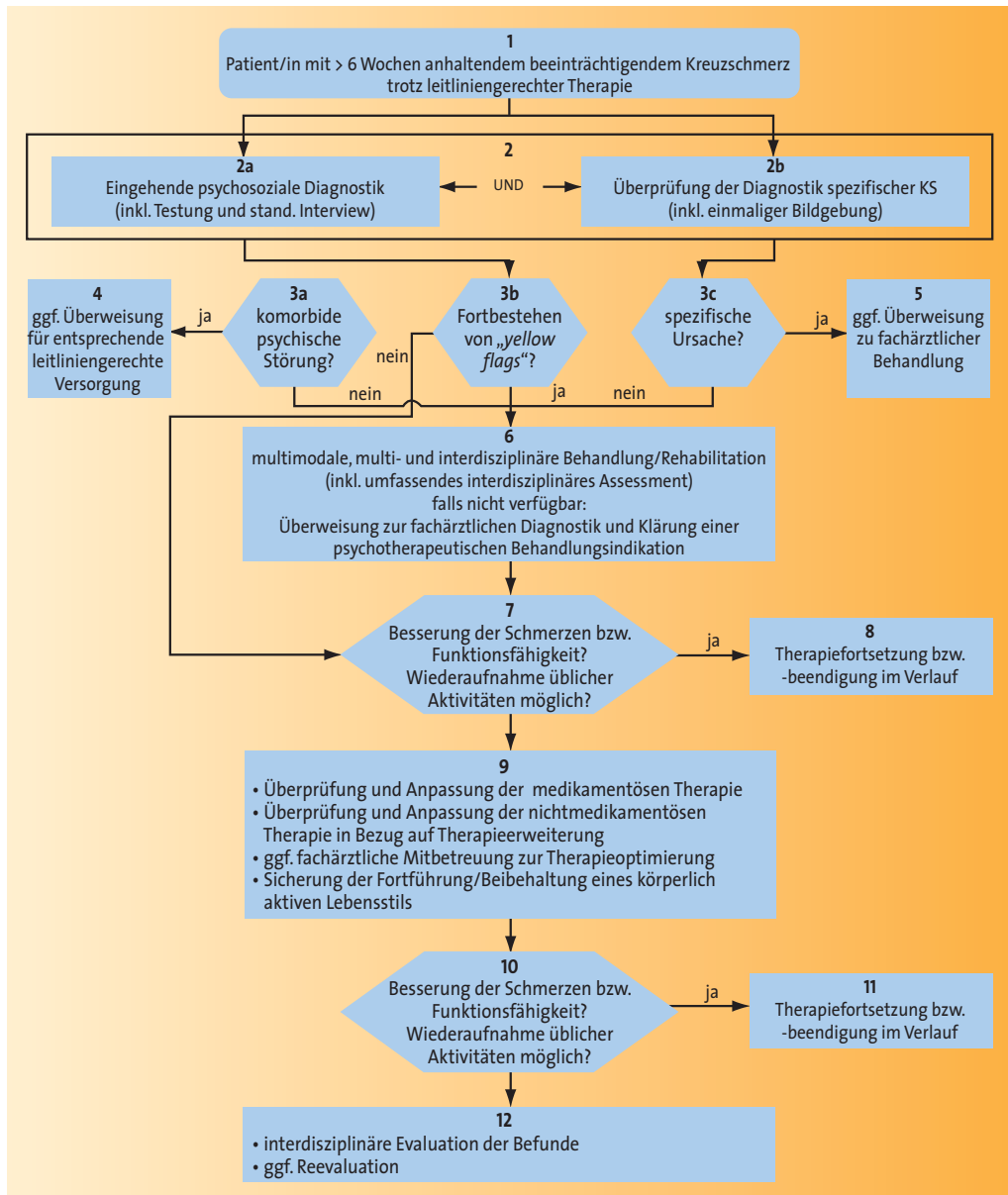


Abbildung 2 Algorithmus der Nationalen Versorgungsleitlinie zur Versorgung subakuter/chronischer Rückenschmerzen [3].

orientieren oder einen nach Expertenmeinung „idealen Vorschlag“ zu machen. Es gibt auch keine Evidenz, dass diese vorgeschlagene Strukturierung des Versorgungsprozesses bessere Behandlungsergebnisse erzielt oder kostengünstiger wäre. Hier wäre die Evaluation der Umsetzung des NVL-Algorithmus in einer Modellregion notwendig, zumal die vorgeschlagenen Strukturen regional nicht überall verfügbar sind. Strukturelle Probleme, wie das ungünstige Nebeneinander von Spezialisten und Hausärzten in der Primärversorgung, konnte von einer LL-Gruppe natürlich nicht gelöst werden. Ebenso ist eine nachvollziehbare Operationalisierung des Zeitpunktes, wann eine Rehabilitationseinrichtung (SGB IX) oder eine Schmerzklinik (SGB V) in die Versorgung chro-

nischer Schmerzpatienten involviert werden sollte, nicht möglich gewesen.

Wo liegen die Lücken?

Die offizielle Anerkennung des Konzepts der nicht-spezifischen Kreuzschmerzen mangels belastbarer Alternativkonzepte ist besonders den orthopädischen Fachgesellschaften schwergefallen. Es steht zu befürchten, dass die Gültigkeit der interdisziplinären LL auch für Orthopäden in der Primärversorgung mit dem Argument, sie würden keine nicht-spezifischen Kreuzschmerzen behandeln, ausgehebelt wird [15]. Mangels LL für die Behandlung der meisten sog. spezifischen Kreuzschmerzen, z.B. Facettengelenksarthrose, könn-

ten so wieder beliebige diagnostische und therapeutische Maßnahmen begründet werden. Dass LL für viele spezifische Kreuzschmerzformen mit wenigen Ausnahmen fehlen, ist aber nicht Zufall, sondern Ausdruck der schlechten Evidenzlage. Bei nicht-spezifischem Kreuzschmerz ist auch formal keine Operationsindikation gegeben. Eine Entscheidungshilfe für die Beratung von Patienten, denen ein operativer Eingriff vorgeschlagen wird, ist daher nicht Teil der NVL. Das ist aufgrund der hohen Operationszahlen und der unbefriedigenden Ergebnisse bedauerlich.

Bisherige LL gehen von Patienten mit akuten Beschwerden aus, von denen einige chronische Beschwerden entwickeln. Das spiegelt die Versorgungsepidemiologie nur eingeschränkt wider,

Paracetamol	bei leichtem bis moderatem akutem KS: Behandlungsversuch (kurzfristig überprüfen) bis zur maximalen Tagesdosis von 3 g (O) bei subakutem/chronischem KS: kurzzeitig und in möglichst niedriger Dosis – nur nach ausführlicher Medikamentenanamnese und nur zur Behandlung kurzer Exazerbationen (O)
Traditionelle nicht-steroidale Antirheumatika/Antiphlogistika (tNSAR)	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	bei akutem/chronischem KS, wenn tNSAR kontraindiziert sind oder nicht vertragen werden („off label use“) (O)
Flupirtin	keine Anwendung bei akutem und chronischem KS (A)
Opioid-Analgetika	schwache Opiode (z.B. Tramadol, Tilidin/Naloxon) können eingesetzt werden bei fehlendem Ansprechen auf Analgetika wie Paracetamol, tNSAR (O) 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	wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen oder alleinige Gabe von nichtopioiden Analgetika bei akutem/chronischem KS keine Besserung bewirken (O) Nebenwirkungspotenzial beachten, nicht länger als 2 Wochen fortlaufend (Statement)
Antidepressiva	Noradrenerge oder noradrenerg-serotonerge Antidepressiva als Nebenmedikation im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes zur Schmerzlinderung bei chronischem KS (Kontraindikationen, Nebenwirkungen beachten) (O) Antidepressiva vom SSNRI-Typ nicht regelhaft und nur bei indikationsrelevanter Komorbidität (schwere Depression, Angststörung) (B)
Antiepileptika	keine Anwendung von Gabapentin, Pregabalin, Carbamazepin (B)
Phytotherapeutika	keine Anwendung zur Schmerztherapie (B)
Perkutan applizierbare Medikamente	keine Anwendung (B)
Intravenös oder intramuskulär applizierbare Schmerzmittel, Glucocorticoide und Mischinfusionen	keine Anwendung (A)

Tabelle 3 Medikamentöse Therapie bei Kreuzschmerzen (Buchstaben in Klammern geben das Evidenzniveau an, A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, O = Option) [3].

da in der Praxis meist Patienten mit rezidivierenden Kreuzschmerzen oder Exazerbationen chronischer Schmerzen gesehen werden. Es ist unwahrscheinlich, dass bei dieser Ausgangslage eine andere Versorgungsstrategie notwendig ist. Trotzdem kann – wie bei allen LL – es hier aber gute Gründe geben, von den LL-Empfehlungen abzuweichen.

Angesichts der besonderen Bedeutung von Anforderungen und Zufriedenheit am Arbeitsplatz für die Chronifizierung wäre eine stärkere konzeptionelle Einbindung der Arbeitsmedizin und evtl. der Arbeitspsychologie wünschenswert. Da dies außerhalb größerer Betriebe strukturell schwierig umzusetzen ist, konnten keine konkreten Vorschläge gemacht werden. Hierzu sollte beim nächsten Update ein Vorschlag erarbeitet werden.

Die NVL bezieht sich nur auf Erwachsene. Die extreme Zunahme von Physiotherapien bei Kindern [16] sowie spezielle entwicklungsbedingte Störungen der Wirbelsäule lassen eine eigene LL für diese Altersgruppe notwendig erscheinen. Die Behandlung älterer nicht erwerbstätiger Patienten wird formal auch durch die NVL abgedeckt. Bisher sind LL nur auf ein Symptom oder eine Krankheit ausgerichtet. Gerade bei multimorbiden Älteren und Polymedikation sind Kreuzschmerzen aber oft nur ein nachrangiges Problem [17]. Hier müssen Konzepte, die eine optimale Therapieentscheidung unterstützen, erst noch entwickelt werden.

Qualitätsindikatoren

Alle neueren NVL geben auch Empfehlungen für mögliche Qualitätsindikatoren, so auch die NVL Kreuzschmerzen. Allerdings ist nicht mit einer raschen Anwendung zu rechnen, da die dazu notwendigen Dokumentationsstandards und Praxiserprobungen noch ausstehen. Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgeschlagenen Indikatoren waren nicht sinnvoll [18]. Demnächst soll ein auf der NVL basierendes Qualitätsindikatoren-Set, das im Auftrag des AOK-Bundesverbandes entwickelt worden ist, in der Praxis erprobt werden [19].

Schlussfolgerungen

Körperliche Bewegung	soll empfohlen werden (Ziel: Vermeidung/Verkürzung von Schmerzepisoden/Arbeitsunfähigkeit) (A) Auswahl des Verfahrens nach individuellen Präferenzen/Voraussetzungen der Betroffenen (A)
Edukation	Information/Schulung (basierend auf biopsychosozialen Krankheitsmodell) sollten in die Prävention einbezogen werden (B)
Ergonomie	Maßnahmen am Arbeitsplatz (ergonomische Gestaltung, Verhaltensprävention, Förderung der Arbeitsplatzzufriedenheit) sollten eingesetzt werden. (B)
Multimodale, multi- und interdisziplinäre Behandlung/Rehabilitation	
Indikationen	chronischer KS, wenn weniger intensive, evidenzbasierte Verfahren unzureichend wirksam waren (A) spätestens nach 6 Wochen Schmerzdauer und alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen trotz LL-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 LL-gerechter Versorgung generell die Indikation zu einer multimodalen Therapie prüfen (A)
Eingangsassessment	vor multimodaler Behandlung strukturiertes Assessment mit anschließender Teambesprechung zur Erstellung eines Therapieplanes (A)
Nachsorge	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 selbstständig 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. (O) Allen Rehabilitanden, deren Behandlungserfolg nach einer Rehabilitation noch nicht ausreichend stabilisiert ist, sollte eine Nachsorgemaßnahme angeboten werden. (B)
Berufliche Wiedereingliederung	Maßnahmen zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung soll sowohl im rehabilitativen als auch im kurativen Bereich geprüft und ggf. initiiert werden. (A)

Tabelle 4 Prävention und Rehabilitation bei Kreuzschmerzen (Buchstaben in Klammern geben das Evidenzniveau an, A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, O = Option) [3].

Die NVL gibt Orientierungen – auch wenn sie nicht in allen Teilen umsetzbar ist. Für die Implementierung müssten allerdings die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kostenträger stärker involviert werden, da die derzeitige Versorgung zu stark von Vergütungsstrukturen gesteuert wird. Angesichts des geringen Nutzens vieler therapeutischer Maßnahmen über die Spontanheilungsrate hinaus müssen hohe Anforderungen an potenziell für Patienten risikoreiche oder teure Maßnahmen gestellt werden, bevor sie in einer LL empfohlen werden können. Es besteht noch erheblicher Forschungsbedarf, um die für viele Betroffene unbefriedigende Versorgung zu verbessern.

Danksagung: Wir bedanken uns für die konstruktive Zusammenarbeit bei allen an der NVL Kreuzschmerzen beteiligten Experten. Ein besonderer Dank geht an Frau Dr. Weinbrenner und ihr Team von der ÄZQ für die Moderation.

Interessenkonflikte: Prof. Chenot hat für die Firma Boehringer Ingelheim methodische Beratung im Bereich muskuloskelettale Erkrankungen durchgeführt. Kein Produkt der Firma wird in der NVL oder diesem Artikel empfohlen. Bei Frau Prof. Becker besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse

Univ. Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, MPH
Abteilung Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38; 37073 Göttingen
Tel.: 0551 396599; Fax: 0551 399530
E-Mail: jchenot@gwdg.de

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



... ist kommissarischer Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen und in Teilzeit niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Hardegsen. Gemeinsam mit Prof. Annette Becker hat er die DEGAM-Leitlinien Kreuzschmerzen entwickelt und die DEGAM bei der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen vertreten.

Literatur

1. Becker A, Niebling W, Chenot JF, Kochen MM. Kreuzschmerzen DEGAM-Leitlinie Nr. 3. Düsseldorf omikron publishing, 2003
2. Chenot JF, Becker A, Niebling W, Kochen MM. Aktualisierung der DEGAM-Leitlinie Kreuzschmerzen Z Allgemeinmed 2007; 83: 487–94
3. Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen. http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz/pdf/nvl_kreuzschmerz_lang.pdf
4. Artus M, van der Windt DA, Jordan KP, Hay EM. Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials. Rheumatology 2010; 49: 2346–56
5. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off? J Am Board Fam Med 2009; 22: 62–8
6. Haldeman S, Dagenais S. A supermarket approach to the evidence-informed management of chronic low back pain. Spine J 2008; 8: 1–7
7. Chenot JF, Leonhardt C, Keller S et al. The impact of specialist care on health service utilization in primary care patients with low back pain: a prospective cohort study. Eur J Pain 2008; 12: 275–83
8. Barmer-GEK-Arztreport 2011: Deutschland ist MRT-Weltmeister. Dtsch Arztebl 2011; 108: A-241/B-193/C-193
9. van der Windt D, Hay E, Jellema P, Main C. Psychosocial interventions for low back pain in primary care: lessons learned from recent trials. Spine (Phila Pa 1976) 2008; 33: 81–9
10. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet 2009; 373: 463–72
11. Williams CM, Latimer J, Maher CG et al. PACE – the first placebo controlled trial of paracetamol for acute low back pain: design of a randomised controlled trial. BMC Musculoskelet Disord 2010; 11: 169
12. Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS): Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-003l.pdf
13. Kamper SJ, Maher CG, Hancock MJ, Koes BW, Croft PR, Hay E. Treatment-based subgroups of low back pain: a guide to appraisal of research studies and a summary of current evidence. Best Pract Res Clin Rheumatol 2010; 24: 181–91
14. Kent P, Keating JL, Leboeuf-Yde C. Research methods for subgrouping low back pain. BMC Med Res Methodol 2010; 10: 62
15. Strohmeier M. Unspezifische Rückenschmerzen gibt es nicht. MMW 2010; 152: 44–6
16. BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Heil-und-Hilfsmittelreport-2010/PDF-Pressmappe-HeHi-Report,property=Data.pdf>
17. van den Bussche H, Koller D, Kolonko T et al. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. BMC Public Health 2011; 11: 101
18. Chenot JF. Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Schmerz 2010; 24: 213–20
19. Chenot JF. Rückenschmerz – Qualitätsindikatoren für die Behandlung. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft GmbH, 2010