

Guidelines für Grundversorgende: Lumbale Rückenschmerzen

Amato Giani^a, Stefan Schäfer^a, Marzio Sabbioni^a, Heinrich Kläui^a, Ursula Frey^{a,b}

^a mednetbern; ^b beratende Ärztin

Lumbale Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten Diagnosen im Alltag von Hausärztinnen und Hausärzten. Obwohl meist selbstlimitierend und gutartig, gibt es auch gefährliche (ca. 1%) und weniger gefährliche, spezifisch zu behandelnde (ca. 10%) Ursachen von Rückenschmerzen, sowie chronische Verläufe (ca. 2–7%). Wegen ihrer Häufigkeit (Lebensprävalenz bis 90%) und hohen Kosten durch Arbeitsunfähigkeit/Invalidität und medizinische Behandlungen, sind Rückenschmerzen von grosser gesundheitspolitischer und -ökonomischer Bedeutung.

Ausgangslage, Zielsetzung, Fragestellung

Das Ärztenetzwerk *mednetbern* versucht mit der vorliegenden Guideline Hausarzt/-innen zu helfen, selbstlimitierende lumbale Rückenschmerzen von den seltenen gefährlichen oder den gezielt behandelbaren

Ursachen zuverlässig und rasch zu unterscheiden, sowie Chronifizierung und Invalidität zu verhindern, unter bestmöglicher Einsparung von Ressourcen. Alle Patient/-innen mit selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen sollen mit grosser Kompetenz durch die Hausärztinnen und Hausärzte behandelt werden können. Auch geben wir klare Hinweise, wann die Patient/-innen an die Spezialist/-innen weitergewiesen werden müssen, und welche nichtmedikamentösen Massnahmen und welche Medikamente wirksam sind. Jede Patientin und jeder Patient soll eine massgeschneiderte individuelle Behandlung erhalten. Die Guidelines von WHO [1], Europa [2], Amerika [3], UK [4], und Deutschland [5] sind wegen ihres Umfangs nur beschränkt praxistauglich. Die 60-seitige Schweizer Arbeit ist zwar immer noch lesenswert, aber veraltet (1998) [6]. Andere Schweizer Artikel befassen sich mit Teilaspekten (Diagnostik, Kosten) von Rückenschmerzen [7–9]. Da sich unsere hausärztliche Perspektive von derjenigen der Spezialist/-innen unterscheidet, finden auch Lehrbuchinhalte [10], ausgewählte Artikel und gewisse Choosing-Wisely-Empfehlungen [11–18] Eingang in diese Guideline.

Praxistipps

- Unsere Guideline zur Herangehensweise an das Krankheitsbild der lumbalen Rückenschmerzen soll die Hausarzt/-innen befähigen, mit grosser Sicherheit die wenigen gefährlichen oder spezifisch behandelbaren Ursachen vom Hauptanteil der selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen zuverlässig zu unterscheiden und jeder Patientin/jedem Patienten die optimale Behandlung zukommen zu lassen.
- Unergebige, frühe Bildgebungen und chirurgische Behandlungen sind beim Krankheitsbild der selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen unbedingt zu vermeiden.
- Das Risiko für eine Chronifizierung soll möglichst früh erkannt und thematisiert werden. Patient/-innen mit einem hohen Chronifizierungsrisiko sollen schon ab der zwölften Woche durch die gezielte Überweisung ins spezialärztliche Setting (multimodale Abklärungs- und Therapieprogramme) vor Invalidisierung bewahrt werden.
- Wenn Arbeitsplatzprobleme als Chronifizierungsfaktoren erkannt werden, müssen diese besprochen und angegangen werden (Betriebsärztin/-arzt, Vorgesetzte/-r, Case Manager, etc.).
- Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit sollte eine Meldung bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung und Frühintervention gemacht werden.

Beschreibung, Methodik

Die zugrundeliegenden Guidelines sind für uns verbindlich: global WHO, kontinental Europa und Amerika, national UK, D und CH. Ihr Inhalt wird, analog zu unseren bisherigen Guideline-Projekten

(mednetbern.ch/guidelines-publication.html) mit dem Wissen der 65 meist sehr erfahrenen Netzwerkmitglieder aus zehn Qualitätszirkeln im Vernehmlassungsverfahren abgeglichen und ergänzt. Aufnahme in unsere Guideline finden nur Fakten, welche die Kriterien der evidenzbasierten Medizin (EBM) erfüllen. Das Ergebnis ist eine Guideline in Form eines praktischen laminierten Faltblattes, neben einer allgemein und kostenlos zugänglichen elektronischen Version.

Nutzen, Ergebnisse

Die vom Ärztenetzwerk *mednetbern* entwickelte Methode zur Erarbeitung von Guidelines führt zum Ergebnis, dass Grundversorgende die für sie wesentlichen Aspekte komplexer Krankheitsbilder ihrer Domäne bestmöglich beherrschen. Nützliche Hilfsmittel für den Gebrauch im Praxisalltag (Download oder Kopiervorlage) wurden speziell für diese Guideline entwickelt (*mednetbern*-CDS-Tool, Gymnastik-Übungsbeispiele) oder situationsgerecht beigelegt (Graphiken, STarT-G-Fragebogen). Durch die oft überraschenden Erkenntnisse werden Anforderungen an ein Managed-Care-Setting erfüllt: Verbesserte Behandlungsqualität bei gleichzeitiger Einsparung von Kosten.

Wichtige praktische Ergebnisse werden in der Folge besprochen:

Definition

«Lumbale Rückenschmerzen sind ein Symptomenkomplex mit vielen, oft schwierig zu erfassenden Ursachen und Risikofaktoren, die das Auftreten begünstigen und den meist selbstlimitierenden Verlauf beeinflussen können. Leitsymptom: Schmerzen unterhalb des Rippenbogens bis oberhalb der Gesässfalten, mit oder ohne Ausstrahlung. Verlauf: üblicherweise selbstlimitierend, Rezidive sind häufig. Es besteht ein Risiko zur Chronifizierung mit dem Übergang in eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (zentralisierter Schmerz, F45.40).» Meist suchen wir in der Basisliteratur vergeblich nach einer Definition.

Anamnese

Eine genaue Anamnese erleichtert die Unterscheidung von gefährlichen und/oder speziell zu behandelnden Ursachen der lumbalen Rückenschmerzen von den selbstlimitierenden Formen. Die Risikofaktoren für eine Chronifizierung, zum Beispiel Be-



wegungsmangel, Rauchen, Alkohol oder psychische Faktoren, sind der Hausärztin/dem Hausarzt durch die oft langjährige Betreuung der Patient/-innen meist schon beiläufig bekannt, müssen aber für eine optimale Behandlung klar benannt und explizit berücksichtigt werden.

mednetbern-CDS (Clinical Decision Support)-Tool

Wir haben das *mednetbern*-CDS-Tool speziell für Grundversorgende als Unterstützung für den Einsatz bei der Erstkonsultation entwickelt. Gezielte Fragen nach ausgesuchten Zusatzsymptomen (z.B. Fieber, Exanthem) geben uns Hinweise auf die gefährlichen und/oder speziell zu behandelnden Krankheitsbilder. Die Antworten der Patient/-innen auf unsere klar formulierten Beispielfragen ermöglichen es uns, eine Verdachtsdiagnose zu stellen. Vorschläge zum empfohlenen Prozedere runden das Tool ab. Erst wenn die gefährlichen und/oder speziell zu behandelnden Erkrankungen ausgeschlossen bzw. sehr unwahrscheinlich sind, kann von der Arbeitsdiagnose »selbstlimitierende lumbale Rückenschmerzen« ausgegangen werden. Sämtlichen Hinweisen auf gefährliche Ursachen muss unverzüglich nachgegangen werden. *mednetbern* betrachtet Guidelines und CDS-Tools als wichtigste Grundlagen für die Integration von maschinellem Lernen und *data training* in intelligente e-health-Systeme [19].

Weitere Diagnostik

Alle Patient/-innen sollen einen problembezogenen klinischen Status erhalten. Solange von der Arbeitsdiagnose »selbstlimitierende lumbale Rückenschmerzen« ausgegangen wird und die konservativen Therapiemassnahmen nicht ausgeschöpft sind, muss auf frühe Bildgebungen und Laboruntersuchungen verzichtet werden. Die Vielzahl der dabei auftauchenden klinisch irrelevanten Befunde mit geringer Korrelation zu den Symptomen ist bekannt und unbestritten. Die von uns benannten Spezialuntersuchungen sollen von der Hausärztin/dem Hausarzt nur bei Verdacht auf gefährliche oder spezifische Rückenschmerzen verordnet werden.

Diagnose

Selbstlimitierende lumbale Rückenschmerzen liegen vor, wenn bei einer Schmerzdauer von weniger als zwölf Wochen keine gefährliche und/oder gezielt behandelbare andere Ursache erkennbar ist.

Differenzialdiagnose

Die mit dem *mednetbern*-CDS-Tool und den daraus folgenden Hinweisen präzisiert durchgeführte Diagnostik erlaubt die Abgrenzung von den nicht selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen, die gefährlich und/oder speziell zu behandeln sind.

Assessment

Das kombinierte Assessment der selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen ist die Grundlage für unsere therapeutischen Entscheidungen und die Erfassung des Chronifizierungsrisikos. Es soll eine strukturierte, patientenspezifische Behandlung ermöglichen und erfolgt in fünf Schritten:

- 1 **Schmerzdauer:** Drei Phasen der lumbalen Rückenschmerzen. Akut: <4 Wochen. Subakut/Übergangsphase: 4–12 Wochen. Chronifiziert: >12 Wochen.
- 2 **Schmerzintensität:** Visuelle Analogskala (VAS) (s. Graphik im Anhang zum Ausdrucken oder als Kopiervorlage) zum Beispiel für Verlaufsbeurteilung.
- 3 **Schmerzlokalisierung und -ausdehnung:** Schmerzzeichnung (s. Körperschema/-graphik im Anhang zum Ausdrucken oder als Kopiervorlage): Beispielsweise lokalisiert (umschriebene Pathologie) vs. symmetrisch, ausgedehnt (*widespread pain*).
- 4 **Beeinträchtigung der Funktion:** Einschränkungen in Arbeit, Haushalt, Freizeit müssen erfasst werden und dienen zur Verlaufsbeurteilung, um die Wirksamkeit der Therapie zu überprüfen.
- 5 (Nur bei Schmerzdauer >4 Wochen) **Stratifizierung des Chronifizierungsrisikos** nach StarT-G-Fragebogen [20] in die Schweregrade niedrig, mittel und hoch: (s. Tabelle im Anhang zum Ausdrucken oder als Kopiervorlage).

Therapieziel, Behandlungsstrategie, Verlauf, Therapiemassnahmen

Die aus den Erkenntnissen des Assessments resultierende Behandlung hat zum Ziel, Schmerzfreiheit, mindestens aber Schmerzreduktion und/oder Verbesserung der Funktion zu erreichen. Chronifizierung, Invalidisierung und Rezidive sollen vermieden werden.

Alle Patient/-innen sollen in den Genuss der allgemeinen Massnahmen kommen. Die Botschaft, dass die Erkrankung gutartig ist und dass Inaktivität und Ruhigstellung die Gefahr der Chronifizierung erhöhen, ist zentral. Partizipative Entscheidungen bestimmen die Festlegung des Prozederes gemeinsam mit der Pati-

entin/dem Patienten. Empfohlene Lifestylemassnahmen sind Muskeltraining, Aufforderung zur Gewichtsnormalisierung, Instruktionen zu Rückenergonomie, Haltung, Heben, Bücken etc. Bei körperlich schwerer Arbeit ist Arbeitsunfähigkeit bis zur nächsten Konsultation gegeben.

Anlässlich jeder Konsultation müssen Hinweise auf gefährliche oder nicht selbstlimitierende Verläufe (*mednetbern*-CDS-Tool, Status) gesucht sowie die Krankschreibung überprüft werden. Solange die Arbeitsdiagnose «selbstlimitierende lumbale Rückenschmerzen» aufrechterhalten werden kann, soll die Behandlung durch chirurgisch tätige Spezialisten vermieden werden, da kein Vorteil von einer Operation erwartet werden kann, bei potenziellen Nachteilen und hohen Kosten [21].

Drei Phasen der Erkrankung

Die Therapiemassnahmen und das weitere Management richten sich nach der Erkrankungsphase:

In der Akutphase (Schmerzdauer <4 Wochen) steht die symptomorientierte Therapie (allgemeine Massnahmen, Pharmakotherapie, evtl. zusätzlich nichtmedikamentöse Therapie, z.B. Chiropraktik) im Vordergrund. Während der subakuten Phase bzw. Phase der Weichenstellung (Schmerzdauer 4–12 Wochen) muss die Diagnose reevaluiert und eine bildgebende Diagnostik erwogen werden.

Chronifizierungsrisiko

Wenn trotz dieser Massnahmen die lumbalen Rückenschmerzen länger als zwölf Wochen andauern, so ist die Chronifizierungsphase erreicht.

Das Chronifizierungsrisiko kann mit Hilfe des StarT-G-Fragebogens beurteilt werden:

- Wenn das Risiko niedrig ist (≤ 3 Punkte), genügt die Intensivierung der Schmerztherapie, kombiniert mit nichtmedikamentösen Therapiemassnahmen, evtl. Weiterweisung an Spezialisten (z.B. Rheumatologe, Schmerzspezialist).
- Bei mittlerem Chronifizierungsrisiko (≥ 4 Punkte Fragen 1–9 und < 3 Punkte Fragen 5–9) zusätzlich Physiotherapie und Progressive Muskelrelaxation (PMR) oder *mindfulness based stress reduction* (MBSR).
- Bei hohem Chronifizierungsrisiko (≥ 4 Punkte Fragen 1–9 und > 4 Punkte Fragen 5–9) ist zusätzlich eine psychotherapeutische/psychiatrische Intervention notwendig. Arbeitsplatzprobleme müssen mit der Betriebsärztin/dem Betriebsarzt besprochen werden. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit sollte eine Meldung bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung und Frühintervention gemacht werden.

Nichtmedikamentöse Therapiemassnahmen

Die gängigen nichtmedikamentösen Therapiemassnahmen werden in den meisten Guidelines erwähnt, und es gibt gute Evidenz, welche wirksam sind (Tab. 1). Je nach Erkrankungsphase sollen nur die empfohlenen Massnahmen zur Anwendung kommen. Nicht empfohlene Massnahmen sollten vermieden werden. Die zahlreichen Therapiemassnahmen mit unserem Hinweis «kann je nach Situation eingesetzt werden» sind entweder umstritten oder nicht kassenpflichtig und können versucht werden, wenn die Patient/-innen es ausdrücklich wünschen. Die Fotos mit den Übungsbeispielen für ein Heimgymnastikprogramm eignen sich sehr gut für eine Instruktion in der Praxis und sollten allen Patient/-innen in der Praxis gezeigt und nach Hause mitgegeben werden.

Pharmakotherapie

mednetbern bevorzugt die Medikamente aus der WHO *Model List of Essential Medicines* [22].

1. NSAR Ibuprofen (3–4 $\times$ 600 mg/d), Diclofenac (3 $\times$ 50 mg/d), Nimesulid (2 $\times$ 100 mg/d) sind First-Line-Therapeutika zur Behandlung selbstlimitierender lumbaler Rückenschmerzen. Sie werden

Tabelle 1: Nichtmedikamentöse Therapiemassnahmen und deren Wirksamkeit.

Einzelne Massnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit	akut	subakut-chronisch
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	↑↑	↑↑
Bewegungstherapie mit edukativen Massnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien	↔	↑↑
Manuelle Therapie	↑	↑↑
MBSR (<i>mindfulness based stress reduction</i>)	↔	↑
Pilates, Tai Chi, Yoga	↔	↑
Akupunktur	↔	↔
Detonisierung (z.B. Massage)	↔	↔
Rückenschule(biopsychosozial)	↔	↔
Wärme- oder Kälteanwendungen	↔	↔
Therapeutischer Ultraschall oder Laser	↔	↔
Ergotherapie	↓↓	↔
Bettruhe	↓↓	↓↓
Taping, Kurzwellen-, Magnetfeldtherapie	↓↓	↓↓
Hilfsmittel (z.B. Orthesen, Schuheinlagen)	↓↓	↓↓

↑↑ empfohlen; ↔ kann je nach Situation eingesetzt werden; ↓↓ nicht empfohlen

zusammen mit einer Reserve aus Paracetamol ($4 \times 1 \text{ g/d}$) und Metamizol ($4 \times 1 \text{ g/d}$) verordnet. Beginn mit der maximalen Tagesdosis und Heruntertitrieren auf die niedrigste wirksame Dosis. Protonenpumpeninhibitoren (PPI) bei Risikofaktoren für Blutungen des Gastrointestinaltrakts.

2. Opioide (Tramadol, Oxycodon) sollen nur in Einzelfällen (z.B. ungenügende Wirkung der First-Line-Therapie) verordnet werden. Ihre Vorteile sind klein, die potenziellen Nachteile (z.B. Sucht) gross. Grundsatz: nur *slow-release*-Galenik, aber keine transdermalen Opioide. Herauf- und Heruntertitrieren auf die niedrigste wirksame Dosis. Höchstdosis (bei nicht-tumorassoziierten Schmerzen): 40 mg Oxycodon/Tag. Die Bedarfsmedikation mit nicht-retardierten Opioiden ist zu vermeiden.
3. Antidepressiva (Amitriptylin, Duloxetine) kommen bei chronischen Rückenschmerzen und komorbider Depression zum Einsatz.

Zentrale Muskelrelaxantien [23] und Antiepileptika sind bei selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen nicht hilfreich.

Wichtig: Parenterale Injektionen von NSAR oder anderen Substanzen sind nicht empfohlen. Gleiches gilt auch für andere invasive Therapien ohne klare, spezifische Ursache der Rückenschmerzen.

Die Wirksamkeit der Medikation soll in der Akuttherapie alle zwei Wochen, in der Langzeittherapie alle zwölf Wochen überprüft werden. Bei Nichterreichen des Behandlungsziels soll die Therapie abgesetzt werden.

Therapie bei Verdacht auf Chronifizierung und/oder zentralisiertem Schmerz

Wenn trotz dieser Massnahmen die Chronifizierungsphase (Schmerzdauer >12 Wochen) erreicht wurde, müssen multimodale Abklärungs- und Therapieprogramme (durch Spezialist/-innen) herangezogen werden, wie sie zur Behandlung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) oder eines zentralisierten Schmerzes empfohlen sind.

Traumatisierung, Flucht, Migration

Rückenschmerzen im Zusammenhang mit Traumatisierung, Flucht und Migration haben ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko, und bedürfen häufig zusätzlich einer psychotherapeutischen Behandlung.

Arbeitsfähigkeit, Fahreignung

Wenn die Rückenschmerzen die Funktion beeinträchtigen, so ist vor allem bei schwerer körperlicher Arbeit eine Krankschreibung nötig. Die Wiederaufnahme der Arbeit ist so schnell als möglich anzustreben. In der Schweiz sind 25% der wegen Rückenschmerzen krankgeschriebenen Patient/-innen nach maximal 60 Tagen, 50% nach maximal 100 Tagen wieder arbeitsfähig. Besorgniserregend ist, dass 25% der krankgeschriebenen Patient/-innen mit Rückenschmerzen länger als 200 Tage arbeitsunfähig sind. Von denjenigen mit mehr als 300 Tagen Arbeitsunfähigkeit kehrt nur noch jede/r Zweite jemals wieder ins Arbeitsleben zurück [24].

Vom Autofahren ist bei Arbeitsunfähigkeit bzw. schwerer Beeinträchtigung der Funktion abzuraten. Während der Einstellung oder Dosisanpassung von Opioiden ist Autofahren verboten, danach bedarf es einer kritischen Einzelfallbeurteilung. Swissmedic-Warnhinweise betreffend Fahreignung gibt es auch für alle NSAR, Antidepressiva und Metamizol.

Bildnachweis

© Bignai | Dreamstime.com

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Den Online-Appendix «Guideline Lumbale Rückenschmerzen» von *mednetbern* finden Sie mit dem *mednetbern*-CDS-Tool und den Gymnastikübungsbeispielen in der Online-Version dieses Artikels unter: <https://doi.org/10.4414/phc-d.2020.10152>.

Korrespondenz:
Dr. med. Amato Giani
Facharzt FMH für
Allgemeine Innere Medizin
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
[amato.giani\[at\]hin.ch](mailto:amato.giani[at]hin.ch)