

# Diagnose und Behandlung von Rückenschmerzen

Gemeinsame Praxisleitlinie des American College of Physicians und der American Pain Society

Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten Gründen für Arztbesuche, und sie neigen zur Chronifizierung. Um die behandelnden Ärzte beim Management von Patienten mit Rückenschmerzen zu unterstützen, haben das American College of Physicians und die American Pain Society eine gemeinsame evidenzbasierte Praxisleitlinie erarbeitet.

---

## ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

---

### Diagnostik bei Rückenschmerzen

#### Empfehlung 1: Klassifikation der Patienten

Nach einer fokussierten Anamnese und körperlichen Untersuchung sollte der Arzt Patienten mit Rückenschmerzen einer der drei folgenden Kategorien zuordnen:

- unspezifische Rückenschmerzen
- Rückenschmerzen, die möglicherweise mit einer Radikulopathie oder Spinalstenose einhergehen
- Rückenschmerzen, die potenziell mit einer anderen spinalen Ursache (Tumor, Infektion, Cauda-equina-Syndrom etc.) assoziiert sind.

Bei der Anamnese sollten auch psychosoziale Risikofaktoren erfasst werden, die ein Prädiktor für chronische, mit Funktionseinschränkungen einhergehende Rückenschmerzen sind. Bei über 85 Prozent der Patienten, die sich dem Hausarzt vorstellen, können die Rückenschmerzen nicht sicher auf eine spezifische Erkrankung oder eine spinale Ursache zurückgeführt werden (unspezifische Rückenschmerzen). Nur bei einer Minderheit der Patienten, die sich zur Erstuntersuchung von Rückenschmerzen dem Hausarzt vorstellen, sind die Schmerzen auf eine spezifische Ursache wie Kompressionsfraktur (4%), Krebs (ca. 0,7%) oder spinale Infektion (0,01%) zurückzuführen.

## Merksätze

- Patienten mit Rückenschmerzen sollten in drei Gruppen eingeteilt werden (unspezifische Rückenschmerzen, Rückenschmerzen mit möglicher Radikulopathie/Spinalstenose, Rückenschmerzen mit potenzieller anderer spinaler Ursache).
- Für die meisten Patienten mit Rückenschmerzen kommen als Medikamente erster Wahl Paracetamol oder NSAR in Betracht.
- Führen Selbstmanagementmassnahmen nicht zum Erfolg, sollten zusätzliche nicht medikamentöse Verfahren wie spinale Manipulationen, krankengymnastische Übungen oder eine interdisziplinäre Rehabilitation erwogen werden.

Mithilfe einer fokussierten Anamnese und körperlichen Untersuchung ist es möglich, die Wahrscheinlichkeit einer zugrunde liegenden spezifischen Erkrankung einzuschätzen. Darüber hinaus sollte der Arzt darauf achten, ob eine neurologische Beteiligung vorliegt und wie ausgeprägt diese ist (ein Ischiasyndrom oder eine Pseudoclaudicatio weisen auf eine Radikulopathie/Spinalstenose hin). Ein solches Vorgehen dürfte die Einteilung der Patienten in die drei oben genannten Kategorien erlauben.

#### Empfehlung 2: Diagnostik bei unspezifischen Rückenschmerzen

Bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen sollten bildgebende Verfahren oder andere diagnostische Tests nicht routinemässig durchgeführt werden.

Es besteht keine Evidenz, dass eine routinemässig durchgeführte Röntgennatvaufnahme bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen zu besseren Ergebnissen führt als selektiv durchgeführte bildgebende Untersuchungen. Auch sollte eine unnötige Strahlenbelastung der Patienten vermieden werden. Dies ist gerade bei jungen Frauen von Bedeutung, denn LWS-Röntgenaufnahmen in zwei Ebenen führen zu einer

erheblichen Strahlenbelastung der Gonaden. Auch die routinemässige Durchführung von CT- und MRI-Untersuchungen geht nicht mit verbesserten Ergebnissen einher – identifiziert aber oft radiologische Auffälligkeiten, die mit den Symptomen schlecht korrelieren und zu weiteren, potenziell unnötigen Interventionen führen.

**Empfehlung 3: Diagnostik bei neurologischen Ausfällen/Grunderkrankungen**

Wenn Patienten mit Rückenschmerzen progrediente neurologische Ausfälle aufweisen oder wenn aufgrund der Anamnese und körperlichen Untersuchung der Verdacht auf eine ernste Grunderkrankung besteht, sollten bildgebende Verfahren und weitere diagnostische Tests eingesetzt werden.

Eine prompte Abklärung mittels MRI oder CT wird bei Patienten mit schweren oder progredienten neurologischen Ausfällen empfohlen sowie für Patienten, bei denen eine schwere Grunderkrankung vermutet wird (vertebrale Infektion, Cauda-equina-Syndrom oder Krebs mit drohender Rückenmarkskompression).

**Empfehlung 4: bildgebende Verfahren bei persistierenden Rückenschmerzen**

Bei Patienten mit persistierenden Rückenschmerzen und Zeichen einer Radikulopathie oder Spinalstenose sollte nur dann eine Kernspintomografie oder eine Computertomografie erfolgen, wenn die Patienten potenzielle Kandidaten für eine Operation oder eine epidurale Steroidinjektion (zur Behandlung einer vermuteten Radikulopathie) sind.

Bei den meisten Patienten bessert sich die Symptomatik eines lumbalen Bandscheibenvorfalls mit Radikulopathie unter konservativer Therapie innerhalb von vier Wochen.

Eine MRI-Untersuchung oder ein CT wird für Patienten mit persistierenden, ins Bein ausstrahlenden Schmerzen empfohlen, die potenzielle Kandidaten für einen invasiven Eingriff sind. Doch ist zu bedenken, dass MRI- und CT-Befunde oft unspezifisch sind. Für die Entscheidung, ob tatsächlich eine spezifische invasive Intervention erfolgen soll, muss im Allgemeinen ein Spezialist hinzugezogen werden.

**Behandlung von Rückenschmerzen**

**Empfehlung 5: Aufklärung der Patienten und Selbstmanagement**

Ärzte sollten ihren Patienten evidenzbasierte Informationen erteilen. Die Patienten sollten über den erwarteten Krankheitsverlauf informiert und zu körperlicher Aktivität angehalten werden. Ausserdem müssen Rückenschmerzpatienten darüber aufgeklärt werden, wie sie sich im Alltag rückengerecht verhalten können (Selbstmanagement).

Patientenratgeber, die auf evidenzbasierten Leitlinien beruhen, werden empfohlen. Sie sind kostengünstig, ergänzen die Informationen des Arztes über rückengerechtes Verhalten und haben ähnlich günstige Effekte wie eine überwachte Übungstherapie, Akupunktur, Massage oder spinale Manipulationen.

**Empfehlung 6: medikamentöse Massnahmen**

Bei Patienten mit Rückenschmerzen sollte der Einsatz von Medikamenten mit nachgewiesener Wirksamkeit erwogen werden. Gleichzeitig muss eine Patientenschulung über rückengerechtes Verhalten erfolgen. Vor Beginn der Therapie sollte der Arzt die Schmerzen und funktionellen Einschränkungen des Patienten erfassen und Nutzen und Risiken sowie langfristige Wirksamkeit und Sicherheit der angestrebten Behandlung bedenken. Für die meisten Patienten kommen als Medikamente erster Wahl Paracetamol oder nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) infrage.

**Empfehlung 7: nichtmedikamentöse Massnahmen**

Führen Selbstmanagementmassnahmen nicht zu einer Besserung der Beschwerden, sollte der Arzt zusätzlich eine nicht medikamentöse Therapie mit nachgewiesener Wirksamkeit in Erwägung ziehen. Es stehen verschiedene Behandlungsoptionen zur Verfügung:

- bei akuten Rückenschmerzen (Dauer < 4 Wochen): spinale Manipulationen
- bei subakuten (Dauer > 4 bis 8 Wochen) oder chronischen Rückenschmerzen: intensive interdisziplinäre Rehabilitation, Übungsbehandlung, Akupunktur, Massagetherapie, spinale Manipulationen, Yoga, kognitive Verhaltenstherapie oder progressive Muskelrelaxation. ■

R. Chou et al.: Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann. Intern. Med.* 2007; 147: 478-491.

Interessenkonflikte: Der Erstautor gibt an, Honorare von Bayer Healthcare Pharmaceuticals erhalten zu haben; ein weiterer Autor wurde von verschiedenen Pharmafirmen mit Stipendien unterstützt.

*Andrea Wülker*