

Bei Bedarf können kurzfristig Analgetika verordnet werden. Unbedingt abzuraten sei von Schonung, und auch Physiotherapien seien wegen ihrer passiven Natur zunächst nicht sinnvoll. Außerdem ist eine längere Krankschreibung in der Regel nicht zielführend. Persistieren die Schmerzen trotz leitliniengerechter Versorgung über zwölf Wochen und schränken den Alltag des Patienten ein, sollte die Indikation für eine multimodale Schmerztherapie geprüft werden. Liegen psychosoziale Risikofaktoren vor („yellow flags“), ist diese bereits nach sechs Wochen in Erwägung zu ziehen.

Multimodale Therapie

Die multimodale Schmerztherapie (MMS) gilt als Goldstandard zur Behandlung von Patienten, deren Schmerzen über mindestens sechs Monate anhalten. Die ambulant, tagesstationär oder vollstationär durchgeführte Maßnahme basiert auf einer präzisen Schmerzdiagnose. Nach einem vorgegebenen Therapieplan werden somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren einem unter den verschiedenen Experten abgesprochenen Ziel untergeordnet. Störungsspezifische Behandlung in Gruppen haben sich ganz besonders bewährt. Typische Kleingruppen setzen sich aus höchstens acht Teilnehmern zusammen. Allerdings müssen die Patienten reichlich Geduld mitbringen, denn es hat sich gezeigt, dass gute Effektstärken und eine nachhaltige Verbesserung der Funktion nur durch intensive Therapie mit mindestens 100 Stunden erreicht werden. Um so viel Energie aufzubringen, muss der Patient motiviert werden.

Die Effektivität der MMS ist vielfach belegt worden. Bei den Patienten konnte beispielsweise ein Rückgang der AU-Tage um 75% erzielt werden, und die Zahl der Arztbesuche halbierte sich.

Viele unzureichende Ansätze

Im Vergleich zu den Nachbarländern werden hierzulande noch immer besonders viele operative Eingriffe an der Wirbelsäule vorgenommen. Dass eine chirurgische Maßnahme aber in den allermeisten Fällen möglicherweise unnötig, wenn nicht gar kontraproduktiv ist, hat eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie demonstriert. Sie hat ein „Projekt zur integrierten Versorgung von Rückenschmerzen“ angestoßen, das bei Patienten mit Operationsindikation vorsieht, eine Zweitmeinung einzuholen. Das Ergebnis:

In 89% der Fälle zweifelte der hinzugezogene Schmerzspezialist die Indikation zur Op. an, nur bei jedem zehnten Patienten wurde sie bestätigt. Besonders in der Kritik stehen derzeit auch sogenannte Wirbelsäulenzentren, so Böger, da sie oft nicht über die notwendige Interdisziplinarität verfügten, sondern eher als Portal für operative Interventionen dienen würden.

In deutschen Klinikambulanzen wurden in den letzten Jahren immer mehr Schmerzeinrichtungen gegründet, aber offenbar hapert es häufig an der Qualität. Zwar gaben in einer Umfrage 80% von ihnen an, multimodal zu behandeln, doch tatsächlich verfügten nur 5% der Klinikambulanzen über die nötigen psychologischen und physiotherapeutischen Qualifikationen. Unter den stationären Einrichtungen bekundeten 32%, ihren Patienten eine schmerztherapeutische Behandlung anzubieten, aber auch hier bestanden große Unterschiede in Art und Umfang. So bestehe laut Böger eine „stationäre Komplexbehandlung“ häufig vorrangig aus periradikulären Injektionen und Gerätetraining und erreiche eine viel geringere Effektstärke als die MMS nach den Richtlinien der Schmerzgesellschaften.

Unsicherheiten gibt es auch bei der Versorgung mit Analgetika. Schmerzmittel wie nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) sollten wegen ihres beträchtlichen Nebenwirkungspotenzials von Patienten mit chronischen Schmerzen nur kurzfristig und im Rahmen kombinierter Verfahren eingenommen werden. Dennoch ist ihre Einnahme noch immer auch über längere Zeiträume üblich.

Die umstrittenen Opioide werden in der aktuell überarbeitete S3-Leitlinie LONTS (Langzeitanwendung von Opioiden zur Behandlung bei nicht tumorbedingten Schmerzen) vom September 2014 auch weiterhin empfohlen. Opioidhaltige Schmerzmittel sind u.a. bei chronischem Rückenschmerz in Verbindung mit weiteren Maßnahmen für die befristete ein- bis dreimonatige Therapie indiziert. Tritt die gewünschte Schmerzlinderung bzw. Funktionsverbesserung nicht ein, ist die Fortsetzung der Opioidtherapie kontraindiziert. Bei individuellem Ansprechen kann laut LONTS, unter Beachtung der Möglichkeiten von Dosisreduktion und Auslassversuch, über drei Monate hinaus mit Opioiden behandelt werden. *(Christine Starostzik)*

Literaturliste beim Verlag;

Böger, A. *NeuroTransmitter* 2014;25(7-8):32-38

NSAR versus Coxibe

In einer groß angelegten Metaanalyse haben sich Forscher mit dem Für und Wider der Schmerzmittel auseinandergesetzt: Während COX-2-Hemmer und Diclofenac das Risiko vaskulärer Ereignisse erhöhen, kam es unter Naproxen und Ibuprofen vermehrt zu gastrointestinalen Komplikationen, u.a. obere GI-Blutungen. Diese können durch die Gabe von PPI reduziert werden. Leider gab es keinen Zusammenhang zwischen vaskulären Risikofaktoren und dem erhöhten Risiko von vaskulären Komplikationen. Daher kann dies für eine Auswahl nicht herangezogen werden.

Lancet. 2013; 382(9894):769-79

Einstiegsdosis gegen Durchbruchschmerzen

Die Titration von Fentanyl-Tabletten bei Durchbruchschmerzen wurde in einer europäischen Studie untersucht. Die 330 Teilnehmer erhielten als Initialdosis entweder 100 oder 200 µg bukkales Fentanyl. Wirksame Dosen lagen bereits bei 200 (39,6%) oder 400 µg (26,9%). Mit der höheren Einstiegsdosis erreichten mehr eine wirksame Dosis: 81,4% vs. 75,2%. Trotz fehlender Signifikanz empfehlen die Studienautoren die höhere Einstiegsdosis, da schneller auf die wirksame Dosis auftitriert werden kann.

Kleeberg UR et al. EJP 2014; online 2. Sept. 2014

Kreuzschmerz: Wie die Eltern, so die Kinder?

In Familien, in denen beide Elternteile unter Rückenbeschwerden leiden, haben die erwachsenen Kinder überdurchschnittlich häufig ebenfalls damit zu kämpfen (OR 2,6). Am deutlichsten zeigte sich die familiäre Belastung, wenn beide Eltern gleichzeitig mehrere Schmerzorte an der Wirbelsäule angaben (OR 3,1). Norwegische Forscher untersuchten hierzu Daten von 11.081 Familien, die an der norwegischen HUNT-Studie teilgenommen hatten.

Eur J Pain 2014; online 29. September; doi: 10.1002/ejp.599