



Das Vermeiden der Chronifizierung unspezifischer lumbaler Rückenschmerzen

Teil 1. Hintergründe der Chronifizierung, Handlungsbedarf in den Phasen des Verlaufs

Peter Keel^a, Hans Schwarz^b, Peter Brem^c, Catherine Operschall^a

Bethesda-Spital, Basel

^a Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, ^b Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, ^c Abteilung für Physiotherapie

Quintessenz

- Der chronische Verlauf unspezifischer Rückenschmerzen stellt nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für das Sozialversicherungssystem eine grosse Belastung dar. Entsprechende Fälle sind in industrialisierten Ländern in den letzten Jahren zu einem der häufigsten Gründe für eine vorzeitige Invaliderität und den Bezug einer Invalidenrente geworden.
- Die Chronifizierung hängt nicht vom Schweregrad des somatischen Befundes ab. Eine Schmerzausstrahlung in die Beine ist zwar ein prognostisch ungünstiger Faktor, jedoch haben umfangreiche Forschungsarbeiten belegt, dass rein medizinische (inkl. arbeitsmedizinische) Ursachen nicht für die Zunahme der invalidisierenden Verläufe verantwortlich gemacht werden können.
- Chronische Verläufe sind trotz Fortschritten in Diagnostik und Therapie sowie erleichterten Arbeitsbedingungen im Steigen begriffen, wobei dieses Phänomen weitgehend auf hochindustrialisierte Länder beschränkt bleibt.
- Die Persistenz der Beschwerden kann nicht auf bestimmte Einzelursachen zurückgeführt werden, sondern kommt durch eine komplexe Interaktion biologischer, psychosozialer und beruflicher Faktoren zustande, die eine Chronifizierung nach sich ziehen können. Diesen muss frühzeitig Beachtung geschenkt werden, um den Verlauf günstig zu beeinflussen.
- Weitere Einflüsse liegen in der medizinischen Versorgung und der wirtschaftlichen Lage: Je besser das medizinische Angebot und die Versicherungsleistungen ausgebaut sind, desto mehr werden Leistungen in Anspruch genommen. Je mehr Behandlung, desto länger dauert die Arbeitsunfähigkeit, und entsprechend steigen die Kosten. Die Anwendung evidenzbasierter Richtlinien hilft nicht nur, unnötige Kosten zu sparen, sondern beschleunigt auch die Wiederaufnahme der Arbeit.
- Die wirtschaftliche Lage und die Situation in der Arbeitswelt haben ebenfalls einen Einfluss: In Boomzeiten und bei einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen nimmt die Zahl der Krankheitsfälle und Arbeitsausfälle wegen Rückenschmerzen besonders stark zu, während eine Rezession zu einem Rückgang führt. Der Arzt hat zwar wenig Einfluss auf den zunehmenden Stress in der Arbeitswelt, um so wichtiger ist es aber, psychosoziale Belastungsfaktoren auf der Seite des Patienten frühzeitig anzugehen.

Summary

Unspecific low back pain: avoiding chronicity. Part 1. Background of chronicity, action required in the phases of the disease



- *A chronic course in unspecific back pain is a major burden not only for the patients themselves but for social insurance. In industrialised countries it has in recent years become one of the commonest grounds for premature disability and disability pensions.*

Die Rolle des Arztes bei der Chronifizierung

Diagnostik: die meist vergebliche, unermüdlige Suche nach einer Einzelursache

Das traditionelle linear-kausale Krankheitsmodell der Akutmedizin stösst beim Verständnis persistierender unspezifischer Kreuzschmerzen an seine Grenzen. Wenn kein ernsthafter Verdacht auf eine spezifische Ursache besteht, trägt die fortgesetzte Suche nach einer Einzelursache zu einer Chronifizierung bei. Weitere Untersuchungen ohne klare Indikation fördern oftmals irrelevante Anomalien oder degenerative Veränderungen der Wirbelsäule zutage, die dann als alleinige Ursache der Schmerzen interpretiert werden [1]. Die Effizienz eines solchen Vorgehens wird – nach Ablauf der akuten Schmerzphase von wenigen Tagen – zunehmend angezweifelt [2]. Bisher konnte nicht gezeigt werden, dass die verschiedenen interventionellen Schmerztherapien eine Chronifizierung zu verhindern vermögen (siehe Teil 2 dieses Artikels im nächsten Heft).

Entweder körperlich oder psychisch bedingt? Die Falle der Dichotomie von Soma und Psyche

Lässt sich keine organische Ursache der Symptome finden, wird oft eine psychische Einzelursache vermutet («psychosomatische oder psychogene Schmerzen»). Dieses dichotome Denken («wenn nicht somatisch bedingt, dann psychogen») geht von veralteten Konzepten der Psychosomatik aus. Eine fassbare psychische Einzelursache liegt selten vor, vielmehr handelt es sich meistens um eine komplexe Interaktion körperlicher, psychischer, sozialer und iatrogenen Faktoren (Tab. 1 , Abb. 1 ) , wobei Untersuchungen gezeigt haben, dass sich bei Patienten mit chronischen Schmerzen die physische Funktion durch psychologische und soziale Faktoren sogar besser vorhersagen lässt als durch biomedizinische Fakten [4].

Der Patient ist sich seiner psychischen Belastungen vielfach nicht bewusst, weshalb eine Überweisung an einen Psychologen oder einen Psych-

- *Chronicity does not depend on the severity of the somatic findings. Although pain radiating into the legs is an unfavourable prognostic factor, a large body of research shows that purely medical (including occupational) factors cannot be held responsible for the increase in disabling disease courses.*
- *Despite progress in diagnosis and therapy there is a constant increase in chronic cases, a feature which remains largely confined to highly industrialised countries.*
- *Persistence of symptoms cannot be ascribed to particular individual causes but arises from a complex interaction of biological, psychosocial and occupational factors which may further the chronic course. They require early attention if the disease is to be favourably influenced.*
- *Further influential factors are medical care and the economic situation: the more developed the medical care offering and insurance benefits, the greater the claims on care and benefits. The greater the availability of treatment, the longer work incapacity lasts and the more costs rise. The use of evidence-based guidelines not only helps to reduce unnecessary costs but speeds the return to work.*
- *The economic situation and the labour market also have an influence: in boom times and when working conditions deteriorate there is an especially sharp rise in cases of illness and in working days lost to back pain, while in recessions the reverse is the case. Although the physician has little influence over growing stress at the workplace, early action to counter the patient's psychosocial stress factors is nevertheless highly important.*

iatier oftmals keinen Erfolg hat. Der Patient fühlt sich mit seinen Beschwerden nicht ernst genommen, der Arzt wehrt sich vielleicht gegen seine eigene Hilflosigkeit, indem er die Schuld dem Patienten zuschiebt und diesem mangelnde Kooperation oder gar Aggravation vorwirft. Solche Frustrationen und Missverständnisse führen zu einer rapiden Verschlechterung der Arzt-Patienten-Beziehung und begünstigen eine Chronifizierung.

Auswege aus der Gefahr der Chronifizierung

Paradigmenwechsel: die bio-psycho-soziale Sicht

Um dieser ungünstigen Entwicklung entgegenzuwirken, ist für den Umgang mit Kreuzschmerzen eine ganzheitliche Sicht notwendig, die verschiedene biologische, psychologische und soziale (einschliesslich der beruflichen) Dimensionen des Leidens in einem systemischen Modell zusammenführt [5]. Dies setzt einen Wechsel von der traditionellen hierarchischen Arzt-Patienten-Beziehung zu einer therapeutischen Haltung voraus, die von der Partnerschaftlichkeit und der Zusammenarbeit mit dem Patienten geprägt ist. An die Stelle einer Behandlung mit dem Ziel der Schmerzfremheit tritt eine Beratung für ein (trotz Schmerzen) möglichst beschwerdearmes Leben sowie für die Wiedererlangung der grösstmöglichen Funktionsfähigkeit (siehe unten).

Klare Leitlinien: den chronischen Verlauf frühzeitig erkennen und verhindern

Auf dem aktuellen Wissensstand basierende Richtlinien (Guidelines) für Abklärung und Behandlung sollen helfen, einer Chronifizierung vorzubeugen. Eine Übersicht über die ganze Problematik (auch zur Quintessenz) findet sich bei Gordon Waddell [2], der verschiedene in den letzten Jahren publizierte Leitlinien für die Abklärung und Behandlung von Rückenschmerzen diskutiert. Die folgenden Ausführungen basieren weitgehend auf den Empfehlungen für die Abklärung und Behandlung von Kreuzschmerzen der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH [6]. Sie wurden im Rahmen einer fachlich breit abgestützten Präventionskampagne aufgrund der internationalen Literatur, anerkannter ausländischer Richtlinien [7, 8] sowie der Erfahrungen des Nationalen Forschungsprogramms 26B [9] verfasst. Die einzelnen Therapieempfehlungen wurden grösstenteils der Basisdokumentation [10] dieser Kampagne entnommen und durch den Einbezug der aktuellsten Literatur auf den neuesten Stand gebracht.

Kernpunkte dieses Abklärungs- und Behandlungskonzeptes für akute Kreuzschmerzen sind:


- Warnzeichen (sog. «red flags», Tab. 2 ) , die weitere Abklärungen nötig machen, müssen

Tabelle 1. «Risikofaktoren» für die Chronifizierung von Rückenschmerzen.

Schmerzsymptomatik
Frühere Schmerzepisoden ¹
Schmerzausstrahlung ins Bein, vor allem unterhalb des Knies ¹
Zeichen der Nervenwurzelreizung ¹
Andere Symptome
Schlechter allgemeiner Trainingszustand ²
Allgemein schlechte Gesundheit ²
Starker Nikotinkonsum ¹
Alter >50 Jahre ²
Psychosoziale Faktoren
Zeichen von Angst und Depressivität ²
Ungünstige Selbstprognose ²
Ungünstiges Coping: Katastrophisieren ¹
Belastende Lebensprobleme (Familie, Beruf) ^{1 oder 2}
Arbeitsituation
Geringe Schulbildung, unqualifizierte Arbeit ¹
Unzufriedenheit mit der Arbeit ¹
Fehlende Vertrauensperson am Arbeitsplatz ¹
Unsicherer Arbeitsplatz ^{1 oder 2}
Verlust der Arbeitsstelle ³
Rentenwunsch/Rechtsstreit ³

Wahrscheinlicher (hauptsächlicher) zeitlicher (kausaler) Zusammenhang:

¹ Eher primär vorhanden,

² Möglicherweise sekundäres Phänomen,

³ Eher Folge des chronischen Verlaufs

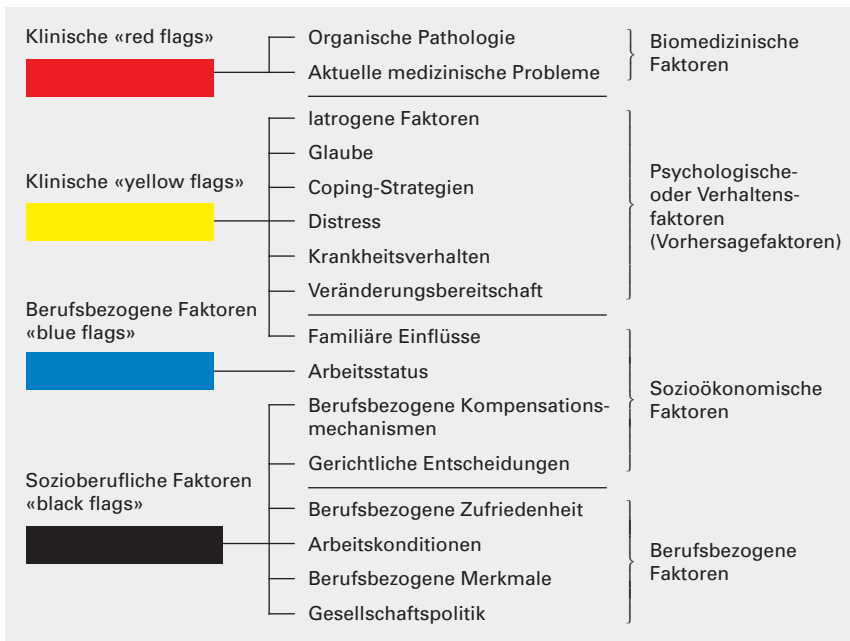


Abbildung 1
 Psychosoziale Risikofaktoren: «yellow», «blue» und «black flags»
 (adaptiert nach Main/Spanswick [3]).

Tabelle 2. Hinweise auf eine spezifische Ursache (Warnzeichen, «red flags»).

Alter <20 oder >50 Jahre
Malignom in der Anamnese
Unerklärbarer Gewichtsverlust
Adäquates Trauma
Zunehmende Schmerzen
Keine Besserung mit Bettruhe
Vorwiegend Nachtschmerzen
Morgensteifigkeit über eine Stunde
Intravenöser Drogenkonsum
Langdauernde Cortisonbehandlung
Gleichzeitige Urininfektion
Gleichzeitige Hautinfektion
Blasen- und Mastdarmfunktionsstörung

rasch erkannt werden. Ohne solche Warnzeichen sind über eine gezielte klinische Untersuchung hinaus keine weiteren Abklärungen (z.B. Röntgen oder Labor) erforderlich.

- Risiken eines chronischen Verlaufs (Tab. 1) frühzeitig erkennen und entsprechend handeln. Die psychosozialen Risikofaktoren werden unterteilt in *psychologische oder Verhaltensfaktoren* («yellow flags»), *sozioökonomische* («blue flags») und *berufsbezogene* («black flags») Faktoren, wobei diese stark miteinander verknüpft sind (Abb. 1).
- Die Schmerzen nicht nur in ihren somatischen, sondern auch in ihren psychosozialen und kulturellen Dimensionen erfassen, ohne sie dabei zu verharmlosen.

- Die therapeutischen Massnahmen auf das Ziel der Erhaltung der Funktionstüchtigkeit ausrichten; passive Behandlungen oder die Verordnung von Ruhe und Schonung auf das absolut notwendige Minimum beschränken respektive in einen Zusammenhang mit den therapeutischen und Alltagsaktivitäten bringen.
- Eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung etablieren und dadurch beim Patienten die aktive Beteiligung an der Behandlung sowie die Mobilisation der Ressourcen fördern.
- Die Möglichkeiten einer interdisziplinären Zusammenarbeit nutzen und den Patienten wenn nötig für eine multimodale, integrierte Intensivrehabilitation oder eine begleitende Psychotherapie motivieren.
- Beherrschung der zur Erreichung dieser Ziele notwendigen Kommunikations- und Beratungstechniken; Reflexion der eigenen Rolle bei Beziehungsschwierigkeiten oder Kommunikationsstörungen (Umgang mit «schwierigen Patienten»).

Richtlinien vergleichbaren Inhalts wurden in mehreren Studien auf ihre Wirksamkeit, Sicherheit und das Kosten-Nutzen-Verhältnis untersucht. Schmerzen, Behandlungsbedürftigkeit, Krankheitstage und Kosten gingen signifikant stärker zurück als bei konventionellen Behandlungsformen. Die nach Richtlinien betreuten Patienten erlebten die Therapie öfter als sehr hilfreich und wurden häufiger ganz von ihren Schmerzen befreit [11].

Nicht zu früh, nicht zu spät: die richtigen Massnahmen zum richtigen Zeitpunkt

Die Empfehlungen für die Abklärung und Behandlung von akuten und persistierenden Kreuzschmerzen sind in Form von kommentierten Entscheidungsbäumen (Algorithmen, Tab. 3) aufgrund eines Zeitplans in vier Schritte unterteilt:

1. Akute Kreuzschmerzen: initiale Beurteilung
 Bei einer *akuten Schmerzepisode* sollte mit einer gezielten Anamnese und Untersuchung nach Hinweisen auf eine spezifische Ursache gesucht, allenfalls müssen entsprechende Abklärungsmassnahmen in die Wege geleitet werden. Liegen keine Warnzeichen (Tab. 2) für neurologische Ausfälle, eine Fraktur, ein entzündliches Leiden oder eine Neoplasie vor, sind zunächst keine weiteren Abklärungen indiziert. Normale Abklärungsergebnisse vermögen dabei den Patienten oft nicht zu beruhigen und kompensieren möglicherweise die Angst nicht, die durch ihre Verordnung erzeugt wurde [12].

Tabelle 3. Ziele der vier Entscheidungsbäume (Algorithmen).

1. Akute Kreuzschmerzen: initiale Beurteilung
Spezifische und folgenschwere Ursachen ausschliessen
Probleme der kranken Person als Ganzes verständlich machen (somatisch – psychisch – sozial)
Untersuchungsbefunde festhalten
Nötige Zusatzuntersuchungen beurteilen und entscheiden
2. Akute unspezifische Kreuzschmerzen: Vorgehen und Behandlung
Problem gemeinsam definieren («shared understanding»)
Schmerzen lindern
Geeignete Behandlungsmöglichkeiten wählen
Zurückführen zur normalen Alltagsaktivität
Andauern des Funktionsverlustes vermeiden
3. Kreuzschmerzen von mehr als vier Wochen Dauer: Beurteilung
Mit Zusatzuntersuchungen spezifische Ursache ausschliessen
Mit positiven Kriterien Diagnose der unspezifischen Kreuzschmerzen sichern
Biopsychosoziale Faktoren beurteilen
Risiken eines chronischen Verlaufs erkennen
4. Kreuzschmerzen von mehr als vier Wochen Dauer: therapeutisches Vorgehen
Massnahmen zur raschen Wiedererlangung der Funktionstüchtigkeit einleiten (Frührehabilitation)
Bei Bedarf für multimodale, integrierte Intensivrehabilitation vorbereiten

2. Akute unspezifische Kreuzschmerzen: Vorgehen und Behandlung

Auch wenn eine spezifische Ursache ausgeschlossen ist, muss der Patient mit seinen Beschwerden ernst genommen werden. Der Arzt muss durch ein verständiges Eingehen auf die scheinbar unerklärbaren Schmerzen Einfühlungsvermögen zeigen. Er darf den Patienten nicht mit einer plumpen Mitteilung des Fehlens fassbarer Befunde verunsichern. Im Gegenteil: Die angemessene *Information* über das Fehlen von Indizien einer schwerwiegenden Erkrankung ist wichtig. Überzeugende Erklärungen für die Beschwerden sind von grosser Bedeutung, beunruhigende oder missverständliche medizinische Fachausdrücke wie «Arthrose», «Diskushernie» usw. sind mit Vorsicht zu verwenden («normale, altersentsprechende Abnutzungsercheinungen»). Einfach verständliche Begriffe wie «Muskelverspannung», «Überlastung des Rückens» usw. sind zu bevorzugen.

Der Patient braucht Erklärungen zur Gutartigkeit des Leidens und muss wissen, dass der Spontanverlauf von akuten Kreuzschmerzen mehrheitlich günstig, wenn auch oft wellenförmig ist. Der Arzt muss deutlich darauf hinweisen, dass Anamnese und Untersuchung eine schwere Erkrankung ausschliessen lassen und daher Zusatzuntersuchungen (Röntgen, Labor) vorerst nicht notwendig sind. Zum weiteren Vorgehen (Zielsetzung der Behandlung) gehören die aktive Beteiligung des Patienten und die Übernahme von Selbstverantwortung für die weitere Behandlung. Dazu braucht es ein gemeinsames Verständnis des Problems. Einmalige Erklärun-

gen reichen nicht aus, vielmehr wird der Arzt immer wieder auf diesen Paradigmenwechsel hinweisen müssen.

Die Beratung schliesst die Besprechung von ergonomischen Prinzipien zur Vermeidung einer weiteren Schmerzreizung ein (siehe Teil 2, Abschnitt «Ergonomische Beratung»). Der Patient muss darüber aufgeklärt werden, dass es ungefährlich ist, unter Beachtung der erwähnten Verhaltensregeln die körperlichen Aktivitäten selbst unter gewissen Schmerzen möglichst bald wiederaufzunehmen. Diese Verhaltensregeln gelten nur für die akute Schmerzphase. Sie werden beim Rückgang der Beschwerden zunehmend gelockert, da sonst die Gefahr einer iatrogenen übertriebenen Angst vor Belastung besteht.

Eine *medikamentöse Unterstützung* in der Akutphase ist meist indiziert (siehe Teil 2). Falsche Zurückhaltung ist ungünstig, denn die rasche Wiederaufnahme der normalen Aktivitäten ist wichtig, ebenso wie die Vermeidung übermässiger Schmerzen, da solche aufgrund der Neuroplastizität von Rückenmark und Gehirn eine Generalisierung der Schmerzen begünstigen können.

Bettruhe ist bei radikulären Schmerzen («Ischias») zurückhaltend für wenige Tage in schmerzärmer Stellung zu empfehlen [13–15]. Bei akuten Rückenschmerzen ohne Ausstrahlung ist es effizienter, den Patienten dazu zu ermuntern, aktiv zu bleiben [15]. Eine allfällige Arbeitsunfähigkeit sollte nur für eine kurze, klar begrenzte Dauer festgelegt werden. Selbstbehandlungen, zum Beispiel mit kalten oder warmen Packungen, sind hilfreich und kostengünstig. *Wirbelsäulenmobilisationen* und -manipulationen können längerdauernde Schmerzen günstig beeinflussen und die Wiedererlangung der Funktionstüchtigkeit beschleunigen (siehe unten). Nach dem Abklingen der Beschwerden kann für die Sekundärprävention der Besuch einer *Rückenschule* ratsam sein, vor allem für ängstliche Patienten [16].

3. Kreuzschmerzen von mehr als vier Wochen Dauer: Beurteilung

Gehen die Schmerzen nicht innerhalb von (drei bis) vier Wochen zurück, ist rasches Handeln gefordert. Mit zusätzlichen Untersuchungen müssen bei entsprechenden Warnhinweisen erneut eine spezifische Schmerzursache ausgeschlossen oder entsprechende Massnahmen eingeleitet werden. Das Risiko eines chronischen Verlaufs muss jetzt erkannt werden, um gezielte Massnahmen in die Wege zu leiten (siehe unten).

4. Kreuzschmerzen von mehr als vier Wochen Dauer: therapeutisches Vorgehen

Ist eine spezifische Ursache erneut ausgeschlossen worden, sollte eine Beratung erfolgen, die hilft, die Schmerzen in ihrer ganzen bio-psycho-sozialen Bedeutung zu erfassen, zu verstehen und mit ihnen so umzugehen, dass sie wegen einer übertriebenen angstbedingten Schonung

(fear-avoidance [5, 17]) nicht übermässig behindert werden. Voraussetzung dafür ist ein gutes Vertrauensverhältnis, was durch ein vertieftes Eingehen auf den Patienten gefördert werden kann. Dabei hilft eine spezielle therapeutische Grundhaltung, wie sie in der Gesprächspsychotherapie oder der Technik des «aktiven Zuhörens» zur Anwendung kommt (in der Basisdokumentation [10] näher ausgeführt, Tab. 4 ☹).

Wichtig ist es, die somatische Dimension der Beschwerden weiterhin ernst zu nehmen und bei jedem neuen Symptom die angemessenen Untersuchungen durchzuführen. Für eine ganzheitliche Erfassung der Symptomatik sind eine ausführliche Schmerzanamnese (einschliesslich Sozialanamnese, Abb. 2, 3 ☹) sowie eine umfassende körperliche Untersuchung nötig, um auch andere funktionelle Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Magen-Darm-Symptome, Schlafstörungen) sowie den Einfluss des Verhaltens auf den Schmerzverlauf (z.B. mit Hilfe eines Schmerztagebuches) zu erfassen. Dies erlaubt, positive Hinweise auf ein funktionelles Leiden zu finden, und bietet Ansatzpunkte für die Behandlung, die allerdings nicht kausal, sondern nur symptomatisch sein kann. Passive schmerzlindernde Massnahmen sollten zurückhaltend eingesetzt werden, das Schwergewicht liegt auf der Aktivierung trotz persistierenden Schmerzen und dem Erlernen psychologischer Schmerzbewältigungstechniken.

Um eine Entwöhnung von der Arbeit und einen Konditionsverlust zu vermeiden, sollte möglichst viel körperliche Aktivität aufrechterhalten und diese täglich gesteigert werden. Eine stufenweise Aufnahme der Arbeit, eventuell ganztags mit halber Leistung, kann den Wiedereinstieg erleichtern. Dazu sind klare Absprachen mit dem Arbeitgeber sowie unter Umständen eine Beratung und Abklärung hinsichtlich Entlastungsmöglichkeiten (ergonomische Anpassungen, Hilfsmittel, Rückenschule) notwendig. Arbeitsunfähigkeitszeugnisse sollten lediglich befristet ausgestellt werden. Eine gute Führung (evtl. eine psychologische Beratung) ist nötig, um einerseits übertriebene Schmerzangst (Angst vor gefährlicher Verschlechterung bei

Tabelle 4. Grundlagen der ärztlichen Beratung.

Voraussetzungen: Echtheit, positive Wertschätzung des Patienten
Grundhaltung: Partnerschaftlichkeit, Empathie, Respekt, Legitimation, Support (PERLS)
Gesprächstechnik
Verstehendes Zuhören
Zeit lassen für Antworten (Pausen)
Aktives Zuhören: offene Fragen, bestätigende Rückmeldungen, gezieltes Nachfragen, Zusammenfassen des Gesagten, «Spiegeln» von Gefühlen

Belastung) abzubauen oder andererseits eine Schmerzprovokation durch ein unvernünftiges Leistungsverhalten (siehe Teil 2, Tab. 4: «Tendenz zur Selbstüberforderung») zu vermeiden.

Sind mehrere Ärzte und Therapeuten involviert, muss ein gemeinsames Konzept verfolgt und abgesprochen werden, wer für die Krankenschreibung oder die Zuweisung für Zusatzabklärungen bzw. Spezialbehandlungen zuständig ist. Die Wahl des Behandlungsmodus (ambulant/stationär) hängt vom Ausmass der Probleme, vom Risiko des chronischen Verlaufs und von den Therapiemöglichkeiten vor Ort ab. Vor allem wenn noch eine Teilarbeitsfähigkeit besteht und der Arbeitsplatz erhalten werden kann, sollte zuerst eine ambulante Intervention erfolgen.

Bei einem hohen Risiko eines chronischen Verlaufs (Tab. 1) und/oder einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen Dauer sollten rasch eine interdisziplinäre Beurteilung und – sofern indiziert – intensive multimodale Rehabilitationsmassnahmen (siehe Teil 2) in die Wege geleitet werden. Chronische Verläufe sind häufig mit einem auffälligen Krankheitsverhalten und einer Störung der Arzt-Patienten-Beziehung assoziiert. Dazu gehören eine allgemeine Unzufriedenheit mit der Behandlung, angeblich widersprüchliche Beurteilungen, die gleichzeitige Konsultation verschiedener Ärzte für dasselbe Problem oder gar ein Arztwechsel sowie ein passiver oder aktiver Widerstand gegen die Behandlung.



Abbildung 2
Vertiefte Schmerzanamnese.



Abbildung 3
Erweiterte Schmerzanamnese.

Literatur

- 1 Savage RA, Whitehouse GH, Roberts N. The relationship between the magnetic resonance imaging appearance of the lumbar spine and low back pain, age and occupation in males. *Eur Spine J.* 1997;6:106–14.
- 2 Waddell G. *The back pain revolution.* Edinburgh et al.: Churchill Livingstone; 2004.
- 3 Main CJ, Spanswick CC. *Pain management. An interdisciplinary approach.* Edinburgh et al.: Churchill Livingstone; 2000.
- 4 Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clinic Psychol.* 2002;70:678–90.
- 5 Pincus T, Vlaeyen JW, Kendall NAS, Von Korff M, Kaloupek DA, Reis S. Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain. *Spine.* 2002;27:E133–8.
- 6 Arbeitsgruppe BACK in time. *Kreuzschmerzen: Empfehlungen für Abklärung und Behandlung.* Bern: FMH; 1997.¹
- 7 Task Force on Pain in the Workplace of the IASP. *Back pain in the workplace – management of disability in nonspecific conditions.* Seattle: IASP Press; 1995.
- 8 Waddell G, Feder G, McIntosh A, Lewis M, Hutchinson A. *Low back pain evidence review.* London: Royal College of General Practitioners; 1996.
- 9 Keel PJ, Perini C, Schütz-Petitjean D. *Chronifizierung von Rückenschmerzen – Hintergründe, Auswege.* Basel: Eular; 1996.
- 10 Keel P, Weber M, Roux E, Gauchat MH, Schwarz H, Jochum H. *Kreuzschmerzen: Hintergründe, Prävention, Behandlung – Basisdokumentation (BACK in time).* Bern: FMH; 1998.¹
- 11 McGuirk B, King W, Govind J, Lowry J, Bogduk N. Safety, efficacy, and cost effectiveness of evidence-based guidelines for the management of acute low back pain in primary care. *Spine.* 2001;26:2615–22.
- 12 McDonald I, Daly J, Jelink V, Panetta F, Gutman J. Opening Pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result. *BMJ.* 1996;313:329–32.
- 13 Atlas SJ, Volinn E. Classics from the spine literature revisited: a randomized trial of 2 versus 7 days of recommended bed rest for acute low back pain. *Spine.* 1997;22:2331–7.
- 14 Hofstee D. Westeinde sciatica trial: randomized controlled study of bed rest and physiotherapy for acute sciatica. *J Neurosurg.* 2002;96:45–9.
- 15 Hagen KB, Jamtvedt G, Hilde G, Winnem MF. The updated Cochrane Review of bed rest for low back pain and sciatica. *Spine.* 2005;30:542–6.
- 16 Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for nonspecific low back pain. *Spine.* 2005;30:2153–63.
- 17 Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. *Spine.* 1995;20:473–7.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Peter Keel
Klinik für Psychiatrie
und Psychosomatik
Bethesda-Spital
Gellertstrasse 144
CH-4020 Basel
peter.keel@bethesda.ch

¹ Erhältlich bei der FMH, zu bestellen bei
barbara.weil@fmh.ch