

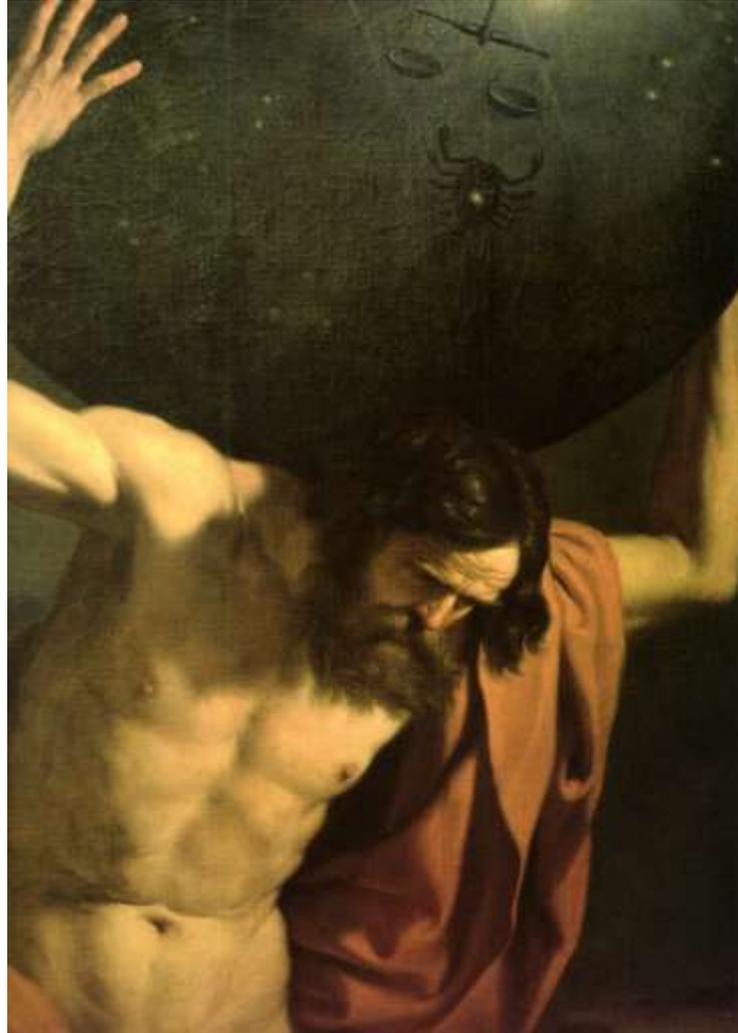
Rückenschmerzen als Beispiel für somatische Schmerzen

Epidemiologie, Leitlinien

PD Dr. med. Konrad Streitberger

Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie

Wie somatisch ist Rückenschmerz?



Somatisch?

Psychosomatisch?

Strukturell?

Funktionell?

Spezifisch?

Unspezifisch?

Akuter Rückenschmerz: spezifisch – unspezifisch?

GRAFIK 1

akuter lumbaler Rückenschmerz
oder neue Episode rezidivierender
lumbaler Rückenschmerzen



TABELLE 1

Akute lumbale Rückenschmerzen mit Warnhinweisen für eine spezifische vertebrale Ursache mit dringendem Handlungsbedarf („red flags“)^{1,2}

Frakturverdacht

Verdacht auf Tumor

Verdacht auf Infektion

Verdacht auf Radikulopathie,
Konus-Kauda-Syndrom



nichtspezifischer lumbaler Rückenschmerz

Erstversorgung des akuten lumbalen Rückenschmerzes

Casser et al. Dt. Ärzteblatt 2017

Red flags

DEGAM Leitlinie

„red flags“

Warnhinweise auf komplizierte Kreuzschmerzen

- Alter <20 Jahre und >50 Jahre
- Schlechter Allgemeinzustand
- Bekannte Tumorerkrankung
- Adäquates Trauma
- Intravenöser Drogengebrauch, HIV-Infektion
- Steroidmedikation oder V.a. Osteoporose
- Ausgeprägte neurologische Ausfälle
- V.a. entzündliche rheumatische Erkrankung

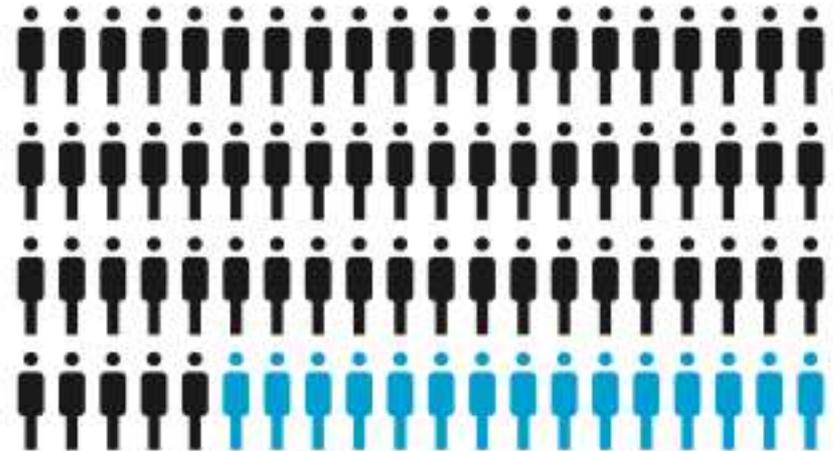


http://www.schmerz-nottwil.ch/files/pdf1/Kurzversion_Leitlinie_Kreuzschmerz.pdf

Spezifisch - unspezifisch

Unspezifisch:

- Fehlende Red Flags
- Kein sicherer Kausalzusammenhang zwischen Beschwerdeangabe, klinischem Befund und bildgebender Diagnostik



85 % der Rückenschmerzen sind unspezifisch, ihre Ursache ist unklar

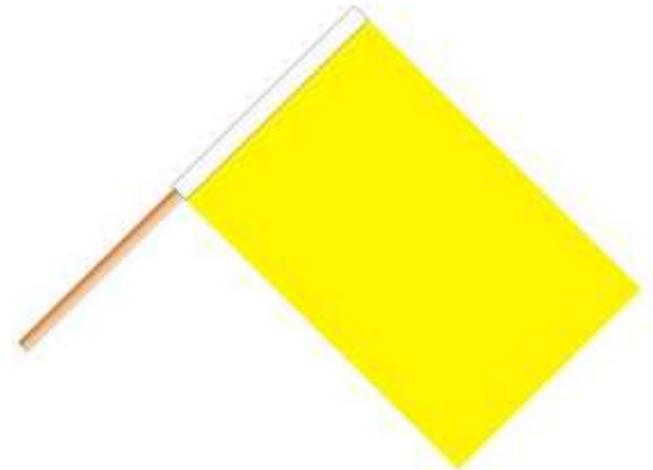
15 % der Rückenschmerzen sind spezifisch, ihre Ursache ist klar
(Veränderung an der Wirbelsäule oder Krankheit am Körper)

Rückenreport 2011 Rheumaliga
<https://www.rheumaliga.ch>

Psychosomatische Schmerzverstärker «gelbe, blaue und schwarze Fahnen»

Yellow flags - Einstellungen oder Kontrollüberzeugungen des Patienten (oder auch des Therapeuten)

- Depressivität
- Stress
- Katastrophisieren
- Überforderung - Hilflosigkeit
- Angst-Vermeidungsverhalten
- Durchhalter (action prone)
- Somatisierungstendenz
- Erlittenes Unrecht



Psychosomatische Schmerzverstärker

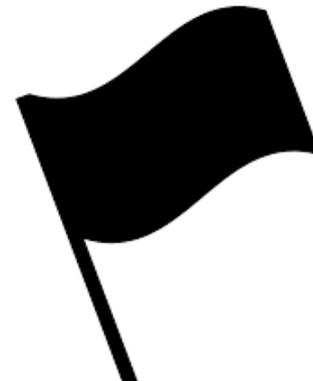
Blue flags – Berufliche Faktoren

- Ungünstige Arbeitsexposition
- Geringe berufliche Qualifikation
- Berufliche Unzufriedenheit
- Arbeitsplatzverlust



Black flags – System oder Kontext Faktoren

- Versicherungsklage
- Rechtsstreit
- Soziale Isolation



Rückenschmerz

Tumorschmerz

Nicht-Tumorschmerz:

- Posttraumatisch
- Entzündlich
- Degenerativ
- Postoperativ
- Myofaszial
- Funktionell

Spezifisch

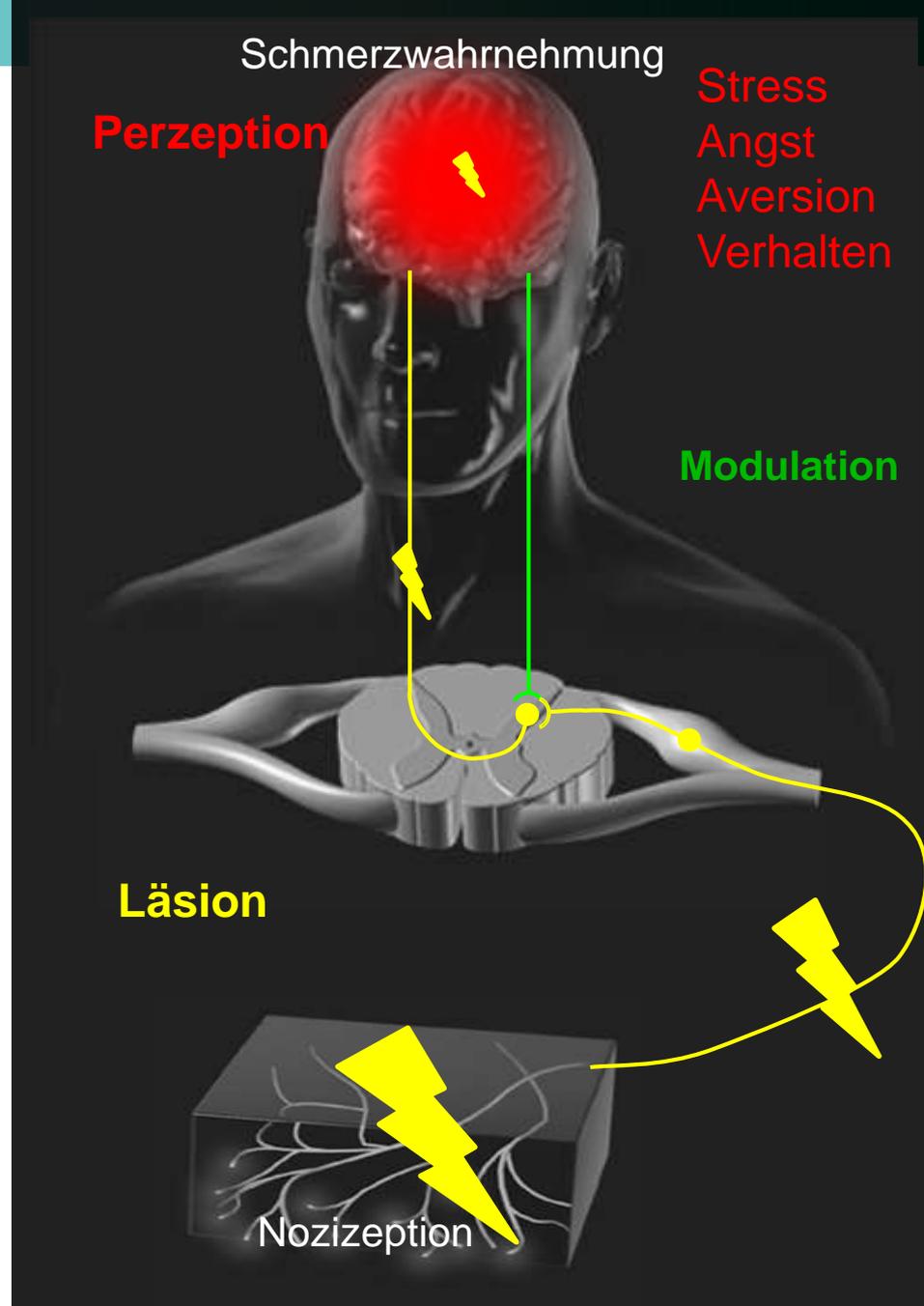
Nicht-
Spezifisch

Läsionaler Schmerz:

- Nozizeptiver Schmerz
- Neuropathischer Schmerz

Perzeptiver Schmerz:

- Sensibilisierung



Wer hat Rückenschmerzen?

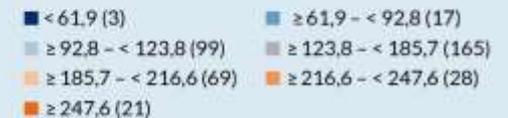
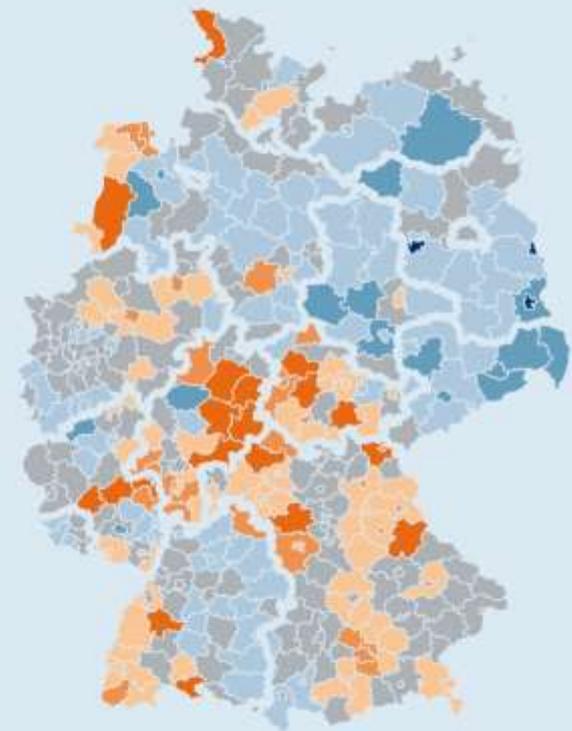
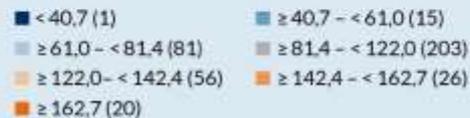
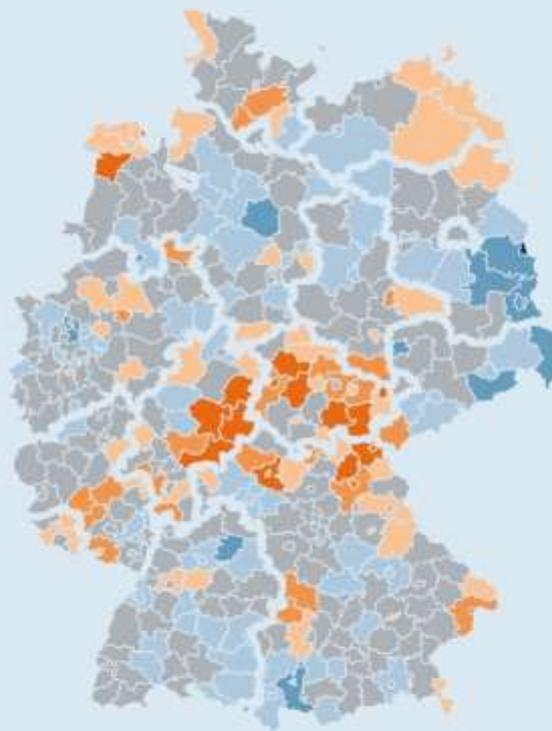
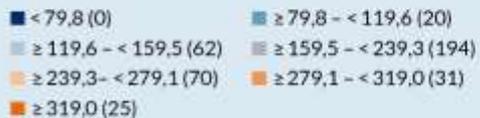
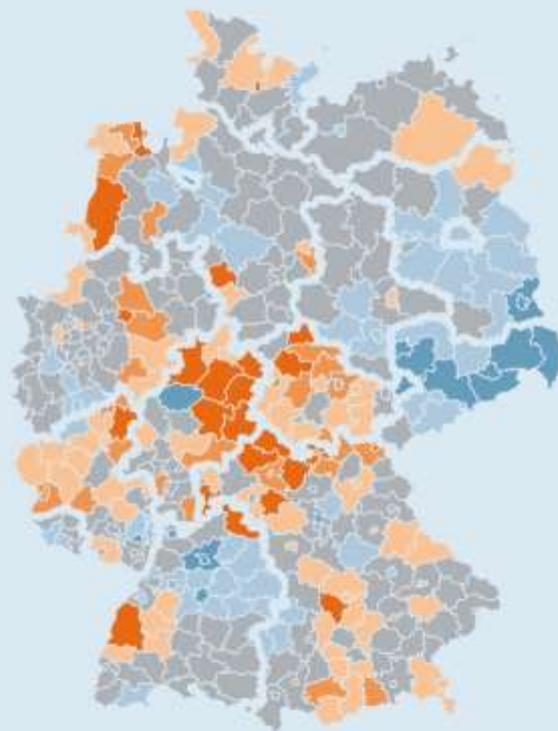
Epidemiologie

80 % der Bevölkerung in den Industrieländern durchlebt mindestens einmal im Leben eine Episode mit heftigen akuten Kreuzschmerzen.

10–30 % aller Rückenschmerzen gehen von einem akuten in einen längeren Verlauf über.

10 % werden chronisch.

Diese 10 % verursachen 80 % der Kosten.



Die Werte einzelner Kreise können im interaktiven Kartentool auf faktencheck-ruecken.de eingesehen und verglichen werden.
 Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung IGES 2017, Faktencheck Gesundheit 2017

Rückenschmerzen: In manchen Regionen wird bis zu 13-mal häufiger operiert als andernorts

In Deutschland werden Rückenbeschwerden regional sehr unterschiedlich behandelt. Der Wohnort der Patienten bestimmt, ob sie ins Krankenhaus kommen, konservativ behandelt oder operiert werden. Medizinisch sind diese großen Unterschiede nicht erklärbar.



Daten, Analysen, Perspektiven | Nr. 7, 2017

Rückenoperationen

Der Wohnort bestimmt, ob Patienten ins Krankenhaus kommen, konservativ behandelt oder operiert werden

- **Stationäre Versorgung boomt:** Mehr als 600.000 Patienten mit Rückenbeschwerden kommen ins Krankenhaus – ein Drittel mehr als noch 2007
- **Immer mehr Operationen:** Die Zahl der operativen Eingriffe an der Wirbelsäule hat sich seit 2007 sogar um 71 Prozent erhöht
- **Große regionale Unterschiede:** Bei Klinikaufhalten und Operationen am Rücken unterscheiden sich die Fallzahlen der Kreise bis zum 13-Fachen
- **Viele Klinikaufenthalte vermeidbar:** Besonders bei der Diagnose „Rückenschmerzen“ kann eine bessere ambulante Notfallversorgung eine Einweisung ins Krankenhaus vermeiden
- **Steuerung und Planung unzureichend:** Steuerungsmechanismen haben Mengenzunahme und regionale Unterschiede bisher nicht verhindert

Faktencheck Rücken

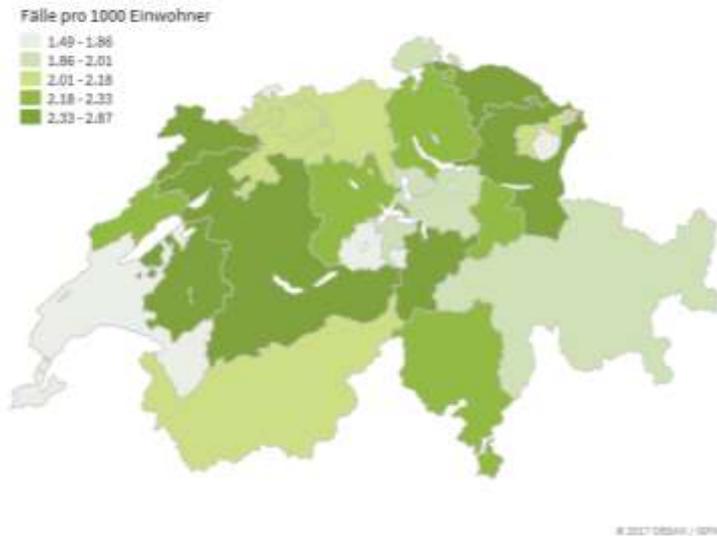
Rückenschmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe

IGES

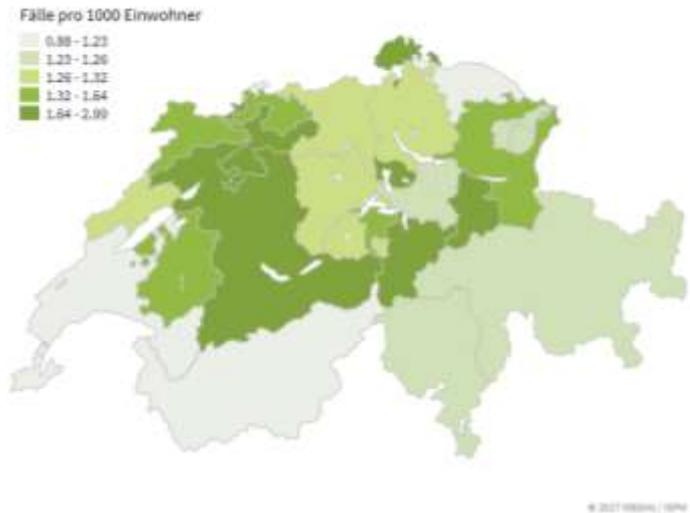
| BertelsmannStiftung

Dekompression am Spinalkanal

Rate



Fusion (Spondylodese)



	2013	2014	2015
Anzahl	14181	15006	14994

	2013	2014	2015
Anzahl	7909	8555	9352

www.versorgungsatlas.ch

Rücken-OP Vergleich D – CH 2015

	Deutschland	Schweiz
Bevölkerung	82.7 Mio	8.4 Mio
Spondylodese	72 000	9 352
Pro 100 000 der Bevölkerung	87	111
Spinalkanal- Dekompression	101 000	14 994
Pro 100 000 der Bevölkerung	122	178

Was ist wirksamer: OP oder Schmerztherapie?

Spine J. 2013 Nov;13(11):1438-48. doi: 10.1016/j.spinee.2013.06.101. Epub 2013 Nov 5.
Comparison of spinal fusion and nonoperative treatment in patients with chronic low back pain: long-term follow-up of three randomized controlled trials.
Mannion AF¹, Brox JI, Fairbank JC.

- 473 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (Schmerzen > 1 Jahr)
 - spinale Versteifungs-OP (Spondylodese) vorgesehen
 - Randomisation operative oder konservative Behandlung
 - Nach durchschnittlich 11 Jahren ergab die Auswertung der Selbsteinschätzung der Patienten keinen Unterschied zwischen Operation oder multimodaler Schmerztherapie.
 - Ergebnis legt nahe, unter Berücksichtigung des Operationsrisikos einerseits und dem Fehlen einer Verschlechterung in der nicht operierten Gruppe über den Zeitraum von 11 Jahren andererseits, im Gesundheitssystem die Anwendung operativer Versteifungen nicht zu fördern, wenn interdisziplinäre und multimodale Schmerzbehandlungen zur Verfügung stehen.
-

Was ist teurer: OP oder Schmerztherapie?

OP:

DRG I09B : Wirbelkörperperfusion ohne äusserst schwere oder schwere CC
MDC 08 : MDC Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System
DRG unkorrigiert **Fr. 26'454.60** (2.5560) [verwendete Baserate 10350.00]

Multimodale Schmerztherapie stationär 14 Tage:

DRG A92A : Multimodale Schmerztherapie
MDC 08 : MDC Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System
DRG unkorrigiert **Fr. 24'301.80** (2.3480) [verwendete Baserate 10350.00]

Krankheitskosten

Deutschland-Studie Rückenschmerz 2002*

ca. 9.400.000.000 € Behandlung von Rückenerkrankung
ca. 15.000.000.000 € Kosten indirekt (Arbeitsausfall, Frühberentung)
25–35.000.000.000 € Gesamtkosten durch Rückenschmerzen

zum Vergleich:

9.000.000.000 € = Etat für Bildung & Forschung**

Nur ca. 1,4 % davon entfallen auf Medikamente!

Rückenschmerzen in der Schweiz

- 80% der Schweizer einmal pro Jahr bis mehrmals wöchentlich
 - Neun von 10 (ca. 4.1 Mio) im Alltag beeinträchtigt, jeder 7. stark
 - Jeder 4. leidet chronisch oder wiederkehrend
- Sowohl sitzende als auch körperliche Tätigkeiten
- Betriebliche Kosten von ca 1 Mrd CHF für Erkrankungen des Bewegungsapparates aufgrund belastender Arbeitssituationen
- Jeder 5. Schweizer fällt bis zu einer Woche aus
- 10 Mio Ausfalltage pro Jahr wegen Rückenschmerzen
- Volkswirtschaftlicher Schaden insgesamt in Milliardenhöhe

Rückenreport 2011 Rheumaliga
<https://www.rheumaliga.ch>

Kosten von Rückenschmerzen in der Schweiz

Tabelle 29: Direkte medizinische Kosten von Rückenschmerzen, 2011

	Nach Wieser et al. [44]	
	Pro Patient (CHF)	Schweiz (Mio. CHF)
Stationäre Kosten	928	1'424
Ambulante Kosten	1'481	2'273
Medikamentenkosten	38	57
Direkte medizinische Kosten	2'447	3'755

Tabelle 32: Indirekte Kosten von Rückenschmerzen, 2011

nach Wieser et al. [44]		
	pro Patient (CHF)	Schweiz (Mio. CHF)
Morbidität ^a	4'939	7'460
Präsentismus	2'818	3'294
Absentismus	832	1'257
Vorzeitige Pensionierung	1'926	2'909
Indirekte Kosten	4'939	7'460

Die Prävalenz = Rate der Erkrankten mit Rückenschmerzen nimmt zu

Arch Intern Med. 2009 Feb 9;169(3):251-8. doi: 10.1001/archinternmed.2008.543.
The rising prevalence of chronic low back pain.
Freburger JK et al.

- Prävalenz für Rückenschmerzen stieg von 3,9% (1992) auf 10.2% (2006).
 - Der Anstieg fand in allen Altersklassen und für Männer und Frauen statt.
 - Ausprägung der Rückenschmerzsymptome und allg. Gesundheit waren in beiden Jahren gleich.
 - Die Quote der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe wegen Rückenschmerzen stieg von 73,1% auf 84,0%.
 - Anzahl der Arztbesuche blieb insgesamt gleich.
-

Wie mit Rückenschmerz umgehen? - Leitlinien

- ... ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Ärztinnen und Ärzte sowie andere an der Behandlung von Menschen mit Kreuzschmerzen beteiligten Berufsgruppen
- Die Handlungsempfehlungen stützen sich auf das beste derzeit verfügbare medizinische Wissen. Dennoch ist eine Leitlinie keine Zwangsvorgabe. Jeder Mensch hat seine eigene Krankengeschichte und eigene Wünsche. In begründeten Fällen kann und muss der Arzt oder die Ärztin von den Empfehlungen der Leitlinie abweichen. Denn nicht alle Menschen reagieren in gleicher Weise auf Therapien und Medikamente.

<http://www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-pll.pdf>

Wie mit Rückenschmerz umgehen? - Leitlinien

- In den USA 2007
 - American Pain Society
- In Grossbritannien 2016
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- In Deutschland 2017
 - Nationale Versorgungsleitlinie Nichtspezifischer Kreuzschmerz
- In der Schweiz 1998
 - „Back in Time“

Leitlinien USA 2007

CLINICAL GUIDELINES

Annals of Internal Medicine

Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society

Roger Chou, MD; Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Vincenza Snow, MD; Donald Casey, MD, MPH, MBA; J. Thomas Cross Jr., MD, MPH; Paul Shekelle, MD, PhD; and Douglas K. Owens, MD, MS, for the Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians and the American College of Physicians/American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel*

Nonspecific low back pain

Pain occurring primarily in the back with no signs of a serious underlying condition (such as cancer, infection, or cauda equina syndrome), spinal stenosis or radiculopathy, or another specific spinal cause (such as vertebral compression fracture or ankylosing spondylitis). Degenerative changes on lumbar imaging are usually considered nonspecific, as they correlate poorly with symptoms.

USA

Empfehlungen:

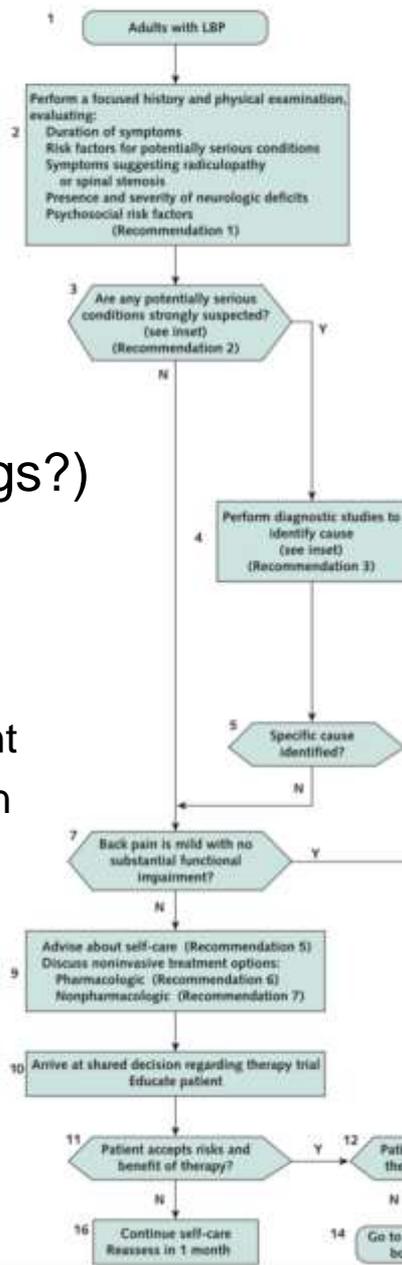
- Fokussierte Anamnese und Untersuchung
- Ernsthafte Erkrankung (Red flags?)

– Ja:

- weitere Diagnostik

– Nein:

- Beratung für Selbstmanagement
- Nicht-invasive Therapieoptionen
 - Pharmakologisch
 - Nicht-Pharmakologisch



Diagnostic Work-up

Possible cause	Key features on history or physical examination	Imaging*	Additional studies*
Cancer	History of cancer with new onset of LBP	MRI	ESR
	Unexplained weight loss	Lumbosacral plain radiography	
	Failure to improve after 1 month Age >50 years Multiple risk factors present	Plain radiography or MRI	
Vertebral infection	Fever Intravenous drug use Recent infection	MRI	ESR and/or CRP
Cauda equina syndrome	Urinary retention Motor deficits at multiple levels Fecal incontinence Saddle anesthesia	MRI	None
Vertebral compression fracture	History of osteoporosis Use of corticosteroids Older age	Lumbosacral plain radiography	None
Ankylosing spondylitis	Morning stiffness Improvement with exercise Alternating buttock pain Awakening due to back pain during the second part of the night Younger age	Anterior-posterior pelvis plain radiography	ESR and/or CRP, HLA-B27
Severe/ progressive neurologic deficits	Progressive motor weakness	MRI	Consider EMG/NCV
Herniated disc (Recommendation 4)	Back pain with leg pain in an L4, L5, or S1 nerve root distribution Positive straight-leg-raise test or crossed straight-leg-raise test	None	None
	Symptoms present >1 month	MRI	Consider EMG/NCV
Spinal stenosis (Recommendation 4)	Radiating leg pain Older age (Pseudoclaudication a weak predictor)	None	None
	Symptoms present >1 month	MRI	Consider EMG/NCV

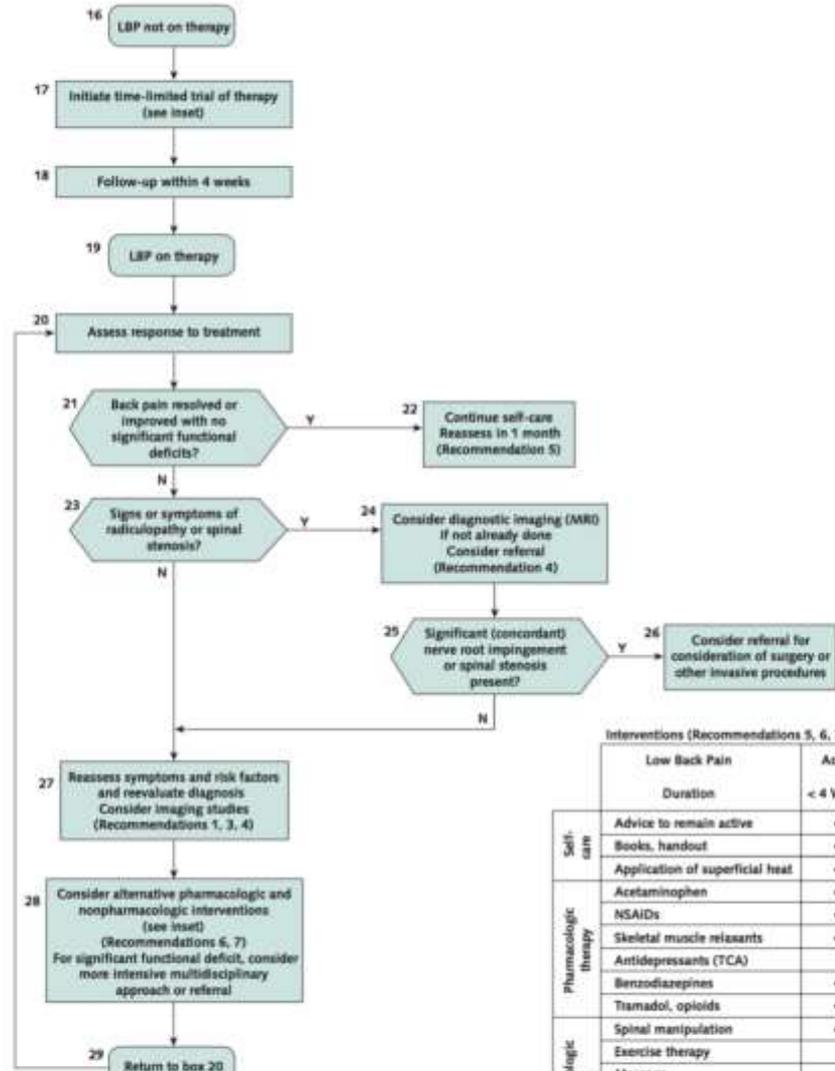
*Level of evidence for diagnostic evaluation is variable.

Figure 2. Management of low back pain (LBP).

Interventions (Recommendations 5, 6, 7)

	Low Back Pain Duration	Acute < 4 Weeks	Subacute or Chronic > 4 Weeks
Self-care	Advice to remain active	•	•
	Books, handout	•	•
	Application of superficial heat	•	
Pharmacologic therapy	Acetaminophen	•	•
	NSAIDs	•	•
	Skeletal muscle relaxants	•	
	Antidepressants (TCA)		•
	Benzodiazepines	•	•
	Tramadol, opioids	•	•
Nonpharmacologic therapy	Spinal manipulation	•	•
	Exercise therapy		•
	Massage		•
	Acupuncture		•
	Yoga		•
	Cognitive-behavioral therapy		•
	Progressive relaxation		•
	Intensive interdisciplinary rehabilitation		•

• Interventions supported by grade B evidence (at least fair-quality evidence of moderate benefit, or small benefit but no significant harms, costs, or burdens). No intervention was supported by grade A evidence (good-quality evidence of substantial benefit).



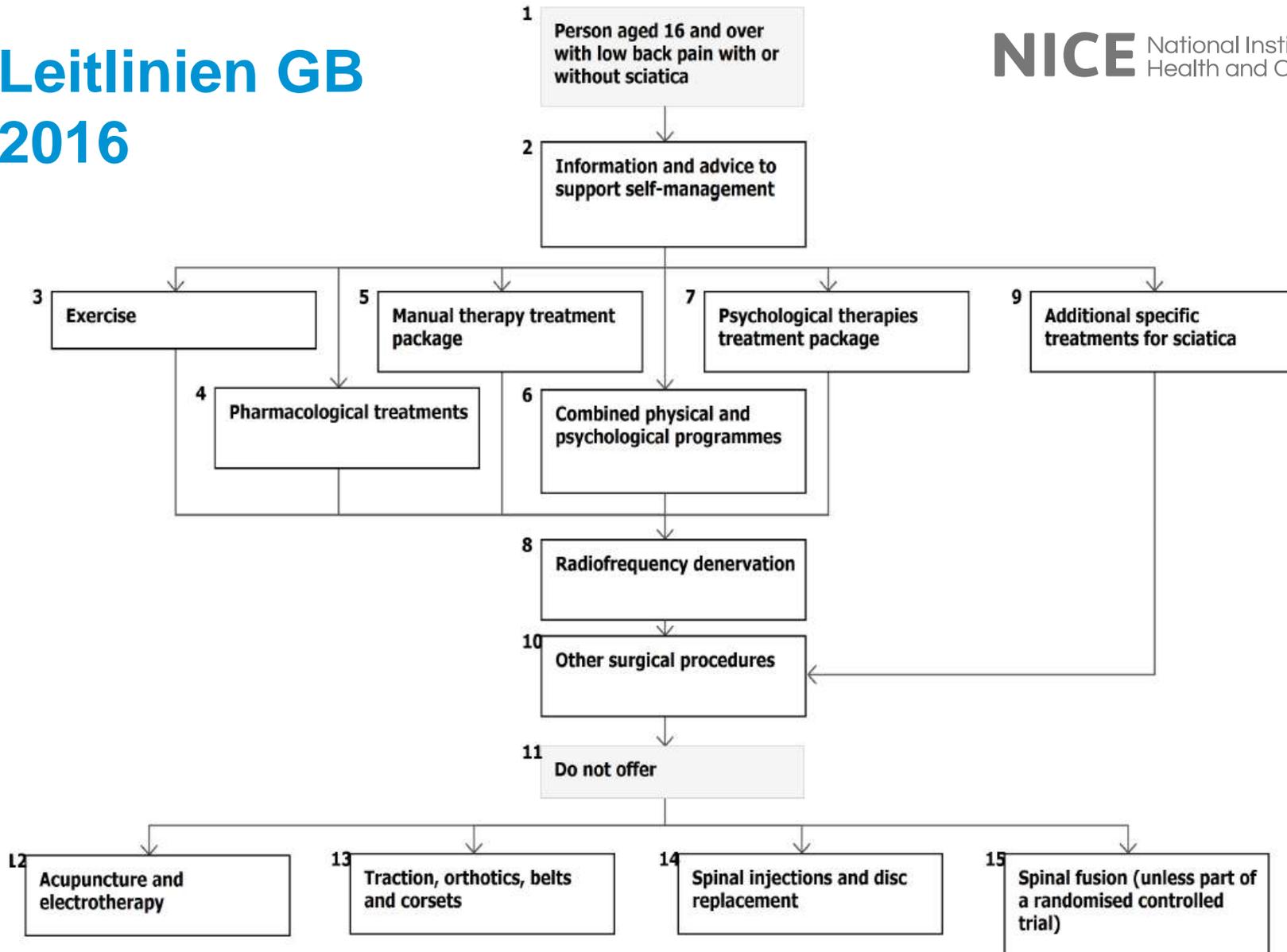
Interventions (Recommendations 5, 6, 7)

	Low Back Pain Duration	Acute < 4 Weeks	Subacute or Chronic > 4 Weeks
Self-care	Advice to remain active	•	•
	Books, handout	•	•
	Application of superficial heat	•	
Pharmacologic therapy	Acetaminophen	•	•
	NSAIDs	•	•
	Skeletal muscle relaxants	•	
	Antidepressants (TCA)		•
	Benzodiazepines	•	•
	Tramadol, opioids	•	•
Nonpharmacologic therapy	Spinal manipulation	•	•
	Exercise therapy		•
	Massage		•
	Acupuncture		•
	Yoga		•
	Cognitive-behavioral therapy		•
	Progressive relaxation		•
	Intensive interdisciplinary rehabilitation		•

• Interventions supported by grade B evidence (at least fair-quality evidence of moderate benefit, or small benefit but no significant harms, costs, or burdens). No intervention was supported by grade A evidence (good-quality evidence of substantial benefit).

Leitlinien GB 2016

NICE National Institute for Health and Care Excellence



Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management

NICE guideline

Published: 30 November 2016

[nice.org.uk/guidance/ng59](https://www.nice.org.uk/guidance/ng59)

Invasive Treatments:

- Epidurals
- Radiofrequency denervation

• Epidurals

- Consider epidural injections of local anaesthetic and steroid in people with acute and severe sciatica.
- Do not use epidural injections for neurogenic claudication in people who have central spinal canal stenosis.

Guidelines

Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management

NICE National Institute for Health and Care Excellence

NICE guideline

Published: 30 November 2016

nice.org.uk/guidance/ng59

• Radiofrequency denervation

- Consider referral for assessment for radiofrequency denervation for people

Konservative Therapie erfolglos

- non-surgical treatment has not worked for them and

Ursache bei Facettengelenk vermutet supplied by the medial branch nerve and

Starke lokalisierte Rückenschmerzen (>VAS 5) more

- **Nur nach positiver diagnostischer Blockade der Facettenerven** back pain

pain as a prerequisite for radiofrequency denervation.

Bildgebung keine Voraussetzung

Leitlinien Deutschland 2017



Nationale VersorgungsLeitlinie

Nicht-spezifischer Kreuzschmerz

Langfassung

2. Auflage, 2017

Version 1

AWMF-Register-Nr.: nvl-007



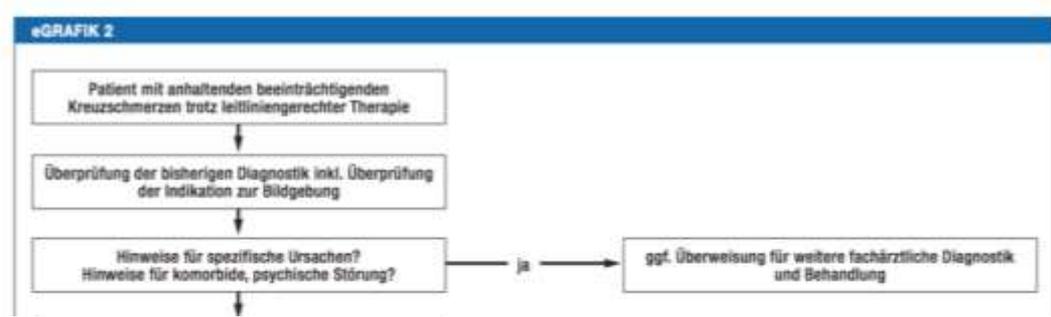
<http://www.leitlinien.de/nvl/kreuzschmerz/>

Chenot et al, Dt. Ärzteblatt 2017

Chenot et al
Dt. Ärzteblatt
2017

Therapie bei chronischen Kreuzschmerzen:

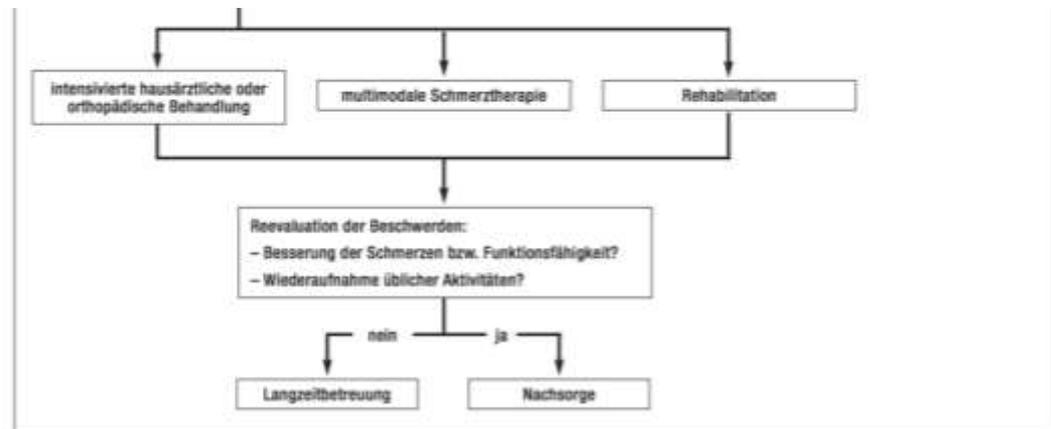
- Empfehlung - kann:
 - Akupunktur
 - Manuelle Therapie
 - Opioide, Metamizol
- Empfehlung - sollte:
 - Entspannungsverfahren
 - NSAR
- Empfehlung - soll:
 - Koordinierender Arzt
 - Patientenedukation
 - Bewegungstherapie
 - Verhaltenstherapie
 - Multimodale Programme



Erfassung psychosozialer Risikofaktoren nach 4 Wochen

Kreuzschmerzen über 12 Wochen oder über 6 Wochen und psychosoziale Risikofaktoren

→ Multidisziplinäres Assessment Überprüfung multimod. Therapie



Diagnostik und Therapie bei Therapie bei fortbestehenden Kreuzschmerzen (nach 4 Wochen)

Die wichtigsten **neuen** Empfehlungen

- Zurückhaltende Diagnostik
 - Bildgebung frühestens nach 4-6 Wochen
 - **Mehrfachbildgebung vermeiden**
- Psyche und soziales Umfeld beachten
 - **Von Anfang an evaluieren und berücksichtigen**
- Bewegung statt Bettruhe
 - Bewegungstherapie (akut kann – chronisch soll)
 - Passive Massnahmen nur in Verbindung mit Aktivierung
- Schmerzmittel: So viel wie nötig, so wenig wie möglich
 - **NSAR am ehesten**, ggf. Opioide, Metamizol und COX-2-Inhibitoren
 - Kein Paracetamol, Antidepressiva, Muskelrelaxanzien, Antiepileptika
- Chronische Schmerzen: Kombinierte Behandlung
 - **Frühzeitiges multidisziplinäres Assessment** (nach > 6 Wochen)
 - **Konkrete Nachsorge mit koordinierendem Arzt**



Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview

2018

Crystian B. Oliveira¹ · Chris G. Maher^{2,3} · Rafael Z. Pinto⁴ · Adrian C. Traeger^{2,3} · Chung-Wei Christine Lin^{2,3} · Jean-François Chenot⁵ · Maurits van Tulder⁶ · Bart W. Koes^{7,8}

Recommendations in consensus:

- Against the use of routine imaging
- Assessment of psychosocial factors
- Avoiding bed rest / Psychoeducation
- Use of NSAID (Opioids for acute LBP)
- Active physiotherapy
- Psychosocial therapy
- Multidisciplinary rehabilitation



Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview

2018

Crystian B. Oliveira¹ · Chris G. Maher^{2,3} · Rafael Z. Pinto⁴ · Adrian C. Traeger^{2,3} · Chung-Wei Christine Lin^{2,3} · Jean-François Chenot⁵ · Maurits van Tulder⁶ · Bart W. Koes^{7,8}

Conflicting recommendations:

- **Against Injections** 5 out of 8
- **Against Radiofrequency** 4 out of 8
- **Using Radiofrequency** 3 out of 8 (UK, Phil, Be)
- **Against Surgery** 4 out of 8
- **Using Surgery** 2 out of 8 (Mal, Phil)

Schweizer Leitlinie 1998

BACK in time

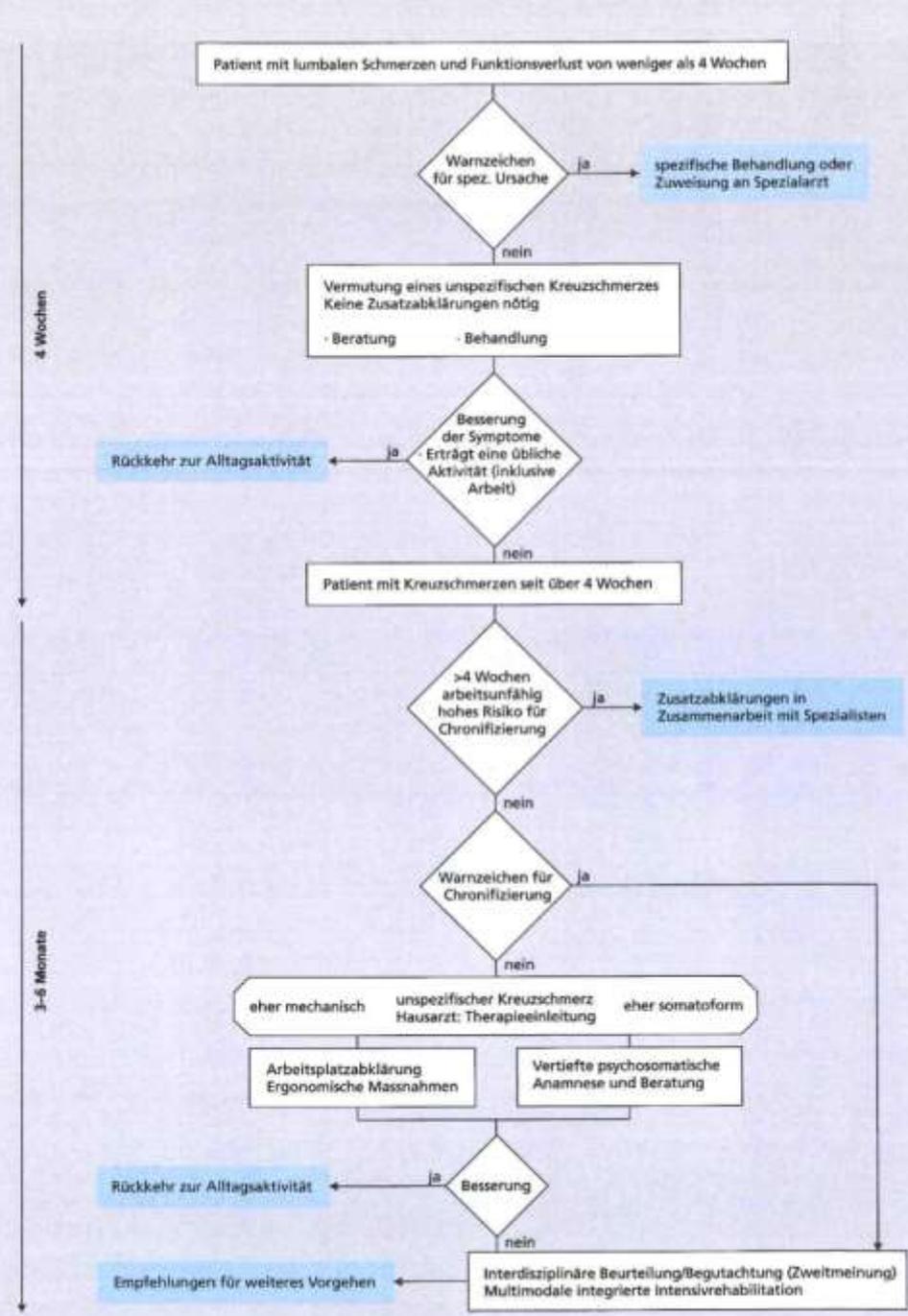


Kreuzschmerzen; Hintergründe, Prävention, Behandlung

Basisdokumentation

Autorität: F. Köhl, M. Wänker, T. Rüter, B.-H. Gscheid, H. Schwyz, H. Jochims, unter Mitarbeit von: D. Ackermann, A. Anselmino, C.A. Dubs, J. Hagler, Ch. Marti, J. Roffler, St. Schärer, M. Wimmer, B. Wolf, D. Wylig

BACK in time: Chronische Kreuzschmerzen: Hintergründe / Prävention / Behandlung. Eine Aktion der IFO!



BACK in time

Tabelle 1.4: Rahmenbedingungen, Ziele und Vorsichtsmassnahmen beim Umgang mit chronisch Schmerzkranken

Vertrauen bilden:

Gesprächseinstieg über den Schmerz, Schmerz ernst nehmen, gründlich beobachten, verständlich erklären

Abwehr respektieren:

Verleugnungstendenz, auf Angst vor Ablehnung und Verletzung achten

Therapie schützen:

Rückzug vermeiden, Motivation fördern

Struktur geben:

Zusammenhänge ansprechen, Fragen stellen, Anleitung zu Veränderung

Bescheidene Ziele setzen:

Keine Heilung erwarten, sondern mit dem Schmerz leben lernen

Enttäuschungen verhindern:

Beschränkung auf Hilfe zur Selbsthilfe, Hindernisse respektieren, Geduld zeigen

Tabelle 6.3: Mit dem Schmerz leben lernen

Den Schmerz:

- kennen lernen (Eigenheiten)
- verstehen lernen (Botschaft)
- beeinflussen lernen (Selbstkontrolle)

Tabelle 6.4: Hilfe zur Selbsthilfe

Hilfe zur Selbsthilfe bedeutet ...

- Patienten anzuleiten, ihr Leiden besser kennen zu lernen und zu erkennen, welchen Einfluss eigenes Verhalten und Gefühle auf das Leiden und umgekehrt haben
- Patienten dabei zu helfen, ihrem Leiden einen «Sinn» zu geben
- Patienten dabei zu helfen, das Leiden nicht nur als Schicksalsschlag, sondern auch als Herausforderung zu sehen
- Strategien zu vermitteln, welche es den Patienten erlauben, ein Gefühl der Selbstkontrolle zu erlangen
- Den Patienten zu helfen, Hindernisse und Widerstände gegen Veränderungen zu überwinden und sie bei der Aufrechterhaltung positiver Veränderungen zu unterstützen

https://www.fmh.ch/files/pdf14/Ruecken_Hintergruende_Praevention_Behandlung_D.pdf

Weiterführende Informationen

Leitlinien:

www.leitlinien.de

www.nice.org.uk

Informationen für Patienten:

www.rheumaliga.ch

www.patienten-information.de

www.schmerzedukation.de

www.proinfirmis.ch

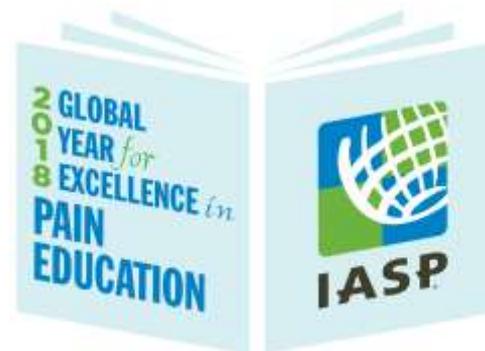
www.vdk.de

Pain Education:

www.iasp-pain.org

3. Berner Schmerzsymposium 02.05.2019:

www.schmerzzentrum.insel.ch



Zusammenfassung Rückenschmerz

Epidemiologie

- 80% mit Rückenschmerzen, jeder 4. chronisch
- 10 Mio Ausfallstage,
- 10 Mrd CHF direkte und indirekte Kosten
- Regionale Unterschiede bei Operationen und Krankenhausaufenthalten

Leitlinien Rückenschmerz:

- ...dienen als Orientierungshilfe
- Einteilung in unspezifisch und spezifisch?
- Wichtige Quintessenzen:
 - Frühzeitig psychosoziale Evaluation
 - Beratung, Aktiv bleiben, Selbstmanagement, Multimodal
- Differenzen:
 - Akupunktur, Interventionen, Medikamente



© www.tcomix.com/ren



www.volkerbooms.de