



Das Leid mit den Leitlinien: Leitlinien und deren Stellenwert in der Behandlung chronisch Schmerzkranker



Schmerzchronifizierung und ist dieses vermeidbar?

Was sind Leitlinien und welchen Sinn haben diese?

1. Ist die Basisschmerztherapie ist verbesserungswürdig ?

 2. Schmerzmechanismen und Wirkmechanismen

 3. Moderne Schmerztherapie:

 4. Leitlinien im Praxisalltag
-

Die häufigsten Diagnosen beim Allgemeinarzt

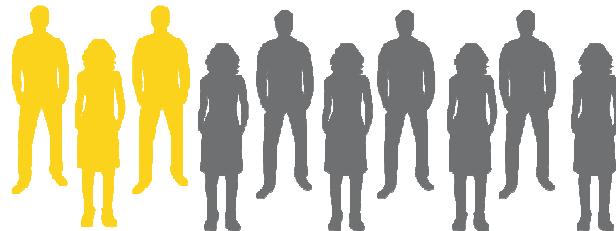
Indikator (L) 3.19		Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2003			
Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der allgem.ärztl. Praxis	in % aller Behandlungsfälle		
			Frauen	Männer	insg.
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	23,7	23,6	22,7
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels u. sonst. Lipidämien	19,1	21,0	19,0
3	M54	Rückenschmerzen	12,2	12,7	12,5
4	E04	Sonstige nichttoxische Struma	10,0	3,3	6,9
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	8,2	10,6	8,8
6	E11	Nicht primär insulinabhäng. Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	7,9	9,1	8,0
7	E66	Adipositas	7,6	7,2	7,1
8	I83	Varizen der unteren Extremitäten	7,6	3,2	5,4
9	M53	Sonst. Krankheiten d. Wirbelsäule u .d .Rückens, and. ni.klass.	7,0	5,9	6,5
10	J20	Akute Bronchitis	6,2	6,7	6,2

Datenquelle/Copyright:
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:
ADT-Panel Nordrhein

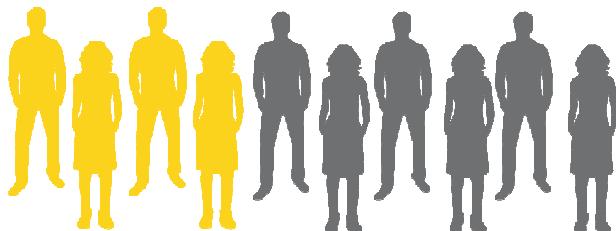
* Mehrfachzählungen
v. Patienten möglich

Die Basisschmerztherapie ist in Europa verbesserungswürdig

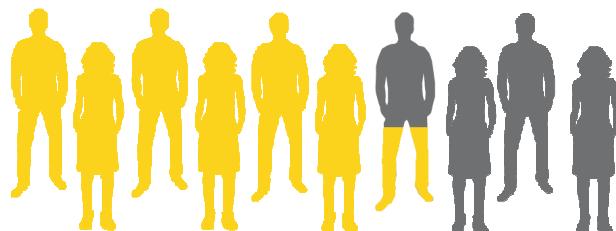
Ergebnisse von 4839 Tiefeninterviews mit chronischen Schmerzpatienten in 15
europäischen Ländern und Israel



31% der Patienten berichten,
dass ihr Schmerz so stark ist, dass
sie ihn nicht mehr ertragen könnten¹



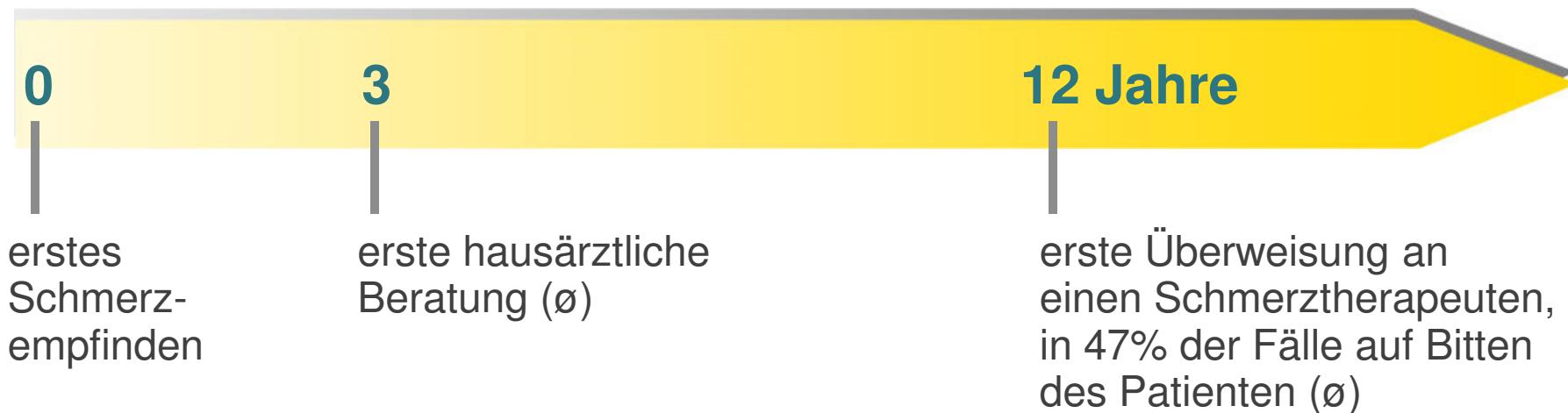
40% der Patienten berichten
von einem unzureichenden
Schmerzmanagement¹



64% der Patienten, die verordnete
Schmerzmedikation einnehmen, berichten,
dass ihr Schmerz zuweilen unzulänglich
kontrolliert wird¹

Die Basisschmerztherapie ist in Europa verbesserungswürdig

- Ergebnisse zur Therapie chronischer Schmerzen?



Häufigkeit von Rückenschmerzen

Rückenschmerzen in der Bevölkerung Deutschlands

- 36 % haben aktuell Rückenschmerzen
 - 74 % im letzten Jahr
 - 85 % im Laufe des Lebens
 - bei den 14-29-jährigen Zunahme von 36 % in 1998 auf 61 %(2004)
 - ca. 30 % Rezidive innerhalb eines Jahres
 - ca. 7-10 % mit chronischem Verlauf (70 % der Krankheitskosten)
-

Kostenanalyse Rückenschmerz

Gesamtkosten pro Patient und Jahr: 1322 Euro

Direkte Krankheitskosten 46,3 %: 612 Euro (ohne AU)

Hochgerechnet auf 61,8 Mio (repräsentierter Bevölkerungsanteil),
Punktprävalenz 38 % = 23,48 Mio

Gesamtkosten pro Jahr: 48.960.000.000,- Euro

Direkte Kosten pro Jahr: 22.668.480.000,- Euro (ohne AU)

BVSD: Weißbuch Schmerzmedizin

Costs of back pain in Germany

C. M. Wenig, C. O. Schmidt, T. Kohlmann, B. Schweikert (2008)

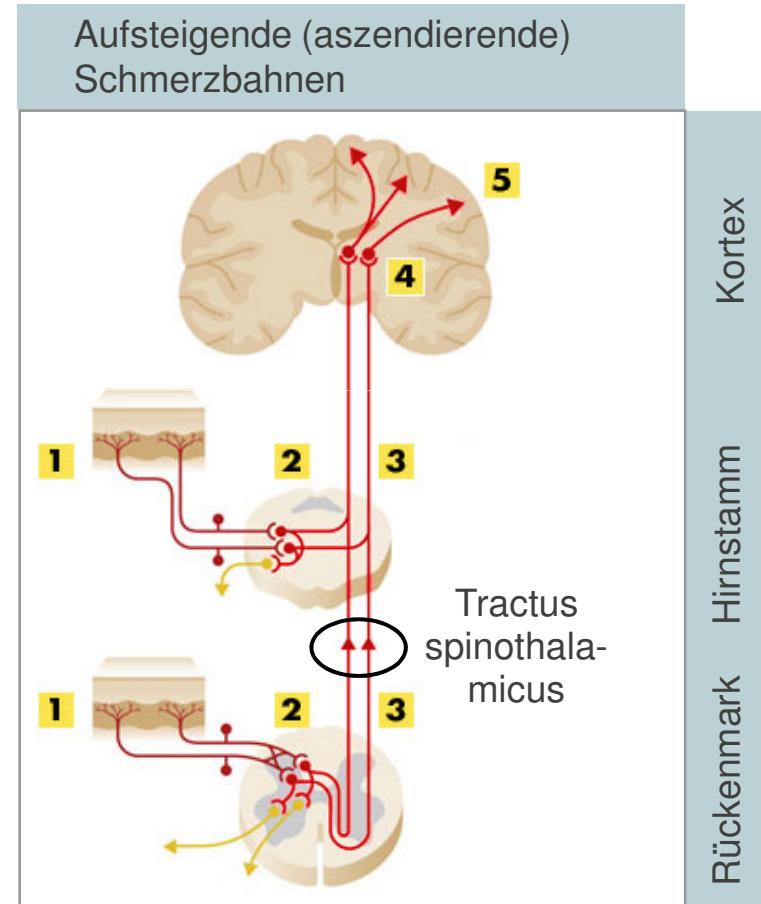
Thesen zur modernen und an Leitlinien orientierten Schmerztherapie

1. Chronische Schmerzen sind ein gesundheitsökonomisch relevantes Problem
 2. Die Versorgung ist unbefriedigend (trotz Leitlinien ?)
-

Berücksichtigung neuer Schmerzmechanismen

Das aufsteigende (aszendierende) Übertragungssystem

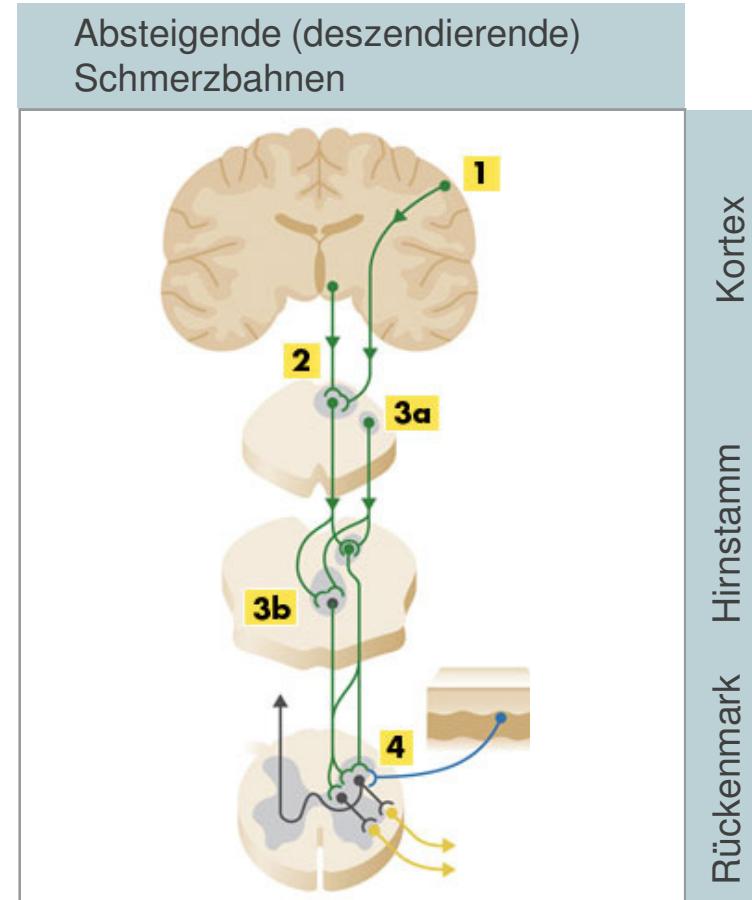
- 1 Aktivierung der Nozizeptoren durch schmerzhafte Stimuli
- 2 Weiterleitung des Signals an das Rückenmark
- 3 Weiterleitung des Signals zum Thalamus
- 4 Verteilung des Signals vom Thalamus zu anderen Gebieten des Gehirns
- 5 Schmerzwahrnehmung durch den zerebralen Kortex



Schmerzmechanismen

Das absteigende (deszendierende) Übertragungssystem

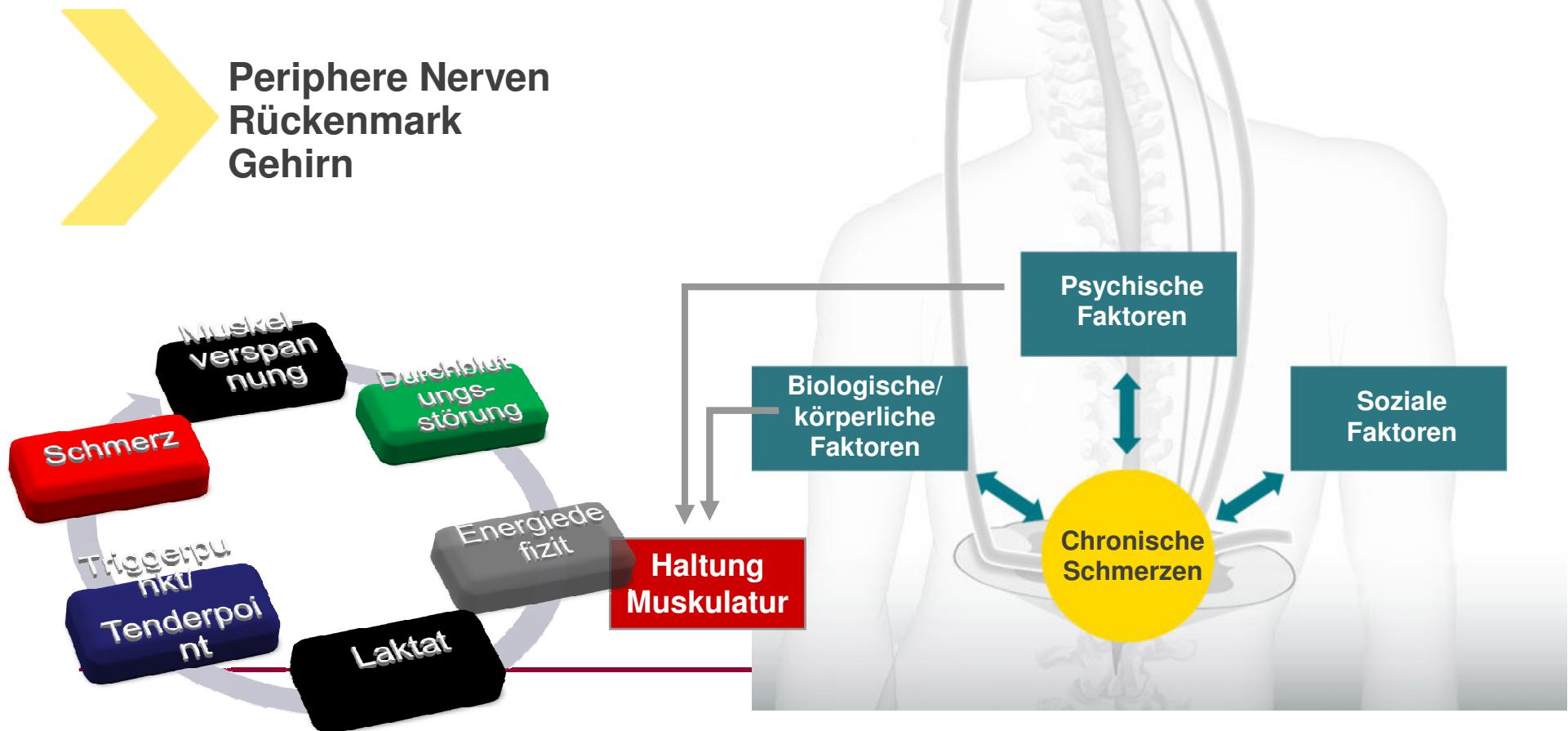
- 1 Kortex und subkortikale Gebiete des Gehirns aktivieren hemmende, absteigende Pfade
- 2 Das periaquäduktale Grau (zentrales Höhlengrau) des Mittelhirns aktiviert hemmende, absteigende Systeme
- 3 Noradrenerge (Locus coeruleus (3a)) und serotonerge (Raphe-Kerne (3b)) inhibitorische Systeme werden aktiviert
- 4 Inhibitorische Signale erreichen die Neuronen im Rückenmark. Stimulation der Freisetzung von inhibitorischen Neurotransmittern (Noradrenalin, Serotonin)



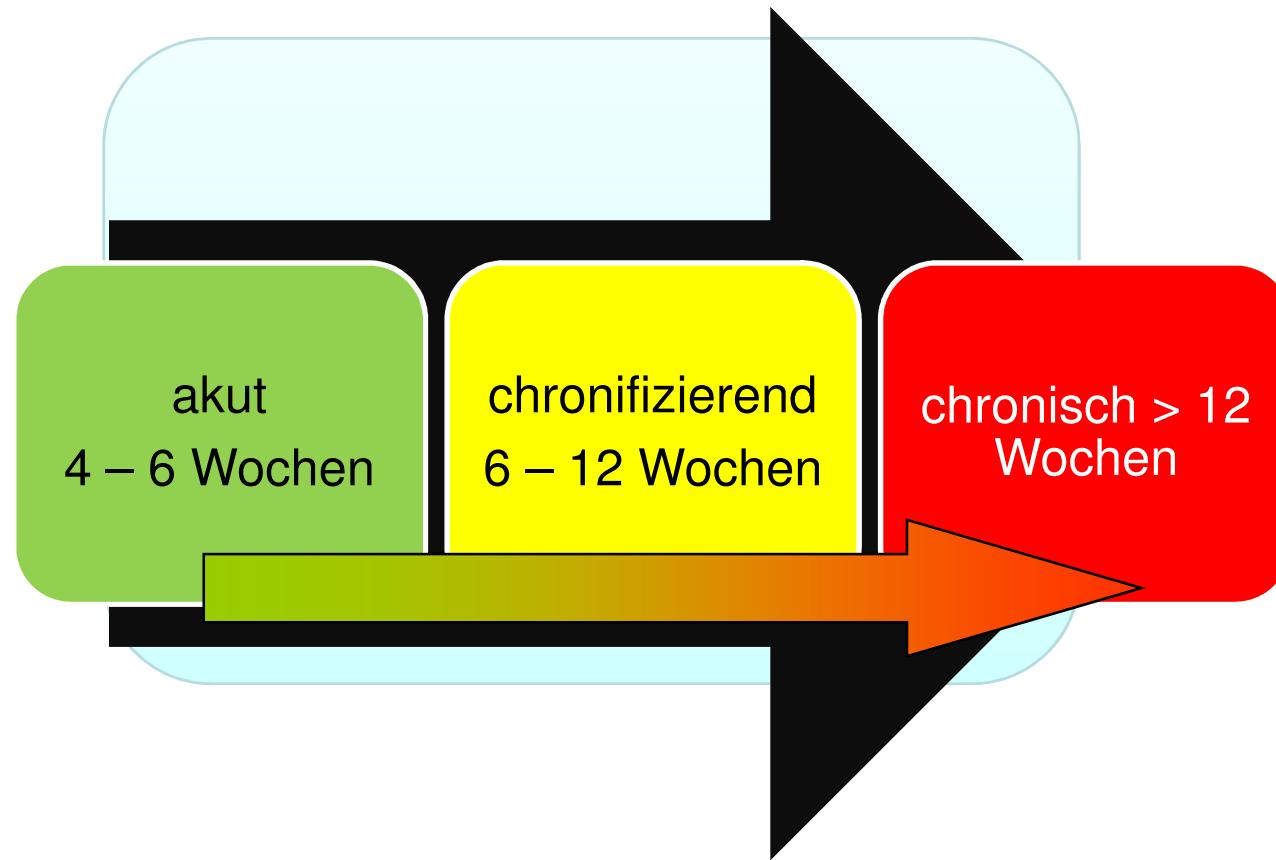
Berücksichtigung neuer Schmerzmechanismen

Periphere und zentrale Sensibilisierung

Durch Sensibilisierungsvorgänge auf verschiedenen Ebenen:

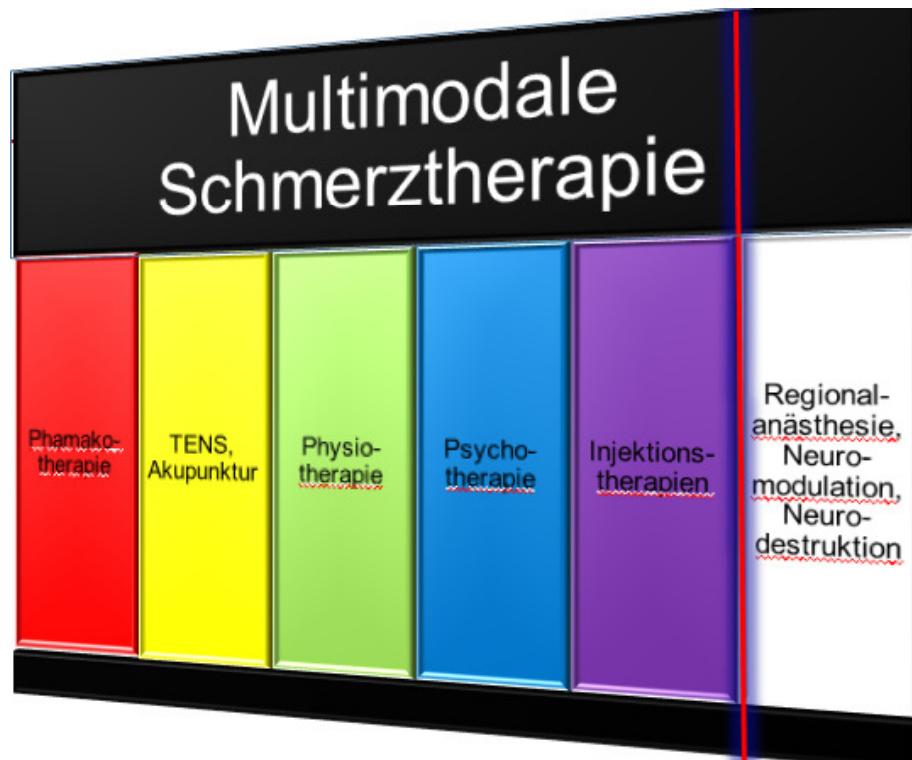


Chronifizierungsfaktoren: Zeit



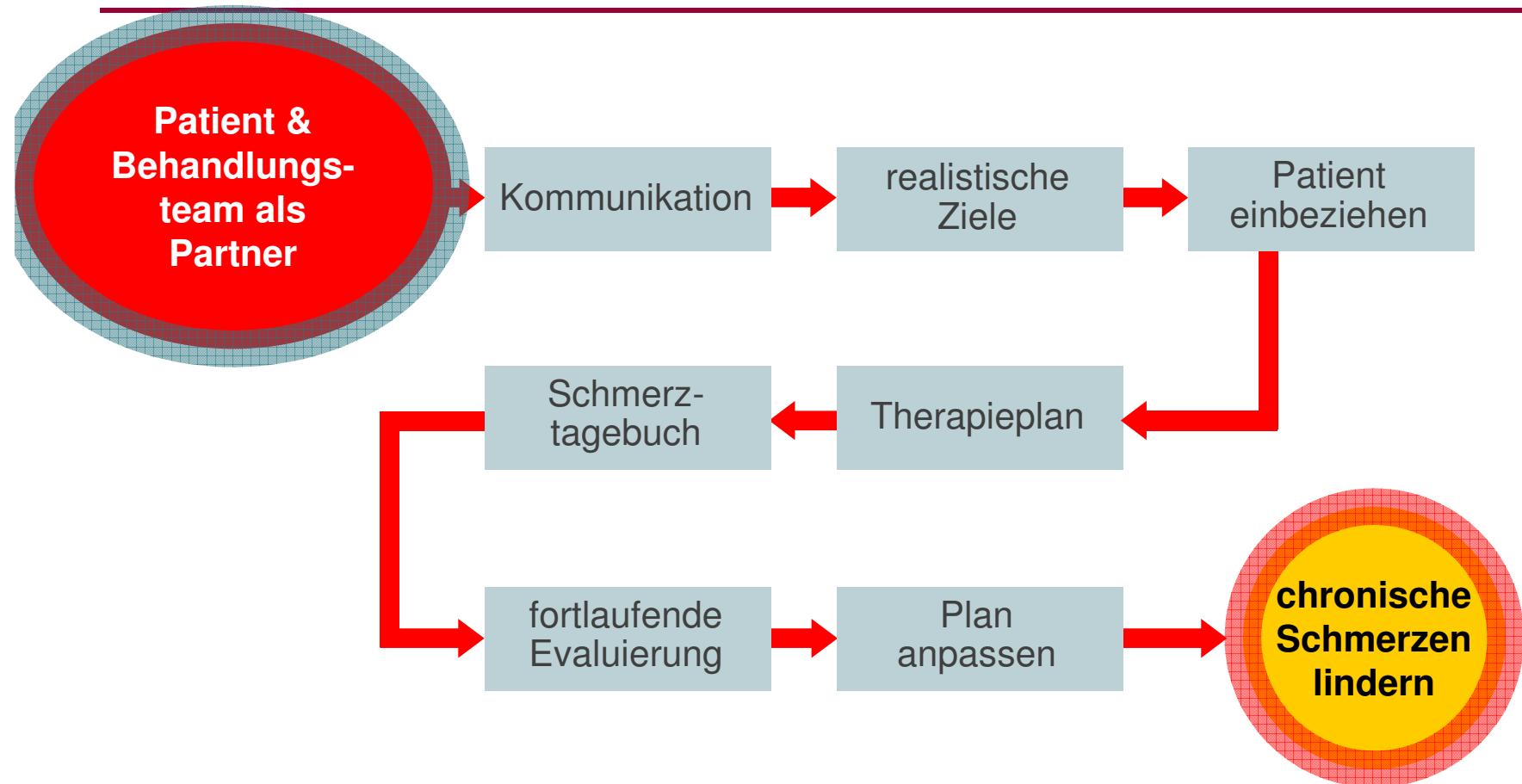
- Multimodal
- interdisziplinär
- fachgruppenübergreifend

Moderne Schmerztherapie



Systematische Befunderhebung und Diagnostik

Therapieplanung und Therapieanpassung



Medizinische Leitlinie - Definition

Leitlinien sind systematisch entwickelte Feststellungen ("statements"), um die Entscheidungen von Klinikern und Patienten über angemessene Gesundheitsversorgung für spezifische klinische Umstände ("situations") zu unterstützen.
(WHO-Tagung Velen/Westfalen 1997)

Evidenz (lat. *evidentia* = Augenscheinlichkeit) bedeutet umgangssprachlich: Augenschein, Offenkundigkeit, völlige Klarheit.

In der Medizin und im Englischen "**evidence**" (= Aussage, Zeugnis, Beweis, Ergebnis, Unterlage, Beleg)

Evidenzbasierte Medizin

*EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung **individueller** Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die **Integration individueller klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz** aus systematischer Forschung.*

[Was ist Evidenzbasierte Medizin und was nicht? D.L.Sackett et al. \(Deutsche Übersetzung\)](#)

System der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF

- 
1. S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet
 2. S2: eine formale Konsensfindung oder eine formale „Evidenz“-Recherche hat stattgefunden
 3. S3: Leitlinie mit zusätzlichen/allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung)
 - (76%) aller AWMF-Leitlinien sind S1-Leitlinien.

NVL Kreuzschmerz 2010 Zusammenfassung der Empfehlungen 27. September 2010

Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz

(konsentiert am 22.9.2010)

HERAUSGEBER

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

sowie ...

Dtsch. G. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR), unter Beteiligung von ...

Erfassung psychosozialer Risikofaktoren in der primären ärztlichen Versorgung

- bei Schmerzen länger als 4 Wochen trotz leitlinien-gerechter Maßnahmen (**A**)

Weitergehende somatische und psychosoziale Diagnostik

- bei anhaltenden Schmerzen (> 12 Wochen) (**A**)

Indikationen zu bildgebenden

Untersuchungen

- **keine** bei akutem Kreuzschmerz (KS) nach klinischem Ausschluss gefährlicher Verläufe (**A**)
- **entsprechend klinischem Verdacht** bei Warnhinweisen („red flags“) (**A**)
- **einmalige**
 - o bei subakutem KS (6-12 Wochen) ohne Besserung ausgeprägter und aktivitätseinschränkender Schmerzen oder mit Progression trotz leitlinien-gerechter Therapie (**A**)
 - o sofern nicht schon geschehen, bei chronischem KS (> 12 Wochen) trotz leitlinien-gerechter Therapie nach Ausschluss von psychosozialen Chronifizierungsfaktoren (**A**)
- **nur bei klinischen Hinweisen auf Organpathologie** bei chronischem KS und Vorliegen psychologischer Chronifizierungsfaktoren (**A**)

Weitere Labor- oder bildgebende Untersuchungen und/oder fachärztliche Überweisung

- bei Warnhinweisen je nach Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit (**A**)

Positive/optionale Empfehlungen
A = starke Empfehlung,
B = Empfehlung,
0 = Option

Nichtmedikamentöse und invasive Therapieverfahren bei nichtspezifischem Kreuzschmerz (KS) – Indikationen ¹		
	Akuter KS	Chronischer KS
Akupunktur	keine (A)	sehr eingeschränkt (0)
Bettruhe	keine (A)	keine (A)
Bewegungs-therapie	<ul style="list-style-type: none"> körperliche Aktivität beibehalten (A) keine Verordnung von Bewegungstherapie (auch Krankengymnastik) (A) 	Bewegungstherapie als primäre Behandlung (A)
Interferenz-therapie	keine bei akut/subakut (A)	keine (A)
PENS	keine (A)	keine (A)
TENS	keine (A)	keine (B)
Progressive Muskel-relaxation	kann angeboten werden bei akutem/subakutem KS und erhöhtem Chronifizierungsrisiko (0)	sollte angewendet werden (B)
Ergotherapie	keine (A)	sollte angewendet werden im Rahmen multimodaler Behandlungsprogramme (B)
Kurzwellen-diathermie	keine (A)	keine (A)
Lasertherapie	keine (A)	keine (A)
Magnetfeld-therapie	keine (A)	keine (A)
Manipulation/ Mobilisation	kann angewendet werden (0)	kann angewendet werden in Kombination mit Bewegungstherapie (0)
Massage	keine (A)	kann angewendet werden bei subakutem/chronischem KS in Kombination mit Bewegungstherapie (0)
Orthesen	keine (A)	keine (A)
Patienten-edukation	soll bei akutem/subakutem KS durchgeführt werden (A)	soll durchgeführt werden (A)
Rückenschule auf biopsychosozialem Ansatz	kann empfohlen werden bei länger anhaltenden (> 6 Wochen) oder rezidivierendem KS (0)	sollte angewendet werden (B)
Wärmetherapie	kann angewendet werden in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen (0)	keine Verordnung (B)
Kältetherapie	keine (B)	keine (B)
Traktions-behandlung	keine bei akutem/subakutem KS (A)	keine (A)
Therapeut. Ultraschall	keine (A)	keine (A)
Kognitive Verhaltens-therapie (KVT)	soll angeboten werden bei subakutem KS und Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren (A)	soll angewendet werden - eingebunden in ein multimodales Behandlungskonzept (A)
Invasive Therapie	keine (A)	keine (A)

Europäische Empfehlungen ?

Schweiz:
Optional Bewegungs-programme

Dänemark:
Lokalisierte Muskel-schmerz

USA:
Betriebliche Rückenschule
Neuseeland:
Keine Evidenz

Schweiz
Nach der Schmerzepisode

Bewegung und Bewegungstherapie

Bewegungstherapie bei akutem nichtspezifischem Kreuzschmerz

5-5

Patientinnen/Patienten sollen aufgefordert werden, körperliche Aktivitäten soweit wie möglich beizubehalten.



5-6

Bewegungstherapie (auch Krankengymnastik) soll zur Behandlung von akutem nichtspezifischem Kreuzschmerz nicht verordnet werden.



Bewegungstherapie bei chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz

5-7

Bewegungstherapie soll als primäre Behandlung bei subakutem/chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz angewendet werden.



Lei(d)tlinien

Leitlinien sind, da sinnvoll wo sie die Versorgungssituation der Patienten verbessern.

Hinsichtlich der Therapieauswahl muss die individuelle Patientensituation berücksichtigt werden

Dies kann eine Leitlinie nur unzureichend regeln.

und

....eine Leitlinienempfehlung garantiert nicht die Finanzierung,
aber eine *Nichtempfehlung* erschwert diese!