

# DER HAUSARZT: BEHANDLER UND LOTSE BEI **RÜCKENSCHMERZ**

Kreuzschmerzen sind die **häufigste Ursache** von Arbeitsunfähigkeit und medizinischer Rehabilitation. Ein spezifischer Grund für diese Schmerzen – etwa Bandscheibenvorfälle oder eine Wirbelfraktur – findet sich aber nur in 15 bis 45 Prozent der Fälle.



Das Hohlkreuz jedenfalls, früher oft als Auslöser verdächtigt, ist nicht schuld: Dies gehört ebenso in den Bereich der Mythen wie die Annahme, degenerative Veränderungen würden immer von Schmerzen begleitet, sagt Dr. Katrin Fitzler, Langenselbold. Das gilt auch für die Aussage, Bettruhe sei immer indiziert.

Bettruhe wird in der neu überarbeiteten Nationalen Versorgungsleitlinie zum nicht spezifischen Kreuzschmerz klar abgelehnt, so Fitzler. Die weiteren, ebenfalls „nicht sinnvollen“ Behandlungen reichen von der Kurzwellendiathermie bis zur Verhaltenstherapie. Das beinhaltet unter anderem Magnetfeld-, Kälte- und Ergotherapie, Tens und Traktionen. Auch therapeutischer Ultraschall und Kinesiotaping kommen schlecht weg. Wobei die Allgemeinärztin anlässlich einer Selbstanwendung Letzteres als „nicht übel“ bewertete.

## Welche Therapie ist sinnvoll?

Die Liste der als nützlich eingestuften Therapien umfasst Bewegungstherapie, Reha-Sport und Funktionstraining. Zur Schmerzlinderung sollten bevorzugt NSAR verwendet werden, sagte sie. Entspannungstechniken sind bei drohender Chronifizierung nützlich, eventuell auch eine Ruckenschule. Auf Chronifizierungsgefahr können unter anderem Depressivität, Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz, eine Neigung zur Somatisierung und Schonverhalten hinweisen. Das Risiko steigt auch bei Menschen mit körperlich schwerer Arbeit, monotoner Körperhaltung und unter Mobbing. Einige Therapien wurden nicht eindeutig bewertet, erklärt die Ärztin. Wärmetherapie etwa, ob-



Viel Diskussionsbedarf gab es zur neu überarbeiteten Nationalen Versorgungsleitlinie auf dem **28. Deutschen interdisziplinären Schmerz- und Palliativkongress** (22. – 25. 3 2017) in Frankfurt am Main, veranstaltet von der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS), der Deutschen Schmerzliga (DSL), und der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Palliativversorgung

*Helga Brettschneider,  
Frankfurt/Main*

wohl sie bekanntlich in bestimmten Fällen hilfreich ist. Oder die Massage; von ihr können Patienten mit Störungen der Muskelspannung profitieren. Auch Akupunktur zählt dazu und kann nützen. In Fitzlers Praxis wird Akut-Akupunktur bei starken Muskelspannungsstörungen eingesetzt.

## Das Leitlinien-Praxis-Dilemma: Der Patient leidet – der Arzt auch

Solche Diskrepanzen entsprechen dem häufigen Ergebnis eines Abgleichs von Leitlinien-Empfehlungen und praktischen Erfahrungen, so Dr. Oliver Emrich



## Kopfschmerzen: Cluster-Kopfschmerz und Migräne ...

aus Ludwigshafen. Denn Leitlinien bieten zwar den Vorteil, auf randomisierten, kontrollierten Studien zu beruhen. Doch das impliziert auch Nachteile. Denn solche Studien betreffen lediglich einen Teil der Patienten. Beim unspezifischen Rückenschmerz ist das nur etwa jeder Zehnte. Infolgedessen rutscht der Arzt im Praxisalltag bei den anderen 90 Prozent oft in ein Dilemma: Würde man sich einseitig nur auf die externe Evidenz verlassen, so der Allgemein- und Schmerzmediziner, so liefe dies darauf hinaus, dass der Arzt mit dem Patienten (fast) nichts machen darf. „Damit können wir in der Praxis nichts anfangen“, stellte er fest. Generell, so Emrich, ist der Hausarzt Behandler und Lotse der Patienten mit akutem, unspezifischem Rückenschmerz: „Wenn wir einen nicht-radikulären, keine neurologischen Ausfälle bedingenden Rückenschmerz haben, mit mäßigem Leidensdruck: Da brauchen wir keinen Facharzt – das können wir selbst. Wir machen eine aktivierende Therapie, grob orientiert an der Nationalen Versorgungsleitlinie.“ Aber bei Beschwerdepersistenz nach vier Wochen ist die fachärztliche Diagnostik an der Reihe. Liegen Alarmzeichen wie Fieber, Gewichtsabnahme, Kortikoide, zerstörte Knochen oder Blasen-Mastdarm-Störungen vor, dann sind Facharzt bzw. Klinikweisung sofort nötig.

Kopfschmerzen sind der vierthäufigste Grund, weshalb Patienten ihren Hausarzt aufsuchen. Wie erkennt man einzelne Varianten, zum Beispiel den Cluster-Kopfschmerz? Dieser wird oft durch Licht, Sauerstoffmangel oder Alkohol ausgelöst, sitzt einseitig orbitotemporal und bleibt auf seiner Seite. Der Schmerz ist intensiv brennend oder bohrend, beschrieb Dr. Dieter Dallmann aus Issum. Bis zu drei Attacken à 20 - 120 min können an einem Tag auftreten.

Im Gegensatz dazu ist der oft durch Licht, Käse oder Hormone getriggerte Migräneschmerz zum Seitenwechsel bereit. Der Schmerz ist häufig dumpf, pulsierend und kann unbehandelte Patienten bis zu 72 Stunden quälen. Geräusch- und Lichtempfindlichkeit, Übelkeit und bei manchen Betroffenen auch eine Aura können dazukommen.

### ... Glaukom, Schlafapnoe ...

Übelkeit (teilweise mit Erbrechen und Fieber) begleitet auch das Glaukom. Die Patienten erleiden orbital halbseitige, heftig drückende Schmerzen bei brennendem Bulbus, betonte Dallmann. Die

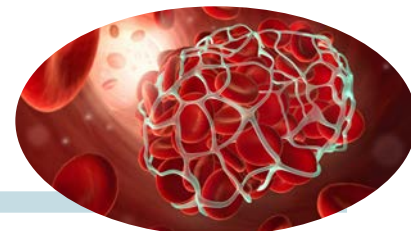
Hornhaut kann trübe und die Pupillen weit (und reaktionslos) sein. Warnsymptome, die ihnen hinterher auffallen, sind Nebelsehen und Farbringe. Für die Behandlung stehen zum Beispiel Diamox i.v., Dolantin gegen die Schmerzen sowie entsprechende Augentropfen (Pilocarpin) zur Verfügung, erklärte er.

Anders äußert sich der allgemeine, diffuse morgendliche Kopfschmerz, hinter dem eine Schlafapnoe stecken kann. Die Patienten sind meist übergewichtig und hyperten. Ihre Partner berichten oft von Schnarchen und nächtlichen Atemaussetzern. Verdächtig ist auch Sekundenschlaf/Tagesschlaf als mögliche Folge des Schlafmangels.

### ... und Arteriitis temporalis

Eine Arteriitis temporalis ist meist einseitig temporal, pochend/bohrend, und berührungsempfindlich. Sie kann sich gleichzeitig auch anderenorts abspielen und von Sehstörungen, Schwindel, Schluckschmerzen, Zungengangrän und asymmetrischem Puls begleitet werden. Die Patienten benötigen manchmal mehr als 1,5 Jahre lang Kortison, so Dallmann.

## Warnsymptome vor der Subarachnoidal-Blutung



Der Kopfschmerz bei Subarachnoidal-Blutung ist nackenbetont und tritt als Vernichtungskopfschmerz auf.

Wichtig: Die Patienten können schon vor der Blutung Warnsymptome zeigen. „Sie haben anfallsweise Kopfschmerzen. Sie können eine Okulomotorius-Parese

haben, andere Hirnnervenausfälle, eine Optikusatrophie oder eine bitemporale Hemianopsie.“ Das kommt in der Praxis tatsächlich zuweilen vor, sagt Dallmann: „Hin und wieder habe ich Patienten, die – einfach so – einen Gesichtsfeldausfall haben.“