

# Rückenschmerzen

Arbeitsgruppe zur Erstellung von Leitlinien  
( für das Praxisnetz verbindliche Behandlungspfade)  
in Anlehnung an die Degam-Leitlinien und den Leitlinien der AWMF  
Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Thema: **akuter Rückenschmerz**  
**chronischer Rückenschmerz**

Teilnehmer: Dr. Al Alawi  
Dr. Sommer  
A. Langkopf  
Dr. Latzinski  
Dr. Skorek  
Dr. Vahlbruch  
Dr. Walz

Termine: 22.8.2006 um 19.00 h  
19.9.2006 um 19.00 h

Treffpunkt: Praxis Dr. Al Alawi, Lehrte, Bahnhofstraße

## 1 Ziele und Definition

### 1.1 Ziele

Ziel dieser Leitlinie ist die bedarfsorientierte und qualitativ hochwertige Primärversorgung von Patientinnen und Patienten mit Kreuzschmerzen (akuten und chronischen unteren Rückenschmerzen) durch

- Darstellung einfacher anamnestische und diagnostischer Kriterien zur Unterscheidung zwischen unkomplizierten Kreuzschmerzen, die symptomatisch behandelt werden können, und Kreuzschmerzen, die auf eine zugrunde liegende Erkrankung (z.B. Frakturen, entzündliche Prozesse oder Tumore) hinweisen und weiterer Klärung bedürfen.
- Bewertung therapeutischer Verfahren nach evidenzbasierten Kriterien.
- Definition von Schnittstellen, wo in fachärztliche oder stationäre Behandlung überwiesen werden sollte.

Für die Teilnehmer des Praxisnetz Hannover Ost sollen hier verbindliche Behandlungspfade erstellt werden.

Es werden Hilfen im Umgang mit den häufigsten Erscheinungsformen von Kreuzschmerzen in der Hausarztpraxis gegeben. Dabei kann nicht allen individuellen Abweichungen (Darstellung der Beschwerden, begleitende Symptomatik oder anamnestische Hinweise) Rechnung getragen werden.

Die Entscheidung, inwiefern der jeweilige Patienten gemäß der Leitlinie behandelt werden kann, obliegt letztendlich dem behandelnden Arzt.

## 1.2 Eingrenzung

Die Leitlinie beschränkt sich auf die Behandlung akuter rezidivierender und chronischer Kreuzschmerzen erwachsener Patienten. Zwar werden Hinweise auf komplizierte Verläufe, z.B. bei Osteoporose und rheumatoider Arthritis, aufgeführt, das weitere Vorgehen bei einem solchen Verdacht ist aber nicht Bestandteil der Leitlinie. Spezielle diagnostische und therapeutische Verfahren, z.B. aus der manuellen Medizin, werden nicht angesprochen.

## 1.3 Definition

Kreuzschmerzen (untere Rückenschmerzen) sind Schmerzen oder Unwohlsein im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zu den Glutäalfalten, evtl. mit Ausstrahlung in die Beine, die zu Einschränkungen bei den täglichen Verrichtungen führen (ICD-10: M54.5).

**Akute Kreuzschmerzen** sind Schmerzepisoden von *weniger als 12 Wochen Dauer*. Die Schmerzintensität kann während dieses Zeitraumes variieren. Akute Kreuzschmerzen, die länger als 6 Wochen bestehen, werden auch „subakut“ genannt.

**Rezidivierende Kreuzschmerzen** sind akute Kreuzschmerzen, die nach einem *symptomfreien Intervall von mindestens 6 Monaten* wieder auftreten. Sie werden als erneute Episode akuter Kreuzschmerzen betrachtet und wie diese behandelt.

**Chronische Kreuzschmerzen** sind Schmerzen, die seit *12 Wochen und mehr* bestehen. Sie können während dieser Zeit an- und abfluten und in Intensität und Ausprägung variieren. Diese zeitliche Einteilung der Kreuzschmerzen gibt eine grobe Orientierung, um das Ausmaß der Beschwerden und die Prognose der Patienten abzuschätzen. Sie darf nicht strikt betrachtet werden, sondern immer nur im Zusammenhang mit den nachfolgend beschriebenen Risikofaktoren für chronische (s. 2.2) oder komplizierte Verläufe (s. 2.3).

## **2 Epidemiologie**

60-80% der deutschen Bevölkerung hatten schon einmal in ihrem Leben Kreuzschmerzen. Sie treten bei jüngeren Menschen häufiger auf als bei älteren. 1 In hausärztlichen Praxen gehören Kreuzschmerzen zu den häufigsten Gründen, weshalb Patienten einen Arzt konsultieren (Praxisprävalenz/Woche: 8%) 2. Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen aufgrund chronischer Beschwerden führen zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten 3.

### **2.1 Klassifikationen**

Kreuzschmerzen können von einer Vielzahl anatomischer Strukturen ausgehen, doch bleibt trotz Diagnostik bei ca. 85% der Patienten die genaue Ursache der Kreuzschmerzen unklar, und die Beschwerden heilen spontan 4. Das Vorgehen sollte daher nicht darauf ausgerichtet sein, den Ursprung der Kreuzschmerzen zu klären, sondern stattdessen Patienten mit unkomplizierten Verläufen vor übermäßiger Diagnostik zu schützen und gleichzeitig die wenigen abwendbar gefährlichen Verläufe, die sofortiger Intervention oder weiterer Diagnostik bedürfen, zu erkennen und umgehend zu behandeln.

Anamnestisch sollte geklärt werden, ob es sich bei den Beschwerden des Patienten um primär vom Rücken ausgehende, muskuloskelettale Schmerzen handelt. Nur etwa 2% der Kreuzschmerzen erwachsener Patienten in primärärztlicher Versorgung treten in Zusammenhang mit einer gastrointestinalen, gynäkologischer oder urologischer Krankheit (z.B. Pankreatitis, Endometritis oder Pyelonephritis) auf.

Bei primär vom Rücken ausgehenden muskuloskelettalen Schmerzen hat sich folgende Einteilung international bewährt.

#### **2.1.1 Akute unkomplizierte Kreuzschmerzen**

Synonyme: Lumbago, "Hexenschuß", unspezifische Kreuzschmerzen, nicht radikuläre Kreuzschmerzen, unspecific low back pain

##### **Unkomplizierte Kreuzschmerzen**

- Alter 20-50 Jahre
- Lumbosakrale Schmerzen, evtl. mit dermatomübergreifender Ausstrahlung in das Gesäß oder die Oberschenkel
- Bewegungsabhängige Schmerzen: Positionsänderungen können zu einer Besserung oder Verschlechterung führen
- Guter Allgemeinzustand (AZ)

## 2.1.2 Radikuläre Kreuzschmerzen

Synonyme: Ischialgie, Lumboischialgie

### Radikuläre Kreuzschmerzen

#### Definition

Die Bandscheibenbedingte Ischialgie ist eine akut oder subakut auftretende radikuläre Reizsymptomatik mit dermatomorientierte Schmerzausstrahlung in das Bein als Folge einer Strukturveränderung der Bandscheibe mit lateraler Vorwölbung oder medianem bzw. mediolateralem Vorfall.

#### Pathogenese und Pathophysiologie

Voraussetzungen für das Auftreten eines Bandscheibenvorfalles ist eine Bandscheibendegeneration mit Fissuren im Anulus fibrosus. Die traumatische Zerstörung einer nichtdegenerativen veränderten Bandscheibe ist kaum denkbar. Das verlagerte Bandscheibengewebe komprimiert eine (oder mehrere) Nervenwurzeln und verursacht dadurch Schmerzen und neurologische Ausfälle. Bei mechanischer Irritation der Nervenwurzeln (L4, L5 und S1 (S2)) entstehen

- einseitige Schmerzen im Bein, die schlimmer als die Kreuzschmerzen sind
- Ausstrahlung in den Fuß oder die Zehen
- Taubheitsgefühl und Parästhesien in gleicher Ausbreitung
- Positiver Lasègue-Test
- Reflexauffälligkeiten, motorische oder sensible Ausfälle im Versorgungsgebiet einer Nervenwurzel

Schmerzen, die nur bis zum Knie ausstrahlen, sind häufig „*pseudoradikulär*“: Die sensomotorischen Reiz- bzw. Ausfallerscheinungen sind nicht eindeutig einem oder mehreren Dermatomen zuzuordnen und zeigen in der körperlichen Untersuchung einen negativen Lasègue-Test. Sie gehören zu den unkomplizierten Kreuzschmerzen.

Die häufigsten Ursachen einer Ischialgie sind degenerative Veränderungen der beiden unteren lumbalen Bandscheiben (L4/L5 und L5/S1), doch auch andere Raumforderungen wie z.B. Volumenänderungen der Bandscheiben, Osteophyten, an den Wirbelhinterkanten, Fascettenhypertrophie sind möglich.

Gewichtsbelastung allein ist nicht als Ursache eines Bandscheibenleidens zu sehen. Krankheitsauslösend kann die falsche Technik des Umgangs mit Gewichten sein. So belastet ein Gewicht, welches mittels Rumpfbeuge vom Boden aufgehoben wird, die 5. Lendenwirbelscheibe mit dem 8. bis 12fachen des Gewichtes. Mit gebeugten Knien und geradem Rücken gehoben ist die Belastung den Bereich des 5. Lendenwirbels gerade 1-2mal so groß wie das gehobene Gewicht. Häufiges langes Sitzen in ungeeigneten Sitzmöbeln führt ebenfalls zu einem vorzeitigen Bandscheibenverschleiß.

## **Klassifikation**

### Bandscheibenverlagerung

- Prolaps: Vorfall von Bandscheibengewebe mit Perforation des Anulus fibrosus
- Protrusion: Vorwölbung mit Erhalt des Anulus fibrosus (contained discs)

### Lokalisation

- Medialer Bandscheibenvorfall/Protrusion
- Lateraler Bandscheibenvorfall/Protrusion
- Mediolateraler Bandscheibenvorfall/-Protrusion

### Cauda-Equina-Syndrom

- Beidseitige Ischialgie, Reithosenanästhesie, Paresen im Bereich der unteren Extremitäten und Schließmuskelinsuffizienz von Blase und/oder Mastdarm

## **Medizinische Schlüsselsysteme**

### **ICD-10**

M51.0 Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden

M51.1 Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie

M51.2 Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung

M51.3 Sonstige näher bezeichnete Bandscheibendegeneration

M51.9 Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet

## **Anamnese**

### Spezielle Anamnese

- Schmerzen: Beginn und Anlass der Schmerzen, Lokalisation, Ausstrahlung, Dauer, Intensität, Positionsabhängigkeit der Schmerzen
- Schmerzprovokation bei Husten, Niesen und Pressen
- Funktionseinschränkung, Sensibilitätsstörung und Missempfindung (Parästhesie)
- Fakultativ Parese bzw. Paralyse
- Beeinträchtigung der Belastungs- und Leistungsfähigkeit
- Blasen- und Mastdarmstörung, ggf. Potenzstörungen
- Zuordnung zu einer Nervenwurzel über die Beschreibung der Schmerzausstrahlung
- Inkontinenz

## Allgemeine Anamnese

- Vorausgegangene Kreuzschmerz- und Ischialgieepisoden, insbesondere Belastungen am Arbeitsplatz
- Bisherige Behandlung
- Unfallereignisse, Situationen am Arbeitsplatz in Verbindung mit Kompensationsforderungen
- Bekannte tumoröse Erkrankungen, Gewichtsabnahme
- Psychische Situation

## Sozialanamnese

- Beruf, Arbeitsplatz
- Sportliche Betätigung
- Psychosoziales Umfeld

## Diagnostik

### Klinische Diagnostik

#### Inspektion

- Beurteilung einer evtl. skoliotischen Fehlhaltung
- Ganganalyse: Lähmungen, Hinken

#### Palpation

- Beurteilung der Rückenmuskulatur (Muskelhartspann, Klopf- und Druckschmerz)
- Federungstest über Dornfortsätze und Ileosakralgelenk
- Valleix'sche Druckpunkte

#### Spezifische Funktions- und Schmerztests

- Beweglichkeit Wirbelsäule: Maß für Gesamtbeweglichkeit der Wirbelsäule: Finger-Boden-Abstand (FBA).BWS: Ott'sches Maß, LWS: Schober-Zeichen

#### Radikuläre Zeichen

- Nervendehnungsschmerzen, Lasègue-Zeichen, kontralaterales Lasègue-Zeichen, Femoralisdehnungstest, Bragard'sches Zeichen, Langsitz
- Überprüfung von Kennmuskeln
- Beurteilung der Sensibilität Dermatome
- Reflexstatus

**Tabelle 1: Reflexstatus bei bandscheibenbedingter Ischialgie**

Ischialgieform	Kennmuskel	Reflexausfall
L4-Ischialgie	M.quadrizeps	Patellarsehnenreflex
L5-Ischialgie	M.tibialis anterior M.extensor hallucis longus	Tibialis-posterior-Reflex
S1-Ischialgie	M. triceps surae	Achillessehnenreflex

### Differentialdiagnostische Tests

- Menell 3- Stufen-Test (Hüfte,ISG,LWS)
- Vierer-Zeichen (ISG)
- Hüftgelenksbeweglichkeit
- Segmentale Untersuchung

Abhängig vom Sitz des Prolapses kann ein Druck auf die austretende oder taversierende Wurzel entstehen, deshalb lassen sich die betroffene Etage und die Art der Ischialgie nicht immer in Einklang bringen.

### Apparative Diagnostik

Notwendige apparative Diagnostik

- Röntgen LWS in 2 Ebenen

Im Einzelfall nützliche apparative Diagnostik

- MRT oder CT der Wirbelsäule, nur bei radikurärer Symptomatik
- Myelo-CT mit Funktionsmyelogramm
- Röntgen: Schrägaufnahmen
- Funktionsaufnahmen der LWS
- EMG, NLG, SEP
- Liquoruntersuchung
- Diskographie
- Labor zur Differentialdiagnose

## **Häufige Differentialdiagnosen**

- Pseudoradikuläre Syndrome
- Spinalkanalstenose
- Spondylolithesis
- Koxarthrose, Hüftkopfnekrose
- Affektion des Ileosakralgelenkes
- Extravertebrale Tumoren (retroperitoneale Tumoren, Ewing-Sarkom, Osteosarkom)
- Spinale Tumoren
- Wirbelsäulenmetastasen
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Nierenerkrankungen (Nephritis, Pyelonephritis)
- Abdominelle gynäkologische Erkrankungen
- Pankreatitis
- Irritation des lumbosakralen Plexus durch retroperitoneale Tumoren
- Traumatisch bedingte neurologische Störungen
- Spondylodiszitis
- Kongenitale Abnormitäten
- Fascettenganglion
- Diastematomyelie Pelvine und inguinale Angiopathien
- Neurogene Inguinalsyndrome
- Syringomyelie
- Borreliose

## **Therapie**

Ziele sind Verminderung von Schmerz sowie die Verbesserung von Funktion und Lebensqualität.

### **Konservative Therapie**

#### **Beratung**

Aufklärung über die Erkrankung, deren natürlichen Verlauf und dessen Beeinflussbarkeit durch konservative bzw. operative Therapie. Die Beratung ist individuell zu gestalten und umfasst u.a.: Verhalten im Alltag, körperliche Belastung in Beruf und Sport, Körpergewicht, Rückenschulung.

#### **Medikamentöse Therapie**

Die medikamentöse Behandlung dient der Schmerzreduktion und Antiphlogose.

- Muskelrelaxantien
- Peripher wirksame Analgetika: Antiphlogistika (NSAR), Antirheumatika



### Injektion, Infiltration

- Gezielte Wurzelblockaden
- Peridural-Injektionen
- Epidural-sakrale Injektion
- Epidural-perineurale Infiltration
- CT-gesteuerte Injektion

### Physikalische Therapie

- Stufenbettlagerung auf Würfel
- Bettruhe bei schwerer Radikulopathie für wenige Tage
- Krankengymnastik (z.B. manuelle Mobilisation, Schlingentischtherapie, Klapp`sches Kriechen)
- Massage
- Rückenschule in der Rehabilitationsphase
- Wärme und Elektrotherapie (Diodynamik, Dezimeterwelle)

### Orthopädietechnik

- Entlordosierende Bandagen
- Entlordosierende Orthesen

### Einweisungsindikation zur stationären Therapie

Zunehmende Entwicklung motorischer Störungen, Entwicklung eines Caudasyndroms mit den Leitsymptomen Reithosenanästhesie, Blasen- und Mastdarmstörungen, beidseitiges Fehlen des Achillessehnenreflexes.

### **Operative Therapie**

Es besteht eine absolute OP-Indikation nur beim Caudasyndrom, eine dringliche Indikation bei funktionell stark beeinträchtigenden oder zunehmenden Paresen. Bei einer absoluten oder dringlichen OP-Indikation ist die Erholung der beeinträchtigenden Funktionen von der Dauer der Schädigung abhängig, sodass der Eingriff schnellstmöglich erfolgen sollte.

#### Allgemeine Indikationskriterien

- Schmerzen, Leidensdruck
- Neurologische Symptomatik
- Beschwerdepersistenz trotz konservativer Therapie

#### Häufige Operationsverfahren

- Diskotomie
- Perkutan automatisierte Nukleotomien (nur selten indiziert z.B. unter endoskopischer Kontrolle oder PE bei V.a. Diszitis)
- Laserdiskotomie (eingeschränkte Indikation)

#### Planung und Vorbereitung

Durch apparative Verfahren ist die Lokalisation des Bandscheibenvorfalles zu identifizieren.

- Instrumente
- Bildwandler

#### Mögliche Folgen und Komplikationen

- Allgemeine Risiken und Komplikationen: Hämatom (inkl. Epidurales Hämatom mit neuer radikärer Symptomatik), Wundheilungsstörung, Wundinfekt, Spondylodiszitis, tiefe Beinvenenthrombose, Embolie, Gefäßverletzung, Nervenverletzung bis hin zur Querschnittssymptomatik)
- Spezielle Folgen: Instabilität, Postdisktomiesyndrom
- Komplikationen: Ventrale Anulusperforation mit intraabdomineller Gefäßverletzung, Duraperforation, Liquorfistel, Eröffnung des falschen Bandscheibenfaches

#### Postoperative Maßnahmen

- Postoperative Röntgenkontrollen
- Thromboseprophylaxe
- Individuelle postoperative Physiotherapie
- Individueller Belastungsaufbau

## **Stufenschema Therapeutisches Vorgehen**

### **Orientierungskriterien**

Schmerz, funktionelle Ausfälle, Therapieresistenz von Maßnahmen, Leidensdruck, Psyche

### **Stufe 1 ambulant** (1-4 Wochen)

Beratung, und/oder antiphlogistische Medikamente (NSAR, Analgetika), Physiotherapie, keine Injektionen!

- Nach 2 Wochen ohne wesentlichen Besserung der Beschwerdesymptomatik erweiterte Diagnostik
  - Röntgen der LWS im Stehen mit Becken
  - Urinbefund
  - Sonographie Abdomen
  - Labor evtl. erweiterte Rheumatologische Diagnostik
  - Erweiterte Röntgendiagnostik mit CT/MRT

Lokale orthopädische Schmerztherapie (Injektionsbehandlung)

Nach 4 Wochen Symptomatik ohne wesentliche Besserung Facharztvorstellung

### **Stufe 2 ambulant/stationär**

Epidurale Injektionen, physikalische Therapie, Krankengymnastik

### **Stufe 3**

Stationäre Behandlung

### **Prognose**

Spontanheilung durch Retrahierung des Prolapses, Volumenabnahme durch Vernarbung oder Ausweichen der Nervenwurzel im knöchernen Foramen sind möglich.

In ca. 80 % der Fälle bei richtiger Indikationsstellung intradiskaler Verfahren nur bei Protrusion und subligamentärem Prolaps mit geschlossener Bandscheibe zu erwägen. In ca. 20% Postdiskotomiesyndrom durch Narbenbildung im OP-Zugangsbereich oder segmentale Instabilität. Es besteht eine starke Abhängigkeit der Prognose u.a. vom Ausmaß des Bandscheibenvorfalles, vom Ausmaß der neurologischen Schädigung und der Persönlichkeit des Patienten. Gute postoperative Ergebnisse bei jüngeren Patienten (<35 Jahren), kurzer Anamnese und großem Bandscheibenvorfall mit klaren neurologischen Ausfällen.

Die langfristige Prognose wird bestimmt durch das Ausmaß des Degenerationsprozesses, der Entwicklung der Narbe und der evtl. sich entwickelnden Segmentstabilität.

### **3.6 Weitere Vorgehensweisen, Nachkontrollen, Prophylaxe, Prävention**

Bei Erstkonsultation wegen akuter Kreuzschmerzen ist häufig eine ausführliche Beratung mit Ermunterung zur Wiederaufnahme der Aktivität, ggf. begleitet von einer Schmerztherapie, ausreichend. Eine generelle Wiedereinbestellung der Patienten ist nicht notwendig, wenn die Beschwerden sich unter Therapie bessern. *(level of evidence TIV)*

Bei Wiedervorstellung der Patienten sollte, sofern sich die Beschwerden unter Therapie gebessert haben, ggf. die medikamentöse Therapie angepasst, die derzeitige Beeinträchtigung der Patienten im Alltag und ihre Eigenaktivität erhoben und eine entsprechende Beratung durchgeführt werden.

Ggf. kann die Behandlung durch nicht medikamentöse Verfahren unterstützt werden. Bei Arbeitsunfähigkeit sollte die Wiederaufnahme der Arbeit thematisiert werden. *(level of evidence TIV)*

Bei Persistenz der Beschwerden ohne Heilungstendenz unter Therapie sollte die Diagnose durch Anamnese und körperliche Untersuchung erneut geprüft werden. Besteht weiterhin kein Anhalt für einen komplizierenden Verlauf, kann die Therapie wie oben intensiviert werden. *(level of evidence TIV)*

Persistieren oder verschlimmern sich unkomplizierte Kreuzschmerzen trotz intensiver Therapie seit mehr als vier Wochen, sollten die Risikofaktoren für chronische Verläufe (erneut) erhoben werden. Weitere Diagnostik (z.B. Röntgen- oder Laboruntersuchungen, wie BSG) können sinnvoll sein. Ggf. sollte eine Überweisung zum Orthopäden, Neurologen/ Neurochirurgen oder bei entsprechenden Risikofaktoren für chronische Verläufe zum Psychotherapeuten erfolgen. Wir empfehlen, Patienten mit persistierenden radikulären Kreuzschmerzen bereits nach 1-2 Wochen einem Spezialisten zuzuweisen. *(level of evidence TIV)*

#### **Reevaluation bei**

- Persistenz unkomplizierter Beschwerden über ca. 4 Wochen trotz Therapie.
- Persistenz radikulärer Beschwerden über 1-2 Wochen trotz Therapie.
- Hohem anhaltenden oder zunehmenden Analgetika-Konsum (Achtung Selbstmedikation).
- Progredienz der Beschwerden trotz Therapie.

Leiden Patienten trotz Therapie und Reevaluation länger als 3 Monate an Kreuzschmerzen, wurde das Therapieziel nicht erreicht. Die Patienten haben chronische Kreuzschmerzen entwickelt und sind, sofern sie bislang arbeitsunfähig waren, in hohem Maße gefährdet, nicht an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren und vorzeitig in Rente zu gehen. Jede weitere Therapie muss zum Ziel haben, dies zu vermeiden. Die Patienten sollten schnellstmöglich einer kombinierten Therapie mit schmerz-, physiotherapeutischen und psychologischen Anteilen zugewiesen werden, z.B. in Form oben erwähnter multimodaler Behandlungsprogramme. Eine Rehabilitation kann stationär oder auch ambulant in Anspruch genommen werden. Bei der ambulanten Rehabilitation besuchen die Patienten die Reha-Einrichtung nur für die Behandlung und bleiben ansonsten in ihrem normalen Umfeld. Sie kann flexibler gestaltet werden, erlaubt die Einbindung von Angehörigen, und die Patienten lernen lokale Hilfsangebote kennen. Möglicherweise hilft die räumliche Nähe, in der Behandlung erlernte Verhaltensweisen auch nach deren Abschluss fortzusetzen. Hierbei hilft auch eine Rehabilitationsnachsorge in der Nähe des Wohnorts, die sowohl nach ambulanter wie auch nach stationärer Rehabilitation durch den behandelnden Arzt des Reha-Zentrums beantragt werden kann. Eine ambulante Rehabilitation setzt die Mobilität des Patienten voraus, die Reha-Einrichtungen täglich erreichen zu können. Weiterhin muss seine häusliche Versorgung sichergestellt sein. 50 Eine stationäre Rehabilitation sollte dann in Betracht gezogen werden, wenn diese Voraussetzungen nicht zutreffen bzw. die Patienten aufgrund von Begleiterkrankungen oder ihrer psychischen Verfassung nicht ausreichend belastbar sind, ist eine ambulante Behandlung in Anspruch zu nehmen. So kann es ggf. sinnvoll sein, den Patienten aus seinem gewohnten heimatlichen Umfeld zu lösen, um Stressfaktoren zu minimieren und seine Heilungschancen zu verbessern.

**chronische Verläufe von Rückenschmerzen nächster Termin am 22.8.2006**

•