



**Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,**

Als sich die IGOST 1993 gründete war neben der Standardisierung von Injektionstechniken ein Hauptziel unserer Aktivitäten Wege zu finden, wie Chronifizierungsvorgänge bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane erkannt und verhindert werden können.

Zusammen mit dem Berufsverband der Orthopäden (BVO) haben wir eine in Deutschland einmalige Aktion gestartet.

Ausschließlich aus Mitgliedsgeldern, ohne industrielle oder andere Sponsoren wurde an der Universität Heidelberg ein Kurzfragebogen entwickelt, der es dem Behandler schon beim Erstkontakt ermöglicht das Risiko einer Chronifizierung bei seinem Patienten grob abzuschätzen.

Die konsequente Anwendung dieses Fragebogens, gerade beim Primärarzt, sollte dazu führen, den Patienten im Falle eines erhöhten Chronifizierungsrisikos schnell und gezielt in fachspezifische oder schmerztherapeutisch spezifische Behandlung zu überweisen. Der bei Chronifizierungsvorgängen so erhebliche Zeitfaktor könnte so zum Wohle unserer Patienten gezielt beeinflusst werden.

Auch das therapeutische Vorgehen des Weiter/Mitbehandlers lässt sich durch einen Kurz- Check beim Erstkontakt optimieren.

Ziel unseres Fragebogens war neben wissenschaftlich validen Aussagen gleichzeitig einen in der Praxis gut einsetzbaren kurzen Fragebogen zu erhalten.

Dies ist in beispielhafter Weise gelungen und ich bin geehrt Ihnen heute das Ergebnis einer erfolgreichen Zusammenarbeit von BVO und IGOST zum eigenen Praxisgebrauch vorlegen zu können.

Der Bogen darf zur Patientenversorgung uneingeschränkt verwendet werden.

Ich würde mich freuen, wenn er Ihnen eine unentbehrliche Hilfe im Praxisalltag wird und wir damit unser gesundheitspolitisches Ziel, Chronifizierungsvorgänge bei Rückenschmerzen schneller zu erkennen und daher gezielter behandeln zu können besser erreichen.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen, Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Martin Strohmeier'. The signature is fluid and cursive.

Dr. Martin Strohmeier  
Präsident der IGOST

Ravensburg, April 2003

# **Leitlinie Lumbaler Rückenschmerz**

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie  
Internationale Gesellschaft für orthopädische Schmerztherapie

## **1. Definition, Methodik und rationelle Diagnostik**

Der lumbale Rückenschmerz gilt als unspezifischer Rückenschmerz solange er nicht auf somatischer oder psychischer Ebene besser zu klassifizieren ist.

### **1.1 Primäre Diagnostik**

#### **1.1.1 Anamnestischer Ausschluss von „red flags“ :**

#### **„Red Flags“ für bedrohliche Zustände**

##### **Möglicher Tumor oder Infektion**

- Alter <20 oder >50
- Tumoranamnese
- Symptome wie Fieber oder Frösteln oder unerklärlicher Gewichtsverlust
- Vorangegangene bakterielle Infektion (z.B. aus dem Genitaltrakt)
- Drogenabusus oder Immunsuppression infolge von Steroidgabe, Transplantation oder HIV-Infektion
- Schmerzverstärkung bei Rückenlage, starker Nachtschmerz

→ **Internistische oder andere Fachspezifische Abklärung s. 3.1**

##### **Mögliche Fraktur**

- Entsprechende Unfallanamnese
- Leichtes Trauma oder anstrengendes Heben (bei Älteren oder potentiell osteoporotischen Patienten)
- Klinische Hinweise

→ **Orthopädisch / Unfallchirurgische Abklärung s. 3.1**

##### **Neurologische Störungen (ggf. Cauda equina Syndrom)**

- Kürzlicher Beginn einer Blasendysfunktion, wie Urinretention, häufiges Wasserlassen oder Überlaufblase

- Akute oder fortschreitende neurologische Defizite an den unteren Extremitäten, z.B. motorische Schwäche des Quadriceps (Kniestreckerschwäche), der Fußsenker, Fußaußenrandheber und/oder Fußheber (Fallfuß)

→ **Neurologische / Urologische Abklärung s. 3.1**

### **Cauda equina Syndrom)**

- Unwillkürlicher Urinabgang, fehlender Analsphinktertonus (Analreflex)
- Perianale und perineale Sensibilitätsstörung
- Reithosenanästhesie

→ **sofortige stationäre Einweisung Neurochirurgie / operative Orthopädie**

nach AHCPH 1994 (US Agency for Health Care Policy and Research, December 1994)

Red flags positiv → **s. 3.1 !**  
 Cauda equina Symptome → **operative Fachklinik !**

### **1.1.2. Anamnese**

Während einer Konsultation wegen Kreuzschmerzen sollte frühzeitig folgendes erfragt werden:

- **Allgemeine Angaben zu den Schmerzcharakteristika**
  - Lokalisation
  - Dauer
  - Auslöser
  - Ausstrahlung (einseitig/beidseitig, wohin)
  - Abhängigkeit von Position (sitzend, liegend, stehend) und Bewegung
  - (Tages-) zeitlicher Verlauf
  - Stärke der Schmerzen und Beeinträchtigung täglicher Verrichtungen
  - Frühere Episoden und deren Behandlung
  - Umgang mit den Beschwerden und erste eigene Behandlungsversuche
- **Begleitsymptome und Vorerkrankungen:** Kreuzschmerzen, die auf einen abdominellen, pelvinen oder peripheren vaskulären Prozeß (z.B. Aortenaneurysma) zurückzuführen sind, sind häufig mit weiteren Symptomen (z.B. Lenden- oder Abdominalschmerzen, urethraler oder vaginaler Ausfluß etc.) vergesellschaftet. Bei Ausstrahlung in die Hüftgelenke oder begleitenden Beinschmerzen muß an das Vorliegen eines Hüftleidens oder einer vaskulären Erkrankung gedacht werden. Fehler! Textmarke nicht definiert.

- **Psychosoziale Anamnese**, sofern diese nicht schon durch die erlebte hausärztliche Anamnese bekannt ist (s. Prognose)
- **Patientenvorstellungen über die Ursache ihrer Beschwerden**

### 1.1.3. Klinische Untersuchung

Das Ausmaß der körperlichen Untersuchung richtet sich immer nach den Ergebnissen der Anamnese.

Bestehen Hinweise auf eine extravertebrale Ursache der Beschwerden, z.B. das Vorliegen einer Harnwegsinfektion, sollten die entsprechenden Organsysteme untersucht werden (*level of evidence DIV*).

Liegen anamnestisch keine Warnhinweise vor und schildert der Patient Beschwerden im Rücken ohne Hinweise auf eine Nervenkompression (s. radikuläre Beschwerden), muß keine neurologische Untersuchung durchgeführt werden und es genügt die folgende Basisdiagnostik (*level of evidence DIV*)<sup>Fehler! Textmarke nicht definiert.</sup>.

- **Inspektion** (AZ, Stärke der Beschwerden, körperliche Beeinträchtigung, Schmerzerleben, Haltung, Deformitäten, Verletzungszeichen) (*level of evidence DIV*)
- **Palpation** (Tender points, muskuläre Verspannungen, Klopfschmerz) (*level of evidence DIV*)
- **Beweglichkeitsprüfung:** Ante-, Retro- und Lateroflexion. Die diagnostische Aussagefähigkeit ist begrenzt, hilft aber beim Monitoring des Krankheitsverlaufes<sup>1</sup>. Nach einer neuen Arbeit, die in Spine veröffentlicht wurde besteht ..... (*level of evidence DIII*)
- **Lasègue (s. Anhang)** (*level of evidence DII*)<sup>Fehler! Textmarke nicht definiert.</sup>

Bei radikulären Schmerzen sollte zusätzlich eine neurologische Basisdiagnostik durchgeführt werden. Wir empfehlen, mindestens folgende Tests im Seitenvergleich durchzuführen (*level of evidence DIV*):

- **Inspektion** (Faszikulationen, Atrophien) (*level of evidence DII*)<sup>Fehler! Textmarke nicht definiert.</sup>
- **Muskelkraft** bei Dorsalflexion des Fußes und der Großzehe (*level of evidence DII*)<sup>Fehler! Textmarke nicht definiert.</sup>
- **Achillessehnenreflex (ASR)** (*level of evidence DII*)<sup>Fehler! Textmarke nicht definiert.</sup>
- **Patellarsehnenreflex (PSR)** (*level of evidence DII*)<sup>Fehler! Textmarke nicht definiert.</sup>
- **Berührungsempfindung** medialer (L4), dorsaler (L5) und lateraler (S1) Fuß (*level of evidence DII*)<sup>Fehler! Textmarke nicht definiert.</sup>

#### 1.1.4. Weitere Diagnostik

Anamnese und klinische Untersuchung genügen, um sich ein Bild über die Art der Kreuzschmerzen zu machen und gefährliche Verläufe auszuschließen. **Bei unkomplizierten Kreuzschmerzen bringen zusätzliche bildgebende Verfahren keinen diagnostischen Mehrwert**, sondern können dazu führen, dass Arzt und Patient sich auf nicht therapierelevante Zufallsbefunde fixieren, die nicht in Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden stehen. (*level of evidence DI*<sup>26 27 28 29 30 31 32</sup>)

Patienten mit Verdacht auf Kauda equina Syndrom müssen notfallmäßig stationär (möglichst Neurochirurgie oder Orthopädie) eingewiesen werden. (*level of evidence DIV*)

Liegen Warnhinweise (red flags) vor, müssen je nach Verdachtsdiagnose weitere klinische Tests, Laboruntersuchungen, bildgebende Verfahren und/oder Überweisungen in fachärztliche Behandlung erfolgen. (*level of evidence DIV*)

Patienten mit ausgeprägtem neurologischen Befund (z.B. auffällige oder progrediente motorische Schwäche, Sensibilitätsausfälle oder Paresen) sollten umgehend orthopädischer, ggf. stationärer Behandlung zugewiesen werden. (*level of evidence DIV*)

#### 1.1.5. Beurteilung der Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung

Heidelberger Kurzfragebogen Rückenschmerz (IGOST), mit Erfassung psychosomatischer Chronifizierungsfaktoren, z.B.

- Pessimistische Einstellung gegenüber Rückenschmerz
- Schmerzvermeidungsverhalten
- Tendenz zur depressiven Verstimmung und Rückzugsverhalten
- Durchhaltestrategien
- Bevorzugung passiver Maßnahmen
- Renten- und/oder Versicherungsansprüche
- Familien- und/oder Arbeitsplatzprobleme
- Ungünstige Diagnose- und/oder Therapieerfahrungen

mit Unterteilung in 5 Untergruppen

##### 1.1.5.1. Typ A

Pat chronifiziert höchstwahrscheinlich nicht

Behandlung Punkt 2, Kontrolle durch visuelle Analogskala

### **1.1.5.2. Typ B und C**

Pat. chronif. eher nicht, oder Aussage nicht möglich

Sofortiger Einbezug eines Fachspezialisten , Neurologe/Orthopäde →s. Pkt 3.1.

### **1.1.5.3. Typ D und E**

Pat. chronifiziert wahrscheinlich

Einleitung einer interdisziplinären Schmerzbehandlung → s. Pkt 4.2.

***Bei Primärkontakt und/oder bei fehlenden spezifischen Symptomen ist eine weiterführende Diagnostik zunächst nicht erforderlich .***

## **2. Grundsätze der Therapie**

2.1. 3 Wochen ambulante Therapie , z.B. medikamentöse Therapie (WHO- Schema), ggf. physikalisch –balneologische Maßnahmen, ggf. begleitende Rückenschule, besser Patientenschulung mit standardisiertem und anerkanntem Schulungsmaterial danach Kontrolle nach ärztlich festgelegtem Zeitregime.

2.1.1 Remission → Abschluss

2.1.2. nicht ausreichende Remission, weiter wie bisher wenn Schmerzbesserung auf der visuellen Analogsskala 50% oder mehr oder keine bestehende AU

2.1.3. Verschlechterung , weiter bestehende AU, Verbesserung <50 % auf der VAS

→ Weiterführende Diagnostik und Behandlung durch Fachspezialisten, s. 3.1

***Durch die hohe Prävalenz der Chronifizierung von Rückenschmerzen muss jeder akute Rückenschmerz der trotz Behandlung länger als 2 Wochen unverändert besteht als spezifischer Rückenschmerz angesehen werden !***

## **3. Weiterführende Diagnostik bei spezifischen Rückenschmerzen**

### **3.1. Indikation zur weiterführenden Diagnostik von Rückenschmerzen**

3.1.1 bei neurologischen Auffälligkeiten, wie z.B. Hypästhesien, Hyperästhesien, Paresen, Reflexdifferenzen, Ausstrahlung ins Bein

→ neurologische bzw. orthopädische Diagnostik

3.1.2 bei Hinweis auf ein Trauma, bei ungewollter Gewichtsabnahme, einer Osteoporose oder einer osteoporotischen familiären Belastung, bei Malignom in der Vorgeschichte.

→ radiologische Abklärung Orthopäde/ Unfallchirurg

3.1.3. bei anamnestischen, bzw. durch Schmerzanalyse gestellten Verdacht auf rheumatische Erkrankungen, bzw. bei unklarer Gewichtsabnahme

→ Labordiagnostik

→ Orthopädisch/rheumatologische Abklärung

→ Ggf. Vorstellung beim Internisten

3.1.4. bei Persistenz oder Verschlechterung trotz 2- wöchiger adaequater Behandlung

→ Orthopädische Fachdiagnostik, bevorzugt bei schmerztherapeutisch qualifiziertem Orthopäden

## **3.2. Fachspezifische Diagnostik:**

3.2.1.1. Mehrdimensionale Schmerzanamnese einschließlich biographischer Daten:

Vorbestehende Erkrankungen,  
Schmerzanamnese mit Abfragen des Schmerzcharakters, Schmerzstärke,  
Ausstrahlung, Abhängigkeit von Haltung, Bewegung, Belastung

3.2.1.2. Statische, segmentale und funktionelle Diagnostik:

Beckenstand, Beinlänge, Manuelle Untersuchung, Feststellung der Konsistenz von Geweben, Umfangdifferenzen, orientierend neurologische Diagnostik, strukturelle Zuordnung funktionell auftretender Beschwerden

3.2.1.3. Neurologische Basisdiagnostik:

Beobachtung der Entkleidung, Funktionsteste wie z.B. Zehen-Spitzen-Stand, Einbeinstand, Bewegungseinschränkungen, Lasegue/Bragard, Koordinationsteste, Vibrationsempfinden, Zeichen langer Bahnen

3.2.2. Labordiagnostik

### 3.2.3. weitere bildgebende Verfahren

Bildgebende Diagnostik nur nach Vorstellung beim Orthopäden/  
Chirurgen oder Neurologen (indikationsbezogen), in Abhängigkeit von  
Befund und Verdachtsdiagnose: z.B. Tumor, Fraktur, Osteoporose.

#### 3.2.3.1 Röntgen LWS in 2 Ebenen ( im Stehen )

→ Tumor, Fraktur, Wirbelgleiten etc.

ggf. Schrägaufnahmen (im Stehen) → Spondylarthrosen, Spondylolyse etc.

ggf. Funktionsaufnahmen → segmentale Instabilität

#### 3.2.3.2. NMR

#### 3.2.3.3. CT

#### 3.2.3.4. Szintigraphie

#### 3.2.3.5. Funktionsmyelographie

### 3.3. Fachspezifische Therapie

*Weitere Ausführungen! Noch besetzen !*

3- Wochen Therapie entsprechend den Behandlungsgrundsätzen nach  
Punkt 2

#### 3.3.1. Remission → Abschluss

3.3.2. nicht ausreichende Remission, weiter wie bisher wenn Schmerzbesserung auf  
der visuellen Analogsskala 50% oder mehr oder keine bestehende AU

3.3.3. Verschlechterung , weiter bestehende AU, Verbesserung <50 % auf der VAS

→ **Weiterführende Diagnostik und Behandlung durch orthopädischen  
Schmerztherapeuten (rezertifiziert), oder anderen anerkannten  
rezertifizierten Schmerztherapeuten der nachweislich mit einem  
Orthopäden interdisziplinär zusammenarbeitet → s. 4.1**

### 3.4. Spezifische Ursachen von Rückenschmerzen ( Spezifizierung )

3.4.1.1. **Morphologische, funktionelle und/oder neuroregulatorische  
Veränderungen und Störungen erklären zusammen mit dem klinischen  
Befund die beklagten Beschwerden ausreichend**



- 3.4.1.1. Entzündlich rheumatische Erkrankungen
- 3.4.1.2. Entzündungen des Wirbelkörpers, der Bandscheiben sowie angrenzender Gewebe
- 3.4.1.3. Strukturelle Veränderungen, wie z.B. das Vorliegen eines Wirbelkörpergleitens oder einer Skoliose oder Entwicklungsstörungen des lumbosakralen Übergangs
- 3.4.1.4. Erkrankung des kleinen Beckens
- 3.4.1.5. Tumorerkrankungen oder fortgeleitete Schmerzen von tumorösen Veränderungen wie z. B. Plasmocytom, Tumore der Nieren, der Geschlechtsorgane oder der Mesenterialorgane
- 3.4.1.6. Wirbelfrakturen ohne adäquates Trauma (Osteoporose, Tumor)
- 3.4.1.7. Nozizeptive Reizzustände (z.B. durch Entzündungen oder Veränderungen) der Zwischenwirbelgelenke, z.B. Facettensyndrom, Hypo- oder Hypermobilität
- 3.4.1.8. Neuroregulationsstörungen, z.B. somatomotorische Reflexaktivierung, Sympathische Reflexaktivierung
- 3.4.1.9. Entzündliche und/oder myopathische Erkrankungen der Rückenmuskulatur

### **3.4.2 Medizinisch morphologische Befunde und Funktionsstörungen erklären die beklagten Beschwerden nicht ausreichend.**

- 3.4.2.1. Somatisierungsstörungen und verwandte Erkrankungen
- 3.4.2.2. Affektive Störungen
- 3.4.2.3. Angststörungen
- 3.4.2.4. Posttraumatische Belastungsstörung

## **4. Interdisziplinäre Schmerztherapie**

Die interdisziplinäre Schmerztherapie verlangt von den teilnehmenden Disziplinen auch über das eigene Fachgebiet hinaus Kenntnisse zu haben und diese anwenden zu können.

Für verantwortliche Schmerztherapeuten gilt, dass sie mindestens die Voraussetzungen zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung erworben haben.

Psychologen sollten zumindest den Nachweis von 40 Stunden Fortbildung somatischer Ursachen von Rückenschmerzen nachweisen.

## **4.1. Indikation**

- 4.1.1. Persistenz oder Zunahme der Beschwerden über 6 Wochen
- 4.1.2. Verbesserung der Beschwerden aber noch bestehende AU > 6 Wochen
- 4.1.3. Typ C und D nach Heidelberger Kurzfragebogen Schmerz
- 4.1.4. Auftreten von mehr als 1 Schmerzepisode innerhalb 6 Monate
- 4.1.5. Therapeutisch nicht beherrschbarer Schmerz

## **4.2. Diagnostik/Therapie**

### **4.2.1. Umfassende fachspezifische Diagnostik der Stütz- und Bewegungsorgane**

- 4.2.1.1. Orthopädie
- 4.2.1.2. Neurologie
- 4.2.1.3. Psychotherapie / Psychologie

### **4.2.2. Austausch im interdisziplinären Gremium ( Qualitätszirkel, Konferenz, Kolloquium )**

- 4.2.2.1. Einbezug weiterer beschwerderelevanter Fachgruppen
- 4.2.2.2. Erfassung von Störungen im bio-psycho-sozialen Regelkreis des Patienten
- 4.2.2.3. Erarbeitung eines interdisziplinären Therapiekonzeptes einschließlich wesentlicher krankheitsverstärkender Faktoren (Krankheitsgewinn, latentes oder manifestes Rentenbegehren, das, in Abhängigkeit der Therapierbarkeit des Betroffenen, von den Beteiligten eigenverantwortlich durchgeführt wird.

## **5. Ziele der Therapie**

- 5.1. Remission
- 5.2. Wiederherstellung der alltagsrelevanten Funktionen
- 5.3. Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit
- 5.4. Verhinderung von Rezidiven und weitestgehende Reduktion von Medikamenten wie auch Vermeidung der Chronifizierung

## **6. Fehleinflüsse bei der Behandlung von Rückenschmerzen (iatrogene Chronifizierung)**

## 6.1. Durch den Arzt

- Mangelnde Fachkenntnis oder schlechte Verfügbarkeit des vorhandenen Wissens
- Verschleppung von Diagnose und Therapie, schlechtes Zeitmanagement
- Verunsicherung des Patienten
- Überbewertung technischer Befunde
- Mangelhafte Integration eines bio-psycho-sozialen Konzeptes in der medizinischen Praxis, mit dem Unvermögen dem Patienten eine ganzheitliche Betrachtung von Schmerzerleben zu vermitteln

## 6.2 Durch den Patienten

- Krankheitsgewinn, Rentenbegehren (latent/manifest)
- fehlende Compliance
- Ängstlichkeit und passive Einstellung
- Fixierung auf körperliche Ursachen
- Fehlende Offenheit gegenüber dem Behandler
- Geringe Bildung und niederer sozialer Status

## 6.3 Durch das Sozialsystem

- Einschränkung diagnostischer/therapeutischer Möglichkeiten (Budgetzwänge)
- Enthebung von der Eigenverantwortung des Patienten (z.B. fehlende finanzielle Zwänge zur Gesundung)
- Verschiebung von Zuständigkeiten (GKV- Rentenversicherungsträger - Arbeitslosenversicherung)
- Verunsicherung der Behandler durch die Politik
- MDK
- Frühzeitige Empfehlung des Rentenanspruches ( durch Ärzte, MDK, Krankenversicherung )

## 7. Teilstationäre / Stationäre Behandlung

### 7.1. Teilstationäre Behandlung

Bedürfen Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen zwar einer Krankenhauspflege können jedoch teilstationär behandelt werden, so ist die Behandlung in einer entsprechenden Einrichtung (Schmerztagesklinik) zu veranlassen.

## Indikationen:

- Risikopatienten (Herz-Kreislauf-System, Lunge, usw.)
- Multimodale Therapieansätze (z.B. chronische Kopf- und Rückenschmerzen)
- Medikamentöse Testung (Opiate, Lidocain)
- Lokale und systemische intensive Therapie von Schmerzzuständen bei Tumorleiden
- Infusionstherapie bei schweren Schmerzzuständen (neuralgieforme Krisen, schwere Lumbago, usw.)
- Kurzfristige Korrektur einer Über- bzw. Unterdosierung von Opiaten mit entsprechenden Toxischen- bzw. Entzugserscheinungen bzw. zum Zwecke der Therapieoptimierung
- Diagnostische und Therapeutische Nerven-, Wurzel-, Gelenk- und Ganglienblockaden bzw. Infiltrationen, kontrollierte Katheteranlage
- In Lokal- bzw. Leitungsanästhesie durchführbare Dekompression oberflächlicher Nerven
- Korrekturen an implantierten schmerztherapeutischen Systemen

(siehe Ausführungen Schmerzforum Baden- Württemberg des Sozialministeriums Baden- Württemberg, 17.06.2002)

## 7.2. Indikation zur stationären Behandlung

7.2.1. Eine Cauda-Symptomatik mit unwillkürlichem Harn- und Stuhlabgang und perianalen Gefühlsstörungen ist als zwingende Indikation zur stationären Einweisung in eine operative orthopädische oder neurochirurgische Fachklinik anzusehen.

### 7.2.2. Weitere Indikationen zur stationären Behandlung:

- relevante Paresen
- auf interdisziplinärer Spezialistenebene nicht beherrschbare Schmerzen, Therapieresistente Komplexe Schmerzzustände, auch bei Tumorleiden
- Multimorbidität einschließlich erheblicher psychischer Komorbidität mit der Notwendigkeit eines multimodalen Therapieansatzes
- Behandlung von Medikamentenüberdosierung und Entzug
- Kontrollierte Katheteranlage (intravenös, epidural, subarachnoidal, plexus)
- Dekompression tief gelegener Nerven
- Implantation bzw. Revision zur Schmerztherapie geeigneter Systeme
- Knochendestruktionen
- Malignomverdacht

(entsprechend den Vorgaben des Schmerzforums Baden – Württemberg 2002)

Im Vordergrund einer stationären Behandlung steht eine adäquate Schmerztherapie und die Sicherung der Diagnose.

Bei vorliegendem Cauda-Syndrom oder relevanten oben beschriebenen Paresen sofortige Operation (innerhalb 48 Std ).

Ansonsten nach Diagnose adäquate Versorgung in einer stationär-schmerztherapeutischen- interdisziplinären Einrichtung unter orthopädischer Leitung, bzw. rezertifizierter schmerztherapeutischer Einrichtung. Dort Entscheidung über weitere Maßnahmen nach entsprechenden Standarts.

Die (Re-)Zertifizierung ist durch die Kriterien der Fachgesellschaften festgelegt sind (z.B. Kriterien von IGOST, BVO und DGOOC ).

2.) Bei Re-Evaluation in der Gruppe nach bisheriger konservativer Therapie und Erfolglosigkeit ebenfalls weitere Behandlung in oben geschilderter schmerztherapeutischer Einrichtung. Während der stationären Therapie muß die Möglichkeit einer Reha-Maßnahme überprüft werden. Diese sollte zwingend in einem schmerztherapeutischen Zentrum unter bzw. mit orthopädischer Leitung zu erfolgen, auch psychosomatische Reha kann indiziert sein.

Nach operativer Behandlung, aber nicht ausreichender Remission, Einleitung einer Anschlussheilbehandlung in oben beschriebenen Zentren.

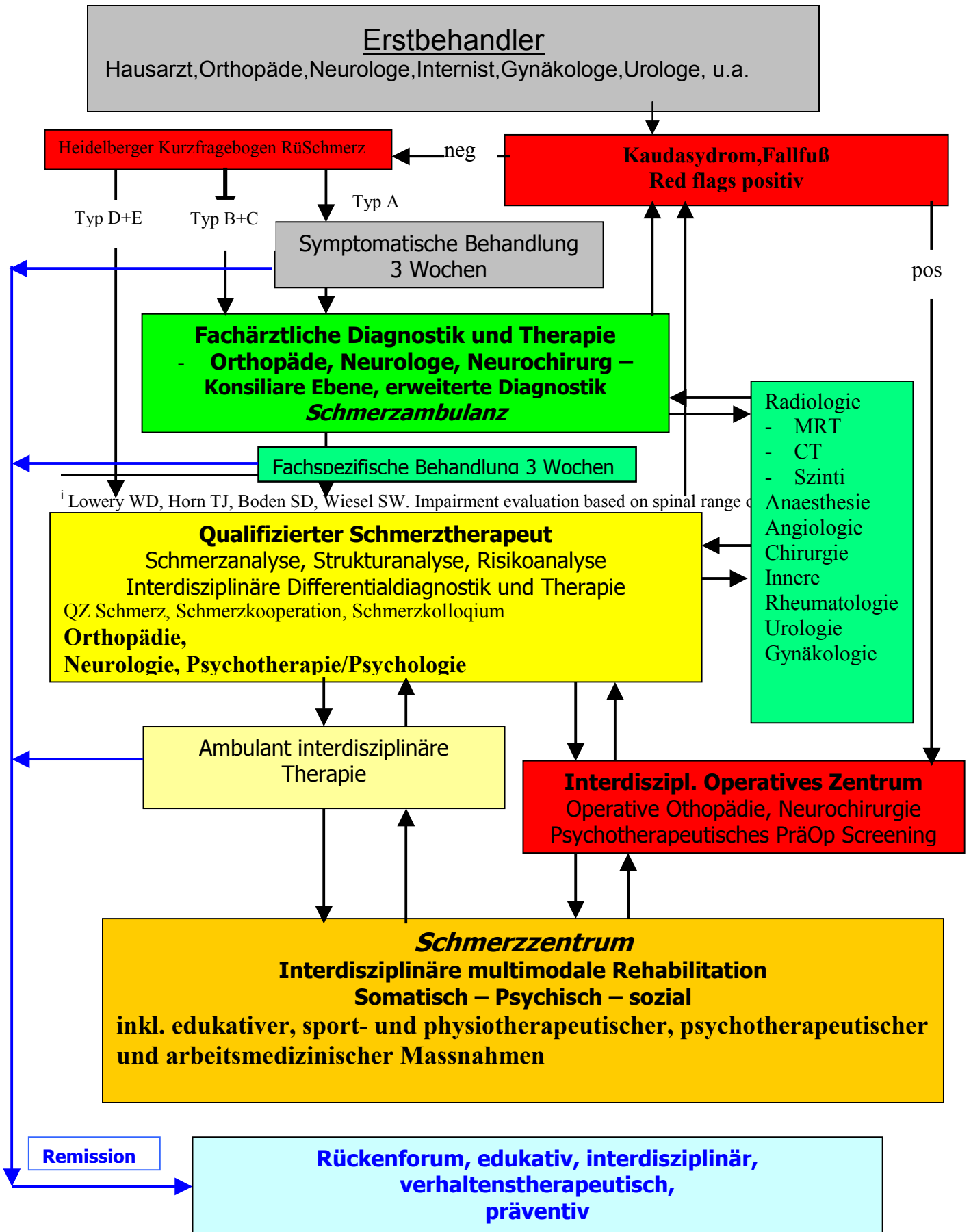
## „Red flags“

### Evaluationsbogen Stufe I „Hausarztbogen“

- |   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              | <b>weiß nicht</b>        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.) Beinschmerz   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.) Gewichtsverlust   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.) Labor, Entzündungszeichen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.) Anamnese, vorliegen von Osteoporose, Karzinom, Behandlung mit Kortison, HIV   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.) Cauda-Syndrome (Stuhl-Urininkontinenz)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.) Vormaliges Schmerz- oder Rückenschmerzereignis, < 6 Monate  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.) Ausgangswert des Schmerzes auf der visuellen Analogskala (100 max. auftretendes Schmerzereignis, nicht mehr aushaltbarer Schmerz, 0 keine Schmerzen). Einschätzung durch den Patienten! |                          |                          |                          |

0 I-----I 100

# ALGORITHMUS „ Behandlung lumbaler Rückenschmerzen“



# Heidelberger Kurzfragebogen Rückenschmerz

*Dieser Fragebogen hilft uns, Ihre Beschwerden richtig einzuschätzen. Nur so können wir die richtige Therapie für Sie finden.*

*Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie es am besten für Sie zutrifft.*

1. Welches **Geschlecht** haben Sie?

- weiblich                       männlich

2. Was ist Ihr höchster **Schulabschluss**?

- kein Abschluss                       Fachhochschulreife                       Universität  
 Hauptschule                       Abitur                       Postgraduiert (Dr.)  
 Mittlere Reife                       Fachhochschule

3. Haben Sie ihre aktuellen Rückenschmerzen schon länger als 1 Woche?

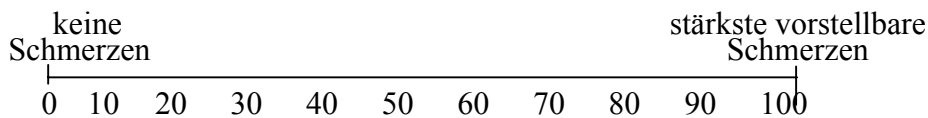
- Ja                       Nein

4. Haben Sie außer Rückenschmerzen noch **andere Schmerzen**?

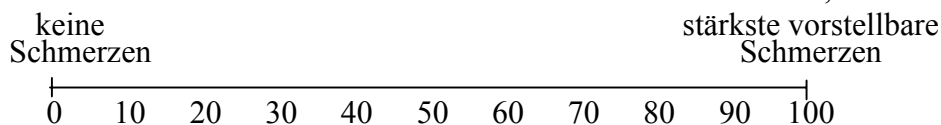
- nein                       ja, nämlich: \_\_\_\_\_

5. Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen **in der letzten Woche** durchschnittlich?

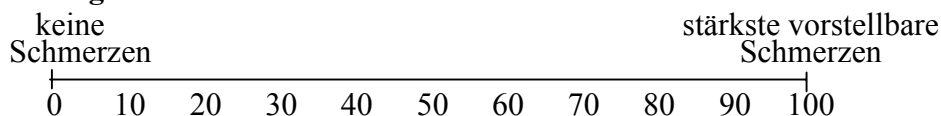
*Machen Sie bitte entsprechend der Stärke Ihrer Schmerzen ein Kreuz auf der Stelle der Skala.*



6. Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen **in der letzten Woche**, wenn es **am besten** war?



7. Wie stark dürften Ihre Beschwerden noch sein, wenn die **Behandlung erfolgreich** ist?



Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite.



8. **Hilft** Ihnen - nach Ihrer bisherigen Erfahrung – *Massage* ihre Rückenschmerzen zu lindern?

<sub>0</sub> nein

<sub>1</sub> ja

<sub>0</sub> ich weiß nicht

9. Wenn Sie in den vergangenen 14 Tagen Ihre Schmerzen bewusst registriert haben, wie oft sind Ihnen die folgenden **Gedanken und Gefühle** durch den Kopf gegangen?

nie      selten      oft      jedesmal

		fast nie	manchmal	meistens	
a. Was kann nur dahinter stecken?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
b. Warum muss ich nur diese schwere Last ertragen?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
c. Ich glaube beinahe, die gehen überhaupt nicht wieder weg.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
d. Diese üblen Schmerzen verderben mir aber auch alles!	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
e. Was bedeutet das nur?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
f. Ich werde doch keinen Tumor haben?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
g. Bald ertrage ich es nicht mehr länger!	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
h. Ob ich die gleiche, schlimme Krankheit habe wie...	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
j. Ach, das wird überhaupt nicht besser.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
k. Hach, jetzt ist wieder der ganze Tag verdorben.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
l. Das Leben mit diesen Schmerzen ist kaum noch lebenswert!	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
m. Was mache ich nur, wenn sie jetzt wieder schlimmer werden?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
n. Wie lange muss ich diese Schmerzen noch ertragen?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
o. Es wird doch keine schlimme Krankheit dahinterstecken?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

10. Wie war Ihr **Befinden** in den letzten 14 Tagen?

	nie/ selten	manchmal	oft	meistens/ immer
a. Ich fühle mich bedrückt, schwermütig und traurig.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
b. Ich weine plötzlich oder mir ist oft zum Weinen zumute.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
c. Ich kann nachts schlecht einschlafen.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
d. Ich bin unruhig und kann nicht stillhalten.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
e. Ich tue Dinge, die ich früher tat, immer noch gern.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

**Vielen Dank!**