

Primary and Hospital Care

Die Zeitschrift für Allgemeine Innere Medizin in Hausarztpraxis und Spital

Sonderdruck



259 Amato Giani^a, Stefan Schäfer^a, Marzio Sabbioni^a,
Heinrich Kläui^a, Ursula Frey^{a,b}

^a mednetbern; ^b beratende Ärztin

**Guidelines für Grundversorgende:
Lumbale Rückenschmerzen**

Guidelines für Grundversorgende: Lumbale Rückenschmerzen

Amato Giani^a, Stefan Schäfer^a, Marzio Sabbioni^a, Heinrich Kläui^a, Ursula Frey^{a,b}

^a mednetbern; ^b beratende Ärztin

Lumbale Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten Diagnosen im Alltag von Hausärztinnen und Hausärzten. Obwohl meist selbstlimitierend und gutartig, gibt es auch gefährliche (ca. 1%) und weniger gefährliche, spezifisch zu behandelnde (ca. 10%) Ursachen von Rückenschmerzen, sowie chronische Verläufe (ca. 2–7%). Wegen ihrer Häufigkeit (Lebensprävalenz bis 90%) und hohen Kosten durch Arbeitsunfähigkeit/Invalidität und medizinische Behandlungen, sind Rückenschmerzen von grosser gesundheitspolitischer und -ökonomischer Bedeutung.

Ausgangslage, Zielsetzung, Fragestellung

Das Ärztenetzwerk *mednetbern* versucht mit der vorliegenden Guideline Hausärzt/-innen zu helfen, selbstlimitierende lumbale Rückenschmerzen von den seltenen gefährlichen oder den gezielt behandelbaren

Ursachen zuverlässig und rasch zu unterscheiden, sowie Chronifizierung und Invalidität zu verhindern, unter bestmöglicher Einsparung von Ressourcen. Alle Patient/-innen mit selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen sollen mit grosser Kompetenz durch die Hausärztinnen und Hausärzte behandelt werden können. Auch geben wir klare Hinweise, wann die Patient/-innen an die Spezialist/-innen weitergewiesen werden müssen, und welche nichtmedikamentösen Massnahmen und welche Medikamente wirksam sind. Jede Patientin und jeder Patient soll eine massgeschneiderte individuelle Behandlung erhalten. Die Guidelines von WHO [1], Europa [2], Amerika [3], UK [4], und Deutschland [5] sind wegen ihres Umfangs nur beschränkt praxistauglich. Die 60-seitige Schweizer Arbeit ist zwar immer noch lesenswert, aber veraltet (1998) [6]. Andere Schweizer Artikel befassen sich mit Teilaspekten (Diagnostik, Kosten) von Rückenschmerzen [7–9]. Da sich unsere hausärztliche Perspektive von derjenigen der Spezialist/-innen unterscheidet, finden auch Lehrbuchinhalte [10], ausgewählte Artikel und gewisse Choosing-Wisely-Empfehlungen [11–18] Eingang in diese Guideline.

Praxistipps

- Unsere Guideline zur Herangehensweise an das Krankheitsbild der lumbalen Rückenschmerzen soll die Hausärzt/-innen befähigen, mit grosser Sicherheit die wenigen gefährlichen oder spezifisch behandelbaren Ursachen vom Hauptanteil der selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen zuverlässig zu unterscheiden und jeder Patientin/jedem Patienten die optimale Behandlung zukommen zu lassen.
- Unergebige, frühe Bildgebungen und chirurgische Behandlungen sind beim Krankheitsbild der selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen unbedingt zu vermeiden.
- Das Risiko für eine Chronifizierung soll möglichst früh erkannt und thematisiert werden. Patient/-innen mit einem hohen Chronifizierungsrisiko sollen schon ab der zwölften Woche durch die gezielte Überweisung ins spezialärztliche Setting (multimodale Abklärungs- und Therapieprogramme) vor Invalidisierung bewahrt werden.
- Wenn Arbeitsplatzprobleme als Chronifizierungsfaktoren erkannt werden, müssen diese besprochen und angegangen werden (Betriebsärztin/-arzt, Vorgesetzte/-r, Case Manager, etc.).
- Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit sollte eine Meldung bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung und Frühintervention gemacht werden.

Beschreibung, Methodik

Die zugrundeliegenden Guidelines sind für uns vertikal verbindlich: global WHO, kontinental Europa und Amerika, national UK, D und CH. Ihr Inhalt wird, analog zu unseren bisherigen Guideline-Projekten

(mednetbern.ch/guidelines-publication.html) mit dem Wissen der 65 meist sehr erfahrenen Netzwerkmitglieder aus zehn Qualitätszirkeln im Vernehmlassungsverfahren abgeglichen und ergänzt. Aufnahme in unsere Guideline finden nur Fakten, welche die Kriterien der evidenzbasierten Medizin (EBM) erfüllen. Das Ergebnis ist eine Guideline in Form eines praktischen laminierten Faltblattes, neben einer allgemein und kostenlos zugänglichen elektronischen Version.

Nutzen, Ergebnisse

Die vom Ärztenetzwerk *mednetbern* entwickelte Methode zur Erarbeitung von Guidelines führt zum Ergebnis, dass Grundversorgende die für sie wesentlichen Aspekte komplexer Krankheitsbilder ihrer Domäne bestmöglich beherrschen. Nützliche Hilfsmittel für den Gebrauch im Praxisalltag (Download oder Kopiervorlage) wurden speziell für diese Guideline entwickelt (*mednetbern*-CDS-Tool, Gymnastik-Übungsbeispiele) oder situationsgerecht beigelegt (Graphiken, STarT-G-Fragebogen). Durch die oft überraschenden Erkenntnisse werden Anforderungen an ein Managed-Care-Setting erfüllt: Verbesserte Behandlungsqualität bei gleichzeitiger Einsparung von Kosten.

Wichtige praktische Ergebnisse werden in der Folge besprochen:

Definition

«Lumbale Rückenschmerzen sind ein Symptomenkomplex mit vielen, oft schwierig zu erfassenden Ursachen und Risikofaktoren, die das Auftreten begünstigen und den meist selbstlimitierenden Verlauf beeinflussen können. Leitsymptom: Schmerzen unterhalb des Rippenbogens bis oberhalb der Gesässfalten, mit oder ohne Ausstrahlung. Verlauf: üblicherweise selbstlimitierend, Rezidive sind häufig. Es besteht ein Risiko zur Chronifizierung mit dem Übergang in eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (zentralisierter Schmerz, F45.40).» Meist suchen wir in der Basisliteratur vergeblich nach einer Definition.

Anamnese

Eine genaue Anamnese erleichtert die Unterscheidung von gefährlichen und/oder speziell zu behandelnden Ursachen der lumbalen Rückenschmerzen von den selbstlimitierenden Formen. Die Risikofaktoren für eine Chronifizierung, zum Beispiel Be-



wegungsmangel, Rauchen, Alkohol oder psychische Faktoren, sind der Hausärztin/dem Hausarzt durch die oft langjährige Betreuung der Patient/-innen meist schon beiläufig bekannt, müssen aber für eine optimale Behandlung klar benannt und explizit berücksichtigt werden.

mednetbern-CDS (Clinical Decision Support)-Tool

Wir haben das *mednetbern*-CDS-Tool speziell für Grundversorgende als Unterstützung für den Einsatz bei der Erstkonsultation entwickelt. Gezielte Fragen nach ausgesuchten Zusatzsymptomen (z.B. Fieber, Exanthem) geben uns Hinweise auf die gefährlichen und/oder speziell zu behandelnden Krankheitsbilder. Die Antworten der Patient/-innen auf unsere klar formulierten Beispielfragen ermöglichen es uns, eine Verdachtsdiagnose zu stellen. Vorschläge zum empfohlenen Prozedere runden das Tool ab. Erst wenn die gefährlichen und/oder speziell zu behandelnden Erkrankungen ausgeschlossen bzw. sehr unwahrscheinlich sind, kann von der Arbeitsdiagnose »selbstlimitierende lumbale Rückenschmerzen« ausgegangen werden. Sämtlichen Hinweisen auf gefährliche Ursachen muss unverzüglich nachgegangen werden. *mednetbern* betrachtet Guidelines und CDS-Tools als wichtigste Grundlagen für die Integration von maschinellem Lernen und *data training* in intelligente e-health-Systeme [19].

Weitere Diagnostik

Alle Patient/-innen sollen einen problembezogenen klinischen Status erhalten. Solange von der Arbeitsdiagnose »selbstlimitierende lumbale Rückenschmerzen« ausgegangen wird und die konservativen Therapiemassnahmen nicht ausgeschöpft sind, muss auf frühe Bildgebungen und Laboruntersuchungen verzichtet werden. Die Vielzahl der dabei auftauchenden klinisch irrelevanten Befunde mit geringer Korrelation zu den Symptomen ist bekannt und unbestritten. Die von uns benannten Spezialuntersuchungen sollen von der Hausärztin/dem Hausarzt nur bei Verdacht auf gefährliche oder spezifische Rückenschmerzen verordnet werden.

Diagnose

Selbstlimitierende lumbale Rückenschmerzen liegen vor, wenn bei einer Schmerzdauer von weniger als zwölf Wochen keine gefährliche und/oder gezielt behandelbare andere Ursache erkennbar ist.

Differenzialdiagnose

Die mit dem *mednetbern*-CDS-Tool und den daraus folgenden Hinweisen präzisiert durchgeführte Diagnostik erlaubt die Abgrenzung von den nicht selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen, die gefährlich und/oder speziell zu behandeln sind.

Assessment

Das kombinierte Assessment der selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen ist die Grundlage für unsere therapeutischen Entscheidungen und die Erfassung des Chronifizierungsrisikos. Es soll eine strukturierte, patientenspezifische Behandlung ermöglichen und erfolgt in fünf Schritten:

- 1 **Schmerzdauer:** Drei Phasen der lumbalen Rückenschmerzen. Akut: <4 Wochen. Subakut/Übergangsphase: 4–12 Wochen. Chronifiziert: >12 Wochen.
- 2 **Schmerzintensität:** Visuelle Analogskala (VAS) (s. Graphik im Anhang zum Ausdrucken oder als Kopiervorlage) zum Beispiel für Verlaufsbeurteilung.
- 3 **Schmerzlokalisierung und -ausdehnung:** Schmerzzeichnung (s. Körperschema/-graphik im Anhang zum Ausdrucken oder als Kopiervorlage): Beispielsweise lokalisiert (umschriebene Pathologie) vs. symmetrisch, ausgedehnt (*widespread pain*).
- 4 **Beeinträchtigung der Funktion:** Einschränkungen in Arbeit, Haushalt, Freizeit müssen erfasst werden und dienen zur Verlaufsbeurteilung, um die Wirksamkeit der Therapie zu überprüfen.
- 5 (Nur bei Schmerzdauer >4 Wochen) **Stratifizierung des Chronifizierungsrisikos** nach StarT-G-Fragebogen [20] in die Schweregrade niedrig, mittel und hoch: (s. Tabelle im Anhang zum Ausdrucken oder als Kopiervorlage).

Therapieziel, Behandlungsstrategie, Verlauf, Therapiemassnahmen

Die aus den Erkenntnissen des Assessments resultierende Behandlung hat zum Ziel, Schmerzfreiheit, mindestens aber Schmerzreduktion und/oder Verbesserung der Funktion zu erreichen. Chronifizierung, Invalidisierung und Rezidive sollen vermieden werden.

Alle Patient/-innen sollen in den Genuss der allgemeinen Massnahmen kommen. Die Botschaft, dass die Erkrankung gutartig ist und dass Inaktivität und Ruhigstellung die Gefahr der Chronifizierung erhöhen, ist zentral. Partizipative Entscheidungen bestimmen die Festlegung des Prozederes gemeinsam mit der Pati-

entin/dem Patienten. Empfohlene Lifestylemassnahmen sind Muskeltraining, Aufforderung zur Gewichtsnormalisierung, Instruktionen zu Rückenergonomie, Haltung, Heben, Bücken etc. Bei körperlich schwerer Arbeit ist Arbeitsunfähigkeit bis zur nächsten Konsultation gegeben.

Anlässlich jeder Konsultation müssen Hinweise auf gefährliche oder nicht selbstlimitierende Verläufe (*mednetbern*-CDS-Tool, Status) gesucht sowie die Krankschreibung überprüft werden. Solange die Arbeitsdiagnose «selbstlimitierende lumbale Rückenschmerzen» aufrechterhalten werden kann, soll die Behandlung durch chirurgisch tätige Spezialisten vermieden werden, da kein Vorteil von einer Operation erwartet werden kann, bei potenziellen Nachteilen und hohen Kosten [21].

Drei Phasen der Erkrankung

Die Therapiemassnahmen und das weitere Management richten sich nach der Erkrankungsphase: In der Akutphase (Schmerzdauer <4 Wochen) steht die symptomorientierte Therapie (allgemeine Massnahmen, Pharmakotherapie, evtl. zusätzlich nichtmedikamentöse Therapie, z.B. Chiropraktik) im Vordergrund. Während der subakuten Phase bzw. Phase der Weichenstellung (Schmerzdauer 4–12 Wochen) muss die Diagnose reevaluiert und eine bildgebende Diagnostik erwogen werden.

Chronifizierungsrisiko

Wenn trotz dieser Massnahmen die lumbalen Rückenschmerzen länger als zwölf Wochen andauern, so ist die Chronifizierungsphase erreicht.

Das Chronifizierungsrisiko kann mit Hilfe des StarT-G-Fragebogens beurteilt werden:

- Wenn das Risiko niedrig ist (≤3 Punkte), genügt die Intensivierung der Schmerztherapie, kombiniert mit nichtmedikamentösen Therapiemassnahmen, evtl. Weiterweisung an Spezialisten (z.B. Rheumatologe, Schmerzspezialist).
- Bei mittlerem Chronifizierungsrisiko (≥4 Punkte Fragen 1–9 und <3 Punkte Fragen 5–9) zusätzlich Physiotherapie und Progressive Muskelrelaxation (PMR) oder *mindfulness based stress reduction* (MBSR).
- Bei hohem Chronifizierungsrisiko (≥4 Punkte Fragen 1–9 und >4 Punkte Fragen 5–9) ist zusätzlich eine psychotherapeutische/psychiatrische Intervention notwendig. Arbeitsplatzprobleme müssen mit der Betriebsärztin/dem Betriebsarzt besprochen werden. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit sollte eine Meldung bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung und Frühintervention gemacht werden.

Nichtmedikamentöse Therapiemassnahmen

Die gängigen nichtmedikamentösen Therapiemassnahmen werden in den meisten Guidelines erwähnt, und es gibt gute Evidenz, welche wirksam sind (Tab. 1). Je nach Erkrankungsphase sollen nur die empfohlenen Massnahmen zur Anwendung kommen. Nicht empfohlene Massnahmen sollten vermieden werden. Die zahlreichen Therapiemassnahmen mit unserem Hinweis «kann je nach Situation eingesetzt werden» sind entweder umstritten oder nicht kassenpflichtig und können versucht werden, wenn die Patient/-innen es ausdrücklich wünschen. Die Fotos mit den Übungsbeispielen für ein Heimgymnastikprogramm eignen sich sehr gut für eine Instruktion in der Praxis und sollten allen Patient/-innen in der Praxis gezeigt und nach Hause mitgegeben werden.

Pharmakotherapie

mednetbern bevorzugt die Medikamente aus der WHO *Model List of Essential Medicines* [22].

1. NSAR Ibuprofen (3–4 × 600 mg/d), Diclofenac (3 × 50 mg/d), Nimesulid (2 × 100 mg/d) sind First-Line-Therapeutika zur Behandlung selbstlimitierender lumbaler Rückenschmerzen. Sie werden

Tabelle 1: Nichtmedikamentöse Therapiemassnahmen und deren Wirksamkeit.

Einzelne Massnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit	akut	subakut-chronisch
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	↑↑	↑↑
Bewegungstherapie mit edukativen Massnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien	↔	↑↑
Manuelle Therapie	↑	↑↑
MBSR (<i>mindfulness based stress reduction</i>)	↔	↑
Pilates, Tai Chi, Yoga	↔	↑
Akupunktur	↔	↔
Detonisierung (z.B. Massage)	↔	↔
Rückenschule(biopsychosozial)	↔	↔
Wärme- oder Kälteanwendungen	↔	↔
Therapeutischer Ultraschall oder Laser	↔	↔
Ergotherapie	↓↓	↔
Bettruhe	↓↓	↓↓
Taping, Kurzwellen-, Magnetfeldtherapie	↓↓	↓↓
Hilfsmittel (z.B. Orthesen, Schuheinlagen)	↓↓	↓↓

↑↑ empfohlen; ↔ kann je nach Situation eingesetzt werden; ↓↓ nicht empfohlen

zusammen mit einer Reserve aus Paracetamol ($4 \times 1 \text{ g/d}$) und Metamizol ($4 \times 1 \text{ g/d}$) verordnet. Beginn mit der maximalen Tagesdosis und Heruntertitrieren auf die niedrigste wirksame Dosis. Protonenpumpeninhibitoren (PPI) bei Risikofaktoren für Blutungen des Gastrointestinaltrakts.

2. Opioide (Tramadol, Oxycodon) sollen nur in Einzelfällen (z.B. ungenügende Wirkung der First-Line-Therapie) verordnet werden. Ihre Vorteile sind klein, die potenziellen Nachteile (z.B. Sucht) gross. Grundsatz: nur *slow-release*-Galenik, aber keine transdermalen Opioide. Heraufitrieren auf die niedrigste wirksame Dosis. Höchstdosis (bei nicht-tumorassoziierten Schmerzen): 40 mg Oxycodon/Tag. Die Bedarfsmedikation mit nicht-retardierten Opioiden ist zu vermeiden.
3. Antidepressiva (Amitriptylin, Duloxetin) kommen bei chronischen Rückenschmerzen und komorbider Depression zum Einsatz.

Zentrale Muskelrelaxantien [23] und Antiepileptika sind bei selbstlimitierenden lumbalen Rückenschmerzen nicht hilfreich.

Wichtig: Parenterale Injektionen von NSAR oder anderen Substanzen sind nicht empfohlen. Gleiches gilt auch für andere invasive Therapien ohne klare, spezifische Ursache der Rückenschmerzen.

Die Wirksamkeit der Medikation soll in der Akuttherapie alle zwei Wochen, in der Langzeittherapie alle zwölf Wochen überprüft werden. Bei Nichterreichen des Behandlungsziels soll die Therapie abgesetzt werden.

Therapie bei Verdacht auf Chronifizierung und/oder zentralisiertem Schmerz

Wenn trotz dieser Massnahmen die Chronifizierungsphase (Schmerzdauer >12 Wochen) erreicht wurde, müssen multimodale Abklärungs- und Therapieprogramme (durch Spezialist/-innen) herangezogen werden, wie sie zur Behandlung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) oder eines zentralisierten Schmerzes empfohlen sind.

Traumatisierung, Flucht, Migration

Rückenschmerzen im Zusammenhang mit Traumatisierung, Flucht und Migration haben ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko, und bedürfen häufig zusätzlich einer psychotherapeutischen Behandlung.

Arbeitsfähigkeit, Fahreignung

Wenn die Rückenschmerzen die Funktion beeinträchtigen, so ist vor allem bei schwerer körperlicher Arbeit eine Krankschreibung nötig. Die Wiederaufnahme der Arbeit ist so schnell als möglich anzustreben. In der Schweiz sind 25% der wegen Rückenschmerzen krankgeschriebenen Patient/-innen nach maximal 60 Tagen, 50% nach maximal 100 Tagen wieder arbeitsfähig. Besorgniserregend ist, dass 25% der krankgeschriebenen Patient/-innen mit Rückenschmerzen länger als 200 Tage arbeitsunfähig sind. Von denjenigen mit mehr als 300 Tagen Arbeitsunfähigkeit kehrt nur noch jede/r Zweite jemals wieder ins Arbeitsleben zurück [24].

Vom Autofahren ist bei Arbeitsunfähigkeit bzw. schwerer Beeinträchtigung der Funktion abzuraten. Während der Einstellung oder Dosisanpassung von Opioiden ist Autofahren verboten, danach bedarf es einer kritischen Einzelfallbeurteilung. Swissmedic-Warnhinweise betreffend Fahreignung gibt es auch für alle NSAR, Antidepressiva und Metamizol.

Bildnachweis

© Bignai | Dreamstime.com

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Den Online-Appendix «Guideline Lumbale Rückenschmerzen» von *mednetbern* finden Sie mit dem *mednetbern*-CDS-Tool und den Gymnastikübungsbeispielen in der Online-Version dieses Artikels unter: <https://doi.org/10.4414/phc-d.2020.10152>.

Korrespondenz:
Dr. med. Amato Gianì
Facharzt FMH für
Allgemeine Innere Medizin
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
[amato.giani\[at\]hin.ch](mailto:amato.giani[at]hin.ch)

Guideline Lumbale Rückenschmerzen

Diagnose nach ICD-10	M54.5 Lumbale Rückenschmerzen	
Definition	Lumbale Rückenschmerzen sind ein Symptomenkomplex mit vielen, oft schwierig zu erfassenden Ursachen und Risikofaktoren, die das Auftreten begünstigen und den meist selbstlimitierten Verlauf beeinflussen können. Lebensprävalenz: bis 90%! Leitsymptom: Schmerzen unterhalb des Rippenbogens bis oberhalb der Gesässfalten, mit oder ohne Ausstrahlung. Verlauf: üblicherweise selbstlimitiert, Rezidive sind häufig. Es besteht ein Risiko zur Chronifizierung mit dem Übergang in eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (zentralisierter Schmerz, F45.40).	
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> Gemäss mednetbern-CDS (Clinical Decision Support)-Tool: (s. Tabelle im Anhang!) Erkennen von nicht selbstlimitierten, gefährlichen und/oder gezielt behandelbaren Ursachen. Risikofaktoren für Chronifizierung: Frühere Episoden lumbaler Rückenschmerzen. Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol, Adipositas. Schwerarbeit, Probleme am Arbeitsplatz. Depressivität, Katastrophisieren, Schon- und Vermeideverhalten. latrogen: ausschliesslich passive Therapien, langandauernde unkritische Arbeitsfähigkeitsbestätigungen, bildgebende Diagnostik ohne klare Indikation. 	
Status	Bis auf die Unterwäsche entkleideter Patient. Inspektion: Gang, Haltung (Skoliose, Kyphose, Beckenschiefstand), Haut (z. B. Herpes Zoster). Beweglichkeit: Inklination, Reklination, Seitenneigung, Rotation, FBA, Schober. Palpation Wirbelsäule und Weichteile (Dolenz, Rötung, Schwellung). Neurologisch: PSR, ASR (bei >60j. Gesunden sind die ASR oft nicht auslösbar), Babinski, Kraft (Zehen-, Fersengang, Hocke oder Kniebeugung im Einbeinstand), Sensibilität (Dermatome L4, L5, S1), Lasègue (Schmerzen: lumbal oder radikulär, ipsi- oder kontralateral), Bragard-Zeichen. Internistische Untersuchung nach Klinik.	
Weitere Diagnostik	Keine weitere Diagnostik, ausser bei Hinweisen auf gefährliche Verläufe oder spezifisch behandelbare Erkrankungen in Anamnese und Status (s. Erläuterung unter «Differentialdiagnose»!).	
	Labor	Bei Verdacht auf Infektion, Malignom, entzündlich-rheumatische Erkrankung: BB, BSR, CRP, Urinstatus. Bei chronischen und rezidivierenden Rückenschmerzen: HLA-B27, alkalische Phosphatase, Kalzium, Phosphat, PSA, Elektrophorese.
	Bildgebung	Bei Verdacht auf Fraktur, Malignom, ISG-Arthritis, Neurokompression; bei persistierenden Schmerzen nach 4–12 Wochen. Methode: MRI (CT: möglich bei Diskushernie oder Fraktur). Viele klinisch irrelevante Befunde mit geringer Korrelation zu den Symptomen.
Diagnose	Selbstlimitierte lumbale Rückenschmerzen liegen vor, wenn bei Schmerzdauer <12 Wochen keine gefährliche und/oder gezielt behandelbare andere Ursache erkennbar ist.	
Differentialdiagnose	mednetbern-CDS-Tool: Alle nicht-selbstlimitierten, spezifisch behandelbaren oder gefährlichen Ursachen von lumbalen Rückenschmerzen. Gefährlich: Kompressionssyndrom, Malignom, Infektion (Osteomyelitis, Abszess), Pankreatitis, Aortenaneurysma. Spezifische Behandlung bei: Wirbelkörperfraktur, Radikulopathie, Spinalkanalstenose, Facettengelenksarthrose, Autoimmunarthritiden (z. B. Bechterew, Psoriasis, RA), extravertebrogenen Ursachen (u. a. Depression, Herpes Zoster, Borreliose, Urologisch, Piriformis-Syndrom, sacroiliacale Dysfunktion).	
Assessment	Das kombinierte Assessment der selbstlimitierten lumbalen Rückenschmerzen besteht aus einer Synthese der folgenden Parameter: 1. Schmerzdauer: Drei Phasen der lumbalen Rückenschmerzen: Akut: < 4 Wochen. Subakut/Übergangsphase: 4–12 Wochen. Chronifiziert: > 12 Wochen. 2. Schmerzintensität: Visuelle Analog-Skala (VAS) 0–10, evtl. Rating-Skala mit Emojis (s. Graphik im Anhang!). 3. Schmerzlokalisierung und -ausdehnung: Schmerzzeichnung (siehe Körperschema/-graphik im Anhang!). Faustregel: umschrieben, lokalisiert (Hinweis auf spezifische, umschriebene Pathologie) vs. symmetrisch, ausgedehnt, mehrere Körperregionen betreffend (Hinweis auf widespread pain). 4. Beeinträchtigung der Funktion: Einschränkungen erfassen (Arbeit, Haushalt, Freizeit) und im Verlauf erneut erfragen, um die Wirksamkeit der Therapie zu überprüfen. 5. Chronifizierungsrisiko nach STarT-G-Fragebogen (s. Tabelle im Anhang, sowie Erläuterung unter «Verlauf, Übergangsphase/subakut»!).	
Therapieziele	Schmerzfreiheit, mindestens aber deutliche Schmerzreduktion (VAS: Besserung > 50 %) und/oder Verbesserung der Funktion. Rasches Erkennen von gefährlichen, nicht selbstlimitierten oder spezifisch behandelbaren Ursachen. Vermeidung von unnötigen Abklärungen, einer Chronifizierung bzw. Invalidisierung und von Rezidiven.	
Behandlungsstrategie	Die Behandlungsstrategie resultiert aus den Erkenntnissen des Assessments und den Therapiezielen. Wünsche des Patienten, Ansprechen auf frühere Therapien und Möglichkeiten des Hausarztes sollen eine evidenzbasierte, patientenspezifische individuelle Therapie ermöglichen. Bei jeder Konsultation werden Hinweise auf gefährliche oder nicht selbstlimitierte Verläufe (mednetbern-CDS-Tool , Status) gesucht. Engmaschige Überprüfung einer Krankschreibung. Das Chronifizierungsrisiko soll frühzeitig erkannt und angegangen werden (STarT-G-Fragebogen , Erkennen von Arbeitsplatzproblemen).	
Verlauf	Die Erkrankungsphase (definiert über die Schmerzdauer) ist therapierelevant.	
	Akutphase Schmerzdauer < 4 Wochen	Diagnostik (mednetbern-CDS-Tool , Status) und symptomorientierte Therapie (allgemeine Massnahmen, Pharmakotherapie), Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Kontrollen alle 2 Wochen (bei AUF bereits nach 1 Woche). Falls keine Besserung nach 2 Wochen (VAS-Reduktion < 50 %): Reevaluation der Diagnose. Falls keine neuen Gesichtspunkte: Intensivierung der Schmerztherapie, evtl. zusätzlich nichtmedikamentöse Therapie, erneute Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.
	Übergangsphase / subakut (Phase der Weichenstellung) Schmerzdauer 4–12 Wochen	Bei weiterbestehenden beeinträchtigenden Schmerzen und/oder Arbeitsunfähigkeit: <ul style="list-style-type: none"> Reevaluation der Diagnose, bildgebende Diagnostik; Risiko für Chronifizierung evaluieren: STarT-G-Fragebogen; Probleme am Arbeitsplatz? Therapie gemäss Score (Punktzahl) im STarT-G-Fragebogen stratifizieren: <ul style="list-style-type: none"> Niedriges Chronifizierungsrisiko (≤3 Punkte): Intensivierung der Schmerztherapie, zusätzlich nichtmedikamentöse Therapien, evtl. Weiterweisung an Spezialisten (z. B. Rheumatologe, Chiropraktor, Schmerzspezialist). Mittleres Chronifizierungsrisiko (≥ 4 Punkte Fragen 1–9 UND < 3 Punkte Fragen 5–9): zusätzlich Physiotherapie und Progressive Muskelrelaxation (PMR) oder mindfulness based stress reduction (MBSR). Hohes Chronifizierungsrisiko (≥ 4 Punkte Fragen 1–9 UND > 4 Punkte Fragen 5–9): zusätzlich psychotherapeutische/psychiatrische Intervention. Bei Arbeitsplatzproblemen: Abklärung mit Betriebsarzt; bei fortbestehender AUF Meldung bei der IV (Früherfassung und Frühintervention).
	Chronifizierungsphase Schmerzdauer >12 Wochen	Bei Fortbestehen von alltagsrelevanten Einschränkungen und/oder Arbeitsunfähigkeit: Weiterweisung in ein interdisziplinäres, spezialärztliches Setting (Psychiater, Rheumatologe/Orthopäde/Neurochirurg/invasive Schmerzmedizin) oder eine interdisziplinäre, multimodale Abklärung und Behandlung.

Therapiemassnahmen	Allgemeine Massnahmen	<p>Aufklärung zu Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Behandlung (Gutartigkeit der Erkrankung) in verständlicher Sprache. Abraten von Bettruhe (Evidenz A). Inaktivität und Ruhigstellung erhöhen die Gefahr der Chronifizierung. Partizipative Entscheidung: Krankheitsmodell des Patienten, Erwartungen und Befürchtungen, Behandlungsoptionen besprechen, gemeinsam das Procedere festlegen. Lifestylemassnahmen / Selbsthilfe: Bewegung (Muskeltraining, Treppen steigen, Gewichtsnormalisierung). Rumpfstabilisierung, Rückenergonomie mit Instruktionen zu Haltung, Bücken, Heben etc. Fit am Arbeitsplatz, Info zu körperlichen Belastungen (www.suva.ch, www.aktivdispens.ch).</p> <p>Anforderungen am Arbeitsplatz und Arbeitsfähigkeit beurteilen: Bei körperlich schwerer Arbeit ist die Arbeitsunfähigkeit bis zur nächsten Kontrolle gegeben.</p>																																															
	Nichtmedikamentöse Therapie	<p>Physiotherapie: Aktive Massnahmen, evtl. kombiniert mit passiven Massnahmen (Wärmepackung, Detonisierung). Physiotherapeut und Hausarzt sollen kognitiv-verhaltenstherapeutische Prinzipien einbauen: Beratung und Information der Patienten über die Zusammenhänge von Schmerz, Bewegungsverhalten und emotionalem Befinden, Eigenverantwortung zur Wiederherstellung und Förderung der körperlichen Funktionsfähigkeit. Eigenübungen (s. Fotos im Anhang!). Üben, Belastung zu dosieren und Pausen einzuhalten. Training von komplexen Bewegungsabläufen, wie sie im Alltag und in der Arbeitswelt anzutreffen sind. Verbesserung der kardiovaskulären Ausdauer und Kraft, Praktizieren einer Entspannungstechnik zur Schmerzlinderung, Stressabbau und positiver Beeinflussung der emotionalen Befindlichkeit.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1312 320 1928 368">Einzelne Massnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit</th> <th data-bbox="1928 320 2040 368">akut</th> <th data-bbox="2040 320 2134 368">subakut-chronisch</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td data-bbox="1312 368 1928 400">Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)</td><td data-bbox="1928 368 2040 400">↑↑</td><td data-bbox="2040 368 2134 400">↑↑</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 400 1928 456">Bewegungstherapie mit edukativen Massnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien</td><td data-bbox="1928 400 2040 456">↔</td><td data-bbox="2040 400 2134 456">↑↑</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 456 1928 488">Manuelle Therapie</td><td data-bbox="1928 456 2040 488">↑</td><td data-bbox="2040 456 2134 488">↑↑</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 488 1928 520">MBSR (mindfulness based stress reduction)</td><td data-bbox="1928 488 2040 520">↔</td><td data-bbox="2040 488 2134 520">↑</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 520 1928 552">Pilates, Tai Chi, Yoga</td><td data-bbox="1928 520 2040 552">↔</td><td data-bbox="2040 520 2134 552">↑</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 552 1928 584">Akupunktur</td><td data-bbox="1928 552 2040 584">↔</td><td data-bbox="2040 552 2134 584">↔</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 584 1928 616">Detonisierung (z. B. Massage)</td><td data-bbox="1928 584 2040 616">↔</td><td data-bbox="2040 584 2134 616">↔</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 616 1928 647">Rückenschule (biopsychosozial)</td><td data-bbox="1928 616 2040 647">↔</td><td data-bbox="2040 616 2134 647">↔</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 647 1928 679">Wärme- oder Kälteanwendungen</td><td data-bbox="1928 647 2040 679">↔</td><td data-bbox="2040 647 2134 679">↔</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 679 1928 711">Therapeutischer Ultraschall oder Laser</td><td data-bbox="1928 679 2040 711">↔</td><td data-bbox="2040 679 2134 711">↔</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 711 1928 743">Ergotherapie</td><td data-bbox="1928 711 2040 743">↓↓</td><td data-bbox="2040 711 2134 743">↔</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 743 1928 775">Bettruhe</td><td data-bbox="1928 743 2040 775">↓↓</td><td data-bbox="2040 743 2134 775">↓↓</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 775 1928 807">Taping, Kurzwellen-, Magnetfeldtherapie</td><td data-bbox="1928 775 2040 807">↓↓</td><td data-bbox="2040 775 2134 807">↓↓</td></tr> <tr><td data-bbox="1312 807 1928 839">Hilfsmittel (z. B. Orthesen, Schuheinlagen)</td><td data-bbox="1928 807 2040 839">↓↓</td><td data-bbox="2040 807 2134 839">↓↓</td></tr> </tbody> </table>	Einzelne Massnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit	akut	subakut-chronisch	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	↑↑	↑↑	Bewegungstherapie mit edukativen Massnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien	↔	↑↑	Manuelle Therapie	↑	↑↑	MBSR (mindfulness based stress reduction)	↔	↑	Pilates, Tai Chi, Yoga	↔	↑	Akupunktur	↔	↔	Detonisierung (z. B. Massage)	↔	↔	Rückenschule (biopsychosozial)	↔	↔	Wärme- oder Kälteanwendungen	↔	↔	Therapeutischer Ultraschall oder Laser	↔	↔	Ergotherapie	↓↓	↔	Bettruhe	↓↓	↓↓	Taping, Kurzwellen-, Magnetfeldtherapie	↓↓	↓↓	Hilfsmittel (z. B. Orthesen, Schuheinlagen)	↓↓	↓↓	↑↑ empfohlen; ↔ kann je nach Situation eingesetzt werden; ↓↓ nicht empfohlen
Einzelne Massnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit	akut	subakut-chronisch																																															
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	↑↑	↑↑																																															
Bewegungstherapie mit edukativen Massnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien	↔	↑↑																																															
Manuelle Therapie	↑	↑↑																																															
MBSR (mindfulness based stress reduction)	↔	↑																																															
Pilates, Tai Chi, Yoga	↔	↑																																															
Akupunktur	↔	↔																																															
Detonisierung (z. B. Massage)	↔	↔																																															
Rückenschule (biopsychosozial)	↔	↔																																															
Wärme- oder Kälteanwendungen	↔	↔																																															
Therapeutischer Ultraschall oder Laser	↔	↔																																															
Ergotherapie	↓↓	↔																																															
Bettruhe	↓↓	↓↓																																															
Taping, Kurzwellen-, Magnetfeldtherapie	↓↓	↓↓																																															
Hilfsmittel (z. B. Orthesen, Schuheinlagen)	↓↓	↓↓																																															
	Psychosoziale Interventionen	<p>Progressive Muskelrelaxation (PMR), mindfulness based stress reduction (MBSR) (www.mbsr-verband.ch), Kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Behandeln einer komorbiden psychiatrischen Störung. Interventionen bezüglich des Arbeitsplatzes.</p>																																															
	Pharmakotherapie	<p>First-Line-Therapie: NSAR: Ibuprofen 3 × 600 mg/d, kombiniert mit Reserve aus Metamizol 4 × 1 g/d und Paracetamol 4 × 1 g/d. Bei ungenügender Wirkung: alternatives NSAR (z. B. Diclofenac). Grundsätze: Beginn mit maximaler Tagesdosis, Heruntertitrieren auf die niedrigste wirksame Dosis, Überprüfung von Nebenwirkungen, PPI bei GIT-Risikofaktoren.</p> <p>Opiode: in Einzelfällen bei ungenügender Wirkung der First-Line-Therapie. Cave: Vorteile klein, potenzielle Nachteile gross! Grundsätze: Nur slow release Galenik, aber keine transdermalen Opiode. Keine Bedarfsmedikation mit nicht-retardierten Opioiden. Herauftitrieren auf die niedrigste wirksame Dosis. Opiode stoppen, wenn das vereinbarte Therapieziel nicht erreicht wird.</p> <p>Antidepressiva: bei chronischen lumbalen Rückenschmerzen oder bei komorbider Depression. Keine parenteralen Injektionen von NSAR oder anderen Substanzen. Keine invasiven Therapien.</p> <p>Überprüfung der Wirksamkeit: Akuttherapie alle 2 Wochen, Langzeittherapie alle 12 Wochen. Hinweis: Zentrale Muskelrelaxanzien (Tolperison) und Antiepileptika (Gabapentin, Pregabalin) sind bei lumbalen Rückenschmerzen nicht hilfreich!</p>																																															
	Therapiekonzept bei V. a. Chronifizierung und/oder zentralisiertem Schmerz	<p>Multimodale Abklärungs- und Therapieprogramme (durch Spezialisten), wie sie zur Behandlung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) oder eines zentralisierten Schmerzes empfohlen sind: Psychoedukation, KVT und achtsamkeitsbasierte, emotionsfokussierte oder konfliktzentrierte Interventionen, Bewältigung von Traumatisierungen.</p>																																															
Wann Weiterweisung?	Bei Therapieresistenz, bei Verschlechterung, bei signifikanten Risikofaktoren zur Chronifizierung und/oder bei einer Krankschreibung von mehr als 6–8 Wochen.																																																
Traumatisierung/ Flucht/ Migration	Rückenschmerzen als Folge von Traumatisierung (Folter, Misshandlungen) haben ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko. Empfohlene Screeningfragen: Waren Sie in Haft? Können Sie gut schlafen (PTSD)? Oft ist zusätzlich eine psychotherapeutische Behandlung notwendig.																																																
Arbeitsfähigkeit	Wenn das Ausmass des Schmerzes die Funktion beeinträchtigt, ist v. a. bei schwerer körperlicher Arbeit eine Krankschreibung nötig. Grundsatz: Baldmögliche Wiederaufnahme von Aktivität und Arbeit anstreben. (Krankgeschriebene Patienten: 25 % nach max. 60 Tagen, 50 % nach max. 100 Tagen wieder arbeitsfähig; 25 % länger als 200 Tage arbeitsunfähig. Nach über 300 Tagen kehrt nur noch jeder zweite an die Arbeit zurück.)																																																
Fahreignung	Bei Arbeitsunfähigkeit bzw. schwerer Beeinträchtigung der Funktion ist vom Führen eines Motorfahrzeugs abzuraten. Bei Einstellung oder Dosisanpassung von Opioiden ist das Führen von Motorfahrzeugen verboten. Danach muss die Fahreignung im Einzelfall abgeklärt werden. Swissmedic-Warnhinweise auch für alle NSAR, Metamizol und Antidepressiva!																																																

Medikamente

Medikamentengruppen	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff	Empfehlung	Kontraindikationen / Cave
NSAR – First-Line-Therapie Maximaldosis/Tag Kosten/Tag	Ibuprofen (WHO) (Brufen®) 1800 (-2400)mg CHF 1.10 (-1.40)	Diclofenac (Voltaren®) 150 mg CHF 0.60	Nimesulid (Aulin®, Nisulid®) 200 mg CHF 2.80	Kombiniert mit Reserve Metamizol und Paracetamol Nimesulid: nur 2. Wahl in der Akuttherapie, maximal für 15 Tage.	Gastrointestinale Probleme. Blutungsrisiko. Kombination mit anderen NSAR, Paracetamol und/oder ASS erhöht das gastrointestinale Blutungsrisiko. Drittes Trimenon der Schwangerschaft. Stillzeit. Leber, Nieren- und Herzinsuffizienz. Interaktionen mit zahlreichen anderen Medikamenten! Fahreignung.
Non NSAR, Non Opioid Maximaldosis/Tag Kosten/Tag	Paracetamol (WHO) (Dafalgan®) 4 g CHF 1.20	Metamizol (Novalgin®) 4 g CHF 0.80		Max. 4 g/d, kurzfristig. Nicht als Monotherapie geeignet.	Paracetamol: Schwere Leberfunktionsstörungen. Metamizol: Allergien (Anaphylaxie), eingeschränkte Knochenmarksfunktion (Agranulozytose). Fahreignung.

In Spezialfällen

Opioidanalgetika Maximaldosis/Tag Kosten/Tag	Tramadol (Tramal retard®) 400 mg CHF 1.40	Oxycodon (WHO) (Oxycontin®) 40 mg CHF 2.20	Oxycodon/ Naloxon (WHO) (Targin®) 40/20mg CHF 4.40	Max. Tagesdosis 120 mg Morphin-äquivalent. Höchstdosis bei nicht-tumorassoziierten Schmerzen: 40 mg Oxycodon/Tag.	Abhängigkeitspotential. Oxycodon: Atemdepression, COPD, Cor pulmonale, Asthma, paralytischer Ileus, Stillzeit, Leberfunktionsstörung. Tramadol: MAO-Hemmer, Epilepsie. Stillzeit. Fahreignung.
Antidepressiva Empfohlene Dosis/Tag Kosten/Tag	Amitriptylin (WHO) 25–100mg CHF 0.30–0.80	Duloxetin (Cymbalta®) 30–60 mg (Raucher 90 mg) CHF 1.05–1.30		Bei komorbider Depression; chronische lumbale Rückenschmerzen.	Kombination mit MAO-Hemmern. Saroten hohe Toxizität, nur Kleinpackungen! Fahreignung.

Basisliteratur: Duthey B. Background Paper 6.24 Low back pain – World Health Organization. Oliveira et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. European Spine Journal (2018) 27:2791–2803. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>. Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz Langfassung. <https://www.leitlinien.de/mbd/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2auf1-vers1-lang.pdf>. Schweiz Ruecken_Hintergruende_Praevention_Behandlung_D.pdf. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28192789>. RE_Toolbox_Mitteilung Camenisch D, Soltermann B. WHO Model Lists of Essential Medicines. Harrisons Innere Medizin. 2017 | 19., überarbeitete Auflage.

Projektteam: Dres. med. Amato Gianj, Stefan Schäfer, Marzio Sabbioni, Heinrich Kläui • Beratende Ärztin: Dr. med. Ursula Frey

mednetbern CDS-Tool Lumbale Rückenschmerzen

Beim Erstkontakt müssen diese Erkrankungen geprüft werden, bevor die Arbeitsdiagnose «Selbstlimitierte lumbale Rückenschmerzen» gestellt wird!

Name	Vorname	Datum		
Gefährlich <1 %	Differentialdiagnose, Verdacht auf Kompressionsyndrom von Conus medullaris oder Cauda equina	Anamnese / Klinische Symptome Paraparese (asymmetrisch), Reflexverlust an den Beinen (variabel), Reithosenanästhesie, Verlust von Blasen- und/oder Darmfunktion	Beispielfragen <input type="checkbox"/> Mühe mit Wasserlösen oder Stuhlgang? <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl im Intim- oder Analbereich? <input type="checkbox"/> Schwäche oder Lähmung in den Beinen?	Diagnostik/Procedere Sofortige Klinikeinweisung
	Malignom	Bekannte Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Schmerz dumpf, konstant, verschlimmert in der Nacht? <input type="checkbox"/> Unbeeinflusst durch Ruhigstellung?	Klinikeinweisung
	Infektion (Abszess, Osteomyelitis)	Immunschwäche (HIV, Diabetes, Alkohol), Infektherd (Haut, Urogenital, Lunge, Zähne, HNO, intravenöse Drogen), Injektionen oder Eingriffe am Rücken	<input type="checkbox"/> Fieber? Unwohlsein? Immunschwäche, z. B. HIV, DM, Alkohol? Infekt? <input type="checkbox"/> Schmerz verschlimmert durch Bewegung (eher Epiduralabszess)? <input type="checkbox"/> Schmerz unbeeinflusst durch Ruhigstellung (eher Osteomyelitis)?	BSR, BB, CRP Palpation Klinikeinweisung falls pathologisch
	Extravertebragen: Pankreatitis, abdominales Aortenaneurysma	Gem. klinischer Kontext	<input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext.	Klinikeinweisung
Nicht oder weniger gefährlich ca. 10 %	Wirbelkörper(kompressions)fraktur (osteoporotisch, Trauma)	Ältere Menschen. Akuter lokalisierter Rückenschmerz (Trauma?). Risikofaktoren: Osteoporose, Kortisonbehandlung, Längere Immobilisation, Menopause, Niereninsuffizienz, Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> Schmerz verschlimmert durch Bewegung? Grundleiden?	Palpation d. Processus spinosus provoziert den Schmerz; Neurologische Untersuchung UE (bei > 60j. Gesunden sind die ASR oft nicht auslösbar); evtl. Bildgebung. Klinikeinweisung je nach Schweregrad.
	Radikulopathie (Diskushernie, degenerative Veränderungen des Wurzelkanals und des Foramen intervertebrale, Herpes Zoster, Borreliose)	Meist einseitig. Schmerzen im Bereich des unteren Rückens, mit Ausstrahlung in Gesäss, Hüfte und Beine, (sensible Ausfälle häufiger als Paresen)	<input type="checkbox"/> Strahlen die Schmerzen vom Rücken in die Beine aus? In welches? <input type="checkbox"/> Spüren Sie die Schmerzen auch im Sitzen? <input type="checkbox"/> Spüren Sie ein Taubheitsgefühl? (Schwäche?) ▪ L2-L4: Oberschenkel vorne ▪ L5: Oberschenkel/Wade seitlich, Fussrücken, Grossezehe ▪ S1: Oberschenkel/Wade hinten, laterale Fusskante, Fusssohle	Neurologische Untersuchung UE: PSR, Kniebeugung im Einbeinstand (L2-4); Fersengang (L5); ASR. Zehengang (S1). Bei leichten Paresen u. im MRI passender Hernie, evtl. konservativ. Bei schwereren Paresen Klinikeinweisung.
	Spinalkanalstenose	Ältere Menschen. Bekannte Arthrose, früheres Trauma, frühere Rückenoperation (Post-Laminektomiesyndrom)	<input type="checkbox"/> Strahlen die Schmerzen beim Gehen über das Gesäss in die Beine? <input type="checkbox"/> Tritt beim Gehen ein Taubheitsgefühl oder eine Schwäche auf? <input type="checkbox"/> Verschwinden die Schmerzen in Sitzen? <input type="checkbox"/> Ermüden die Beine weniger, wenn sie vornüber geneigt gehen (Einkaufswägel, Rollator)?	Neurologische Untersuchung UE; Pulsstatus; evtl. Ratschhoff. Hüft- und Kniegelenksuntersuchung.
	Facettengelenksarthrose	Bekannte Arthrose	<input type="checkbox"/> Werden die Schmerzen durch Bewegung verschlimmert? <input type="checkbox"/> Werden die Schmerzen durch Ruhigstellung gebessert? <input type="checkbox"/> Haben Sie auch Schmerzen im Hüftbereich?	Neurologische Untersuchung UE. Hyperextension der WS provoziert den Schmerz. Hüftgelenksuntersuchung.
	Autoimmunarthritiden (z. B. Spondylitis ankylosans, Bechterew, Psoriasis, RA)	Oft jüngere Männer < 40j. (Bechterew), bekanntes Grundleiden	<input type="checkbox"/> Werden die Rückenschmerzen durch Bewegung gebessert? <input type="checkbox"/> Erwachen Sie wegen der Rückenschmerzen in der Nacht? <input type="checkbox"/> Fühlt sich ihr Rücken morgens länger als 30 Minuten steif an?	Überweisung an Rheumatologen.
	Extravertebragen Ursachen: Depression, Herpes Zoster, Borreliose, Urologisch, Piriformis-Syndrom, Sacroiliacale Dysfunktion	Gem. klinischer Kontext	<input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext.	Gem. klinischer Kontext (z.B. 2-Fragen-Test, mednetbern-Guideline Depression). Cave: schlechte Reproduzierbarkeit von klinischen Tests (Piriformis, sacroiliacal).

Lumbale Rückenschmerzen

Übungsbeispiele für ein Heimgymnastikprogramm

Name

Vorname

Datum



Übung 1: Gestrecktes Bein 30 cm anheben für 10 Sekunden. 10 Wiederholungen auf jede Seite. Mit dem anderen Bein entspannt aufstützen, um die Lendenlordose aufzuheben.



Übung 2: Ausgangsstellung: Beide Beine in Hüften und Knien 90° Flexion. Mit beiden Beinen zusammen für 10 Sekunden zur Seite neigen, möglichst nahe zur Unterlage. 10 Wiederholungen auf jede Seite.



Übung 3: Das in Hüfte und Knie je 90° gebeugte Bein wird für 10 Sekunden zur Gegenseite gedreht, möglichst nahe zur Unterlage. 10 Wiederholungen auf jede Seite.

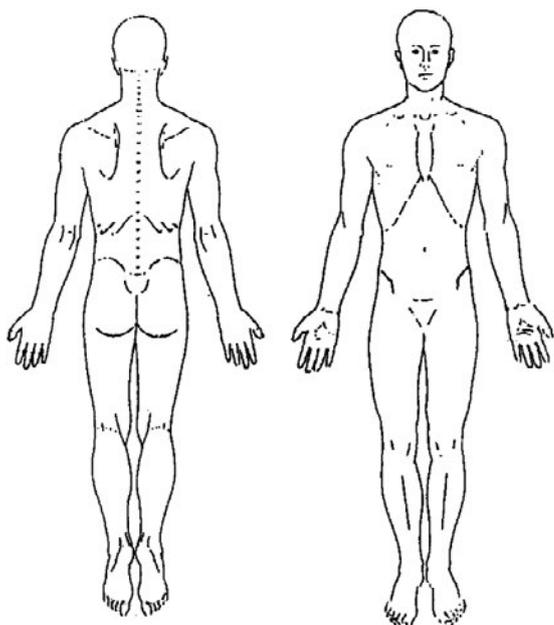
Name

Vorname

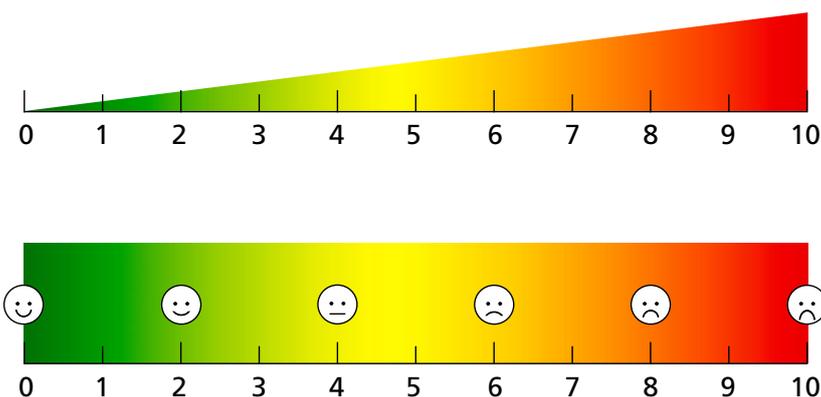
Datum

Körperschema

Zeichnen Sie ein, wo ihre Schmerzen auftreten und beschreiben Sie die Schmerzen mit Ihren eigenen Worten.



Visuelle Analog-Skala (VAS)



STarT-G-Fragebogen

Denken Sie bitte an die vergangenen 2 Wochen beim Beantworten der folgenden Fragen.

Themenbereich	Frage	Trifft nicht zu	Trifft zu
Schmerzausstrahlung	1. Im Verlauf der vergangenen 2 Wochen haben meine Rückenschmerzen zeitweise in ein Bein (oder in beide Beine) ausgestrahlt.	0	1
Schmerzlokalisierung	2. Im Verlauf der vergangenen 2 Wochen hatte ich zeitweise Schulter- oder Nackenschmerzen.	0	1
Funktion	3. Wegen meiner Rückenschmerzen bin ich nur kurze Strecken gegangen.	0	1
Funktion	4. Während der vergangenen 2 Wochen habe ich mich wegen der Rückenschmerzen langsamer als üblich angezogen.	0	1
Vermeidungsverhalten	5. Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich nicht ratsam, körperlich aktiv zu sein.	0	1
Angst	6. Ich mache mir häufig Sorgen.	0	1
Katastrophisierung	7. Ich fühle, dass ich schreckliche Rückenschmerzen habe und dass sie nicht mehr besser werden.	0	1
Depression	8. Im Allgemeinen hatte ich keine Freude an Dingen, die ich sonst gerne mache.	0	1
Beeinträchtigung	9. Insgesamt, wie störend waren Ihre Rückenschmerzen in den vergangenen zwei Wochen? nicht – wenig – mässig – stark – sehr stark	nicht – wenig – mässig = 0 Punkte	stark – sehr stark = 1 Punkt

Score (Punktezahl) für Chronifizierungsrisiko:

Fragen 1–9 ≤ 3 Punkte

Fragen 1–9 ≥ 4 Punkte UND Fragen 5–9 ≤ 3 Punkte

Fragen 1–9 ≥ 4 Punkte UND Fragen 5–9 ≥ 4 Punkte

Niedriges Risiko

Mittleres Risiko

Hohes Risiko