



DGS - PraxisLeitlinien Schmerztherapie

HILFSMITTEL FÜR DIE TÄGLICHE PRAXIS

**DGS-PraxisFragebogen zur
Therapiesicherheit bei Kreuz-/Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen**



Der DGS-PraxisFragebogen zur Therapiesicherheit bei Kreuz-/Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen

Schmerzen des Haltungs- und Bewegungsapparates mit Ursprung im Bereich von Kreuz, Rücken, Schulter, Nacken und Hals zählen zu den individualmedizinisch und sozioökonomisch bedeutendsten Gesundheitsproblemen und gehören in ihrer Gesamtheit – nicht nur in Deutschland, sondern auch in allen anderen Industrienationen der westlichen Welt – zu den teuersten Gesundheitsstörungen überhaupt.

Ursprünglich als rein orthopädisches Krankheitsbild definiert, beschäftigen sich seit geraumer Zeit verschiedenste medizinische und nichtmedizinische Fachbereiche mit diesem Gesundheitsproblem und haben in den vergangenen Jahren wichtige Erkenntnisse zum Verständnis der Ursachen und zu sinnvollen bzw. rationalen Behandlungskonzepten beigetragen. Neben einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis und entsprechenden multimodalen Behandlungsstrategien kommt strukturell dem Hausarzt bzw. den für die Basisversorgung verantwortlichen primärärztlichen Ansprechpartnern eine besondere Funktion zu, da sie nicht nur initial von der Mehrheit der Patienten mit Rückenschmerzen konsultiert werden, sondern auch für den weitaus größten Teil der schmerztherapeutischen Versorgung die Verantwortung tragen.

Hier muss die Entscheidung gefällt werden, ob Betroffene zu der mit 5–8% rel. kleinen Gruppe von Patienten mit Schmerzen spezifischer Ursachen gehören (die klinisch typischerweise durch den Nachweis sog. „red flags“ charakterisiert sind und einer gegebenenfalls dringlichen Überweisung an einen Spezialisten bedürfen), oder ob sie an den mit 70–80% vielfach häufigeren muskulär bedingten (und im medizinischen Schrifttum unverändert als „unspezifisch“ oder „einfach“ diskreditierten) Kreuz-, Rücken-, Schulter- und/oder Nackenschmerzen leiden, die einer spezifischen Behandlung zur Muskeltonusnormalisierung bedürfen.

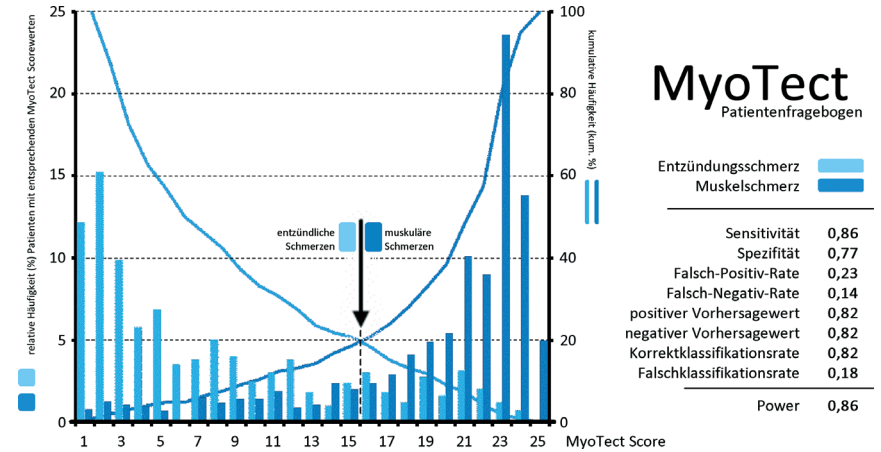
Therapeutisch steht neben einem breiten Spektrum mehr oder weniger komplexer nicht medikamentöser, Maßnahmen eine große Palette medikamentöser Optionen zu Verfügung, die in Abhängigkeit von Ursache, Schwere und Chronifizierungsstadium des ursächlich zugrunde liegenden Schmerzsyndroms sinnvoll zum Einsatz gebracht werden können. Trotz dieser Vielfalt beschränkt sich in Deutschland die Pharmakotherapie muskulär bedingter Kreuz-/Rücken-/Schulter-/Nackenschmerzen traditionell auf die sog. nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR), die – bei aller Relevanz für entzündliche bedingte Gelenkerkrankungen und ihrer geringen Kosten – angesichts ihres gerade für Ältere kritischen Sicherheitsprofils und der fehlenden Wirkkomponente bzgl. muskulärer Tonusstörungen und assoziierter Fehlhaltungen – bei den vorgenannten Schmerzsyndromen eigentlich nur eine untergeordnete Rolle spielen sollten.

Eine mögliche Ursache für diesen Umstand könnte – neben Tradition/Gewohnheit, Unkenntnis und ökonomischen Überlegungen – sein, dass behandelnde Ärzte klinisch nicht in der Lage sind zwischen entzündungs- und muskulär bedingten nozizeptiven Schmerzen zu unterscheiden, weshalb von der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) e.V. der vorliegende MyoTect-Patientenfragebogen entwickelt wurde, mit dem – auf der Grundlage einiger weniger Fragen zur Schmerzcharakteristik – eine auch unter Alltagsbedingungen einfache Unterscheidung zwischen beiden Schmerzformen vorgenommen werden kann, die letztlich auch als Grundlage für pharmako-therapeutische Überlegungen herangezogen werden kann.

Grundlage des 20 Fragen umfassenden MyoTect Patientenfragebogens waren zwei unabhängige Untersuchungen an 1311 und 2903 Patienten mit muskulären bzw. entzündlich bedingten Schmerzen des Haltungs- und Bewegungsapparates, die zum Zweck der Fragebogenentwicklung und der anschließenden Validierung durchgeführt wurden. Dabei erwies sich der MyoTect Patientenfragebogen – trotz seiner mitunter sehr subjektiv erscheinenden Fragen zur sensorischen Schmerzempfindung – mit einer Sensitivität von 86% und einem positiven Vorhersagewert von 82% nicht nur als überaus trennscharf, sondern aufgrund seiner Einfachheit und Kürze vor allem auch als extrem praxisfreundlich.

Natürgemäß kann ein solcher Fragebogen weder das ausführliche Gespräch mit dem Patienten, noch eine sorgfältige körperliche Untersuchung ersetzen. Auch entbindet er behandelnde Ärzte nicht von ihrer Verantwortung hinsichtlich einer adäquaten Therapie, die die individuellen Besonderheiten des jeweiligen Betroffenen berücksichtigt. Vielmehr soll er die ärztliche Achtsamkeit bzgl. muskulärer Ursachen im praktischen Umgang mit Kreuz-/

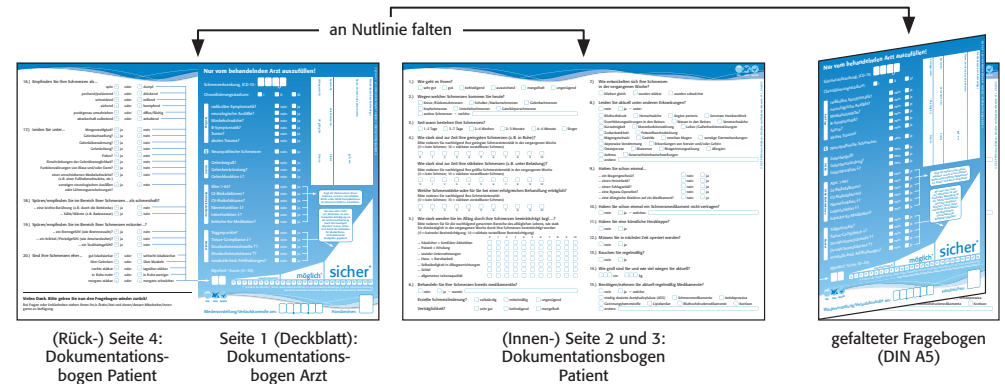
Biometrische Gütekriterien des MyoTect-Patientenfragebogens



Rücken-/Schulter-/Nackenschmerzen schärfen, dabei helfen das Ausmaß der Belastung Betroffener standardisiert zu dokumentieren und Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Behandlungsmaßnahmen geben. Konzeptionell beruht der MyoTect-Score auf 25 Parametern (die je nach Antwort der Patienten mit jeweils 0 bzw. 1 Punkt bewertet werden) sowie 5 klinischen Aspekten die ärztlicherseits zur Diagnoseschärfung bewertet werden können. Grundsätzlich gilt, dass mit zunehmenden MyoTect-Summenpunktwerten die Wahrscheinlichkeit einer muskulären Beteiligung am Schmerzgeschehen kontinuierlich ansteigt.

Aufbau und Handhabung des DGS-PraxisFragebogens:

Vor der Abgabe an den Patienten muss der Fragebogen zunächst herausgetrennt, durch Eindringen der Patientenangaben in das entsprechende Feld personalisiert und anschließend entlang der Markierungslinie so gefaltet werden, dass die blaue Seite mit dem Patientenfeld (wie bei einem Heft) außen liegt. Der Praxisfragebogen besteht nun aus einem dreiseitigen Patiententeil (d.h. den beiden Innenseiten und der Rückseite, die von Betroffenen, ggf. unter Hilfe von Angehörigen/Pflegekräften/etc. ausgefüllt werden sollten) und einem einseitigen Teil für den behandelnden Arzt (auf dem u.a. die Patientenangaben bewertet, Informationen bzgl. Diagnose, Schmerzart, Ko-Morbidität und Ko-Medikation ergänzt sowie der MyoTect-Score dokumentiert werden).



16.) Empfinden Sie Ihre Schmerzen als...

- spitz oder dumpf
- pochend/pulsierend oder drückend
- schneidend oder reißend
- ziehend oder krampfend
- punktgenau umschrieben oder diffus/flächlich
- attackenhaft auftretend oder anhaltend

17.) Leiden Sie unter...

- Morgensteifigkeit? ja nein
- Gelenkschwellung? ja nein
- Gelenküberwärmung? ja nein
- Gelenkrötung? ja nein
- Fieber? ja nein
- Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit? ja nein
- Funktionsstörungen von Blase und/oder Darm? ja nein
- einer umschriebenen Muskelschwäche? ja nein
(z. B. einer Fußheberschwäche, etc.)
- sonstigen neurologischen Ausfällen oder Lähmungserscheinungen? ja nein

18.) Spüren/empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen... als schmerzhaft?

- ... eine leichte Berührung (z. B. durch die Bettdecke) ja nein
- ... Kälte/Wärme (z. B. Badewasser) ja nein

19.) Spüren/empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter...?

- ... ein Brenngefühl (wie Brennesseln)? ja nein
- ... ein Kribbel-/Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen)? ja nein
- ... ein Taubheitsgefühl? ja nein

20.) Sind Ihre Schmerzen eher...

- gut lokalisierbar oder schlecht lokalisierbar
- über Gelenken oder über Muskeln
- nachts stärker oder tagsüber stärker
- in Ruhe mehr oder in Ruhe weniger
- morgens stärker oder morgens schwächer

Nur vom behandelnden Arzt auszufüllen!

Schmerzkrankung, ICD-10:

Chronifizierungsstadium: I II III

Red Flags

- radikuläre Symptomatik? nein ja
- neurologische Ausfälle? nein ja
- Muskelschwäche? nein ja
- B-Symptomatik? nein ja
- Tumor? nein ja
- akutes Trauma? nein ja

NO/VA

- Neuropathische Schmerzen nein ja
- Gelenkerguß? nein ja
- Gelenkentzündung? nein ja
- Gelenkfunktion ↓? nein ja

NSAR Risikofaktoren

- Alter >65? nein ja
- GI-Risikofaktoren? nein ja
- CV-Risikofaktoren? nein ja
- Nierenfunktion ↓? nein ja
- Leberfunktion ↓? nein ja
- kritische Ko-Medikation? nein ja

Muskel

- Triggerpunkte? nein ja
- Tissue-Compliance ↓? nein ja
- Druckschmerzschwelle ↓? nein ja
- Druckschmerztoleranz ↓? nein ja
- muskulär-bed. Fehlhaltungen? nein ja

Vertragsarzt-Nr. Kassen-Nr. Versicherter-Nr.

VK gültig bis Datum Status geb. am

Name, Vorname des Versicherten

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zeigt der Patient einen dieser Faktoren, so hat er ein erhöhtes Risiko unter NSAR Komplikationen im oberen GI-Trakt zu entwickeln.

Bei zwei oder mehr „Ja“-Antworten ist eine muskuläre Beteiligung an der Schmerzentstehung (auch bei niedrigem MyoTect-Score) sicher und damit die Indikation für Muskeltonus-normalisierende Analgetika gegeben!



(* je höher der MyoTect-Score, desto wahrscheinlicher ist eine muskuläre Beteiligung an der Schmerzentstehung und desto sinnvoller erscheinen entsprechende therapeutische Maßnahmen)

Vielen Dank. Bitte geben Sie nun den Fragebogen wieder zurück!

Bei Fragen oder Unklarheiten stehen Ihnen Ihr/e Ärztin/Arzt und deren/dessen Mitarbeiter/innen gerne zu Verfügung.



Wiedervorstellung/Verlaufskontrolle am:

Handzeichen:

1.) Wie geht es Ihnen?
 sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend

2.) Wegen welcher Schmerzen kommen Sie heute?
 Kreuz-/Rückenschmerzen Schulter-/Nackenschmerzen Gelenkschmerzen
 Kopfschmerzen Unterleibschmerzen Ganzkörperschmerzen
 andere Schmerzen → welche:

3.) Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?
 1-2 Tage 3-7 Tage 2-4 Wochen 2-3 Monate 4-6 Monate länger

4.) Wie stark sind zur Zeit Ihre geringsten Schmerzen (z.B. in Ruhe)?
 Bitte notieren Sie nachfolgend Ihre geringste Schmerzintensität in der vergangenen Woche (0 = kein Schmerz; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie stark sind zur Zeit Ihre stärksten Schmerzen (z.B. unter Belastung)?
 Bitte notieren Sie nachfolgend Ihre größte Schmerzintensität in der vergangenen Woche (0 = kein Schmerz; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei einer erfolgreichen Behandlung erträglich?
 Bitte notieren Sie nachfolgend Ihre Schmerzintensität (0 = kein Schmerz; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.) Wie stark werden Sie im Alltag durch Ihre Schmerzen beeinträchtigt bzgl. ...?
 Bitte notieren Sie für die nachfolgend genannten Bereiche des alltäglichen Lebens, wie stark Sie diesbezüglich in der vergangenen Woche durch Ihre Schmerzen beeinträchtigt wurden (0 = keinerlei Beeinträchtigung; 10 = stärkste vorstellbare Beeinträchtigung)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... häuslicher + familiärer Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Freizeit + Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sozialer Unternehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Haus- + Berufsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... allgemeiner Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.) Behandeln Sie Ihre Schmerzen bereits medikamentös?
 nein ja → womit:

Erzielte Schmerzlinderung? vollständig mittelmäßig ungenügend

Verträglichkeit? sehr gut befriedigend mangelhaft

7.) Wie entwickelten sich Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche?
 blieben gleich wurden stärker wurden schwächer

8.) Leiden Sie aktuell unter anderen Erkrankungen?
 nein ja → unter:

Bluthochdruck Herzschwäche Angina pectoris koronare Herzkrankheit
 Durchblutungsstörungen in den Beinen Wasser in den Beinen Venenschwäche
 Kurzatmigkeit Nierenfunktionsstörung Leber-/Gallenfunktionsstörungen
 Zuckerkrankheit Fettstoffwechselstörung
 Magengeschwür Gastritis nervöser Magen sonstige Darmerkrankungen
 depressive Verstimmung Erkrankungen von Nerven und/oder Gehirn
 Osteoporose Blutarmut Blutgerinnungsstörung Allergien
 Asthma Nasenschleimhautschwellungen
 andere:

9.) Hatten Sie schon einmal...

... ein Magengeschwür?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
... einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
... einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
... eine Bypass-Operation?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
... eine allergische Reaktion auf ein Medikament?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

10.) Haben Sie schon einmal ein Schmerzmedikament nicht vertragen?
 nein ja → welches:

11.) Haben Sie eine künstliche Herzklappe?
 nein ja

12.) Müssen Sie in nächster Zeit operiert werden?
 nein ja

13.) Rauchen Sie regelmäßig?
 nein ja

14.) Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie aktuell?
 cm kg

15.) Benötigen/nehmen Sie aktuell regelmäßig Medikamente?
 nein ja → welche:

niedrig dosierte Acetylsalicylsäure (ASS) Schmerzmedikamente Antidepressiva
 Gerinnungshemmstoffe Lipidsenker Bluthochdruckmedikamente Kortison
 andere: