

Guideline lumbale Rückenschmerzen der mednetbern AG

Die Richtlinie wurde durch die Ärzte des Ärztenetzes mednetbern entwickelt. Dieses adaptiert und aktualisiert regelmässig Guidelines auf Basis vorhandener Richtlinien und aufgrund der Erfahrung von rund 70 Mitglieder in 10 Qualitätszirkeln.

Table

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 Gesässränder, 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, Katastrophenisieren, Schon- und Vermeideverhalten. latrogen: ausschliesslich passive Therapien, langandauernde unkritische Arbeitsfähigkeitsbesätigungen, 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 >60); 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), Pankeatitis, Aortenaneurysma. Spezifische Behandlung bei: Wirbelkörperfraktur, Radikulopathie, Spinalkanalstenose, Facettengelenksarthrose, Autoimmunarthritis (z. B. Bechterew, Psoriasis, RA), extraventrikeltragen Ursachen (u. a. Depression, Herpes Zoster, Borreliose, Urologisch, Spinalform-Syndrom, sacroiliacale Dysfunktion).
Assessment	Das kombinierte Assessment der selbstlimitierten lumbalen Rückenschmerzen besteht aus einer Synthese der folgenden Parameter: <ol style="list-style-type: none"> Schmerzdauer: Drei Phasen der lumbalen Rückenschmerzen: Akut: < 4 Wochen. Subakut/Übergangsphase: 4–12 Wochen. Chronifiziert: > 12 Wochen. Schmerzintensität: Visuelle Analog-Skala (VAS) 0–10, evtl. Rating-Skala mit Emojis (s. Graphik im Anhang). 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). Beeinträchtigung der Funktion: Einschränkungen erfassen (Arbeit, Haushalt, Freizeit) und im Verlauf erneut erfragen, um die Wirksamkeit der Therapie zu überprüfen. Chronifizierungsrisiko nach Start-G-Fragebogen (s. Tabelle im Anhang, sowie Erläuterung unter «Verlauf, Übergangsphase/subakut»!).
Therapieziele	Schmerzfähigkeit, 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 Krankenschreibung. Das Chronifizierungsrisiko soll frühzeitig erkannt und angegangen werden (Start-G-Fragebogen , Erkennen von Arbeitsplatzproblemen).
Verlauf	Die Erkrankungsphase (definiert über die Schmerzdauer) ist therapierelevant. 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. Bei weiterbestehenden beeinträchtigenden Schmerzen und/oder Arbeitsunfähigkeit: <ul style="list-style-type: none"> Reevaluation der Diagnose, bildegebende Diagnostik; Risiko für Chronifizierung evaluieren: Start-G-Fragebogen; Probleme am Arbeitsplatz? Therapie gemäss Score (Punktezahl) 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). 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.



<p>Therapiemaassnahmen</p>	<p>Allgemeine Massnahmen</p>	<p>Aufklärung zu Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Behandlung (Gutartigkeit der Erkrankung) in verständlicher Sprache. Abraten von Betrühe (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). Anforderungen am Arbeitsplatz und Arbeitsfähigkeit beurteilen: Bei körperlich schwerer Arbeit ist die Arbeitsunfähigkeit bis zur nächsten Kontrolle gegeben.</p>																																													
<p>Nichtmedikamentöse Therapie</p>	<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 emotionalen Befinden, Eigenverantwortung zur Wiederherstellung und Förderung der körperlichen Funktionfähigkeit. 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>	<p>Einzelne Massnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>akut</th> <th>subakut-chronisch</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)</td> <td>↑↑</td> <td>↑↑</td> </tr> <tr> <td>Bewegungstherapie mit edukativen Massnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien</td> <td>⇔</td> <td>↑↑</td> </tr> <tr> <td>Manuelle Therapie</td> <td>↑</td> <td>↑↑</td> </tr> <tr> <td>MBSR (mindfulness based stress reduction)</td> <td>⇔</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>Pilates, Tai Chi, Yoga</td> <td>⇔</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>Akupunktur</td> <td>⇔</td> <td>⇔</td> </tr> <tr> <td>Detonisierung (z. B. Massage)</td> <td>⇔</td> <td>⇔</td> </tr> <tr> <td>Rückenschule (biopsychosozial)</td> <td>⇔</td> <td>⇔</td> </tr> <tr> <td>Wärme- oder Kälteanwendungen</td> <td>⇔</td> <td>⇔</td> </tr> <tr> <td>Therapeutischer Ultraschall oder Laser</td> <td>⇔</td> <td>⇔</td> </tr> <tr> <td>Ergotherapie</td> <td>↓↓</td> <td>⇔</td> </tr> <tr> <td>Betrühe</td> <td>↓↓</td> <td>↓↓</td> </tr> <tr> <td>Taping, Kurzwellen-, Magnetfeldtherapie</td> <td>↓↓</td> <td>↓↓</td> </tr> <tr> <td>Hilfsmittel (z. B. Orthesen, Schuheinlagen)</td> <td>↓↓</td> <td>↓↓</td> </tr> </tbody> </table>		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	↓↓	⇔	Betrühe	↓↓	↓↓	Taping, Kurzwellen-, Magnetfeldtherapie	↓↓	↓↓	Hilfsmittel (z. B. Orthesen, Schuheinlagen)	↓↓	↓↓
	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	↓↓	⇔																																													
Betrühe	↓↓	↓↓																																													
Taping, Kurzwellen-, Magnetfeldtherapie	↓↓	↓↓																																													
Hilfsmittel (z. B. Orthesen, Schuheinlagen)	↓↓	↓↓																																													
<p>Psychosoziale Interventionen</p>	<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>	<p>↑↑ empfehlen; ⇔ kann je nach Situation eingesetzt werden; ↓↓ nicht empfohlen</p>																																													
<p>Pharmakotherapie</p>	<p>First-Line-Therapie: NSAR: Ibuprofen 3x600 mg/d, kombiniert mit Reserve aus Metamizol 4x1 g/d und Paracetamol 4x1 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. 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. Antidepressiva: bei chronischen lumbalen Rückenschmerzen oder bei komorbider Depression. Keine parenteralen Injektionen von NSAR oder anderen Substanzen. Keine invasiven Therapien. 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>	<p>↑↑ empfehlen; ⇔ kann je nach Situation eingesetzt werden; ↓↓ nicht empfohlen</p>																																													
<p>Therapiekonzept bei V.a. Chronifizierung und/oder zentralisiertem Schmerz</p>	<p>Bei Therapieresistenz, bei Verschlechterung, bei signifikanten Risikofaktoren zur Chronifizierung und/oder bei einer Krankenschreibung von mehr als 6–8 Wochen.</p>	<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>																																													
<p>Wann Weiterweisung? Traumatisierung/Flucht/Migration</p>	<p>Bei Therapieresistenz, bei Verschlechterung, bei signifikanten Risikofaktoren zur Chronifizierung und/oder bei einer Krankenschreibung von mehr als 6–8 Wochen.</p>	<p>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.</p>																																													
<p>Arbeitsfähigkeit</p>	<p>Wenn das Ausmass des Schmerzes die Funktion beeinträchtigt, ist v.a. bei schwerer körperlicher Arbeit eine Krankenschreibung 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)</p>	<p>Wenn das Ausmass des Schmerzes die Funktion beeinträchtigt, ist v.a. bei schwerer körperlicher Arbeit eine Krankenschreibung 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)</p>																																													
<p>Fahreignung</p>	<p>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!</p>	<p>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!</p>																																													



Medikamente

Medikamentengruppen	Wirkstoff	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 Klempackungen! 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 Landfassung. <https://www.leitlinien.de/mbd/downloads/nv/kreuzschmerz/2aufbau-vers1-lang.pdf>. Schweiz Rueden. Hintergrundende, Praevention, Behandlung. D.pdf. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ing59>. 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_Mittellung Camenisch D. Sotermann B. WHO Model Lists of Essential Medicines. Harrison's Innere Medizin. 2017 | 19., überarbeitete Auflage.

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



mednetbern CDS-Tool Lumbale Rückenschmerzen

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

Name		Vorname		Datum		
Differentialdiagnose, Verdacht auf	Anamnese / Klinische Symptome	Beispielfragen	Diagnostik / Procedere			
Gefährlich < 1 % Kompressionssyndrom von Conus medullaris oder Cauda equina Malignom Infektion (Abszess, Osteomyelitis)	Bekannte Krebserkrankung Immunschwäche (HIV, Diabetes, Alkohol), Infektherd (Haut, Urogenital, Lunge, Zähne, HNO, intravenöse Drogen), Injektionen oder Eingriffe am Rücken	<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? <input type="checkbox"/> Schmerz dumpf, konstant, verschlimmert in der Nacht? <input type="checkbox"/> Unbeeinflusst durch Ruhigstellung? <input type="checkbox"/> Fieber? Unwohlsein? Immunschwäche, z. B. HIV, DM, Alkoholinfekt? <input type="checkbox"/> Schmerz verschlimmert durch Bewegung (eher Epiduralabszess)? <input type="checkbox"/> Schmerz unbeeinflusst durch Ruhigstellung (eher Osteomyelitis)? <input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext.	Sofortige Klinikeinweisung Klinikeinweisung BSR, BB, CRP Palpation Klinikeinweisung falls pathologisch Klinikeinweisung			
	Extravertebrale: Pankreatitis, abdominales Aortenaneurysma Wirbelkörper(kompressions)fraktur (osteoporotisch, Trauma)	Gem. klinischer Kontext Ältere Menschen. Akuter lokalisierter Rückenschmerz (Trauma?). Risikofaktoren: Osteoporose, Kortisonbehandlung, Längere Immobilisation, Menopause, Niereninsuffizienz, Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> Schmerz verschlimmert durch Bewegung? Grundleiden? <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, Grosszehe ■ S1: Oberschenkel/Wade hinten, laterale Fusskante, Fusssohle	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. Neurologische Untersuchung UE: PSR, Kniebeugung im Einbeinstand (L2-4); Fersengang (L5); ASR, Zehenengang (S1). Bei leichten Paresen u. im MRI passender Hernie, evtl. konservativ. Bei schwereren Paresen Klinikeinweisung.		
	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 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)? <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; Pulsstatus; evtl. Ratschhoff Hüft- und Kniegelenksuntersuchung.		
Spinalkanalstenose Facettengelenksarthrose Autoimmunarthritiden (z. B. Spondylitis ankylosans Bechterew, Psoriasis, RA)	Bekannte Arthrose Oft jüngere Männer < 40j. (Bechterew), bekanntes Grundleiden Gem. klinischer Kontext	<input type="checkbox"/> Werden die Schmerzen durch Bewegung gebessert? <input type="checkbox"/> Erwärmen Sie wegen der Rückenschmerzen in der Nacht? <input type="checkbox"/> Fühlt sich ihr Rücken morgens länger als 30 Minuten steif an? <input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext.	Neurologische Untersuchung UE. Hyperextension der WS provoziert den Schmerz. Hüftgelenksuntersuchung. Überweisung an Rheumatologen.			
Extravertebrale Ursache: 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).			