

# Strukturierte Schmerzanamnese mit Schwerpunkt Bewegungsapparat

**Bernhard Stengg, Kurt Ammer, Christine Prager**

Pain Care, 1060 Wien

Ludwig Boltzmann Forschungsstelle für Physikalische Diagnostik, 1140 Wien

Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation im Donauespital, 1220 Wien

Die nachfolgende Liste ist der Ausdruck des Konsens der Autoren, wie die Schmerzanamnese bei Patienten mit Schmerzangaben am Bewegungs- und Stützapparates strukturiert werden soll. Neben der groben Strukturierung finden sich in dieser Liste auch einzelne beispielhafte Formulierungen, die gezielt nach ganz bestimmten Qualitäten des Schmerzes fragen. Bei der Erhebung der 4 wichtigen „W“s wird bewusst die Frage „Wie“ nicht obligat gestellt, da eine eindeutige diagnostische oder differentialtherapeutische Konsequenz aus der Beschreibung des subjektiven Schmerzes nicht gezogen werden kann. Schließlich ist noch die Literatur angeführt, auf der dieser Konsens aufgebaut ist.

## 1) ZEITLICHE ASPEKTE = WANN?

- In welcher Schmerzphase befindet sich Patient im Moment der Anamneseerhebung  
(Haben Sie im Moment Schmerzen?)
- Wann erstmals Auftreten der Beschwerden  
(=Beschwerdealter in Jahren=prognostisches Kriterium für Therapieergebnis)
- Besteht Dauerschmerz, episodischer Schmerz oder eine Kombination von beiden mit episodischen Exazerbationen im Rahmen eines Dauerschmerzes
- Haben Sie auch schmerzfremde Tage oder Stunden?
- Wie viele Schmerzepisoden/Jahr  
(wenn häufig leichter, pro Monat erinnerlich) wie viele Tage dauert durchschnittlich eine Schmerzepisode
- An wie vielen Tagen in der letzten Woche hatten Sie Schmerzen?
- Gibt es eine tageszeitliche Dynamik  
(Maximum der Schmerzen, Morgensteifigkeit, ...)

- Besteht ein Nachtschmerz: dauernd = auch in Ruhe, oder nur beim Umdrehen, nächtliches Aufwachen durch den Schmerz
- Dynamik im Verlauf: Ist der Schmerz seit Beginn tendenziell gleichbleibend, schlechter oder besser werdend in Häufigkeit und Intensität

## 2) RÄUMLICHE ASPEKTE = WO?

- Dzt. Lokalisation des Schmerzes: gibt es mehrere Schmerzorte bis hin zur Panalgesie
- Ausstrahlung der Schmerzen: einem Dermatome folgend, eher pseudo oder radiculär, wird die Ausstrahlung als eigenständiger Schmerz wahrgenommen oder z.B. zum WS Schmerz dazugehörig
- Evtl. Verwenden eines Pain drawings

## 3) ZUSÄTZLICHE SYMPTOME AUSSER SCHMERZ

- Bei somatoformen Störungen haben Patienten oft zusätzlich (jeder der folgenden Punkte direkt an Patienten in Frageform): Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Depressionen, Verdauungsstörungen, Reizbarkeit, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zittern, Schwindel, Kloßgefühl im Hals (gehäuftes Auftreten von mehreren Symptomen kann ein Hinweis auf ausgeprägte psychosoziale Beteiligung bzw. eher fortgeschrittene Schmerzkrankheit sein)

## 4) BEEINFLUSSBARKEIT DER SCHMERZEN DURCH = WARUM?

- Körperposition: stehen, liegen, sitzen, gehen, Positionswechsel, langes Beibehalten einer Position
- Gab es einen Auslöser der Schmerzen: Hebe-trauma, Unfall, „Verkühlung“, was passierte in Ihrem Umfeld, als der Schmerz begann,...

Klimaeinfluss, Verbesserung/Verschlechterung durch Wärme/Kälte/Zug (Bedeutung: irgendein klimatischer Faktor, z.B. Feuchtigkeit sollte durch negative Prägung nicht therapeutisch zum Einsatz kommen)

Valsalvamanöver: beim Husten, Niesen, Pressen

Soziales Umfeld: sind die Schmerzen am Wochenende bzw. im Urlaub gleich stark, Rentenbegehren, Pensionsschock, Trennungsgeschichte, Verlustproblematik,...

### 5) SCHMERZQUALITÄT WIE? (FAKULTATIV)

Entweder mittels der Schmerzempfindungsskala von Geissner/Jungnitzsch oder

Abfragen der häufigsten sensorischen Qualitäten: stechend, schneidend (wie Messer), ziehend (wie Zahnweh), brennend, elektrisierend, einschließend, verspannt, pochend/ klopfend (Die Schmerzqualität hat meist keine direkte Auswirkung auf Therapie – nur ein kleines Mosaiksteinchen in der Anamnese)

### 6) SCHMERZINTENSITÄT

Zum Zeitpunkt der Anamneseerhebung auf der VAS von 0-10 (0= kein Schmerz, 10= maximal vorstellbarer oder noch besser: unerträglicher Schmerz)

Wenn gerade Akutepisode besteht: Maximale und durchschnittliche Intensität auf der VAS

Wenn eher gleichbleibende/evtl. wellenförmiger Schmerzverlauf: maximale und durchschnittliche Intensität auf der VAS in den letzten 4 Wochen

### 7) BEEINTRÄCHTIGUNG IM ALLTAG DURCH SCHMERZEN

losgelöst vom Schmerz, Ausfüllen des HAQ oder ADL, Hannover Fragebogen, um das Ausmaß des Aktivitätsniveaus festzustellen.

### 8) RED FLAGS FÜR SCHMERZSYNDROME

Dauerruhschmerz unabhängig von mechanischer Beanspruchung, Körperposition, Dauernachtschmerz

Plötzlich aufgetretener Dauerschmerz (DD: Nekrose, viszerale Akutsymptomatik)

Rezentes Trauma mit Sturz auf Rücken oder Verkehrsunfall bei postmenopausalen Frauen reichen auch Minimaltraumen aus, um der Sache nachzugehen

Entzündliche WS Erkrankung: ausgeprägte Morgensteifigkeit, Deutlich eingeschränkte lumbale Flexion im Schobertest (Markierung lumbosakraler Übergang: eine Marke 10cm proximal, 1 Marke 5cm distal, dann Aufforderung, sich mit gestreckten Beinen nach vorne zu beugen; Normal: Zunahme bei Flexion zu mindest 5 cm), bleibende Einschränkung der spinalen Beweglichkeit in allen Ebenen, evtl. Miteinbeziehung peripherer Gelenke, zusätzlich Hautveränderungen, Kolitis, Urethrale Infekte,

Ausgeprägte neurologische Symptomatik: Cauda equina Syndrom mit Miktions oder Stuhleerungsstörungen, progredientes motorisches Defizit, Reithosenanästhesie, motorische Schwäche, die über mehrere Segmente hinausgeht

### 9) YELLOW FLAGS FÜR SCHMERZSYNDROME

**Aktuelles Malignom**

**Systemische Symptome:** Fieber, Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, allgemeine Schwäche

**Projektionsschmerz:** Gibt es in Anamnese schwerwiegendere Erkrankungen/Operationen im Bauchbereich oder im kleinen Becken, die evtl. für Ausstrahlungsschmerz lumbal verantwortlich sein könnten

Bei bekannter **rheumatoider Arthritis** Gefahr einer Beteiligung der oberen HWS

### 10) KONTEXT

Familienstand, Grad der Ausbildung/abgeschlossene Schulbildung, gelernter Beruf (dzt Berufsstand: angestellt, Arbeiter, selbständig, arbeitslos, Sozialhilfeempfänger, Renten begehren, Pensionist), Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz, Rückkehr zu angestammtem Arbeitsplatz vorstellbar oder nicht, Verursachung der Schmerzen durch Arbeit, Schmerzensgeldprozess im Laufen

### 11) BISHERIGE DIAGNOSTIK

Chronologisches Anführen von Art der Untersuchung und kurzgefasst der relevanten Pathologien

### 12) BISHERIGE THERAPIEN

Art der Therapie, von wem durchgeführt, welcher Effekt, bisherige Medikation: ausreichende Dosierung bzw. Dauer

### Literatur

AHCPR . Management Guidelines for Acute Low Back Pain. Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, 1994

- Alacamlıoglu Y, Ammer K, Arbes Sertl B, Deistler Russ G, Ebenbichler G, Fialka Moser V, Habelsberger W, Heiller I, Karner Nechvile A, Kern H, Prager C, Preisinger E, Quittan M, Schindl M, Wicker A, Zauner Dungal A. Management des akuten Kreuzschmerzes. Konsensus Statement unter der Ägide des BÖPMR. UpDate 2000.11(5):4-8
- American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. *Arthritis Rheum* 1996;39:1-8
- Basler HD, Bloem R, Casser HR, Gerbershagen HU, Grießlinger N, Hankemeier U, Hesselbarth S, Lautenbacher S, Nikolaus T, Richter W, Schröter C, Weiß L. Ein strukturiertes Schmerzinterview für geriatrische Patienten. *Schmerz* 2001, 15(3): 164-171
- Daltroy LH, Cats Baril WL, Katz JN, Fossel AH, Liang MH. The North American Spine Society Lumbar Spine Outcome Assessment instrument: reliability and validity tests. *Spine* 1996;21:741-9.
- Eichbauer H, Findl I, Klaushofer K, Koller K. Management chronischer Schmerzen im Klinikalltag. *Schmerz* 2002; 16(3): 205-14
- Geissner E, Jungnitsch G (Hrsg.) *Psychologie des Schmerzes*. 1992, Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Goei The HS, Steven MM, van der Linden SM, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a comparison of the Rome, New York and modified New York criteria in patients with a positive clinical history screening test for ankylosing spondylitis. *Br J Rheumatol* 1985; 24:242-9
- Heuser J, Geissner E, Computer Version der Schmerzempfindungsskala SES Äquivalenzstudie. *Schmerz* 1998, 12(3):205-208.
- Huppe M, Matthiessen V, Lindig M, Preuss S, Meier T, Bau-meier W, Gerlach K, Schmucker P. Vergleich der Schmerzchronifizierung bei Patienten mit unterschiedlicher Schmerzdiagnose. Analyse auf der Basis des Mainzer Stadienmodells. *Schmerz* 2001 ;15(3):179-85
- Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277-99.
- van den Hoogen HM, Koes BW, van Eijk JT, Bouter LM. On the accuracy of history, physical examination, and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice. A criteria based review of the literature. *Spine* 1995; 20(3):318-277
- Winter C, Fritzsche K, Karl A, Huse E, Larbig W, Grüsser SM, Flor H. Ein strukturiertes Interview zur Erfassung von Phantom- und Stumpfpfänomenen nach Amputation. *Schmerz* 2001, 15(3): 172-178

Korrespondenzadresse für die Autoren

Dr. Bernhard Stengg  
Pain Care  
Mariahilferstr.105,  
1060 Wien  
Email: b.stengg@paincare.at