

# Chronischer Schmerz

Neue-S1 Handlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

## Chronic Pain

*New S1-Guidelines Published by the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM)*

Peter Engeser<sup>1</sup>, Michael Becker<sup>2</sup>, Annette Becker<sup>3</sup>

### Hintergrund

Die Definition des Begriffes „Schmerz“ der International Association for the Study of Pain lautet: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühls-erlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache“ [1]. Es ist eine komplexe subjektive Wahrnehmung, die in akuter Form als Warnsignal des Körpers gilt, in chronischer Form aber häufig diese Funktion verliert. Zielgruppe dieser Handlungsempfehlung sind Patienten mit nicht tumorbedingten Schmerzen, die länger als drei Monate anhalten. Etwa 20 Prozent der Patienten in hausärztlichen Praxen geben an, dass sie an chronischen Schmerzen leiden. Diese bestehen meist in mehreren Körperregionen. Zu den häufigsten chronischen Schmerzzuständen gehören Rücken- und Gelenkschmerzen [2].

Leitlinien zur Behandlung chronischer Schmerzzustände sind meist krankheits- bzw. symptom-spezifisch, so zum Beispiel die Nationale Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerzen“ oder die DEGAM-Leitlinie „Nackenschmerzen“. Derzeit gehen alle Deutschen Leitlinien von einer reaktiven medizinischen Versorgung aus, d.h. sie behandeln Beratungsanlässe mit inzidenter oder akuter Exazerbation chronischer Beschwerden. Tatsächlich steht aber im Fokus der Behandlung chronischer Schmerzen nicht Heilung, sondern die Verhinderung von

Folgen wie die Ausbreitung der Schmerzen, psychische Komorbidität, reduzierte Lebensqualität, langfristige Funktionseinschränkung oder Behinderung. Vor diesem Hintergrund gelten für chronische Schmerzzustände die gleichen Zielsetzungen wie für andere chronische Krankheiten:

- die Unterstützung der Arzt-Patienten-Beziehung,
- die Behandlungsplanung und Verhinderung von Komplikationen durch evidenzbasierte Therapie und Stärkung des Selbstmanagements der Patienten,
- die kontinuierliche Therapieevaluation [3].

Die neue S1-Leitlinie „Chronischer Schmerz“ hat zum Ziel, Hausärzten Empfehlungen für eine strukturierte Versorgung chronischer Schmerzpatienten an die Hand zu geben.

### Methodik

Es wurde eine Recherche in Pubmed, Google Scholar und der AWMF-Datenbank durchgeführt, um nationale und internationale Leitlinien zur Behandlung chronischer Schmerzen in der Primärversorgung zu identifizieren. Ergänzend wurden Originalarbeiten in Pubmed zur Epidemiologie, Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen recherchiert. Grundlage für die Klassifikation, Evaluation und strukturierte Patientenführung sind die WHO-Leitlinie

zur Behandlung nicht tumorbedingter Schmerzen bei Erwachsenen [4], die Leitlinien zum Assessment und Management chronischer Schmerzen des *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)* [5], die *Primary Care Guidelines for the Management of Chronic Pain 2010* des NHS [6] und die hausärztliche Leitlinie „Schmerz“ der Leitliniengruppe Hessen [7]. Keine der vorgestellten Leitlinien enthält einen Algorithmus zur strukturierten Evaluation und Führung chronischer Schmerzpatienten. Dieser wurde auf Basis der vorhandenen Leitlinien und eines Expertenkonsens für die S1-Leitlinie „Chronischer Schmerz“ entwickelt. Für die Diagnostik und Therapie muskuloskeletaler, funktioneller und neuropathischer Schmerzen wurde die Nationale Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“ [8], die S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie neuropathischer Schmerzen [9] sowie die „Leitlinie zum Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ [10] herangezogen. Spezifische Fragen zur Evaluation und Re-Evaluation der Therapie mit Opioiden wurden auf Basis der Leitlinie zur „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS) [11]“ bearbeitet.

### Ergebnisse

Diese Handlungsleitlinie hat die kontinuierliche und vorausschauende hausärztliche Behandlung chronischer

<sup>1</sup> Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

<sup>2</sup> DEGAM Sektion Versorgungsaufgaben

<sup>3</sup> Abteilung für Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin, Philipps Universität Marburg

DOI 10.3238/zfa.2014.0103-0107

**Dr. med. Peter Engeser ...**

... 59 Jahre, FA für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Umweltmedizin  
Lehrkoordinator in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg; in Gemeinschaftspraxis niedergelassen in Pforzheim seit 1987.

Schmerzpatienten zum Ziel. Auf die vielfältigen Ursachen chronischer Schmerzen geht die Leitlinie nicht ein. Sie ist als Ergänzung zu aktuellen evidenzbasierten Leitlinien zu verstehen, die diagnostische und therapeutische Optionen bei spezifischen Schmerzzuständen bzw. deren Exazerbationen aufzeigen.

**Klassifikation und Diagnostik**

Eine sorgfältige Anamnese zu Charakteristik und Dauer der Schmerzen, Begleiterkrankungen und -beschwerden sowie aufrechterhaltenden Faktoren ist wesentlicher Bestandteil jeder Konsultation aufgrund stärkerer Schmerzzustände. In Hinblick auf die spätere Behandlung ist es hilfreich, zwischen nozizeptiven, neuropathischen und funktionellen Schmerzen zu unterscheiden bzw. zu erkennen, wenn bei Mischbildern eine entsprechende Komponente vorliegt. Warnhinweise (red flags) sind auch bei chronischen Schmerzpatienten wichtig, um die Wahrscheinlichkeit für spezifische Ursachen der Beschwerden oder abwendbar gefährliche Verläufe abschätzen zu können und ggf. zu intervenieren oder weitere Diagnostik einzuleiten.

Der Algorithmus der Leitlinie ermöglicht einen „diagnostischen Kurzweg“ für den Fall, dass es sich im individuellen Fall um eine Folgekonsultation im Sinne einer strukturierten Patientenführung handelt. Das ist z.B. der Fall, wenn Patienten ihren Hausarzt im Rahmen einer terminierten Folgekonsultation aufsuchen und nicht, weil ihre Schmerzen schlimmer geworden sind oder sie andere Symptome entwickelt haben.

**Evaluation**

In der vorliegenden Leitlinie geht es um die dauerhafte Betreuung der Patienten unabhängig von der aktuellen Schmerzintensität, mit dem Ziel einen stabilen Zustand angemessener Lebensqualität für die Patienten zu erreichen. Schmerz geht einher mit vielfältigen Beeinträchtigungen von z.B. Schlaf, Stimmung und sozialen Funktionen. Eine Veränderung in diesen Bereichen kann einerseits die Schmerzwahrnehmung positiv wie auch negativ beeinflussen, andererseits können chronische Schmerzen zu Beeinträchtigung auch dieser Lebensbereiche führen. Aus diesem Grund sollte der behandelnde Arzt gleichermaßen auf Wohlbefinden, Alltagsfunktion, Aktivitätsverhalten, Sozialleben, Schlaf und den Medikamentengebrauch der Patienten achten. Um reproduzierbare und vergleichbare Werte zu erhalten, bietet es sich an, hier mit numerischen Rating-skalen, z.B. von 1–10 zu arbeiten. Ein möglicher Therapiebedarf ergibt sich aus dem so erstellten Profil der aktuellen Belastung im Abgleich mit den Erwartungen und Zielen des Patienten. Der Hausarzt sollte realistische Ziele mit seinen Patienten vereinbaren. Dabei ist „Schmerzfreiheit“ kein realistisches Ziel im Rahmen einer chronischen Schmerz-erkrankung, wohl aber die „Verbesserung der Schmerzen um 2 Punkte auf der Schmerzskala von 1–10“ oder der Wunsch des Patienten „wieder in der Lage zu sein, an sozialen Ereignissen teilzunehmen“.

**Therapie**

Medikamentöse Interventionen haben häufig nur einen begrenzten oder sogar keinen Nutzen. Viele Patienten sprechen auf Opiate nicht an. Sollte – bei unzureichender Wirkung anderer Therapieformen – eine Opiatmedikation erwogen werden, kann unter engmaschiger Kontrolle ein Opiatversuch durchgeführt werden. Das beinhaltet eine Opiattherapie über 3 Wochen bis längstens 3 Monate. Nur wenn es zu relevanten Verbesserungen der Schmerzintensität, Funktion, des Wohlbefindens oder anderer Bereiche kommt, ist die Fortsetzung der Therapie gerechtfertigt. Details zur Durchführung eines solchen Therapieversuchs oder zum Absetzen bestehender Medikationen können der Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS)“ entnommen werden. Nichtmedikamentöse Maßnahmen wie die Steigerung der körperlichen Aktivitäten, Entlastungsgespräche, Psychotherapie, Entspannungsverfahren, physiotherapeutische Interventionen oder Stressbewältigungsverfahren sind häufig wesentlich erfolversprechender. Weitere Möglichkeiten bieten Selbsthilfegruppen, rehabilitative Maßnahmen oder sozialrechtliche Beratungen. Die Wahl der Therapie orientiert sich an den Patientenzielen und den erhobenen Beeinträchtigungen.

Wir hoffen, dass durch diese Handlungsleitlinie die Vielschichtigkeit des Problems erläutert wird und, dass die betreuten Patienten davon profitieren werden.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

**Korrespondenzadresse**

Prof. Dr. med. Annette Becker, MPH  
Abteilung für Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin  
Philipps-Universität Marburg  
Karl-von-Frisch Str. 4, 35032 Marburg  
Tel.: 06421 2865120  
Annette.becker@staff.uni-marburg.de

**Literatur**

1. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain 1979; 249
2. Hensler S, Heinemann D, Becker MT, et al. Chronic pain in German general practice. Pain Med 2009;1408–15
3. Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2006: 335–43
4. WHO. Scoping document for WHO treatment guideline on non-malignant pain in adults adopted in WHO steering group on pain guidelines, 14 October 2008
5. Lambert M. ICSI releases guideline on chronic pain assessment and management. Am Fam Physician 2010; 82: 434–9
6. NHS Greater Glasgow and Clyde. Primary care guidelines for the management of chronic pain; 2010
7. Bergert FW, Braun M, Ehrental K, et al. Hausärztliche Leitlinie Schmerz: Therapie von Schmerzen; Leitliniengruppe Hessen, 2007.  
[www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03\\_publicationen/schmerz\\_II.pdf](http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/schmerz_II.pdf) (letzter Zugriff 21.02.2014)
8. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungs-Leitlinie Kreuzschmerz – Langfassung: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz> (letzter Zugriff 21.02.2014)
9. Baron R. Pharmakologisch nicht interventionelle Therapie chronisch neuropathischer Schmerzen: AWMF-Registernummer : 030/114; 2012
10. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM). Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden: AWMF-Registernummer 051 – 001; 2012
11. Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS). Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS): AWMF-Leitlinien-Register Nr. 041/003; 2010



## Vorankündigung 39. GHA-Symposium

### „Masterplan Medizinstudium 2020 – Vereinbarkeit von Masse *und* Klasse“

**Termin: 17./18. Mai 2014**

**Veranstaltungsort: Stiftung RUFZEICHEN GESUNDHEIT**

**Wolfratshauer Straße 9, 82065 Baierbrunn bei München**

**Hotelbuchung unter [www.gha-info.de](http://www.gha-info.de)**

## DEGAM S1-Handlungsempfehlung

## Chronischer Schmerz



Deutsche Gesellschaft für  
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

**Definition**

Zielgruppe sind Patienten mit Schmerzen nicht tumorbedingter Ursache, die drei Monate und länger anhalten.

**Epidemiologie/Versorgungsproblem**

Etwa jeder 5. Patient in hausärztlichen Praxen leidet unter chronischen Schmerzen, meist in mehreren Körperregionen. Zu den häufigsten Schmerzzuständen gehören Rücken- und Gelenkschmerzen. Heilung von chronischen Schmerzen ist vielfach nicht möglich. Subjektive Beeinträchtigungen und objektive Organschädigungen korrelieren häufig nicht. Angst, Depression, somatoforme Störungen oder posttraumatische Belastungsstörung sind häufige Komorbiditäten.

**Einteilung**

- Nozizeptiver Schmerz (auf Gewebereizung oder -schädigung zurückgehend, keine Nervenschädigung):
  - Qualität: vielfältig je nach Grunderkrankung (z.B. bewegungsabhängig, kolikartig, nächtlicher Schmerz), nicht dermatombezogen
  - Beispiele: Arthrose, teils muskuloskeletale Schmerzen, Ischämieschmerz bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK), Frakturen
- Neuropathischer Schmerz (verursacht durch Nervenschädigung):
  - Qualität: einschießend, attackenartig, brennend, keine Linderung in Ruhe, Sensibilitätsstörungen, Parästhesien, Allodynie (Überempfindlichkeit)
  - Beispiele: Ischialgie, diabetische Neuropathie, Trigeminusneuralgie, postherpetische Neuralgie und andere Neuralgien, möglicherweise Fibromyalgie
- Funktioneller Schmerz (Schmerz als Ausdruck psychischer Beeinträchtigung)
  - Qualität: häufig multilokulär, hohe Inanspruchnahme, die Intensität der Schmerzen steht nicht in direktem Zusammenhang mit feststellbaren Gewebeschädigungen

Die Art des Schmerzes hat Einfluss auf die Wahl der Therapie. Häufig liegen Mischformen („mixed pain“) vor.

**Schmerz und Psyche**

Chronischer Schmerz bedeutet immer eine starke psychische Belastung. Zudem beeinflussen psychosoziale Faktoren wie frühere Lebensereignisse oder die aktuelle Situation die Schmerzwahrnehmung. Die medikamentöse Therapie hat hier keinen Nutzen. Psychosoziale Interventionen (körperliche und soziale Aktivität, aufmerksamkeitslenkende Strategien, Verhaltenstherapie o.ä.) können die Schmerzwahrnehmung entscheidend beeinflussen.

**Behandlungsziele**

- Ursächliche Faktoren sollten, wenn möglich, behoben werden.
- Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe
- Früherkennung psychischer Komorbidität (begleitende Depression, Angsterkrankung, Schlafstörungen, somatoforme Störung)
- Ausrichtung der Therapie auf die Lebensqualität des Patienten, nicht an Schmerzintensität
- Aufrechterhaltende Faktoren identifizieren und besprechen

**Abwendbar gefährliche Verläufe**

Malignität, entzündlicher Schmerz, Fraktur, Infektion, akute Schmerzsache bei chronischem Schmerzsyndrom, interventionsbedürftige Nervenkompression, Medikamentenübergebrauch

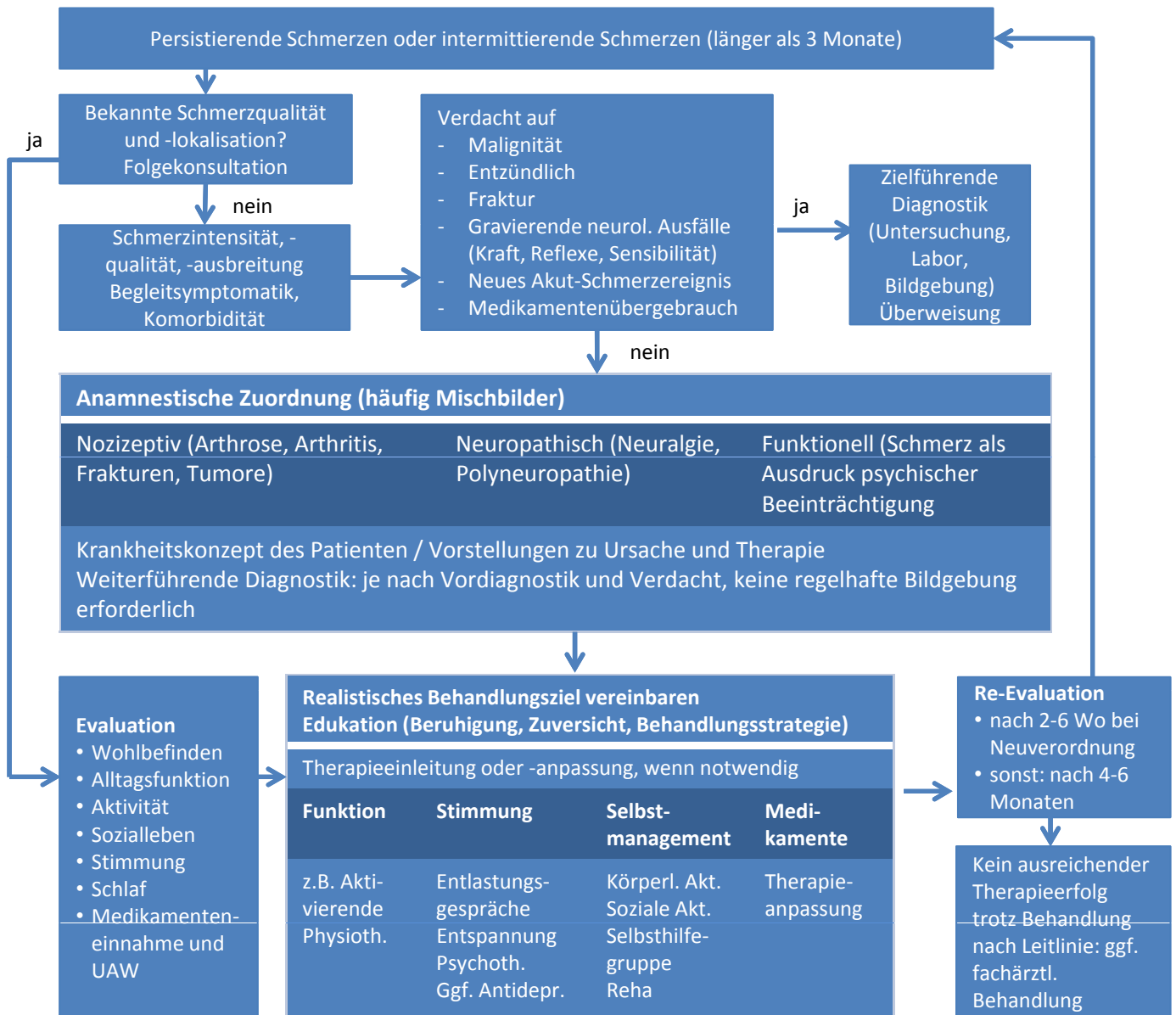
**Diagnostik**

- Anamnese: Schmerzstärke (NRS, VAS, oder VRS\*), -ausprägung, Auslöser, Krankheitskonzept, aufrechterhaltende Faktoren (yellow flags), Dauer der Episoden, Begleitsymptomatik (z.B. Übelkeit, Schwindel), Einnahmeverhalten der Medikamente
- Beeinträchtigung: Wohlbefinden, Alltagsfunktion, Aktivität, Sozialleben, Stimmung, Schlaf
- Therapieziel gemeinsam mit dem Patienten realistisch festlegen
- Körperliche Untersuchung: Orientiert an Beschwerdedarstellung und Voruntersuchungen. Bildgebung ist nicht regelhaft notwendig, sondern bei v.a. auf abwendbar gefährliche Verläufe oder Klärung von Interventionsbedarf, Verhaltensbeobachtungen (z.B. Vermeidungsverhalten) und Funktionstests (z.B. Bewegungsprüfung) zur Verlaufskontrolle

**Therapie**

- Aufklärung: Bedeutung psychosozialer Faktoren, aktive Bewältigungsstrategien
- Unter Einbezug von Patientenzielen sollte ein individueller Behandlungsplan bezogen auf Schmerzlinderung (30 % Verbesserung), Verbesserung von Lebensqualität, Funktion, Stimmung, private, berufliche und soziale Partizipation sowie Reduktion des Analgetikakonsums erstellt werden.
- Strukturierte Patientenführung (regelmäßige Wiedereinbestellung und Evaluation, um eine Exazerbation der Beeinträchtigungen zu vermeiden).
- Medikamentös: Individuelle Dosistitration, spezifische Therapien beachten (z.B. Migräne, Hemikranie, Koliken)
  - Nozizeptiv: WHO-Stufenschema (einfache Analgetika, NSAR, schwache Opiode, starke Opiode)
  - Neuropathisch: Antikonvulsiva, ggf. Antidepressiva, lang wirksame Opiode, ggf. Lidocain- oder Capsaicin-Pflaster
  - Funktionell: ggf. Antidepressiva, keine Opiode
- Nichtmedikamentös: Aktivierende Maßnahmen (I), Entlastungsgespräche, ggf. Physiotherapie oder Funktionstraining, Psychotherapie (z.B. Verhaltenstherapie, Traumatherapie), Entspannungsverfahren, physikalische Therapien (Kälte, Wärme), Stressbewältigungsverfahren
- Weitere Maßnahmen: Selbsthilfegruppen, ggf. Antrag auf Rehabilitation, Vermittlung sozialrechtliche Beratung (Rentenansprüche, Finanzhilfen etc.).

\* NRS: Numerische Rating Skala  
VAS: Visuelle Analogskala  
VRS: Verbale Ratingskala



Beispiel-Medikationen (für differentielle Indikation b.w.)

Grundsätzlich: Orale Einnahme, festes Zeitschema, kurzwirksame Präparate nur in Einstellphase oder für Durchbruchschmerzen, Opiate mit Adjuvantien (Laxantien, Antiemetika)

Gruppe	Medikament	Initialdosis (Intervall für Dosiserhöhung)	Dosierung	Start oder Kombination mit nicht retardierter Med.
Nicht-Opiode	z.B. Naproxen, Paracetamol, Metamizol			
Schwache Opiode	z.B. Tramadol retard	1x 100–150 mg (2-7d)	Max. 400 mg/d	Tramadol 50 mg alle 4–6 h
Starke Opiode (LONTS-Leitlinie!)	z.B. : Morphin retard (1. Wahl)	2–3x 10–30 mg	Individuell titriert	Morphin 5–10 mg alle 4h
Antikonvulsiva (neuropathischer Schmerz)	z.B. Gabapentin	2x100 mg	1200–2400 mg/d (max. 3600 mg/d)	
Antidepressiva (neuropathischer Schmerz / Depression)	z. B. Amitriptylin	25 mg	50–75 mg/d	

**Autoren:** Michael Becker, Annette Becker, Peter Engeser

**Konzeption und wissenschaftliche Redaktion:** M. Scherer, C. Muche-Borowski, A. Wollny

Stand 2013 © DEGAM [www.degam-leitlinien.de](http://www.degam-leitlinien.de)

**DEGAM Leitlinien**

Hilfen für eine gute Medizin

