



Anamnese und Befunderhebung bei Schmerzpatienten

Übersicht: Anamnese und Befund beim Erstkontakt

Diagnostisches Vorgehen beim chronischen
Schmerzpatienten

Schmerzbezogene Anamnese



Umgang mit chronischen Patienten

■ Vergegenwärtigen der Situation des Patienten

- viele Behandlungsversuche ohne Erfolg oder mit Verschlechterung
- Patienten verunsichert, verbittert
- Angst abgestempelt zu werden

■ Zeigen von Empathie

(Akzeptanz, Wertschätzung, Interesse)

- Begrüßung mit Namen
- Akten vorher studieren
- Augenkontakt, nicht in den Akten blättern
- Beginn des Interviews mit offenen Fragen
- Wiederholen von Inhalten
- Besprechung von Prioritäten

Umgang mit chronischen Patienten

■ Vergegenwärtigen der Situation

- viele Behandlungsversuche ohne Erfolg
- Patienten verunsichert, verbittert
- Angst abgestempelt zu verurteilen

■ Zeigen

(Aktiv)

- Akten blättern
- Gesprächs mit offenen Fragen
- von Inhalten
- Berücksichtigung von Prioritäten

■ Empathie

■ Medizinische Sorgfalt

Umgang mit chronischen Patienten

■ Versuchen Sie sich in den **Patienten**

– Erinnerung an eigene Situation **erlebt** gefühlt hat

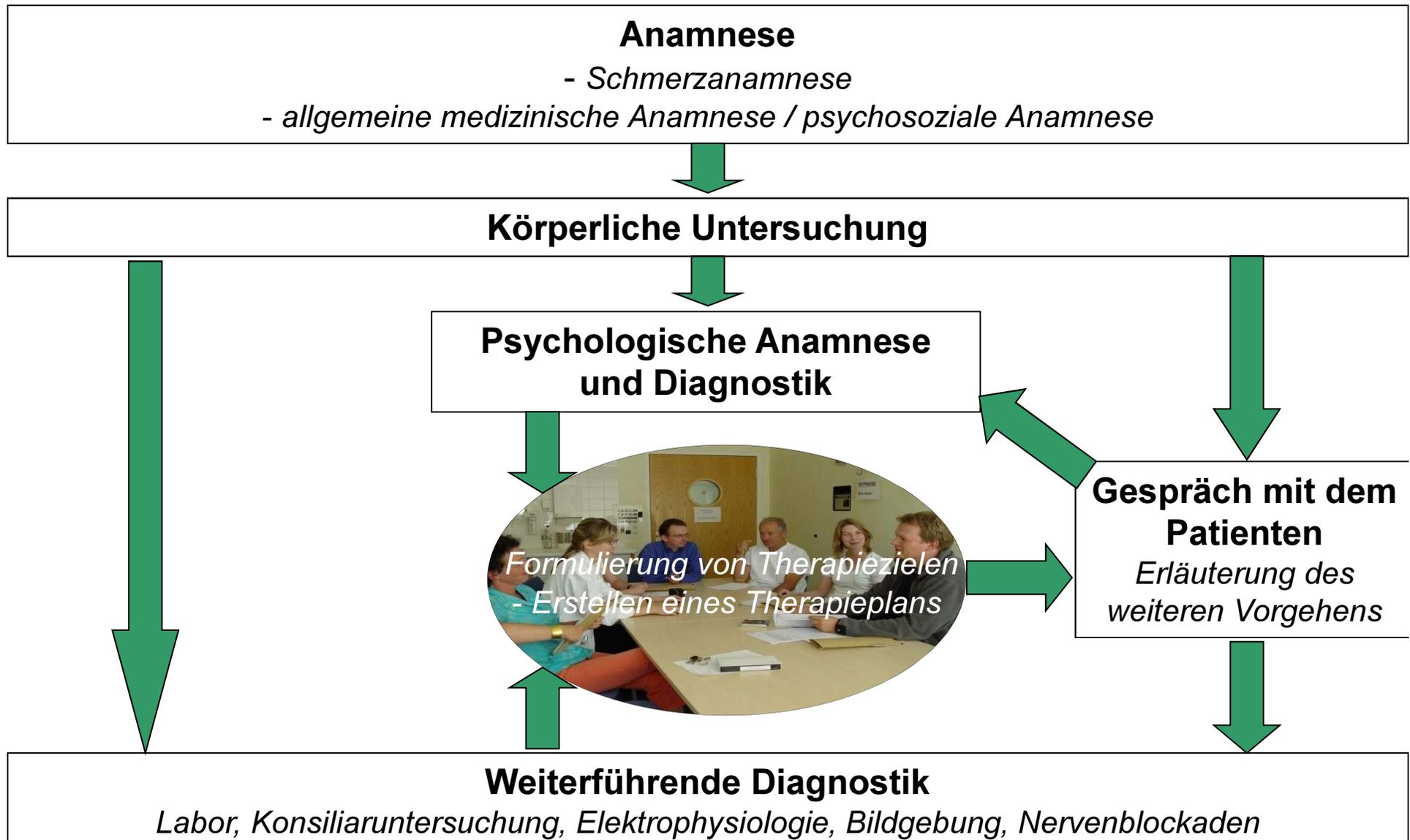
– Was hat einem in **Situation**
(Überschüttelung)

– **Empathie**

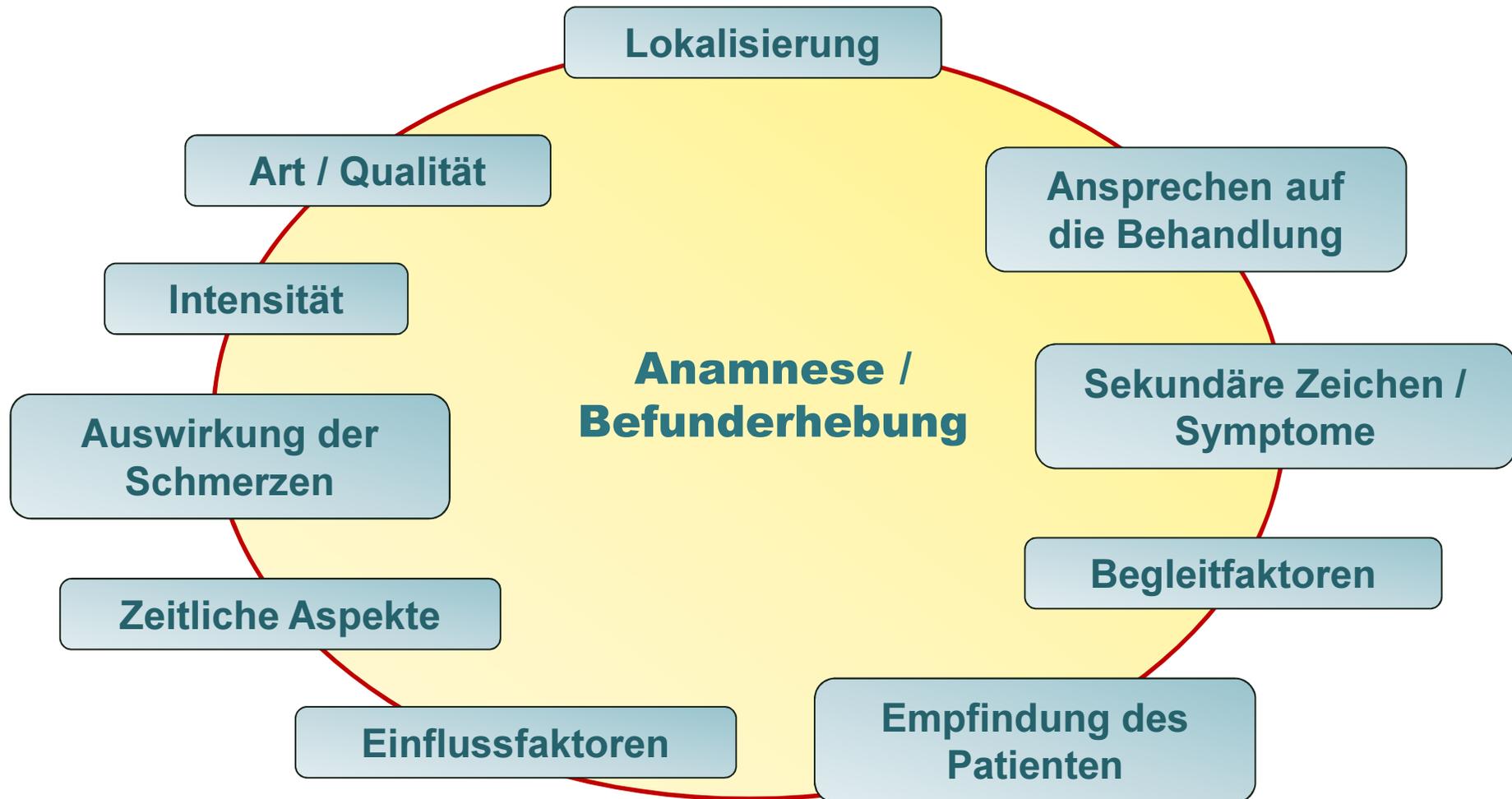
(S)

■ **Empathie**
■ **Medizinische Sorgfalt**

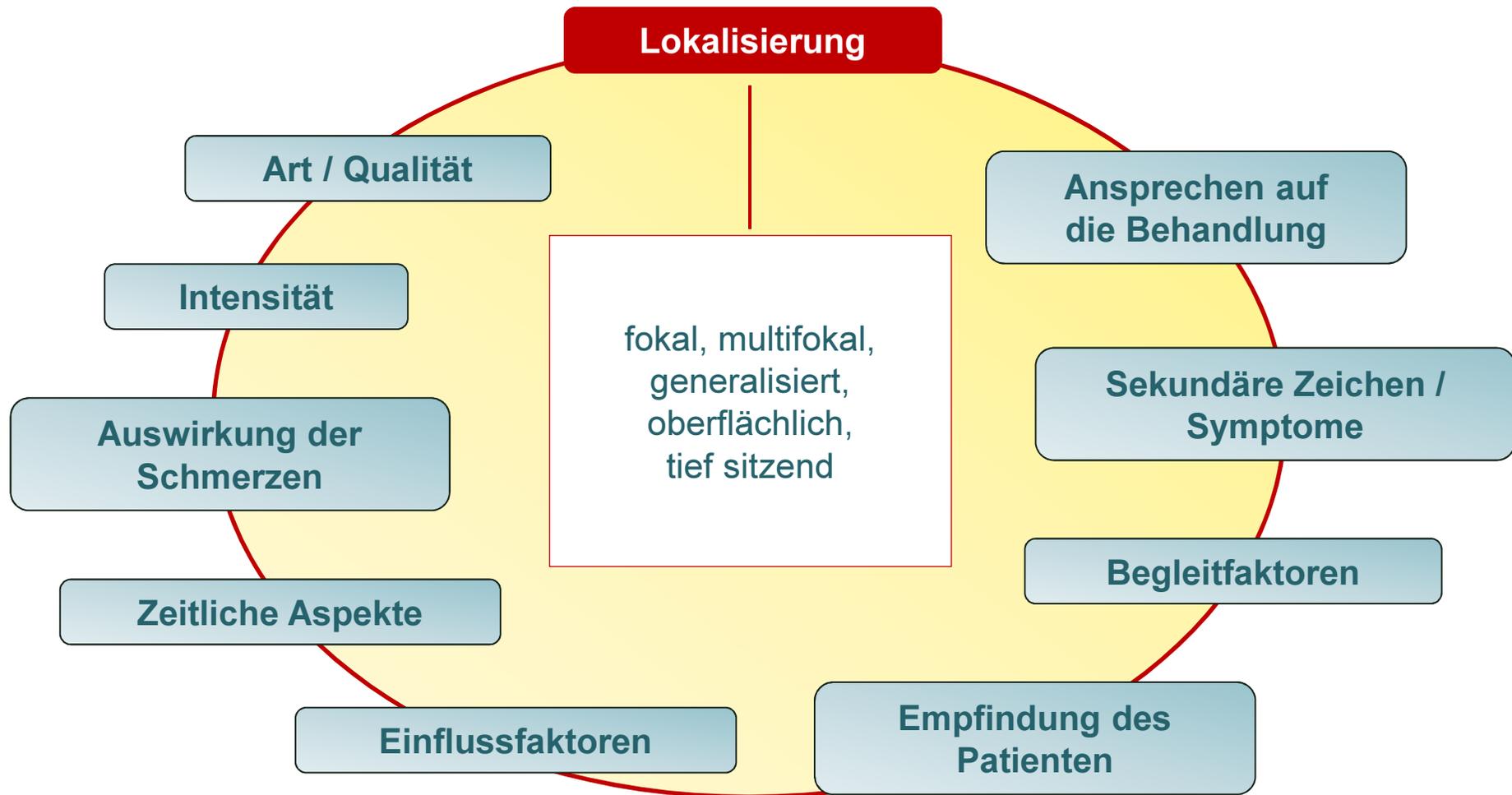
Elemente der Diagnostik und Therapieplanung beim chronischen Schmerzpatienten



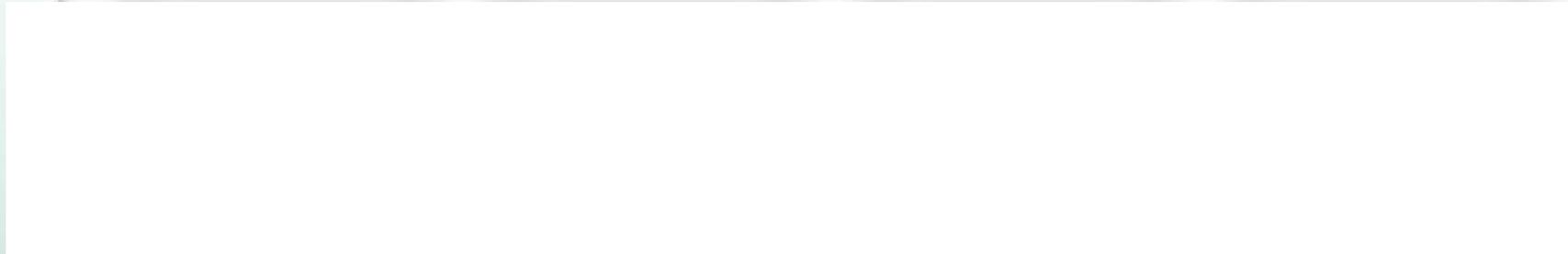
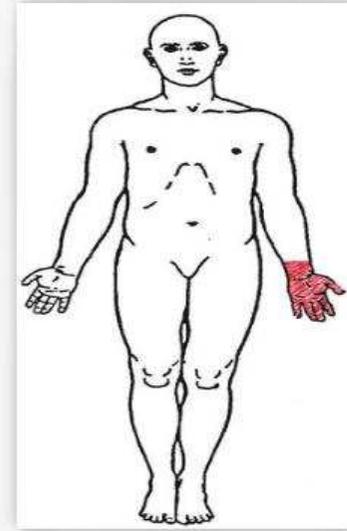
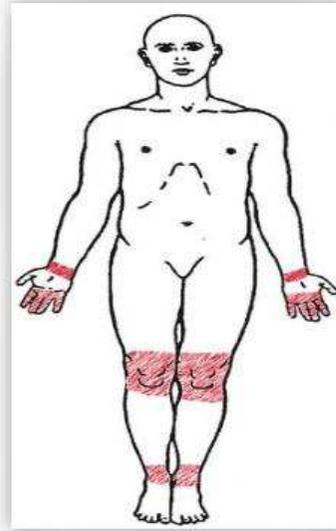
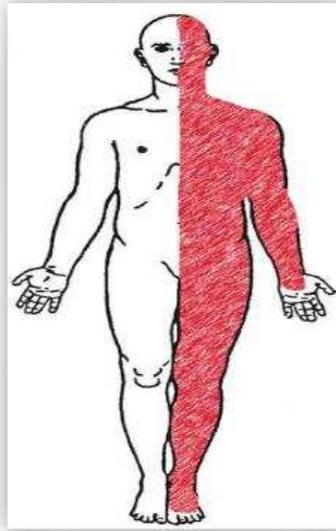
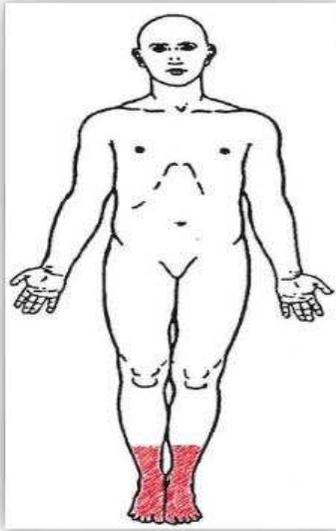
Systematische Anamnese und Befunderhebung – so wäre es optimal!



Systematische Anamnese und Befunderhebung – so wäre es optimal!

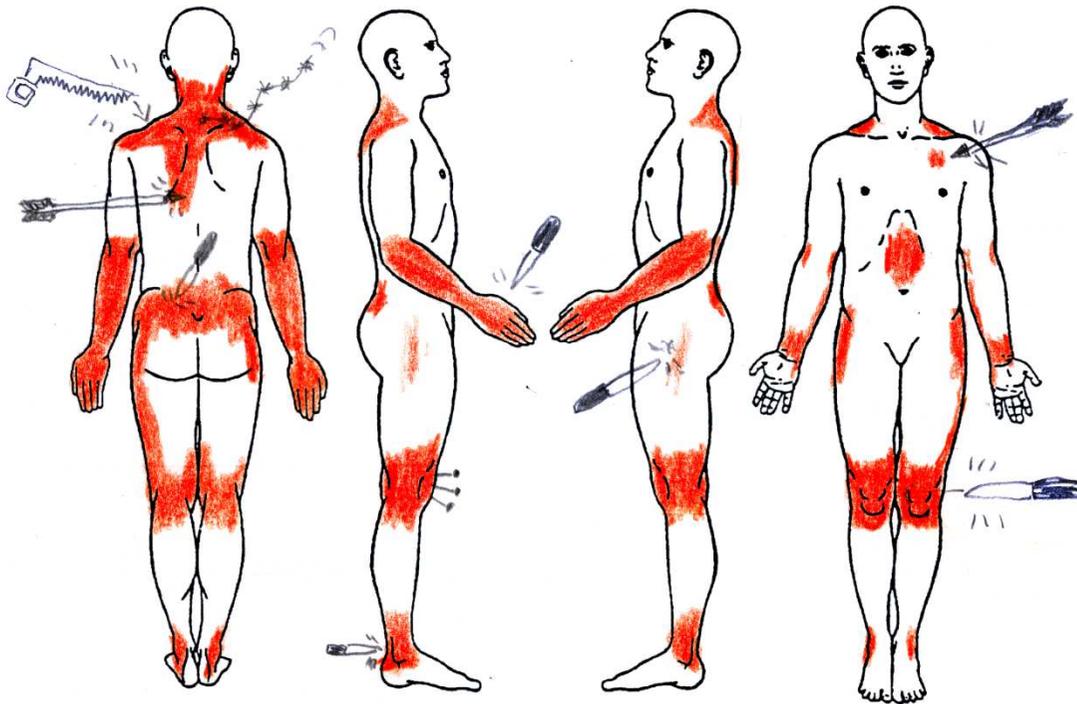


Informationen aus der Schmerzlokalisation Hinweise auf die Diagnose



Schmerzlokalisierung

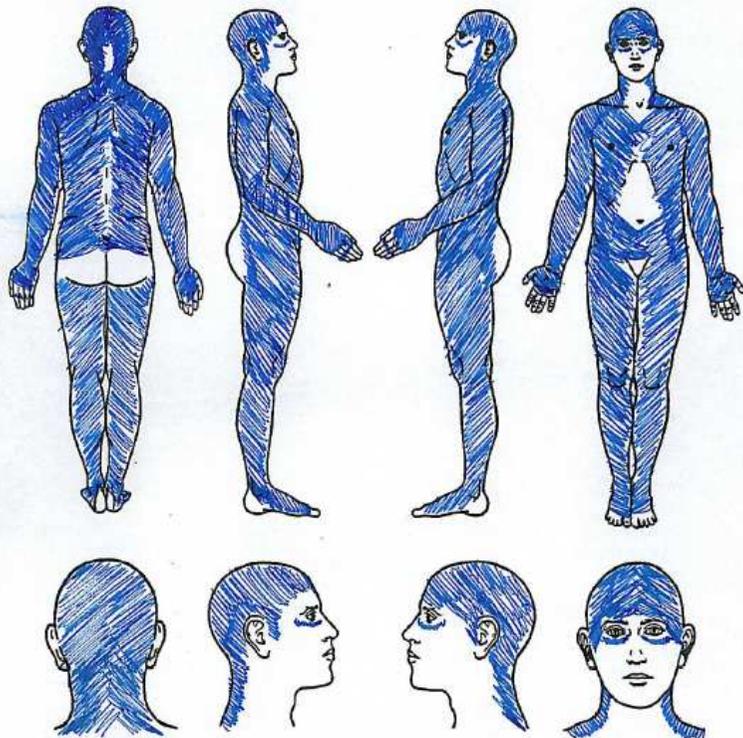
Schmerzlokalisierungen können einen Hinweis auf die Ätiologie der Schmerzen geben, z.B.



Schmerzzeichnungen

18. Malen Sie bitte in den nachfolgenden Körperschemata ein, wo Sie **überall** Schmerzen haben.

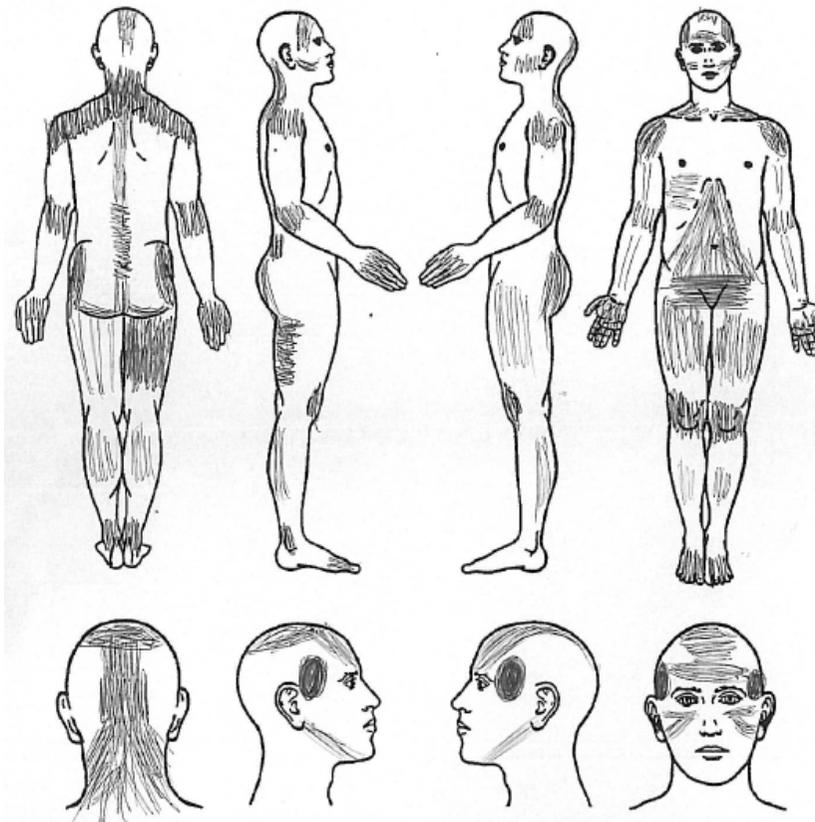
Bitte kennzeichnen Sie das **ganze** Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo Sie **überall** Schmerzen haben.



HABEN SIE AUCH WIRKLICH ALLE SCHMERZORTE EINGEZEICHNET?

18. Malen Sie bitte in den nachfolgenden Körperschemata ein, wo Sie **überall** Schmerzen haben.

Bitte kennzeichnen Sie das **ganze** Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo Sie **überall** Schmerzen haben.



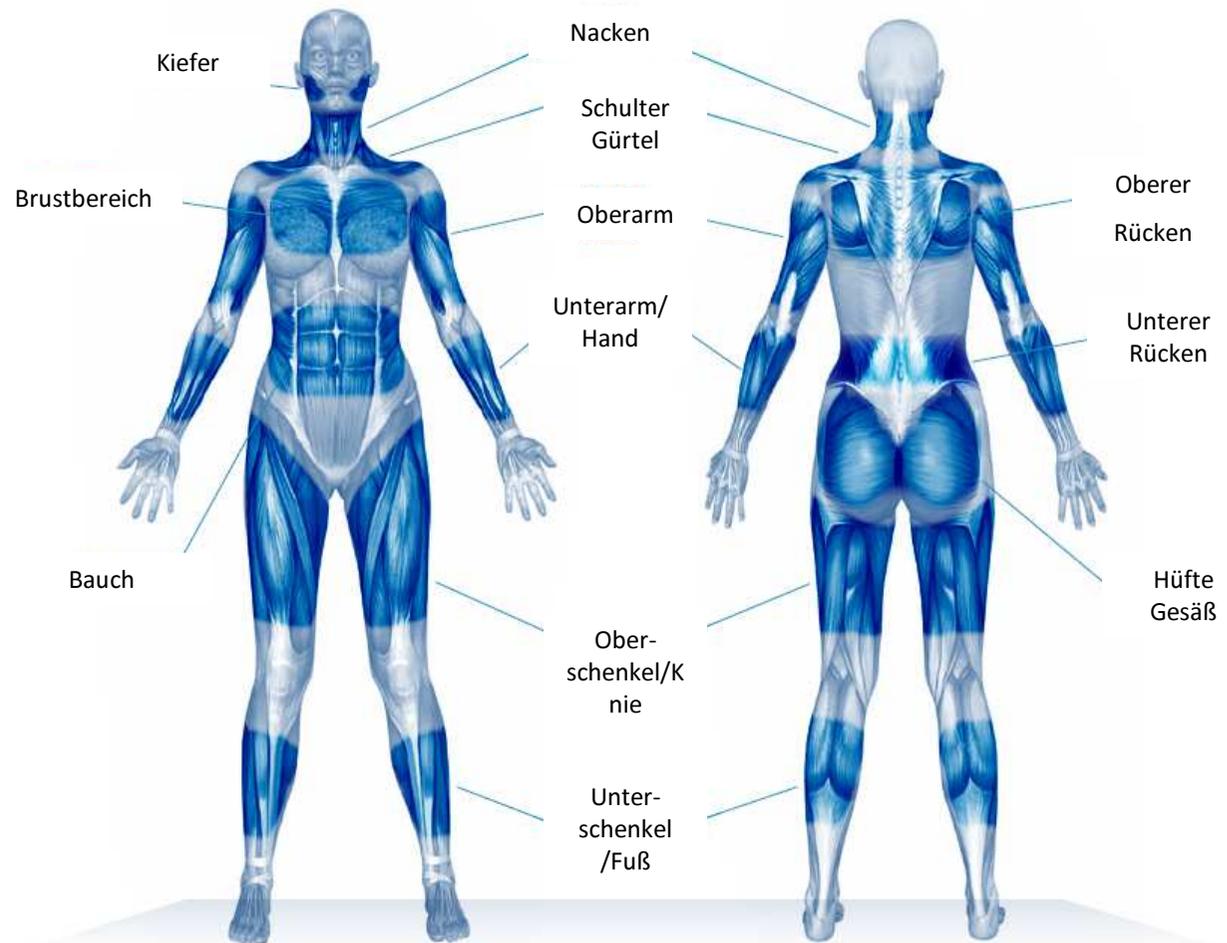
HABEN SIE AUCH WIRKLICH ALLE SCHMERZORTE EINGEZEICHNET?

Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index)^{1,2}

Teil 1: Schmerzorte

Kreuzen Sie bitte an, wo Sie in der letzten Woche Schmerzen hatten, und tragen Sie die Anzahl in das Kästchen „Summenwert 1“ ein.

- Schultergürtel links
- Schultergürtel rechts
- Oberarm links/Ellenbogen
- Oberarm rechts/Ellenbogen
- Unterarm rechts/Hand
- Unterarm links/Hand
- Hüfte-Gesäß links
- Hüfte-Gesäß rechts
- Oberschenkel/Knie rechts
- Oberschenkel/Knie links
- Unterschenkel / Fuß rechts
- Unterschenkel / Fuß links
- Kiefer rechts
- Kiefer links
- Brustkorb
- Bauchbereich
- Nacken
- Oberer Rücken
- Unterer Rücken

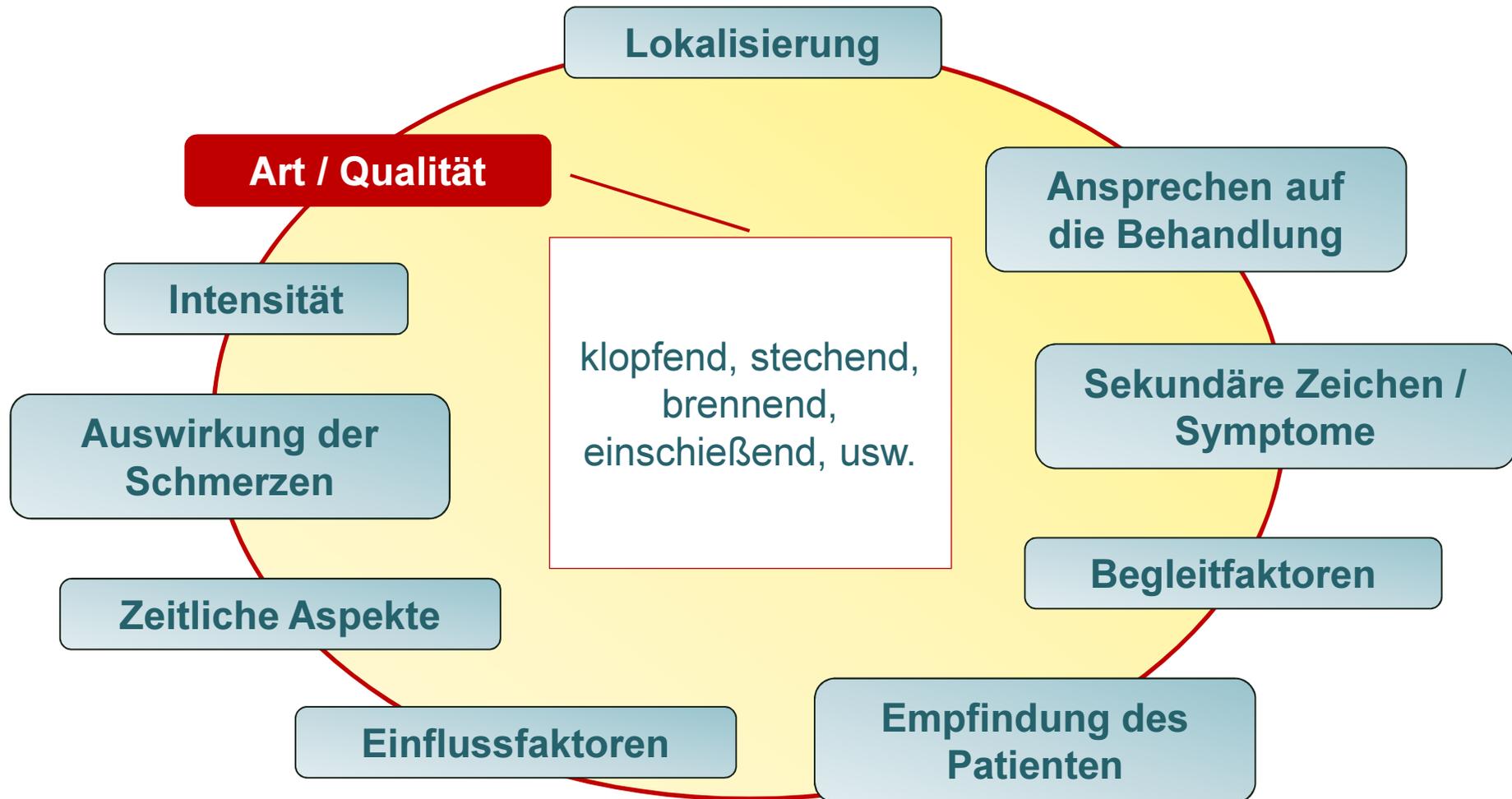


Summen-Wert 1

1) WPI= widespread pain index

2) R.Sittl, P.Mattenklodt übersetzt nach Wolfe 2010

Systematische Anamnese und Befunderhebung – so wäre es optimal!

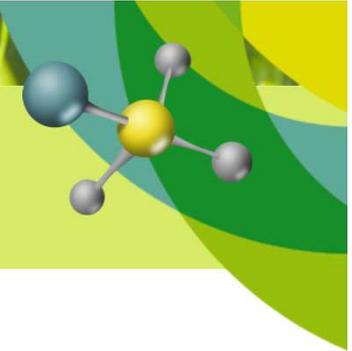


Mögliche Zusammenhänge zwischen Schmerzcharakter und Schmerzart

| Schmerzcharakter | Schmerzart |
|---|---------------------|
| Dumpf, drückend, ziehend, stechend | Nozizeptorschmerzen |
| Brennend, kribbelnd, elektrisierend ... | |
| Pulsierend, pochend | |
| Krampfartig, kolikartig | |
| Stark affektive Beschreibung | |



Fallinfo 7: Elke B.



**painDETECT-
Fragebogen -
Elke B.**

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------------------------|--|----------------------|
| Leiden Sie in den eingezeichneten Bereichen an einem Brenngefühl (z.B. Brennnesseln)? | | | | | | |
| nie <input type="checkbox"/> | kaum <input type="checkbox"/> | gering <input type="checkbox"/> | mittel <input checked="" type="checkbox"/> | stark <input type="checkbox"/> | sehr stark <input type="checkbox"/> | |
| Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ein Kribbel- oder Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen, Stromkribbeln)? | | | | | | |
| nie <input type="checkbox"/> | kaum <input checked="" type="checkbox"/> | gering <input type="checkbox"/> | mittel <input type="checkbox"/> | stark <input type="checkbox"/> | sehr stark <input type="checkbox"/> | |
| Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerzhaft? | | | | | | |
| nie <input type="checkbox"/> | kaum <input type="checkbox"/> | gering <input type="checkbox"/> | mittel <input checked="" type="checkbox"/> | stark <input type="checkbox"/> | sehr stark <input type="checkbox"/> | |
| Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen blitzartig, elektrisierende Schmerzattacken? | | | | | | |
| nie <input type="checkbox"/> | kaum <input type="checkbox"/> | gering <input checked="" type="checkbox"/> | mittel <input type="checkbox"/> | stark <input type="checkbox"/> | sehr stark <input type="checkbox"/> | |
| Ist Kälte oder Wärme (Badewannenwasser) in diesem Bereich gelegentlich schmerzhaft? | | | | | | |
| nie <input type="checkbox"/> | kaum <input type="checkbox"/> | gering <input type="checkbox"/> | mittel <input checked="" type="checkbox"/> | stark <input type="checkbox"/> | sehr stark <input type="checkbox"/> | |
| Leiden Sie in den von Ihnen eingezeichneten Bereichen unter Taubheitsgefühl? | | | | | | |
| nie <input type="checkbox"/> | kaum <input type="checkbox"/> | gering <input checked="" type="checkbox"/> | mittel <input type="checkbox"/> | stark <input type="checkbox"/> | sehr stark <input type="checkbox"/> | |
| Löst ein leichter Druck z.B. mit dem Finger in diesem Bereich Schmerzen aus? | | | | | | |
| nie <input type="checkbox"/> | kaum <input type="checkbox"/> | gering <input type="checkbox"/> | mittel <input type="checkbox"/> | stark <input type="checkbox"/> | sehr stark <input checked="" type="checkbox"/> | |
| (vom Arzt auszufüllen) | | | | | | |
| <input type="text"/> | x 0 = <input type="text"/> | <input type="text"/> | x 1 = <input type="text"/> | <input type="text"/> | x 2 = <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | x 3 = <input type="text"/> | <input type="text"/> | x 4 = <input type="text"/> | <input type="text"/> | x 5 = <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Score - Gesamtsumme 22 von 35 | | | | | | |

Beantworten Sie bitte die folgenden vier Fragen.
Kreuzen Sie zu jedem Punkt nur eine Antwort an.

Befragung der Patientin/des Patienten

Frage 1: Weist der Schmerz eines oder mehrere der folgenden Merkmale auf?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Brennen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Gefühl einer schmerzhaften Kälte | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Elektrische Schläge | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Frage 2: Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 4. Kribbeln | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Pieksen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Taubheitsgefühl | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Juckreiz | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

DN4 Fragebogen



Untersuchung der Patientin/des Patienten

Frage 3: Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem die körperliche Untersuchung Folgendes zeigt?

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 8. Hypoästhesie bei Berührung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Hypoästhesie bei Nadelreizen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Frage 4: Werden die Schmerzen aufgelöst oder verschlimmert durch:

- | | | |
|------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 10. Reiben | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|------------|-----------------------------|-------------------------------|

Ja: 1 Punkt
Nein: 0 Punkte

Ergebnis von $\geq 4/10$: Neuropathischer Schmerz

Voraussetzung: Screening-Fragebogen zur Identifikation neuropathischer Komponenten bei Patienten mit Rückenschmerzen



painDETECT SCHMERZ-FRAGEBOGEN

Datum: _____ Patient: Name: _____ Vorname: _____

Wie würden Sie Ihren Schmerz **jetzt** im Augenblick einschätzen?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 kein max

Wie stark war der **stärkste** Schmerz in den letzten 4 Wochen?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 kein max

Wie stark war der Schmerz in den letzten 4 Wochen im **Durchschnitt**?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 kein max

Kreuzen Sie das Bild an, welches Ihren Schmerzverlauf am besten beschreibt:

Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

Dauerschmerzen mit Schmerzattacken

Schmerzattacken dazwischen schmerzfrei

Schmerzattacken dazwischen Schmerzen

Bitte kennzeichnen Sie Ihren **Hauptschmerzbereich**

Strahlt Ihr Schmerz in weitere Körperregionen aus? ja nein

Wenn ja, dann zeichnen Sie bitte die Richtung ein, wohin der Schmerz ausstrahlt.

Leiden Sie in den eingezeichneten Bereichen an einem Brenngefühl (z.B. Brennnesseln)?
 nie kaum gering mittel stark sehr stark

Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ein Kribbel- oder Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen, Stromkribbeln)?
 nie kaum gering mittel stark sehr stark

Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerzhaft?
 nie kaum gering mittel stark sehr stark

Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen blitzartig, elektrisierende Schmerzattacken?
 nie kaum gering mittel stark sehr stark

Ist Kälte oder Wärme (Badewannenwasser) in diesem Bereich gelegentlich schmerzhaft?
 nie kaum gering mittel stark sehr stark

Leiden Sie in den von Ihnen eingezeichneten Bereichen unter Taubheitsgefühl?
 nie kaum gering mittel stark sehr stark

Löst ein leichter Druck z.B. mit dem Finger in diesem Bereich Schmerzen aus?
 nie kaum gering mittel stark sehr stark

(vom Arzt ausfüllen)

x 0 = x 1 = x 2 = x 3 = x 4 = x 5 =

Score - Gesamtsumme von 35

Leiden Sie in den eingezeichneten Bereichen unter einem **Brenngefühl** (z.B. Brennnesseln)?

Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ein **Kribbel- oder Prickelgefühl** (wie Ameisenlaufen, Stromkribbeln)?

Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich **schmerzhaft**?

Löst ein leichter Druck, z.B. mit dem Finger, in diesem Bereich **Schmerzen aus**?

Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen **blitzartig, elektrisierende Schmerzattacken**?

Ist Kälte oder Wärme (Badewannenwasser) in diesem Bereich **gelegentlich schmerzhaft**?

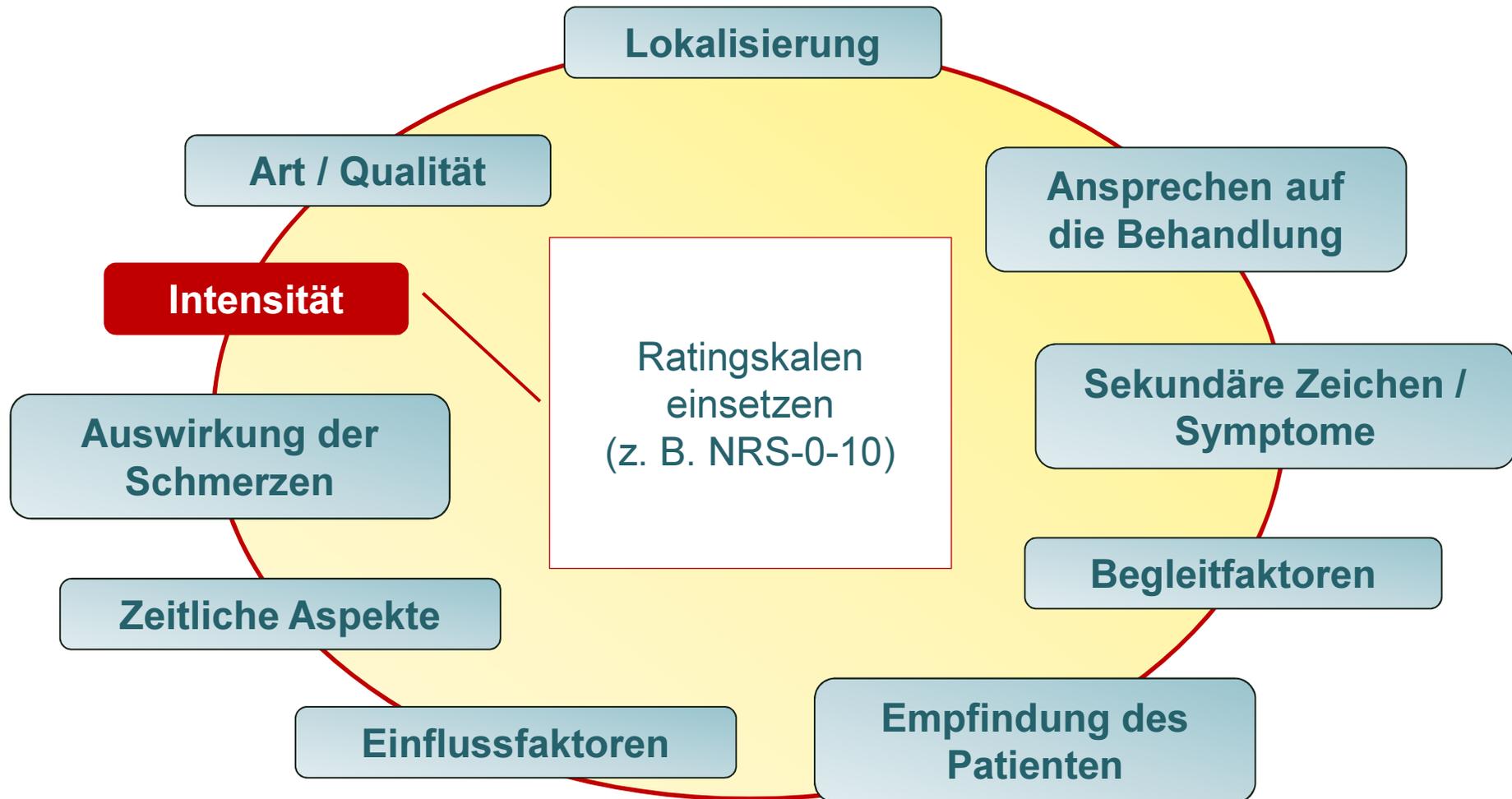
Leiden Sie in den von Ihnen eingezeichneten Bereichen unter **Taubheitsgefühl**?

Pain Router



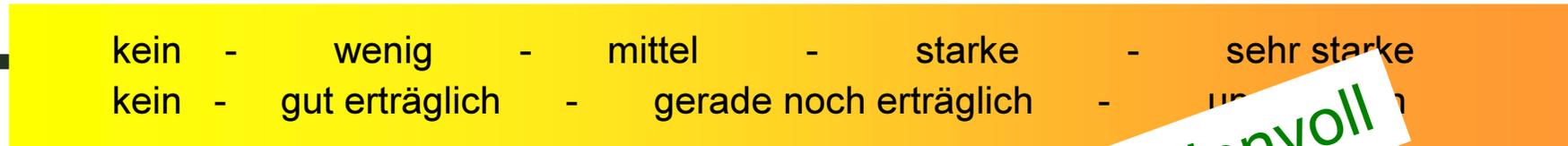
| Schmerzcharakter / Symptome | Diagnosen, z.B. |
|---|---|
| Muskel- und Skelettsystem betroffen / belastungsabhängig / lokal / druckschmerzhaft / keine Entzündungszeichen | Arthrose / myofasiales Schmerzsyndrom |
| Muskel- und Skelettsystem betroffen / belastungsabhängig / Entzündungszeichen / lokal / drückend-stechend-bohrend | aktivierte Arthrose / Arthritis |
| nervale Struktur betreffend / brennend / einschießend / neurologische Begleitsymptome | diabetische Polyneuropathie / Post-Zoster-Neuralgie |
| multilokulär / keine pathologische Befunde / schmerzüberempfindlich / vegetative und/oder psychische Symptome | Fibromyalgiesyndrom |

Systematische Anamnese und Befunderhebung – so wäre es optimal!

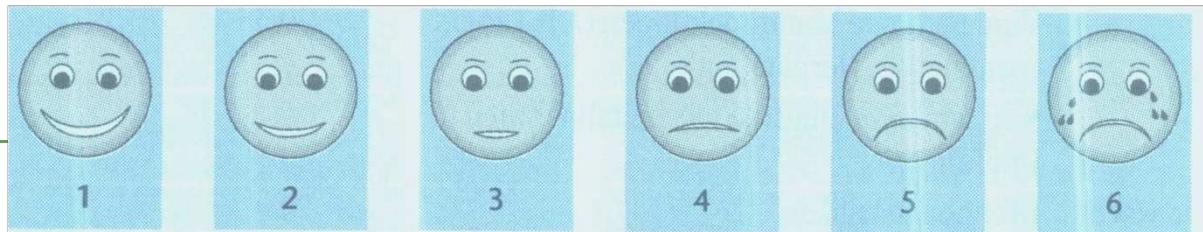


Schmerzintensität

- Verbale Rangskala



- Visuelle Analogskala (VAS)

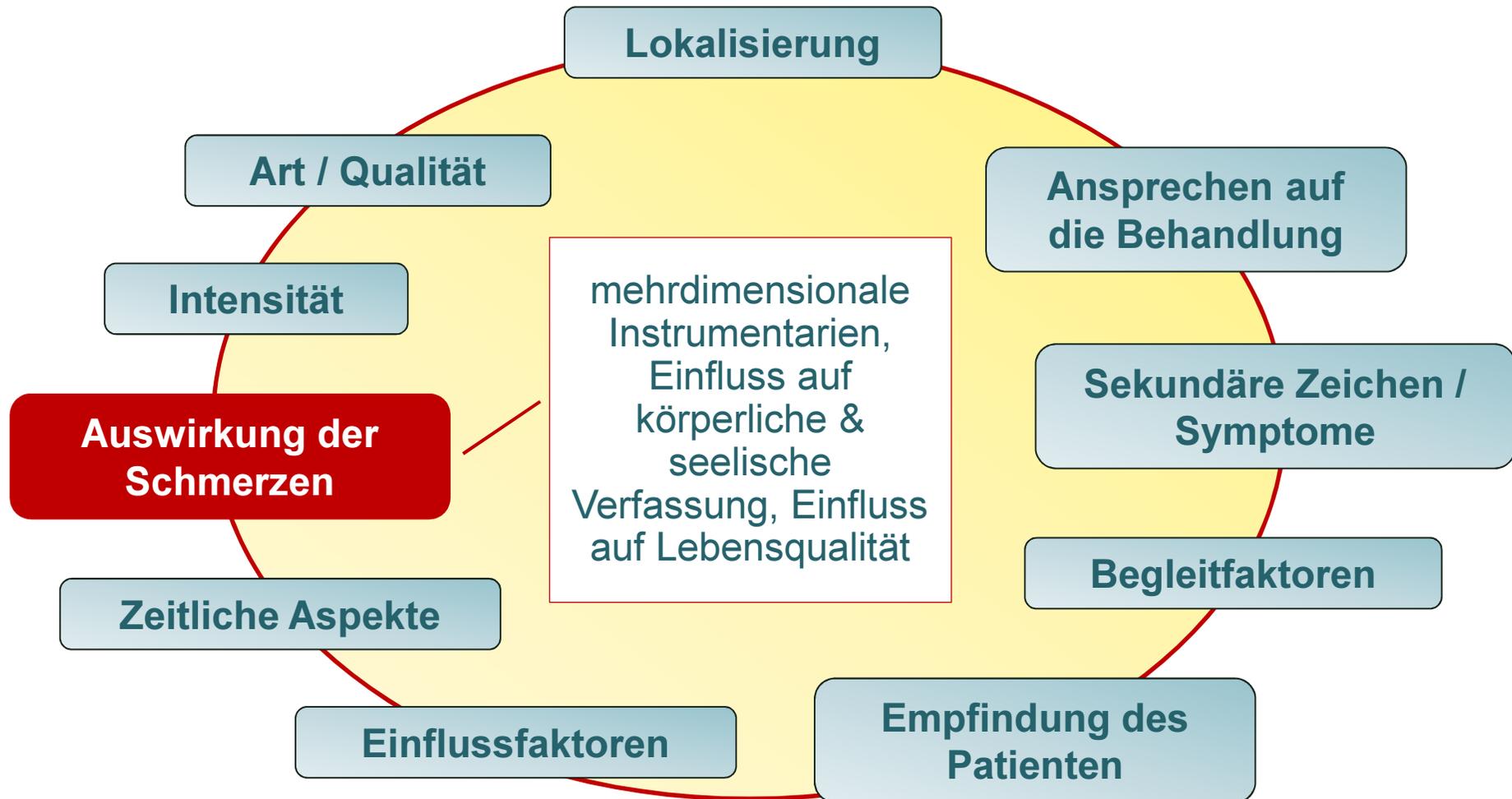




Schmerzskalen bei Kindern und Dementen

- Fremdbeurteilungen – Skalen verwenden
- Z.B. BESD (Beurteilung von Schmerz bei Demenz)
- Doloplus-2-Short-Skala etc bei Dementen
- KUS-Skala für Kinder von 0–4 Jahren
- OPS Skala (Objective Pain Scale) Postoperative Pain Assessment in Children of 8 Months To 13 Years

Systematische Anamnese - Auswirkungen



Einschränkungen der LQ bei chronischen Schmerzen – ein Beispiel

Frau H., 70 Jahre, **chronischer unspezifischer Rückenschmerz**, Dauerschmerz
NRS-11 5-6, Schmerzverstärkung unter Belastung bis NRS-11 9

- ➔ **Einschränkung** bei Tätigkeiten im Haushalt
- ➔ **Sozialer Rückzug und Schwierigkeiten in der Partnerschaft**, da hauptsächliche Freizeitgestaltung (Wandergruppe, Treffen mit Freundinnen in der Stadt) nicht mehr möglich
- ➔ **Gehstrecke unter 500 Meter**
- ➔ **Nachtschlaf** schmerzbedingt gestört
- ➔ **Stimmung und Antrieb** beeinträchtigt

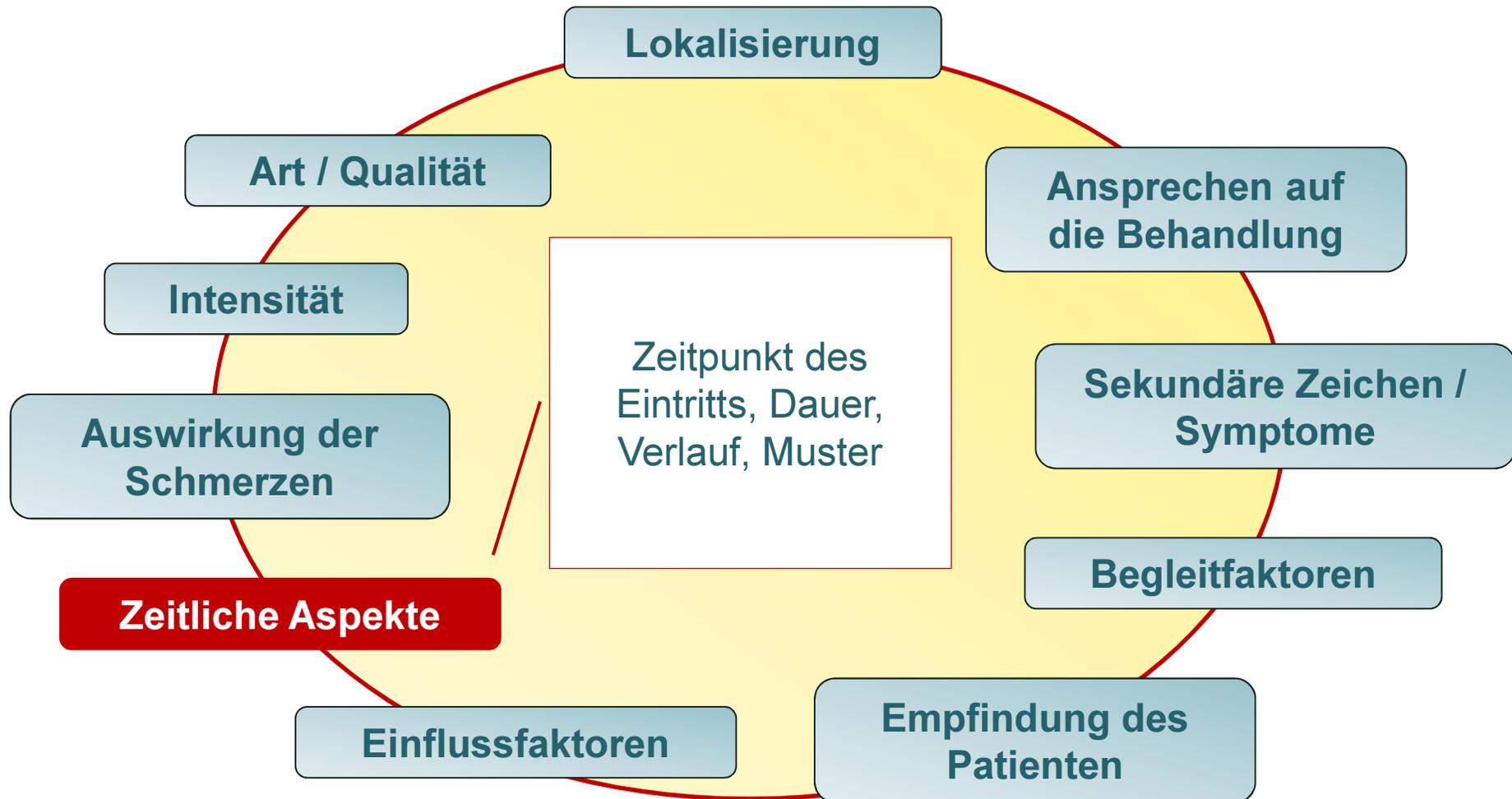
Was wäre wirklich ein Erfolg für Frau H.?



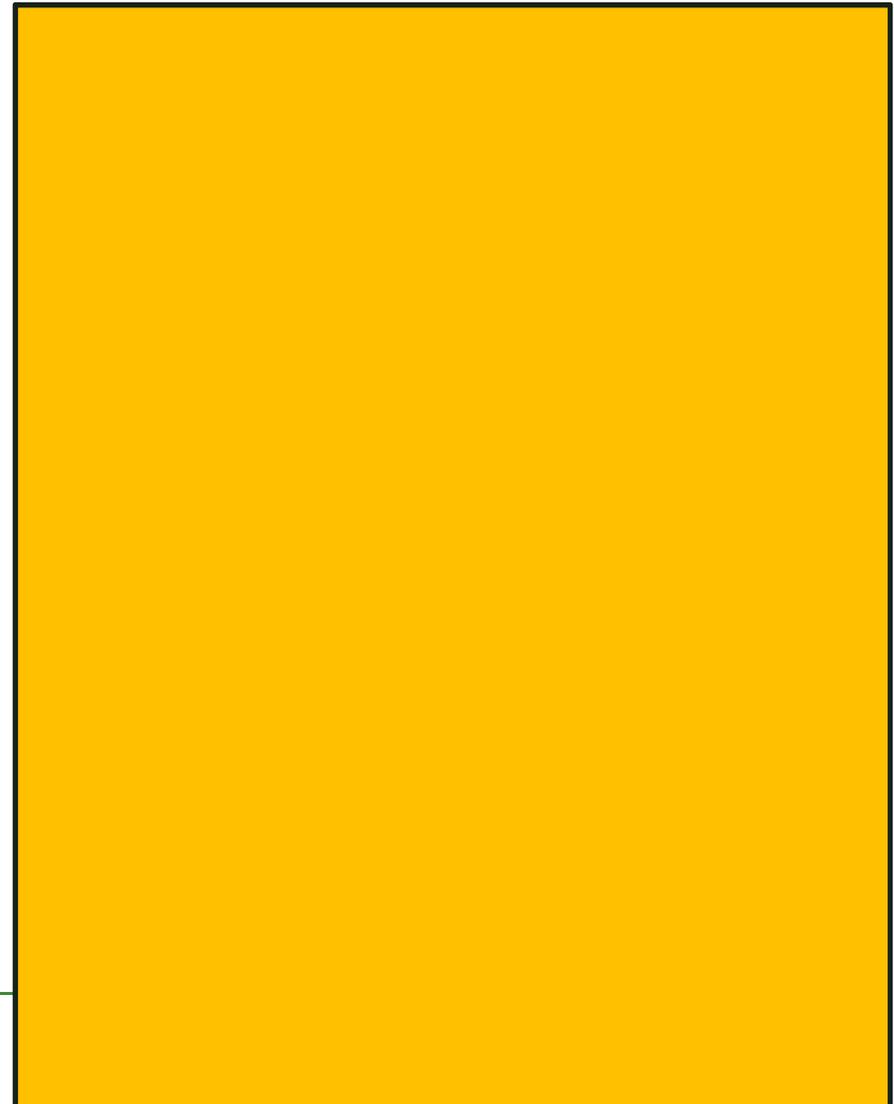
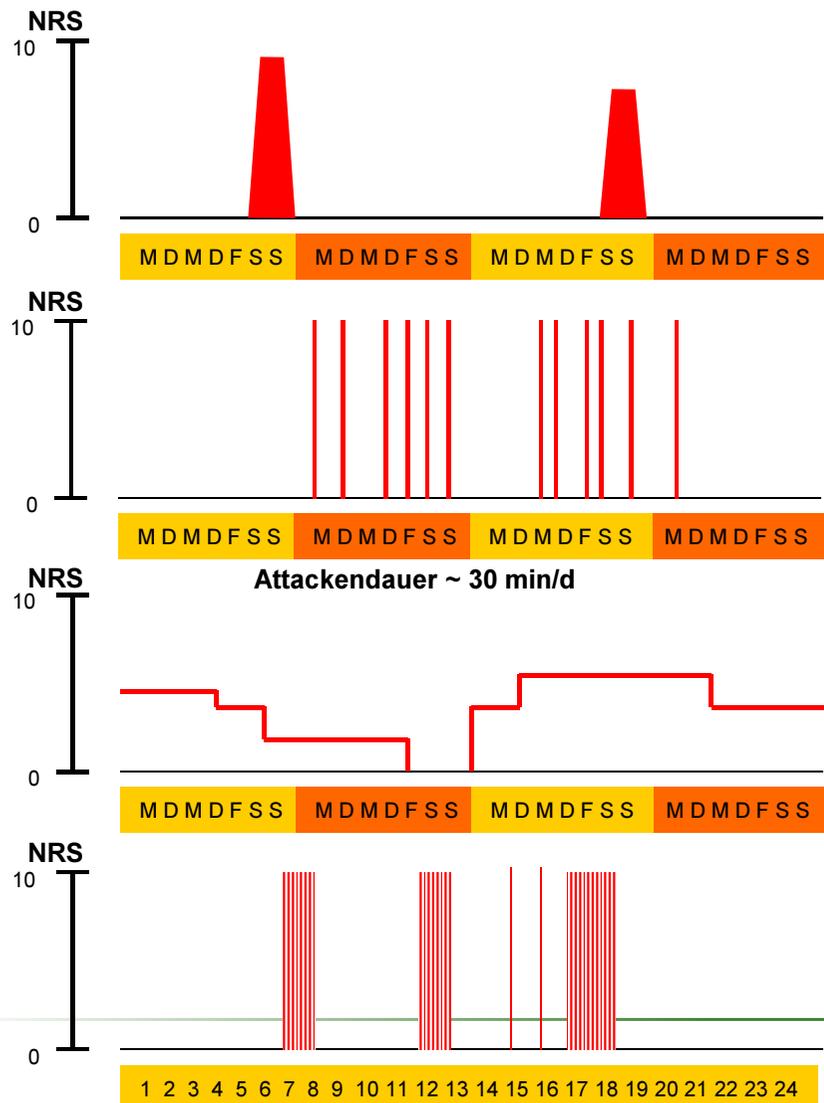
Medizinische Maße sind ein „Mittel zum Zweck“

Lebensqualität ist das eigentliche Ziel

Systematische Anamnese – zeitliche Aspekte



Beispielhafte Schmerzverläufe bei verschiedenen Kopfschmerzformen



Systematische Anamnese- Einflussfaktoren





Mögliche Einflussfaktoren

■ Schmerzverstärkung bzw. -entstehung

- körperliche Belastungen (z.B. Arthroseschmerzen)
- berufliche Belastungen (Mobbing-Situation?)
- psychische Belastungen (Stress?)
- durch leichte Berührung (Allodynie?)
-

■ Schmerzlinderung

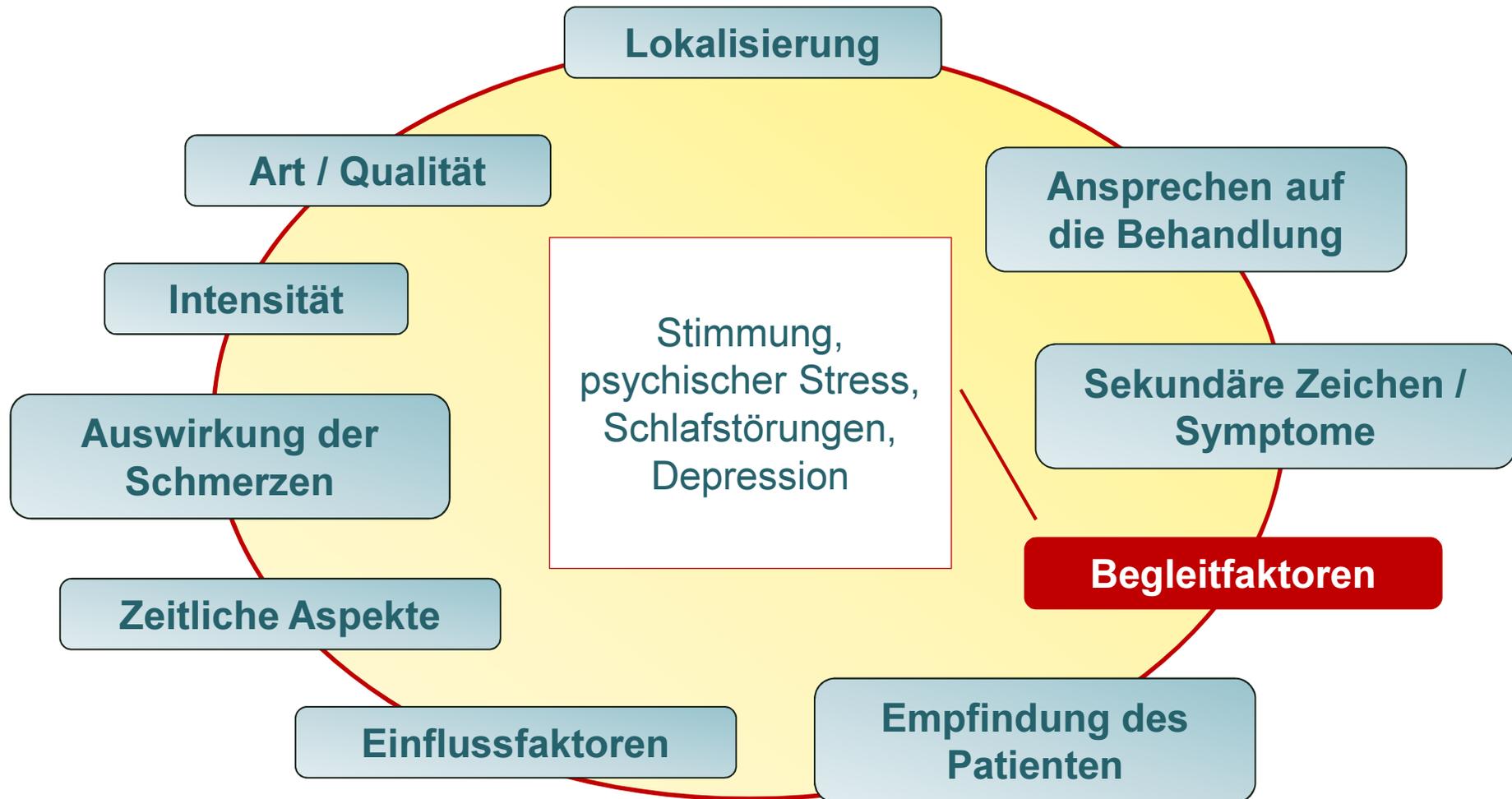
- Ablenkung (psychische Einflussfaktoren auf Schmerzerleben)
- Hinlegen (Schon- und Vermeidungsverhalten?)
- körperliche Betätigung (z.B. Abgrenzung)
Spannungskopfschmerz – Migräne)

–

Systematische Anamnese - Empfinden

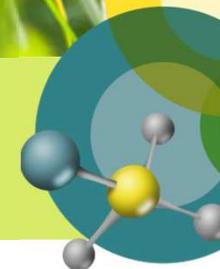


Systematische Anamnese - Begleitfaktoren



Routineerhebung in der Praxis

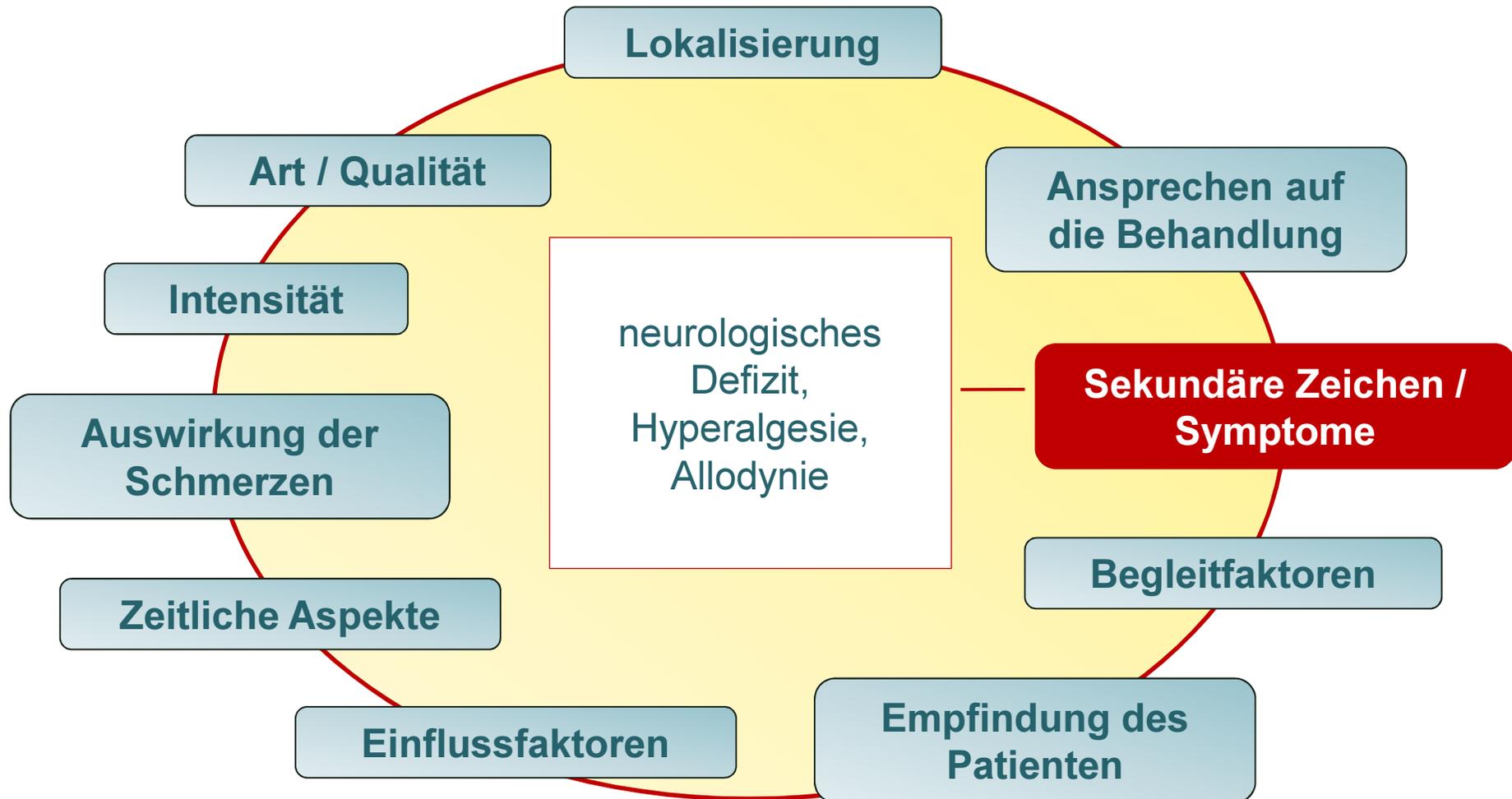
WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden



| In den letzten zwei Wochen ... | Die ganze Zeit | Meistens | Über die Hälfte der Zeit | Weniger als die Hälfte der Zeit | Ab und zu | Zu keinem Zeitpunkt |
|---|----------------|----------|--------------------------|---------------------------------|--------------|---------------------|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| ... war ich froh und guter Laune | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| ... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| ... habe ich mich energetisch und aktiv gefühlt | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| ... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| ... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Auswertung: Zählen Sie die Punkte zusammen, z. B. „Die ganze Zeit“ mit 5 Punkten belegt wird, „Meistens“ mit 4 Punkten usw. „zu keinem Zeitpunkt“ wird mit guten 0 Punkten gewertet. Bei „vollständigem Wohlbefinden“ kann man 25 Punkte erreichen, im ungünstigsten Fall ergeben sich 0 Punkte. Als deutlich reduziertes Wohlbefinden gilt eine Summe kleiner als 13 Punkten. Geringe „Wohlfühl-Werte“ rechtfertigen natürlich noch keine Diagnose. Sie sind jedoch ein ausreichender Grund, eine gezielte Diagnostik mit spezifischeren Instrumenten durchführen zu lassen. Hinweis: Erhöhte Werte können auf eine seelische Problematik wie Depression oder eine „Stresskrankheit“ (wie Burnout) sein.

Systematische Anamnese – sekundäre Symptome





Beispielhafte Begleitsymptome bei verschiedenen Schmerzsyndromen

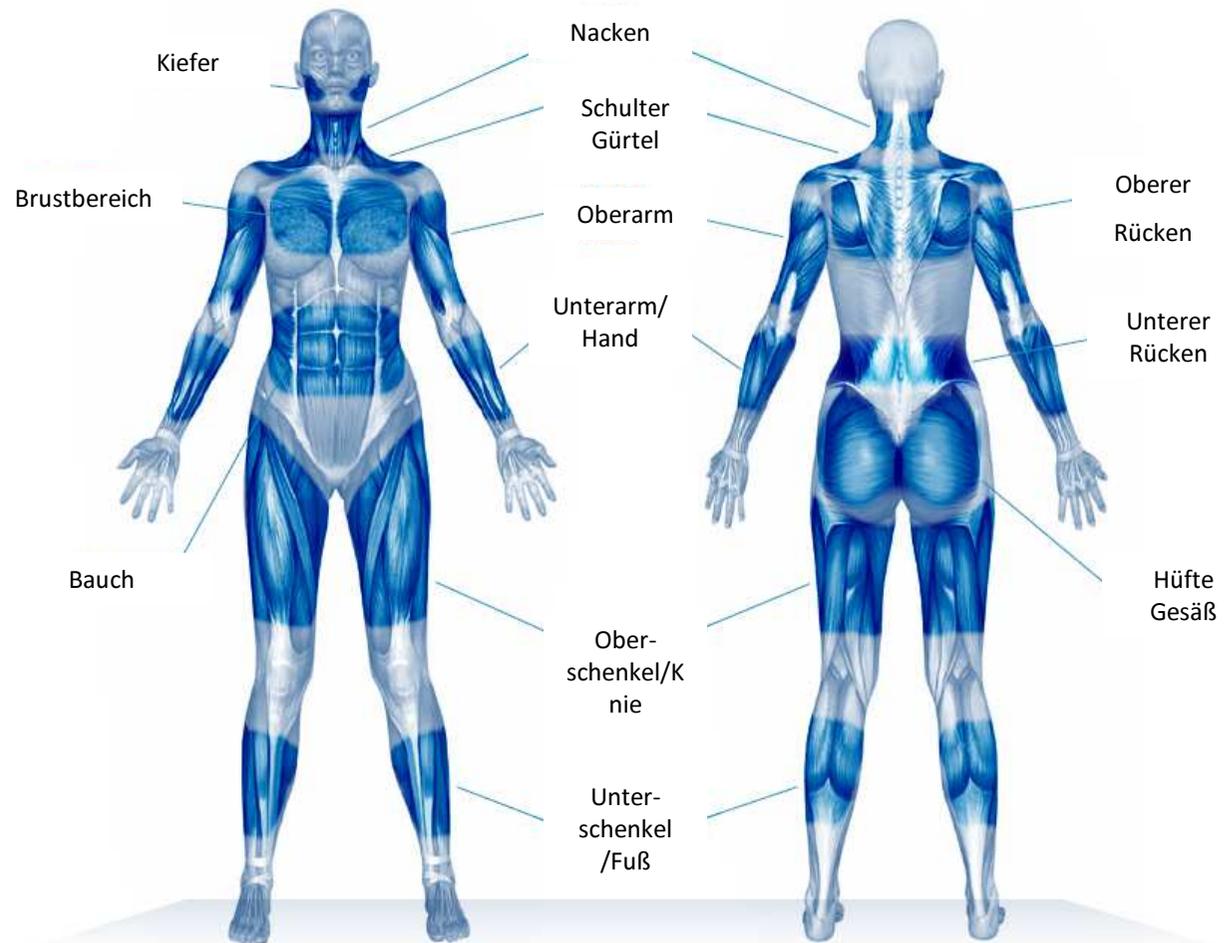
- Erbrechen
 - Migräne, symptomatischer Kopfschmerz
- Temperaturunterschied von Extremitäten
 - Sympathisch unterhaltene Schmerzen
- Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust
 - Tumorerkrankung
- Lokale Schwellung, Rötung
 - entzündungsbedingte Schmerzen
- Neurologische Ausfälle
 - Läsion von Nervenwurzeln, Polyneuropathie

Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index)^{1,2}

Teil 1: Schmerzorte

Kreuzen Sie bitte an, wo Sie in der letzten Woche Schmerzen hatten, und tragen Sie die Anzahl in das Kästchen „Summenwert 1“ ein.

- Schultergürtel links
- Schultergürtel rechts
- Oberarm links/Ellenbogen
- Oberarm rechts/Ellenbogen
- Unterarm rechts/Hand
- Unterarm links/Hand
- Hüfte-Gesäß links
- Hüfte-Gesäß rechts
- Oberschenkel/Knie rechts
- Oberschenkel/Knie links
- Unterschenkel / Fuß rechts
- Unterschenkel / Fuß links
- Kiefer rechts
- Kiefer links
- Brustkorb
- Bauchbereich
- Nacken
- Oberer Rücken
- Unterer Rücken



Summen-Wert 1

1) WPI= widespread pain index

2) R.Sittl, P.Mattenklodt übersetzt nach Heinhard Sittl Hypnose & Schmerz Wolfe 2010

Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index)

Teil 2: Symptom-Score 2a: Häufigkeit von Erschöpfung, Schlaf- und Gedächtnisproblemen



Summen-Wert 2a+2b
(Wird vom Arzt ausgefüllt)

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie in der letzten Woche an folgenden Symptomen litten.

| | nie | selten | häufig | fast immer |
|---|-----|--------|--------|------------|
| ■ Erschöpfungszustand, verminderte Leistungsfähigkeit | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ Nichterholsamer Schlaf | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme | 0 | 1 | 2 | 3 |

Summenwert
2a
(Wird vom Arzt ausgefüllt)

2b: Begleitsymptome - zusätzlich zu den Hauptschmerzen

Kreuzen Sie bitte die Symptome an, die Sie in der letzten Woche hatten.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerz | <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Geschmacksveränderung |
| <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden | <input type="checkbox"/> Brustschmerz | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Erschöpfung / Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> trockene Augen |
| <input type="checkbox"/> Denk- und Gedächtnisprobleme | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Appetitverlust |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> trockener Mund | <input type="checkbox"/> Hautrötungen |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerz/-krämpfe | <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Sonnenallergie |
| <input type="checkbox"/> Taubheit/Kribbeln | <input type="checkbox"/> keuchender Atem | <input type="checkbox"/> Hörprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> kalte Hände/Füße | <input type="checkbox"/> blaue Flecken |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Häufiges Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Schmerz im Oberbauch | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Blasenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> offene Stellen im Mund | |

| Symptom-anzahl | Score |
|----------------|-------|
| 0 | 0 |
| 1 - 10 | 1 |
| 11 - 24 | 2 |
| > 24 | 3 |

Summenwert
2b
(Wird vom Arzt ausgefüllt)

.....

Dr. med.
Bernhard
Sittl
Hypnose &
Coaching

Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Score¹)

Sittl & Mattenklodt; übersetzt nach Wolfe (2010)

Kriterien für chronischen Schmerz (Fibromyalgiesyndrom) sind erfüllt, wenn:

- **≥ 7 Punkte im Teil 1** (Schmerzorte)
und ≥ 5 Punkte in Teil 2 (Summen-Wert 2a+2b) erreicht

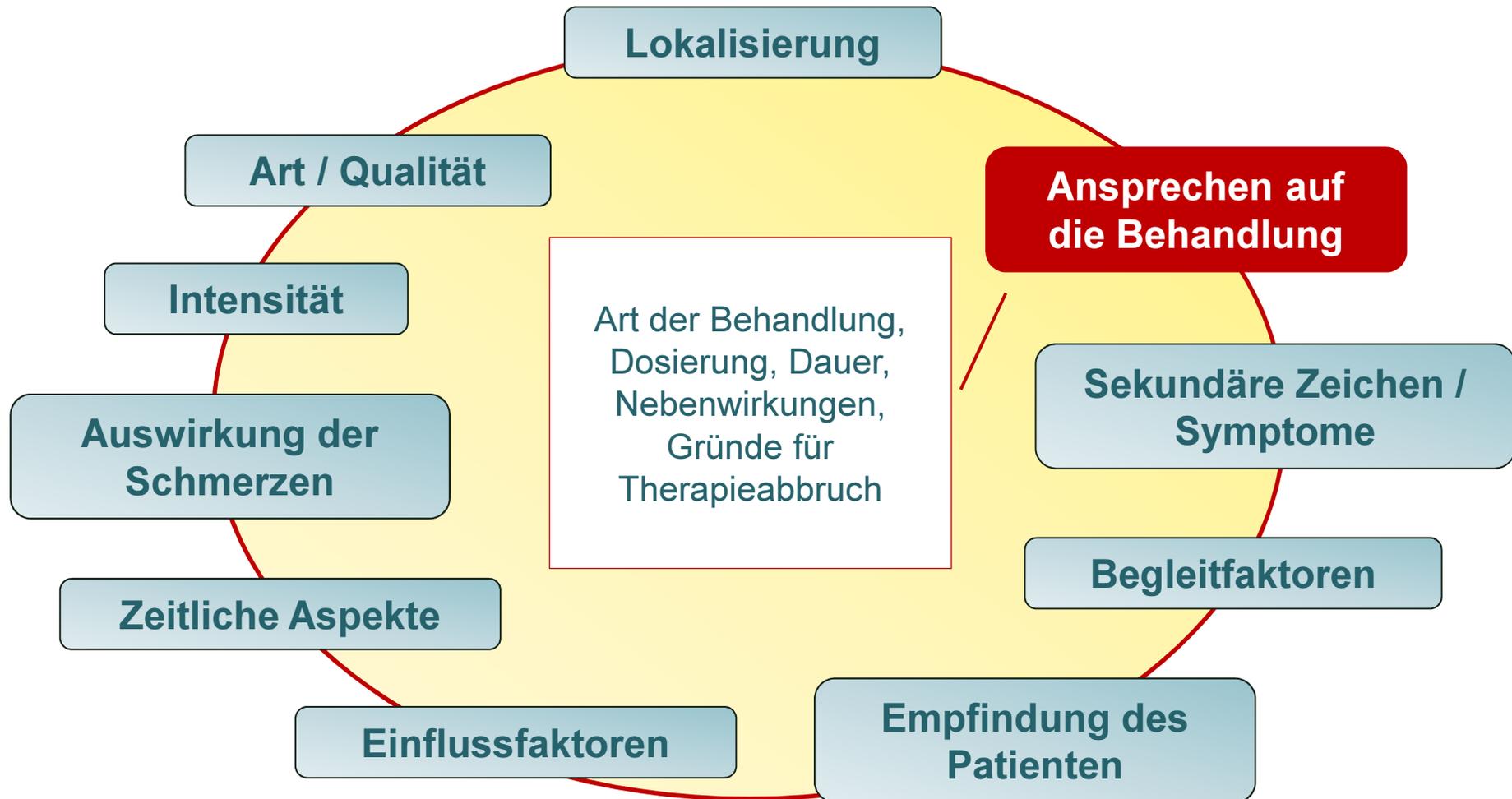
oder:

3 - 6 Punkte im Teil 1 (Schmerzareale)
und ≥ 9 Punkte in Teil 2 (Symptom-Score 2a+2b) erreicht

- die Symptome so oder ähnlich seit mindestens drei Monaten bestehen
- keine andere Krankheit oder Störung vorliegt, welche die Schmerzen erklärt

¹ WPI= wide spread pain index

Systematische Anamnese



Und nun ein kleiner Test – Was hat die Patientin



Mal Du
Obs

in

hkeiten

ne



Take home messages Anamnese und Befunderhebung

- Empathisches Verhalten
 - Voraussetzung für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung
- Gezielte Schmerzanamnese
 - Basis für sinnvolle Diagnostik und rationale mechanismen-basierte Therapie
- Verwendung von Schmerzfragebögen und Körperschemata
- Verwendung einfacher psychologischer Testverfahren (z.B. WHO 5)
 - Hinweis auf psychosoziale Risikofaktoren



**Dr. med.
Reinhard
Sittl** Hypnose &
Schmerz

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Rudi jetzt kommst Du
wieder!



Rudi

