

1. Definition

Schmerz ist definiert als ein „unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis“ und damit immer subjektiv. Schmerzen sind per Definition chronisch, wenn sie länger als 3 Monate bestehen oder wiederkehren. Zielgruppe dieser Handlungsempfehlungen sind Patient:innen mit chronischem Nicht-Tumor-Schmerz.

2. Epidemiologie/Versorgungsproblem

Etwa eine/r von 5 Patient:innen in hausärztlichen Praxen gibt chronische Schmerzen an, meist in mehreren Körperregionen. Zu den häufigsten Schmerzzuständen gehören Rücken- und Gelenkschmerzen. Über 75 % der Betroffenen sind älter als 50 Jahre. Psychische Komorbiditäten sind häufig. Zwei Drittel der Betroffenen erhält Analgetikaverordnungen und etwa die Hälfte nimmt freiverkäufliche Schmerzmittel ein.

3. Ursache: Biopsychosoziales Schmerzmodell

Chronische Schmerzen werden durch ein komplexes Zusammenspiel organischer, psychischer und kontextueller Faktoren bedingt bzw. aufrechterhalten. Je nachdem welche Faktoren überwiegen, helfen unterschiedliche nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapien.

4. Einteilung

	Primäre Schmerzs syndrome		< Mischformen sind häufig >		Sekundäre Schmerzs syndrome	
Definition	Schmerz als eigenständige Erkrankung				Schmerz als Folge einer Grunderkrankung	
Vorwiegender Pathomechanismus	Noziplastisch: Hypersensibilisierung der Nozizeptoren ohne nachweisbare Gewebesch.	Psychogen: Häufig Traumata, entwicklungspsychologische Störungen	Nozizeptiv: Aktivierung der Nozizeptoren d. somatische oder viszerale Gewebeschädigung		Neuropathisch: Durch eine nachweisbare Nervenschädigung bedingt	
In der Hausarztpraxis häufige Beispiele	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nicht-spezifischer Rückenschmerz ■ Fibromyalgie ■ Primäre Kopfschmerzen ■ Reizdarmsyndrom ■ Chronischer Unterbauchschmerz 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Somatoforme Schmerzstörung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Degenerative/rheumatische muskuloskeletale Erkrankung ■ pAVK ■ Endometriose 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Diabetische Polyneuropathie ■ Wurzelkompressionssyndrome (z. B. bei Bandscheibenvorfall) ■ Neuralgien (z. B. Post-Zoster, Trigeminus) 	
Charakteristika	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auffällige Diskrepanz zwischen vermuteter Schmerzursache und -erleben. ■ Dermatombegogene Hypersensibilität ■ Begleitende Schlafstörungen, Fatigue, kognitive Einschränkungen, sensorische Überempfindlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vage, untypische, inkonsistente Angaben ■ Stark affektives Schmerzerleben (scheuflüch, fürchterlich, schrecklich) ■ Beginn oft vor 35. Lebensjahr ■ Keine organischen Ursachen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vielfältig je nach Ursache, z. B. Belastungsschmerz bei Arthrose, nächtlicher Schmerz bei rheumatischer Erkrankung ■ Nicht dermatombegogen 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Negativsymptome: Hypästhesie (Taubheitsgefühl, reduziertes Temperatur-/Vibrationsempfinden), Hypalgesie: reduziert Schmerzempfinden ■ Positivsymptome: Parästhesie, Dysästhesie (oft kribbelnd, brennend), Allodynie (Überempfindlichkeit), einschließende Schmerzattacken ■ Fehlende Linderung in Ruhe ■ Oft dermatombegogen 	

5. Behandlungsprinzipien

- Grunderkrankung/Begleiterkrankung wenn möglich kausal oder symptomatisch behandeln (z. B. rheumatoide Arthritis, Migräne, Depression) → spezifische Leitlinien berücksichtigen!
- Edukation hinsichtlich biopsychosozialem Modell und aktiver Bewältigungsstrategien
- Vereinbarung individueller, realistischer Therapieziele (z. B. 30 % Schmerzreduktion, besserer Schlaf, wieder Rasenmähen können)
- Selbstmanagement und nicht-medikamentöse Maßnahmen an erster Stelle (s. Algorithmus). Medikamentöse Therapie immer nur unterstützend, regelmäßig Deeskalation prüfen
- Erstellen eines individuellen Behandlungsplans mit Zielen sowie nicht-medikamentösen und ggf. medikamentösen Maßnahmen
- Ggf. Überweisung an spezialisierte Schmerztherapie bzw. Einleitung einer multimodalen Schmerztherapie od. Reha
- Regelmäßige, geplante Termine (z. B. alle 3-6 Mon.) zur Überprüfung der Therapie und Zielerreichung unabhängig von Schmerzexazerbationen

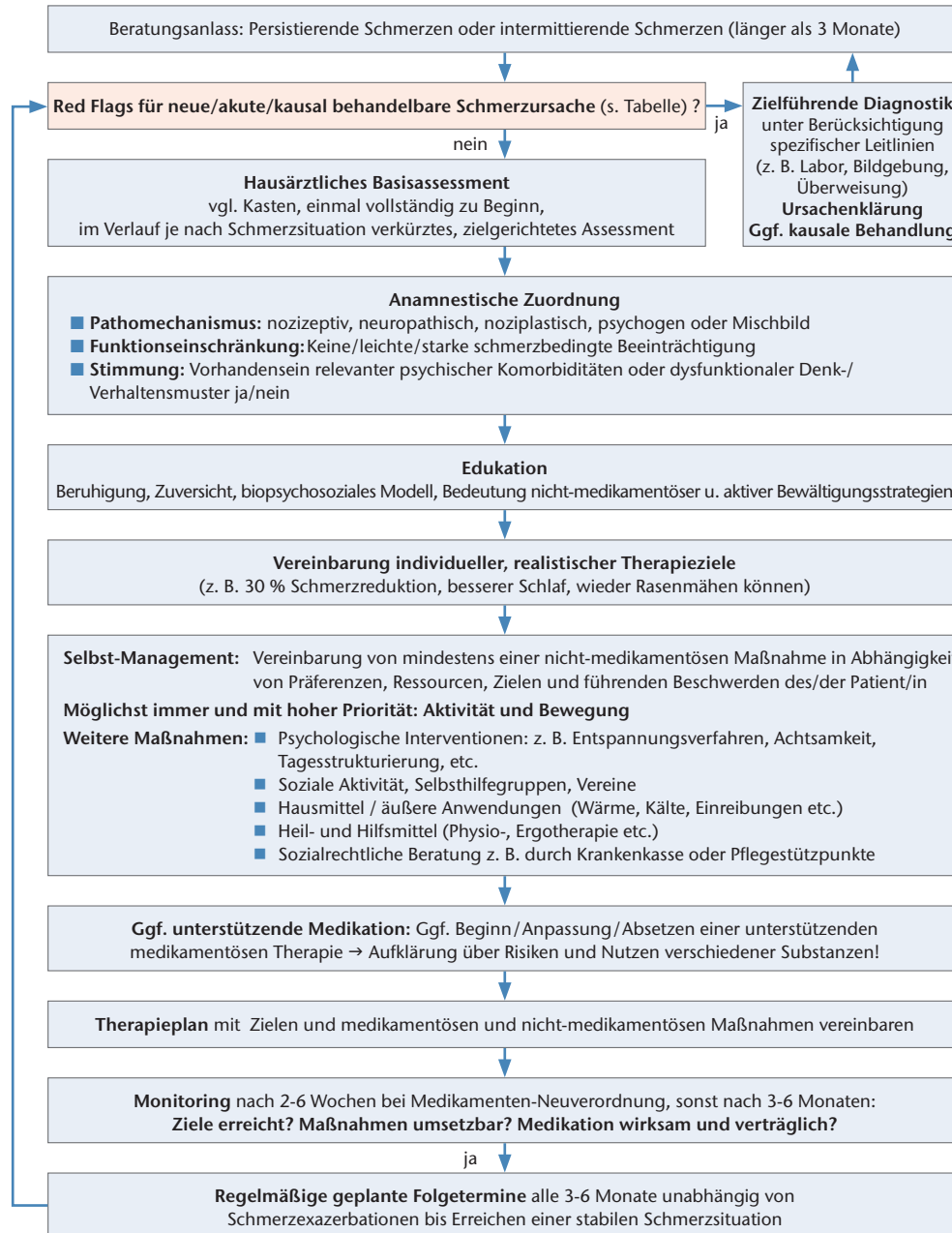
Abwendbar gef. Verläufe	Red Flags
Übersehen einer neuen/ akut /kausal behandelbaren Schmerzursache bei chronischem Schmerzsyndrom	Malignität (Tumor, Metastasen): Höheres Alter, B-Symptomatik, Tumor in der Vorgeschichte, nächtlicher Schmerz Interventionsbed. Nervenkompression: motor. Defizite, Kauda-Syndrom Infektion: Fieber, Schüttelfrost, i.v.-Drogenabusus, konsumierende Erkrankung, kürzliche invasive Behandlung (z. B. Infiltrationen der WS) Fraktur: schweres Trauma, Bagetelltrauma (z. B. Niesen) bei Risikogruppen, systemische Steroidtherapie, bekannte Osteoporose Nicht behandelte rheumat. Erkrankung: Beginn vor dem 45. Lj., Morgensteifigkeit > 30 min, Besserung durch Bewegung, schmerzbedingtes nächtliches Erwachen, alternierender Gesäßschmerz, zunehmender Steifigkeit der WS, Begleiterkrankungen: Enthesitis, Uveitis, Psoriasis, CED. Nicht behandelte, schwere psychische Erkrankung: schwere Depressivität, Suizidalität, Selbstverletzung, Panik
Schädlicher Gebrauch	Häufige Rezeptanforderungen, starkes Beharren auf bestimmte Substanzen
Unterversorgung	Kommunikationsprobleme (z. B. Demenz), Pflegeheim-Patient:innen, (geriatrische) Patient:innen mit starken degenerativen Veränderungen ohne Schmerzmedikation

7. Diagnostik/Hausärztliches Basisassessment

- Schmerzgeschichte/Krankheitskonzept/Ursachenvermutungen der Patient:innen sowie Erwartungen an die Behandlung
- Bisherige Therapieversuche, medikamentös und nicht-medikamentös
- Aktuelle Schmerzmedikation einschließlich Selbstmedikation und Einnahmeverhalten
- Schmerzcharakteristika: insbesondere auf eine noch nicht behandelte neuropathische Schmerzkomponente sowie Hinweise auf noziplastische/psychogene Ursachen achten!
- Schmerzintensität (z. B. numerische Analogskala)
- Schmerzbedingte Beeinträchtigung, v. a. von Alltagsaktivitäten, Schlaf, Stimmung, Sozialleben, Sexualität
- Schmerzaggravierende sowie schmerzlindernde Faktoren, Ressourcen
- Patientenverhalten/Umgang mit dem Schmerz: passive versus aktive Bewältigungsstrategien, Angst-Vermeidungsverhalten, Katastrophisieren, Gedankenunterdrückung, Durchhalten
- Hinweise/Screening auf psychische Komorbiditäten, v. a. Angststörung, Depression, posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme Störung



Algorithmus für ein hausärztliches Schmerzmanagement



Orientierungshilfe bei medikamentöser Therapie (Beispiel-Medikationen)

Beginn mit Nicht-Opioid-Analgetika		
Substanz	Einzel-dosis	Maximaldosis
Paracetamol	500 - 1000 mg	2 - 4 g/d
Metamizol	500 - 1000 mg	4000 mg/d
NSAID: Ibuprofen	200 - 800 mg	1200 - 2400 mg/d
Naproxen	200 - 250 mg	750 mg/d
Celecoxib	100 - 200 mg	200 - 400 mg/d

Bei neuropathischem Schmerz alternativ oder zusätzlich:		
Substanz *	Einzel-dosis	Maximaldosis
Topika: Lidocain-Pflaster **	5 % = 700 mg max. 12 Std.	Pflasterfreies Intervall v. mind. 12 Std.
Antikonvulsiva: Gabapentin ***	Auftitrerung beginnend mit 100 - 300 mg/d	3600 mg/d
Trizyklisches Antidepressiva: Amitriptylin (sedierend)	25 - 75 mg/d einmal tgl.	75 mg/d
SSNRI: Duloxetin ****	60 -120 mg/d	120 mg/d

* Mittel erster Wahl nach S2K-Leitlinie „Diagnose u. nicht-interventionelle Therapie neuropathischer Schmerzen“.
 ** Bevorzugte Therapie bei umschriebenem Schmerz (z. B. Post-Zoster-Neuralgie)
 *** bevorzugt, da niedrigeres Suchtpotential als Pregabalin
 **** Zulassung nur für diabetische Polyneuropathie

Bei unzureichender Wirkung alternativ oder zusätzlich schwache Opiode		
Substanz *	Einzel-dosis	Maximaldosis
Tilidin	Retard: 50 - 100 mg 1-2x täglich, Steigerung alle 2-7d Nicht-retardiert**: 50 mg alle 4-6 Std.	600 mg retard. Tilidin täglich

Bei unzureichender Wirkung: schwaches Opiode gegen starkes Opioid austauschen (Ausnahme!)		
Substanz	Einzel-dosis	Erhaltung
Morphin	Retard: 10-60 mg 2x täglich, Nicht-retardiert**: 5-10 mg alle 4 Std	Max 120 mg/d

* S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischem, nicht-tumorbedingtem Schmerz (LONTS) beachten! Adjuvantien (Laxantien, Antiemetika) prophylaktisch mit verordnen.
 **Kurzwirksame, unretardierte Präparate nur in der Einstellphase!



Versionsnummer: 2.1
Erstveröffentlichung: 10/2013
Überarbeitung von: 11/2023
Nächste Überprüfung geplant: 11/2028

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online