

Checkliste zur Klassifikation von Rückenschmerzen (frei übersetzt)

Screening	
Gibt es Hinweise auf neurologische Defizite mit zunehmender Verschlechterung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Verdacht, dass pathologischen Frakturen, Infektionen oder maligne Prozesse vorliegen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegen Gangstörungen vor oder fällt Spastizität auf? Gibt es andere Warnsignale, die eine Myelopathie vermuten lassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Berichtet der Patient von ungeplantem oder unerklärbarem Gewichtsverlust, Nachtschweiß, erhöhte Temperatur?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gibt es Hinweise auf eine frische Verletzung (Trauma)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist eine rheumatische Erkrankung bekannt oder gibt es Hinweise für das Vorliegen einer rheumatischen Erkrankung? (z.B. Spondylitis ankylosans)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Neuropathischer Schmerz	
Wurzelkompression	
Fehlender Patellarsehnen- oder Achillessehnenreflex	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beinschmerz stärker als der Rückenschmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerz lässt sich einem Dermatom zuordnen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzprovokation mit Husten, Niesen, Pressen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Paresen/ Kraftverlust in den Beinen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Finger-Boden-Abstand > 25 cm / hohe Irritierbarkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
LANSS score > 12	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurzelpathologie ohne Kompression	
LANSS score >12	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kriterien der Wurzelkompression treffen nicht zu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Neurogene Claudicatio/ Spinalkanalstenose	
Score 7 und mehr der Clinical Prediction Rule	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ankle Brachial Index (ABI) < 0,9 (als DD. für paVK)/(keine standardmäßige Erfassung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zentraler Schmerz	
Schmerzausmaß ist nicht proportional zur Verletzung/Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unangemessen starke, nicht mechanische und unvorhersagbare Faktoren, die den Schmerz verbessern oder verschlechtern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Starker Zusammenhang mit schlecht kompensierten psychosozialen Belastungen (negative Emotionen, geringes Selbstwirksamkeitsgefühl, Katastrophisieren, Angstvermeidungsverhalten etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diffuse, anatomisch nicht schlüssiges Verteilungsmuster von Druckschmerzhaftigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nozizeptiver Schmerz – lokales Geschehen - Bewegungsstörung	
Diskogener Schmerz	
stark schmerzhafte Bewegungseinschränkung und oder schmerzhafte Zwangshaltung (Kyphose, Lordose, lateraler Shift)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rückenschmerzepisode im Vorfeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzen im Sitzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzverstärkung durch Husten, Niesen, Pressen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
bilaterale, multisegmentale Schmerzausbreitung mit und ohne Beinschmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zentralisation mit wiederholter Bewegung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zwei beliebige Symptome der nachfolgend beschriebenen treten in Kombination auf: Zentralisation mit wiederholter Bewegung; provozierbar mit gehaltener Flexion (z.B. längeres Sitzen in Flexion); verminderte Extension	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ISG Schmerz	
kein LWS-Schmerz (oberhalb L5), einseitiger Schmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerz steht in Zusammenhang mit Schwangerschaft/Geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
urologische oder gynäkologische Begleitsymptome/ Stressinkontinenz/ Menstruationsprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
traumatischer Auslöser: Kontaktsportarten, Sportarten mit einbeinigen Landungen, Tritt in ein Loch, Sturz aufs Gesäß, Motorrad- oder Autounfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerz vordergründig im Verhältnis zur Bewegungseinschränkungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzzunahme durch: Stehen, Gehen, Tragen von Schuhen mit hohen Absätzen, Aufstehen vom Sitzen, Einbeinstand, einbeinige Sprünge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Drei oder mehr ISG Provokationstests sind positiv und Zentralisation durch wiederholte Bewegungen negativ (Gapping ventral/dorsal, Gaenslen Test, Posterior Shear, Cranial Shear, Patrik Zeichen, Druck auf Apex und Basis etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Facettengelenksschmerz (3 oder mehr Symptome treffen zu)	
Alter \geq 50 Jahre	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzlinderung durch Gehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzlinderung durch Sitzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzbeginn seitlich der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
eher einseitiger, bisegmentaler Schmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
positiver Extensions-Rotationstest	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Myofaszialer Schmerz (in der Regel sekundär zu einer der oben genannten Ursachen)	
Schmerzen, die sich verschlimmern, wenn der betroffene Muskel belastet wird (Kontraktion, Dehnung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Triggerpunkte mit charakteristischem Ausstrahlungsmuster	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bewegungskontrollstörung	
Schmerz entsteht in statisch gehaltenen Positionen (langes Sitzen, langes Stehen, monotone Arbeitsabläufe...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
anstrengendere Aktivitäten, wie beispielsweise Joggen und Sport sind oft sehr gut möglich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Früher sehr viel Sport betrieben, jetzt aufgehört	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
bei der Bewegungsuntersuchung global und segmental i.d.R. keine Bewegungseinschränkungen; eher -aber nicht zwangsläufig- Hypermobilitäten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
neurologische und/ oder neurodynamische Zeichen fehlen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bauchlagen Instabilitätstest positiv	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Movement Control Tests nach LUOMAJOKI positiv (von uns an dieser Stelle ergänzt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Diagnosen	
Hinweise auf andere Probleme (Thorakolumbales Syndrom, Piriformis-Syndrom, Hüftgelenksprobleme etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beteiligung der 3. Ebene	
Vermehrte Schweißsekretion in den Füßen/ kaltschweißig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hyperästhesie untere Extremität	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Befund schlecht interpretierbar (alle Bewegungen sind schmerzhaft)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlafstörungen, Infektanfälligkeit, funktionelle Organprobleme (Durchfall, Verstopfung, Kopfschmerzen etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vegetativer Befund positiv	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Segmente: