

Rückenschmerzen Daily Business in der hausärztlichen Praxis?!



Inhalt

1	Nomenklatur	3
1.1	Akut – subakut – chronisch	3
1.2	Vertebrale – spondylogene – neurogene Syndrome	3
2	Differenzialdiagnose von Rückenschmerzen	4
3	Diagnostik	5
3.1	Anamnese	5
3.1.1	Hinweise zur Differenzierung mechanischer versus entzündlicher Rückenschmerz	5
3.1.2	Red Flags	5
3.1.3	Yellow Flags	5
3.2	Klinik	6
3.2.1	Inspektion	6
3.2.2	Palpation	6
3.2.3	Problemorientierte rheumatologische Untersuchung	6
3.2.4	Problemorientierte neurologische Untersuchung	6
3.3	Radiologie	8
3.3.1	Konventionell-radiologische Begriffe	8
3.3.2	Bildgebende Verfahren	9
3.4	Labor	10
4	Therapie	11
4.1	Akute Rückenschmerzen	11
4.2	Chronische Rückenschmerzen	11

1 Nomenklatur

1.1 Akut – subakut – chronisch

- Akut: weniger als 6 Wochen; Erholung in 90%, cave Red Flags
- Subakut: 6 Wochen bis 3 Monate; Ziel diagnostische Zuordnung, cave Yellow Flags
- Chronisch: mehr als 3 Monate

1.2 Vertebrale – spondylogene – neurogene Syndrome

- Vertebral (nur axialer Schmerz)
Schmerzen nicht ausstrahlend
Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und des Kreuzes
- Spondylogen (fortgeleiteter Schmerz, pseudoradikulärer Schmerz, «Referred Pain»)
Schmerzen ausstrahlend, nicht dermatombezogen, Störungen von der Wirbelsäule herrührend.
Vielfalt sensibler, motorischer, vasomotorischer bzw. vegetativer Störungsbilder, va «Positiv-Symptome» (Kribbeln, Parästhesien), «Negativ-Symptome» (Taubheitsgefühl, Anästhesie/Hypästhesie) sind eher auf radikuläres Syndrom hinweisend.
- Neurogen (radikulär)
Typischerweise dermatomale Ausstrahlung des Schmerzes/Kribbeln, cave, individuelle Variabilität der Dermatome!, zusätzlich zu dieser radikulären Reizsymptomatik sind fakultativ sensorische Ausfälle (Anästhesie, Hypästhesie) im zugehörigen Dermatome, Ausfälle/Abschwächung des Kennreflexes, motorische Ausfälle im Kennmuskel (Lähmung/Schwäche) möglich.
Radikuläre Syndrome beim Rückenschmerz (ca. 5–15%) entstehen nicht nur durch mechanische Kompression, sondern auch durch chemische Irritation (z.B. Anulusriss). Deshalb sprechen radikuläre Syndrome oft gut auf systemische oder besser lokale Steroide an.
Mögliche Ursachen sind:
 - Diskushernie
 - Spinale Stenose (Hyperplasie der Facettengelenke und der Ligamenta flava, Diskushernien, Wirbelgleiten), cervical auch mit cervical Myelopathie assoziiert
 - Spondylophyten
 - Arachnoiditis, epidurale Adhäsionen und Hernienrezidive bei «Failed-back-surgery-Syndrom»
 - Radikulitis (z.B. Herpes zoster, Borrelienradikuloneuritis, femorale Neuropathie bei Diabetes)
 - Cauda equina
 - Fazettengelenksganglion

Folgende klinische Syndrome können auf spezifische strukturelle Ursachen hinweisen:

	Kardinalsymptome	Befunde
Diskogen	● Schmerzverstärkung durch Flexion bzw. Sitzen ● Lokaler Hustenschmerz	● Schmerzprovokation durch Flexion ● Schmerzprovokation durch Sit-up-Test (Rumpfheben aus Rückenlage ohne Zuhilfenahme der Arme)
Fazettengelenkbedingt	● Schmerzcharakter gelegentlich wie bei aktivierter Arthrose (Ruheschmerz, Bewegung lindernd) ● Ausstrahlung nach gluteal, inguinal oder seltener Oberschenkelrückseite, resp. Nacken und OE	● Schmerzprovokation durch kombinierte Extension, Rotation und Lateralflexion (LWS und HWS), sog «Quadrantentest» ● Schmerzprovokation durch Rumpfheben aus Bauchlage ● Segmentale Befunde
Instabilität	● Schmerzprovokation durch Erschütterungen und ruckartige Bewegungen	● Abnormer spinaler Rhythmus bzw. Kletterphänomen beim Aufrichten aus gebückter Haltung ● Nachtschmerz (1. Nachthälfte)
SIG	● Kreuz- und Gesässschmerzen ● Ausstrahlung nach dorsal ● Ev. Leistenschmerz	● SIG-Zeichen (positive Stresstests, Blockierung) ● Positiver Mennell-Test

2 Differenzialdiagnose von Rückenschmerzen

Statisch-mechanisch (nicht entzündlich)

- Muskuläre (myofasziale) Syndrome (z.B. Haltungsinsuffizienz, «Piriformis-Syndrom»)
- Segmentale Funktionsstörungen
- Fazettensyndrom
- SIG-Syndrom
- Segmentale Instabilität (z.B. Spondylolisthesis in Folge von Spondylolyse)
- Degenerative Wirbelsäulenveränderungen
 - *Spinalkanalstenose, Foraminalstenose, erosive Osteochondrose (cave: macht entzündliche Beschwerden)*
- Symptomatische Diskushernie
- Wirbelsäulendeformität (z.B. idiopathische Skoliose, Frakturfolgen, postinfektiös)
- Hypermobilitätssyndrom
- Diffuse idiopathische skelettale Hyperostose (DISH)

Entzündlich

- Spondyloarthritiden
 - *Spondylitis ankylosans (M. Bechterew)*
 - *Psoriasis-spondyloarthritis*
 - *Reaktive Arthritis (M. Reiter)*
 - *Enteropathische Spondyloarthritiden*
 - *Morbus Crohn*
 - *Colitis ulcerosa*
 - *Undifferenzierte Spondyloarthritis*
- Rheumatoide Arthritis (HWS)

Andere Wirbelsäulenerkrankungen

- Osteoporotische oder traumatische Frakturen
- Tumoren/Metastasen, Plasmozytom
- Pyrophosphatablagerungserkrankung (Chondrokalzinose), z.B. Crowned-dens-Syndrom, Gicht
- Spondylodiszitis
- Osteomalazie
- Hyperparathyreoidismus
- Morbus Paget (Osteitis deformans)

Anderes

- Neurologische Affektionen (Radikulitis, Myelonprozess, Myelopathien)
- Viszerale Ursachen
 - *Aortenerkrankung (entzündlich / Aneurysma)*
 - *Pankreaserkrankungen*
 - *Kardial*
 - *Pulmonal*
 - *Gynäkologisch (Endometriose, Menstruationsbeschwerden)*
 - *Urologisch (Nephrolithiasis)*
- Psychosomatische Rückenschmerzen

3 Diagnostik

3.1 Anamnese

3.1.1 Hinweise zur Differenzierung mechanischer versus entzündlicher Rückenschmerz

Mechanisch	Entzündlich
Anlaufschmerz	Morgensteifigkeit > 30 Minuten
Intermittierende / rezidivierende Schmerzen	Nachtschmerz (va 2. Nachthälfte, Instabilitätsschmerzen eher 1. Nachthälfte), Ruheschmerz
Belastungsabhängig	Besserung bei Bewegung
Bewegungs- und positionsabhängig	Bewegungs- und positionsunabhängig
Keine Symptome der Entzündung	Symptome der systemischen Entzündung wie AZ-Verschlechterung, Gewichtsverlust, Nachtschweiss
Keine Begleitbeschwerden	Begleitbeschwerden (periphere Gelenke, Haut, Augen, gastrointestinal [Durchfall], urogenital)

3.1.2 Red Flags

Definition: Red Flags sind Warnzeichen für eine schwerwiegende organische Ursache der Rückenschmerzen, die eine rasche Weiterabklärung erfordern.

- Erstmaliges Auftreten von Rückenschmerzen im Alter < 20 Jahre, > 50 Jahre
- Unerklärter Gewichtsverlust
- Malignom in der Anamnese
- Trauma
- Fieber, Nachtschweiss
- Nachtschmerz
- Bekannte Osteoporose
- Immunsuppression (medikamentös, krankheitsbedingt), intravenöser Drogenkonsum
- Glukokortikoid-Therapie
- Neurologische Ausfälle (Paresen UE, Blasen-Mastdarmdysfunktion, Reithosen-Anästhesie = Cauda-Equina-Syndrom)
- Erschütterungsschmerz

3.1.3 Yellow Flags

Definition: Yellow Flags sind Risikofaktoren für eine drohende Schmerzchronifizierung.

- Überzeugung an einer schweren Erkrankung zu leiden
- Angst vor Bewegung und verminderte Aktivität (Kinesiophobie)
- Tendenz zu Verstimmung (emotionale Labilität) und sozialem Rückzug
- Ausgedehnter Schmerz und fehlende Schmerzmodulation
- Diffuse sensible und motorische Phänomene
- Zusätzliche funktionelle Beschwerden (Schwindel, Kopfschmerzen, Colon irritabile)
- Arbeitsproblematik, Bildung, Finanzen
- Beziehungsproblematik
- Migrationshintergrund

3.2 Klinik

3.2.1 Inspektion

Gang, Haltung, Symmetrie, Achsen, Skoliose, Kyphose, Lordose

3.2.2 Palpation

Druckdolenz, Tonus der Muskulatur, Triggerpunkte

Myofaszielles Schmerzsyndrom

Druckdolenz der Weichteilstrukturen; je grossflächiger, desto eher ist eine zentrale Sensibilisierung zu vermuten. Lokalisation von Triggerpunkten möglich (lokale und ausstrahlende Schmerzen auf punktuellen Druck, reproduzierbare Lokalisationen im Muskel).

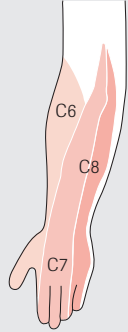
3.2.3 Problemorientierte rheumatologische Untersuchung

- Schultergürtel- und Beckenstand: Beinverkürzung vers. Beckenverwringung
- Beweglichkeit: (Lateral)Flexion (Kinn-Sternumabstand, Occiput-Wandabstand, FB Abstand vorne und seitlich, modifizierter Schober), Demaskierung Skoliose mit Rippenbuckel
- Extension, Rotation
- Extension inkl. Rotation u. Lateralflexion (Facettenprovokationstest)
- Gehaltene Extension: Ausstrahlung in Extremitäten bei Spinalkanalstenose
- Inklination HWS: Bei Kribbeln in Armen und Händen mögliche cervikale Myelopathie
- Klopfdolenz, Stauchungsschmerz: Hinweise für entzündliche Ursache, Fraktur
- Armvorhaltetest: Hinweis für muskuläre Insuffizienz
- Kraft-/Ausdauerstest (Globaltest)
- Muskellängentest
- Schulter- und Hüftgelenke mituntersuchen

3.2.4 Problemorientierte neurologische Untersuchung

- Lasègue, umgekehrter Lasègue, gekreuzter Lasègue: Hinweise für rad. Syndrome
- BSR, TSR, PSR, TPR, ASR (Symmetrie)
- Spurling-Test HWS: Reklination und Rotation auf betroffene Seite mit leichtem axialem Druck – positiv wenn radikuläre Schmerzen im Arm provozierbar
- Sensibilität gem. Dermatomen (cave: es ist eine gewisse individuelle Variabilität bei den Dermatomen vorhanden!) inkl. Reithose und vermindertem Sphinktertonus und Analreflex
- Kraft der Kennmuskeln (Einteilung M0 – M5)

Cave: Hyperreflexie untere Extremität, Spastizität und ggf. positive Pyramidenbahnzeichen (Babinski) bei zervikaler Myelopathie.

	Wurzel	Sinsibilität	Kennmuskel	Reflex
HWS	C6		M. biceps brachii	Bizepssehnenreflex
	C7		M. triceps brachii	Trizepssehnenreflex
	C8		Mm. interossei	Trizepssehnenreflex
LWS	L4		M. quadriceps femoris	Patellarsehnenreflex (Quadricepsreflex)
	L5		M. extensor hallucis longus M. gluteus medius	Tibialis-posterior-Reflex
	S1		M. triceps surae	Achillessehnenreflex (Triceps-surea-Reflex)

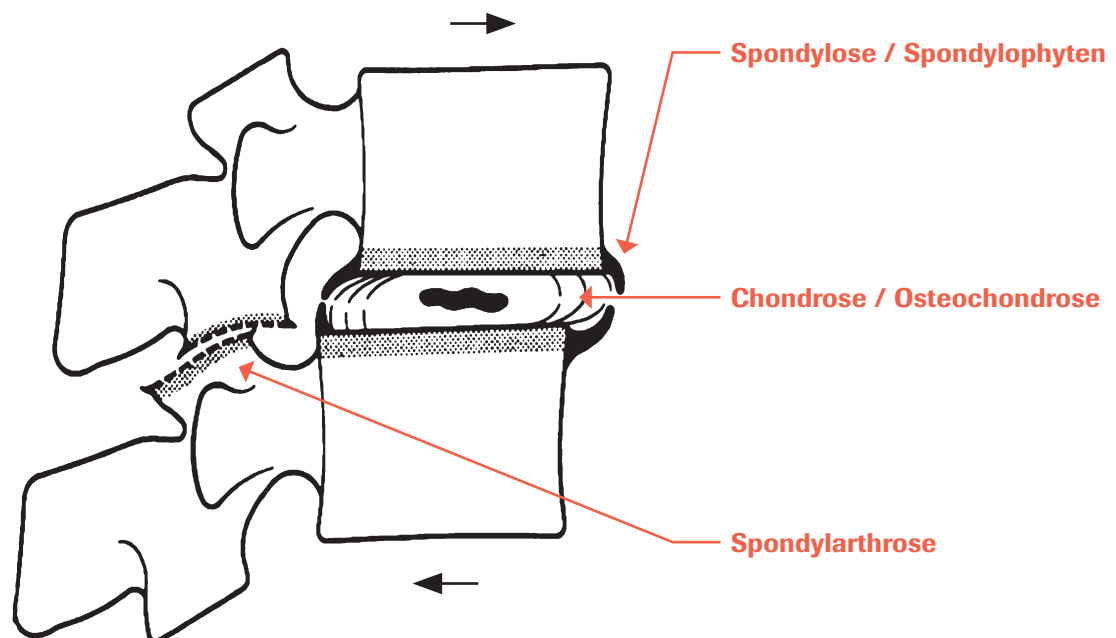
3.3 Radiologie

Checkliste zur Bildbeurteilung (nicht vollständig):

- Form (Skoliose, Kyphose, Hyperlordose)
- Alignment (Spondylolisthesis, Spondylolyse)
- Übergangsanomalien
- Wirbelkörper (Form, Höhe, Dichteunterschiede, Deck- und Bodenplatten)
- Bogenwurzeln (cave Malignom)
- Zwischenwirbelraum (Höhe, Luft [Vakuumphänomen], Verkalkung)
- Fazettengelenke
- Sakroilialgelenke (SIG)
- Dornfortsätze (Baastrup)
- Spondylosen, Spondylophyten, Syndesmophyten
- Weichteile (Psoasschatten, Verkalkungen, Clips)
- Gefässverkalkungen (Aortenaneurysma)

3.3.1 Konventionell-radiologische Begriffe

- Chondrose:
 - *Verschmälerung des Intervertebralraumes*
- Osteochondrose:
 - *Verschmälerung des Intervertebralraumes - plus Veränderungen angrenzender Deck-/Bodenplatten*
- Spondylose / Spondylophyten / Syndesmophyten:
 - *Knochenneubildung an Wirbelrändern*
- Spondylarthrose:
 - *Arthrose der Fazettengelenke*
- Spondylolyse: Unterbruch der Interartikularportion des Wirbelbogens
- Spondylolisthesis (Wirbelgleiten bei Instabilität)
- Scheuermann'sche Wirbelkörperveränderungen



3.3.2 Bildgebende Verfahren

- Konventionelle Radiologie (LWS, BWS und HWS in 2 Ebenen, bei Skoliose Strahlengang beachten: Strahlenrichtung in Konkavität)
- Funktionsaufnahmen, Schrägaufnahmen nur bei spezieller Fragestellung (Instabilität, Foraminalstenose)
- Dens transbuccal bei Trauma in der Anamnese oder V.a. rheumatoide Arthritis

Bildgebung in der Regel ab 6. Woche nach Schmerzbeginn.
Ausnahme Red Flags, dann sofort und gezielt.

- MRI erste Wahl mit gezielter Fragestellung
 - *unklarer Befund im konventionellen Röntgen falls therapeutische Konsequenzen*
 - *Persistenz von Symptomen im Rahmen einer Radikulopathie nach 4 Wochen, falls invasives Vorgehen geplant*
 - *Spondyloarthritiden*
 - *Infektiöse Erkrankungen*
 - *Tumorverdacht*
 - *Persistenz, respektive erneute radikuläre Beschwerden nach Diskushernien-Operation*
 - *Cauda-Equina-Syndrom (immer Notfall)*

Aussagekraft MRI bei Rückenschmerzen:

Befunde bei **schmerzfreien** Personen < 60 Jahren

- *Diskopathien inkl. Protrusionen in > 50%*
- *Diskushernien inkl. Nervenwurzelkompression in 20-30%*
- *Degenerative Veränderungen ab 50 Jahren sehr häufig*

Befunde bei **schmerzfreien** Personen > 60 Jahren

- *Degenerative Veränderung in 100%*
- *Diskusprotrusionen > 80%*
- *Diskushernien > 30%*
- *Spinalkanalstenose in 20%*

Bei radiologisch auffälligen Wirbelkörperformen (Keil- und Fischwirbel, Deck- und Bodenplattenimpression) und dokumentierter Grössenabnahme an Osteoporose denken – DEXA.

- CT bei Kontraindikationen von MRI, in der Traumatologie oder bei V.a. Chondrokalzinose (crowned dens)
- Szintigraphie inkl. SPECT, Myelographie und Myelo-CT, Discographie bei spezifischer Fragestellung

3.4 Labor

Laboruntersuchungen nur zum Ausschluss eines entzündlichen Prozesses und zur Abgrenzung gegenüber Differenzialdiagnosen.

- Labor je nach Klinik
 - *BSR und/oder CRP*
 - *Hb, Lc, Tc ev. Lc-Diff*
 - *Kreatinin*
 - *Alk. Phosphatase, GPT oder yGT zur Abgrenzung gegenüber Lebererkrankung*
 - *Kalzium (albuminkorrigiert)*
 - *Eiweiss- resp. Immunelektrophorese*
 - *Urinstatus*

HLA-B27 nur bei gezielter Frage nach Spondyloarthritis.

Auto-Antikörper-Diagnostik hat in der Abklärung von Rückenschmerzen allermeistens keine Bedeutung.

4 Therapie

4.1 Akute Rückenschmerzen

Therapieprinzipien

- Information, insbesondere über die gute Prognose
- Anregung zu Aktivität (keine Bettruhe); möglichst gewohnte Tätigkeiten weiterführen, Krankenschreibung zurückhaltend (max 7 Tage)
- Effiziente Schmerzbekämpfung, Analgesie fix über 3-14 Tage, «Schmerz-/Verspannungs-/Fehlhaltungskreislauf» durchbrechen

Pharmakologische Massnahmen

- Bei fehlenden Kontraindikationen: 1. Wahl Nichtsteroidale Antirheumatika, 2. Wahl falls KI für NSAR und/oder in Ergänzung zu NSAR: reine Analgetika (Paracetamol, Metamizol)
- Steroide bei radikulärer Kompression
- Ev. kurzfristig Myorelaxantien (max. 1 Woche)

Chronischer Rückenschmerz ist in der Regel keine Indikation für eine Opioidtherapie (allenfalls bei radikulären Schmerzen kurzfristig, aber nicht bei Rückenschmerzen ohne radikuläre Schmerzen!).

Nicht-pharmakologische Massnahmen

- Verhaltensinstruktionen
- Selbstanwendung von Kälte oder Wärme
- Allenfalls Mobilisation oder Manipulation
- Physiotherapie ist meist nicht sofort nötig

Arbeitsfähigkeit: Möglichst nur kurzfristige Arbeitsunterbrechung für wenige Tage. Vermeidung von längeren Arbeitsunterbrüchen.

4.2 Chronische Rückenschmerzen

Behandlungsprinzipien von chronischen Rückenschmerzen

- Informieren der Patienten (Diagnose, Prognose, Therapieziele)
- Klare Führung der Patienten
- Aktivierung der Patienten
- Vermeiden unnötiger medizinischer Massnahmen

Behandlungs- und Beratungskonzepte

- Wiederholte Information des Patienten
- Reevaluation der Schmerzbehandlung (cave Opioid-Eskalation), Reduktion bei Unwirksamkeit, ev. Evaluation von schmerzmodulierenden Psychopharmaka
- Kräftigung der Rücken- und Rumpfmuskulatur, idealerweise instruiert und geräteassistent (MTT)
- Reevaluation der Physiotherapie; aktiv, keine passive Therapie
- Steigerung der allgemeinen körperlichen Fitness (z.B. Nordic Walking)
- Entspannungstherapien (Muskelrelaxation, autogenes Training, QiGong etc.)
- Ergonomische Optimierung am Arbeitsplatz und in der Freizeit

- Evaluation der Arbeitssituation (allenfalls Kontakt mit Arbeitgeber aufnehmen)
- Erkennen von psychischen Komorbiditäten und sozialen Belastungen, siehe Yellow Flags (allenfalls Zuzug von Psychiatrie, Psychologie, Sozialberatung etc.)
- Vermitteln von Schmerzbewältigungsstrategien

Mit Einleitung einer multidisziplinären Therapie nicht zu lange warten!

Impressum

Wissenschaftliche Verantwortung 2025

Dr. med. Nicole Egloff, Zürich
Dr. med. Ralph Melzer, Luzern
Dr. med. Yvonne Peter, Adligenswil

Organisation

Stefanie Wipf, Rheumaliga Schweiz
Marina Frick, Rheumaliga Schweiz

Veranstalterin

Rheumaliga Schweiz
Josefstrasse 92, 8005 Zürich
Tel. 044 487 40 00
update@rheumaliga.ch

