

## Guideline

# Rückenbeschwerden

**Erstellt von:** Hella Scotland, Stefan Mariacher

**Zuletzt revidiert:** 02/2023 / **Letzte Änderung:** 02/2023

**PDF erstellt am:** 02.05.2024

**Link:** <https://www.medix.ch/wissen/guidelines/rueckenbeschwerden/>

**Guideline Kurzversion:** <http://www.medix-guidelines.ch/bewegungsapparat/rueckenbeschwerden/>

# Index

1. Epidemiologie, Einteilung, Therapiegrundsätze
2. Diagnostik
3. Therapie unspezifischer Rückenbeschwerden
4. Spezifische Ergänzungen gemäss Rückensegment
5. Literatur
6. Impressum

## Aktualisierung 02/2023

- Die Guideline wurde vollständig durchgesehen und auf Aktualität geprüft und neu strukturiert.

# 1. Epidemiologie, Einteilung, Therapiegrundsätze (1, 3)

## Epidemiologie/Verlauf

- Lumbale Rückenschmerzen sind sehr häufig (Lebenszeitprävalenz: 80 %), in der Mehrzahl der Fälle sind sie selbstlimitierend
- Lebenszeitprävalenz Nackenschmerzen 48,5 % (27), Frauen sind häufiger betroffen als Männer (4)
- Lebenszeitprävalenz thorakale Schmerzen: 12–31,7 % (5)
- In > 85 % ist der Kreuzschmerz unspezifisch (ohne eindeutige ursächliche Erkrankung/Schädigung)
- Rezidive sind häufig, nach erstmaligem Ereignis ist die Wahrscheinlichkeit für ein Rezidiv 4-fach erhöht
- Weniger als 1 % der hausärztlichen Patienten haben eine schwerwiegende Erkrankung (Tumor/Metastasen, Infektion, M. Bechterew). Praktisch alle dieser Patienten haben Risikofaktoren und/oder weitere Beschwerden
- Bei einer Befragung aus dem Jahre 2012 gaben im Mittel mehr als 33 % der Schweizer an, in den letzten 4 Wochen, an Rücken- und/oder Kreuzschmerzen gelitten zu haben (1)
- Unspezifische Rückenschmerzen können auf mechanische, d. h. Bewegungs- und Haltungproblematiken hindeuten, es können sich aber auch psychosoziale Probleme dahinter verbergen, deren Behandlung den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst.

## Kreuzschmerzen

- Laut Global Burden of Disease Study von 2010 sind Kreuzschmerzen weltweit der häufigste Grund für eine Arbeitsunfähigkeit (6)
- In der Mehrzahl der Fälle sind Kreuzschmerzen selbstlimitierend, > 85 % der Kreuzschmerzen sind auf unspezifische Ursachen zurückführbar
- Rezidive sind häufig, nach erstmaligem Ereignis ist die Wahrscheinlichkeit für ein Rezidiv 4-fach erhöht

- Praktisch alle dieser Patienten haben Risikofaktoren und/oder weitere Beschwerden
- Mehr als 30 % der Patienten mit (nicht-radikulärem) chronischem Kreuzschmerz können innert 12 Monaten von ihren Schmerzen befreit werden
- Die Prognose ist ungünstiger bei Patienten mit ausgeprägter Behinderung, hoher Schmerzintensität, geringer Bildung und bei jenen, die sich selbst eine ungünstige Prognose geben (7).

## Einteilung

**Tabelle 1:** Einteilung von Rückenschmerzen (2, 3)

Nach Dauer	Nach Ursache
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akut: 0–4 Wochen</li> <li>• Subakut: 4–12 Wochen</li> <li>• Chronisch: &gt; 12 Wochen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht spezifisch (ohne spezifische behandlungsbedürftige Ursachen) → Mehrzahl der Fälle</li> <li>• Spezifische behandlungsbedürftige Ursachen: Z. B. radikuläre Reizung, Spinalkanalstenose, Trauma, Infektion, Systemerkrankung, Arthrose, Fraktur, Tumor</li> </ul>

Man unterscheidet zudem rezidivierende Schmerzen, die nach mindestens 6-monatiger symptomfreier Phase wieder akut werden (8).

## Wichtige Grundsätze

- Erkennen von Warnhinweisen für gefährliche Verläufe bzw. organische Ursachen (**Red Flags**) → Abschnitt 2.2.
- Rasche Linderung der Schmerzen, damit die Patienten ihren Alltagsaktivitäten schnellstmöglich wieder nachgehen können
- Aktives frühzeitiges Erfassung von Warnhinweisen für das Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren → Kap. 2.3.
- Prävention einer Chronifizierung (Förderung eines adäquaten Krankheitsverständnisses, Aktivierung, gute Aufklärung über die Ursache und Ermutigung, diesen entgegenzuwirken)
- Vermeiden von überflüssigen diagnostischen Massnahmen
- Vermeiden einer Fixierung auf (Röntgen-, MRI-, CT-) Befunde, welche die Symptome nicht erklären
- Kein Röntgenbild bei Rückenschmerzen ohne Trauma in der Anamnese in den ersten sechs Wochen
- Ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis sollte nur in der Akutphase ausgestellt werden, eine rasche Reintegration (Teilarbeitsfähigkeit) ist wichtig, um eine Chronifizierung zu vermeiden.

## 2. Diagnostik (1–3, 9)

## 2.1. Basisdiagnostik

### Grundlegendes

- Ziel der Diagnostik ist das Erkennen von spezifischen und damit potentiell gefährlichen Ursachen
- **Wichtig:** Ohne Verdacht auf eine spezifische Ursache der Wirbelsäulenbeschwerden ist eine weiterführende (bildgebende) Diagnostik  
i. d. R. nicht erforderlich, da sich das Behandlungskonzept ohne zusätzliche erschwerende Faktoren nicht ändern würde
- Die wiederholte ungezielte Röntgen/MRI/CT-Diagnostik führt meist nicht zu einer spezifischen Diagnose und fördert eine iatrogene Fixierung; sie erhöht auch die Wahrscheinlichkeit, dass nicht indizierte chirurgische Eingriffe durchgeführt werden (3)!
- Für die Patienten ist eine Untersuchung durch den Arzt auch aus psychologischer Sicht sehr wichtig, und es lässt sich danach viel besser begründen, warum es keine Bildgebung braucht.

### Anamnese

- Beginn der Schmerzen, tageszeitlicher Verlauf, Schmerzcharakteristika

#### Ad Schmerzcharakteristika

- Am Morgen gut, im Verlauf des Tages unter Belastung/Arbeit schlechter -> eher degenerative Ursache
- Am Morgen schlecht und im Verlauf vom Tag besser -> eher entzündlicher Natur
- Nachtschmerz in Ruhe -> ist nie normal (danach muss man noch präziser nachfragen: Schmerzen beim Drehen im Bett oder auch wenn ganz in Ruhe liegend?)
- Lokalisation und Ausstrahlung (Arm/Bein): Dermatom bezogen oder Dermatom übergreifend
- Auslösende, lindernde, verstärkende Faktoren (motorische Ausfälle; Sensibilitätsstörungen – im Sitzen? Im Stehen? Im Liegen? Bei Positionswechsel (Liegen zu Stehen oder Stehen/Gehen zu Sitzen?)
- Frühere Episoden oder Vorerkrankungen (Neoplasie, Osteoporose)
- Anzeichen für spezifische, abklärungsbedürftige Ursachen (**Red Flags** -> Kap. 2.2.)
- Psychosoziale Situation, Berufstätigkeit, sportliche Aktivität (-> Kap 2.3.).

### Inspektion und Funktionsprüfung

**Tabelle 2:** Inspektion und Funktionsprüfung bei Wirbelsäulenbeschwerden

Inspektion	Palpation	Beweglichkeit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verletzungszeichen</li> <li>• Mobilitätseinschränkungen</li> <li>• Deformitäten</li> <li>• Haltung/Schonhaltung/Beobachten beim Gehen</li> <li>• Becken-/Schulterstand</li> <li>• Deformitäten</li> <li>• Haut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dorn-/Querfortsätze</li> <li>• Muskuläre Verspannungen</li> <li>• Temperatur der Haut</li> <li>• Lokaler Druck-/Klopfschmerz des Processus spinosus (bei Verdacht auf Fraktur)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retro- und Anteflexion</li> <li>• Lateralflexion der LWS</li> <li>• Rotation der BWS und HWS (v. a. für das Monitoring)</li> </ul>

## 2.2. Hinweise auf spezifische Ursache

### I. Wichtige Alarmzeichen für eine spezifische Ursache – Red Flags (8, 11)

- Warnsignale (red flags, Tabelle 3) können auf eine spezifische Ursache hinweisen. Zu beachten ist jedoch, dass für jedes einzelne Merkmal die Spezifität und Sensitivität gering ist (8). Entscheidend für das weitere Vorgehen ist immer das klinische Gesamtbild, nicht unbedingt ein einzelner Faktor!

Tabelle 3: Alarmsymptome (red flags)

Red flags
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Schwere neurologische Symptome*</b> Blasenentleerungsstörungen, Stuhlinkontinenz, perianale Hypästhesien, Hyperreflexie, erhöhter Muskeltonus i. S. einer Spastik (nicht paravertebraler Hartspann), Koordinationsstörungen, progressive oder funktionell stark beeinträchtigende neurologische Ausfallsymptomatik trotz Therapie</li> <li>➤ <b>Konstanter Ruheschmerz, Nachtschmerzen</b>, die zu nächtlichem Aufstehen zwingen (Schmerzlinderung beim Sitzen oder Herumgehen)</li> <li>➤ <b>Schlechter Allgemeinzustand</b> Fieber, Gewichtsverlust, Bewusstseinsveränderung</li> <li>➤ <b>Symptompersistenz</b> oder Zunahme trotz adäquater Therapie nach 4 Wochen</li> <li>➤ <b>Allgemeine Symptome</b> Z. B. kürzlich aufgetretenes Fieber oder Schüttelfrost, Appetitlosigkeit, rasche Ermüdbarkeit, durchgemachte bakterielle Infektion, Traumata</li> <li>➤ <b>Risikofaktoren für Osteoporose</b></li> </ul>

\* Leichte neurologische Symptome, z. B. subjektive Hypästhesie oder Kribbelparästhesien sind keine Alarmzeichen und treten auch bei pseudoradikulärer Symptomatik (synonym spondylogene Ausstrahlung) auf. Kennzeichnend für diese sind, dass sie nicht auf ein Dermatome bezogen sind.

## II. Anzeichen für degenerative Wirbelsäulenerkrankungen (s. Tabelle 4)

Tabelle 4: Kardinalsymptome verschiedener degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen (siehe auch [12])

	Typische Schmerzcharakteristika	Weitere klinische Zeichen
<b>Bandscheibenvorfall</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radikuläre Schmerzausstrahlung (Cave: Medianer Bandscheibenvorfall)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurologische Ausfallerscheinungen (Paresen)</li> <li>• Verringerte Muskeleigenreflexe, Sensibilitätsstörungen</li> </ul>
<b>Spinalkanalstenose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Claudicatio intermittens spinalis</li> <li>• Schmerzausstrahlung in die Beine, Kraftverlust</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verringerung der Gehstrecke</li> <li>• Beschwerdelinderung durch Kyphosierung (Entlordosierung)</li> <li>• Hyperextensionsschmerz bei anhaltender Hyperextension von mind. 30" + Schilderung des Patienten, ob der Schmerz nun kommt wie in der Anamnese geschildert</li> </ul>
<b>Facettengelenksarthrose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pseudoradikulärer (= spondylogener) Schmerz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nächtliche, morgendliche Schmerzbetonung</li> <li>• Hyperextensionsschmerz</li> </ul>
<b>Spondylolisthese („Wirbelgleiten“)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Durchbrechgefühl“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzverstärkung nachts und bei statischen Belastungen</li> </ul>

## III. Abklärungsempfehlungen bei Hinweis auf spezifische Ursache

### • Untersuchungen

Die Evaluation basiert im Wesentlichen auf **bildgebenden Verfahren** und ev. **Laboruntersuchungen**

- Basislabor: Hämatogramm, CRP, BSG, Alkalische Phosphatase (bei V. a. osteoplastische Metastasen)
- Spezielle Labordiagnostik: Je nach vermuteter Ursache.

### • Dringlichkeit

Ergibt sich aus dem jeweiligen klinischen Bild. Wir empfehlen (in Anlehnung an NICE [15] und American College of Physicians) folgendes Vorgehen

### Notfallmässige Abklärung (MRI)

- Symptome eines Cauda equina-Syndroms
- Schwere neurologische Ausfälle (progrediente motorische Defizite)
- Verdacht auf Schub/Progression einer Multiplen Sklerose
- V. a. Infektiöse Genese (DD Spondylodiszitis), insbesondere bei St. n. Infiltrationen in der Vorgeschichte  
Hinweis: Anzeichen für eine spinale Infektion (Spondylodiscitis) finden sich nur bei 0,01 % der Patienten mit Rückenschmerzen beim Hausarzt.

### Rasche Abklärung (Rx oder MRI/CT) bei

- Anhalt für Tumor/Metastasen: Tumoranamnese (v. a. Mamma, Lunge, Prostata, Melanom, Niere, Schilddrüse) oder multiple Risikofaktoren für Tumor, stark verdächtige Klinik für ein Krebsleiden. Bei V.

- a. osteolytische Metastasen (z. B. bei Prostatakarzinom) ist ein CT zu favorisieren, osteoplastische Metastasen sind meist in der seitlichen Röntgenaufnahme erkennbar
- Anhalt für Fraktur: Vorgegangenes Trauma, Risikofaktoren Osteoporose und höheres Lebensalter
- Medikamentös nicht beherrschbare Schmerzen
- Verdacht auf Plexusneuritis oder Infektion des Nervensystems (Herpes Zoster, Borreliose oder Tuberkulose) -> ev. Liquordiagnostik erwägen, da Serologien unter Umständen je nach zeitlichem Verlauf schwierig zu interpretieren sind.

### Nicht-dringliche Abklärung bei

- **Radikulopathie**

- Bei Patienten mit leichteren neurologischen Befunden (z. B. Diskushernie mit Ischialgie, leichter Fussheberschwäche, fehlenden tiefen Sehnenreflexen, Anheben des Beines nicht vollständig möglich) soll zunächst ein konservativer Therapieversuch erfolgen (Besserung auch ohne Intervention häufig)
- Bei ausbleibender Besserung ist eine Bildgebung angezeigt, insbesondere wenn Eingriffe (z. B. Infiltration) oder eine Operation geplant sind.

#### Abklärung

- MRI.

- **Verdacht auf Spinalkanalstenose**

- Ältere Patienten, Schmerzen und Schwäche in den Beinen (welche das Stehen und Gehen auf kurze Zeit beschränken, Erholung beim Vornüberbeugen (Velofahren, Sitzen) oder einige Minuten nach Entlastung; Lasègue-Zeichen meist negativ, Beweglichkeit altersentsprechend (Finger-Boden-Abstand).

#### Abklärung

- MRI.

- **Verdacht auf entzündliche Gelenkerkrankung (Spondylarthritis, M. Bechterew)**

#### Symptome

- Bei Patienten < 40 Jahre. Typische Symptome: Morgensteifigkeit (□ 30 min), frühmorgendliches/nächtliches Erwachen wegen Kreuzschmerzen, alternierender Gesässschmerz, schleichender Beginn der Schmerzen. Schober-Test, laterale Flexion der LWS, Mennel-Test können pos. sein.

## Abklärung

- Röntgen der Iliosakralgelenke (z. B. Röntgen LWS und ISG), MRI (bei starkem klinischem Verdacht und unklaren Röntgenbildern)
- Basislabor: BSR, CRP, Blutbild, Kreatinin, Transaminasen, Harnsäure, TSH, Ferritin, CK. Speziallabor siehe GL Entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankungen.
- **Verdacht auf extravertebrale Ursache, Differentialdiagnosen**
  - Abdominelle und viszerale Prozesse, z. B. Cholezystitis, Pankreatitis
  - Gefässveränderungen, z. B. Aortenaneurysma
  - Engpasssyndrome, z. B. Thoracic-outlet-Syndrom
  - Gynäkologische Ursachen, z. B. Endometriose
  - Urologische Ursachen, z. B. Urolithiasis, Nierentumoren, perinephritische Abszesse
  - Neurologische Erkrankungen, z. B. Polyneuropathien
  - Psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen.

## 2.3. Abklärung des Chronifizierungsrisikos

Psychosoziale Risikofaktoren (RF) spielen eine grosse Rolle für einen chronifizierten Schmerzverlauf und sollten gezielt ermittelt werden. Die wichtigsten sind in nachfolgender Tabelle 5 zusammengefasst.

**Tabelle 5:** Faktoren, die auf ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko hinweisen (modifiziert nach [16])

<b>Yellow flags</b>	<b>Blue/black flags</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Katastrophieren</b> Was bedeutet eine erneute Schmerzzunahme für Sie?</li><li>➤ <b>Vermeideverhalten</b> Vermeiden Sie Bewegungen aus Angst vor Schmerzen?</li><li>➤ <b>Angst</b> Sind Sie besorgt, erneut unter Schmerzen zu leiden?</li><li>➤ <b>Depression</b> Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?</li><li>➤ <b>Wut/Frustration</b> Warum, denken Sie, haben Sie diese Schmerzen? Wie gehen Sie damit um?</li><li>➤ <b>Selbstwirksamkeit</b> Was tun Sie konkret, um die Schmerzen zu lindern?</li><li>➤ <b>Schmerzüberzeugung</b> Wie lange, denken Sie, werden Ihre Schmerzen dauern?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Blue flags</b> Sozioökonomische Faktoren: Arbeitszufriedenheit, soziale Faktoren<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Denken Sie, dass Ihre Schmerzen durch die Arbeit verursacht oder verschlechtert werden?</li><li>➤ Machen Sie sich Sorgen über die Wiederaufnahme bestimmter Tätigkeiten?</li><li>➤ Denken Sie, dass Ihre Arbeit zeitweise angepasst werden könnte?</li><li>➤ Gibt es Konflikte mit Vorgesetzten oder sind die Verhältnisse am Arbeitsplatz für Sie belastend?</li></ul></li><li><b>Black flags</b><ul style="list-style-type: none"><li>➤ Arbeitslosigkeit, familiäre Unterstützung, juristische Prozesse</li></ul></li></ul>

**Auch ÄrztInnen können durch ihr Verhalten bzw. Massnahmen das Chronifizierungsrisiko beeinflussen**

- Überbewertung von radiologischen/somatischen Befunden
- Förderung passiver Therapiekonzepte
- Übertriebener Einsatz diagnostischer Hilfsmittel
- Genaue körperliche Untersuchung notwendig, auch wenn man die Befunde schon vermutet oder kennt, falls nötig, immer wieder!
- Sich klar äussern betreffend AUF (klarer Zeitrahmen!).

### 3. Therapie unspezifischer Rückenschmerzen

Die Therapie der unspezifischen Rückenschmerzen unterscheidet sich in den einzelnen Bereichen HWS, BWS und LWS nur geringfügig. Besondere Aspekte je nach Wirbelsäulensegment -> s. Kapitel 4.

#### **Patientenberatung**

- Information des Patienten über die gute Prognose auf Grund der hohen Selbstheilungschancen (Bewegung schadet nie!) -> [mediX Gesundheitsdossier Rückenschmerzen](#)
- Hinweise auf ergonomisches Verhalten, Automobilisationsübungen und Motivation zur Bewegung; keine Bettruhe, keine Ruhigstellung (Mobilisation nach Massgabe der Beschwerden)
  - [mediX Informationsblatt Automobilisationsübungen Wirbelsäule](#)
- Frühzeitiges Ansprechen von Ängsten (-> Kap. 2.3.)
- Back to normal (Alltagsaktivitäten, berufliche Tätigkeit etc.)
- Da häufig eine zu geringe sportliche Aktivität und eine Dekonditionierung die Ursache für die Beschwerden sind, gilt es, die Eigenverantwortung des Patienten anzusprechen, da nur durch regelmässige körperliche Bewegung die Rückenschmerzen nachhaltig gebessert werden können.

#### **Prävention**

- Haltungskorrektur, Rückenschule, Kräftigung und regelmässige Bewegung wirken einer Chronifizierung und Rezidiven entgegen. Insbesondere die Förderung von Beweglichkeit sowie Kräftigungsübungen haben Studien zu Folge eine nachgewiesene (wenn auch moderate) präventive Wirkung (15)

- Massnahmen am Arbeitsplatz (ergonomische Gestaltung, Verhaltensprävention etc.).

### 3.1. Akute unspezifische Rückenschmerzen (0–4 Wochen)

#### Medikamentöse Therapie

- Analgetika und andere Medikamente können eingesetzt werden, um eine schnellere Schmerzfreiheit zu erzielen und die Beweglichkeit aufrecht zu erhalten.
- Eine Aufstellung der zur Verfügung stehenden Medikamente und die Evidenz zu deren Wirksamkeit → siehe Tabelle 6.

**Tabelle 6:** Medikamente zur Behandlung akuter und subakut-chronischer nicht spezifischer Rückenschmerzen (auf Grundlage von systematischen Cochrane-Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, Lit. bei [17])

Medikamente	Rückenschmerzen Akut	Rückenschmerzen subakut-chronisch	Anmerkungen/Ausnahmen
<b>NSAR</b>	Ja	möglich	Z. B. Ibuprofen 400–600 mg 4 x/d; Naproxen 500 mg 2 x/d (1. Wahl bei KHK), Diclofenac 50–75 mg 2 x/d für 2–4 Wochen (bei Schmerzfreiheit vorher absetzen) (8, 29). Lokal applizierte NSAR helfen an der Wirbelsäule nicht
<b>COX-2-Inhibitoren</b>	Ja	Möglich	Sind in ihrer Wirksamkeit den NSAR ebenbürtig, spezielle Kontraindikationen sind zu beachten; <b>Cave:</b> Präparate zur Behandlung des unspezifischen Kreuzschmerzes eigentlich nicht zugelassen („off-label“)
<b>Metamizol</b>	Möglich	Möglich	Im Einzelfall bei Vorliegen von Kontraindikationen bzw. Unverträglichkeit gegenüber anderen Nicht-Opioid Analgetika; Patient muss über die Nebenwirkungen aufgeklärt werden Anwendung so kurz wie möglich; klinische Daten liegen keine vor (8)
<b>Paracetamol</b>	Nein	Nein	Nicht allgemein empfohlen, da nicht wirksamer als Placebo (18), jedoch im Einzelfall möglich, falls Patient dies wünscht oder es sich als wirksam erweist
<b>Opioide</b> (z. B. Tramadol /Tramal®)	Nein	Nein	→ <b>Smarter Medicine*</b> Kann im Einzelfall erwogen werden nach frustranter Nicht-Opioid-Therapie und wenn Opioid ohne Dosissteigerung wirksam ist
<b>Muskelrelaxantien</b> (z. B. Tizanidin®)	Nein	Nein	Sind moderat wirksam, sollten aber wegen der Nebenwirkungen (eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit, gehäufte Stürze bei Älteren) sehr zurückhaltend und – wenn überhaupt – nicht länger als 2 Wochen als Ergänzungspräparat eingesetzt werden (8, 19)
<b>Antidepressiva</b>	Nein	Nein	Kann aber eingesetzt werden bei Depression, Schlafstörungen und neuropathischen Schmerzen
<b>Antiepileptika</b>	Nein	Nein	Kann jedoch bei neuropathisch Schmerzkomponente eingesetzt werden im „off-label-use“
<b>Phytotherapeutika</b>	Möglich	Möglich	Evidenz gering (20) Weidenrinde (Salix alba) 240 mg tgl., ev. ähnlich wirksam wie COX-2-Inhibitor Capsaicin (Creme, Pflaster): Kann akut, aber auch bei chronischen Schmerzen versucht werden
<b>Epidurale Steroidinjektionen</b> oder Sakralblöcke	Nein	Nein	Können bei Radikulopathien erwogen werden oder bei klaren Hinweisen auf eine Nervenwurzelkompression/engen Spinalkanal
<b>Orale Steroide</b>	Nein	Nein	Bei fehlender radikulärer Symptomatik <b>nicht</b> indiziert (12, 21). Bei radikulären Zeichen kann ein Kortisonstoss von 50 mg für 5 d im Einzelfall eine Alternative sein

\* Smarter Medicine

## Nicht-medikamentöse Therapie

- Akute unspezifische Rückenschmerzen müssen nicht zwingend rein medikamentös behandelt werden
- Nicht-medikamentöse Therapieformen und die Evidenz zu deren Wirksamkeit -> siehe Tabelle 7.

**Tabelle 7: Nicht-medikamentöse Therapie bei unspezifischen Rückenschmerzen – alphabetische Reihenfolge**

(auf Grundlage von systematischen Cochrane-Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, Lit. bei [17])

Therapie	Rückenschmerzen akut	Rückenschmerzen chronisch	Anmerkungen
<b>Akupunktur</b>	Möglich	Möglich	Keine überzeugende Evidenz, aber auch nur geringe Risiken (22); bei ausbleibendem Erfolg nach 6–8 Wochen abbrechen
<b>Beratung und Aufklärung</b>	Ja	Ja	
<b>Bewegung und Bewegungstherapie (Physiotherapie)</b>	Ja	Ja	Bei chron. Schmerz immer in Kombination mit edukativen Massnahmen nach verhaltenstherapeutischem Konzept (23), z. B. Feldenkrais, Pilates, Alexander; Medizinische Trainingstherapie (MTT) mit Beweglichkeits-, Koordinations- und Kraftübungen/Instruktion für Heimübungen
<b>Ergotherapie</b>	Nein	Möglich	Im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes v. a. bei HWS-/Schulter- und Armschmerzen
<b>Manuelle Therapie</b>	Möglich	Möglich	Kontraindikationen beachten (radikläre Symptomatik, Frakturrisiko etc.). Bei richtiger Indikationsstellung ist die Komplikationsrate der Manualtherapie sehr gering (24) In Studien bei chronischem Schmerz geringer Nutzen, kein Vorteil gegenüber Rückenschule, Analgetika, physikalischer Therapie. Die kurzzeitigen Effekte sind grösser als die langfristigen (25)
<b>Massage</b>	Möglich	Möglich	Nur In Kombination mit Bewegungstherapie
<b>„Mind Body exercises“</b>	Nein	Möglich	Yoga, Pilates, Tai-Chi bei chronischem oder rezidiv. Kreuzschmerz; die Verfahren sind gleichwertig (29)
<b>Progressive Muskelrelaxation</b>	Ja	Nein	Akut/subakut bei erhöhtem Chronifizierungsrisiko (und Stress-Belastungen, vegetativen Störungen, starken Verspannungen)
<b>Schlafkomfort</b>	Nein	Ja	Keine harten Matratzen, stattdessen bevorzugt mittlere Festigkeit (26)
<b>TENS</b>	Möglich	Möglich	Insbesondere bei Schwangeren mit Rückenschmerzen
<b>Verhaltenstherapie</b>	Nein	Möglich	Bei Vorliegen von Risikofaktoren für eine Chronifizierung im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzeptes (29)
<b>Wärmeapplikation</b>	Ja	Ja	In Verbindung mit aktivierenden Massnahmen
<b>Orthesen</b>	Nein	Nein	Ev. kurzzeitiger Halskrause bei akuten sehr schmerzhaften Radikulopathien

### Subakute und chronische unspezifische Rückenschmerzen (> 4 Wochen)

#### Nicht-medikamentöse (multimodale) Therapie

- Chronische Rückenschmerzen sind eine multifaktoriell bedingte Erkrankung, die bei Abklärung, Beurteilung und Therapie einen mehrdimensionalen Zugang erfordert (multimodale Behandlungsprogramme). Häufigkeit und Verlauf vergangener Schmerzschübe und die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte sind wichtig. Massnahmen, die positive Effekte bewirken können, sind in Tabelle 7 zusammengestellt.

### Medikamentöse Therapie

- Siehe Tabelle 6.

### Operation

- OP-Indikation: Diskushernie mit radikulären Zeichen bei ausgeprägter oder progredienter Parese und nicht therapierbaren Schmerzen (ansonsten gilt es, bei Diskushernien mit radikulärer Symptomatik die Zeitspanne bis zur Spontanheilung mittels guter Analgesie zu überbrücken (z. B. mit epiduralen Infiltrationen) (5).

## 4. Spezifische Ergänzungen gemäss Rückensegment

### HWS

**Tabelle 8:** Leitsymptome zervikaler Wurzelkompressionssyndrome (30)

Segment	Bandscheibe	Schmerz und/oder Hypästhesie	Reflexabschwächung
<b>C5</b>	C4/C5	Schulter, Scapula und Oberarm lateral	
<b>C6</b>	C5/C6	Radialer Ober/Unterarm, Daumen, gelegentlich Teile des Zeigefingers radial	Bizeps, Brachioradialis (Radiusperiost)
<b>C7</b>	C6/C7	Unterarm dorsal, Zeige- und Mittelfinger	Trizeps
<b>C8</b>	C7/Th1	Unterarm dorsal, Ring- und Kleinfinger	

- **HWS-Infiltration** ist nur in Einzelfällen – wenn überhaupt – indiziert wegen der Gefahr einer Querschnitts-Läsion als Nebenwirkung. Nur spezialisierte Zentren (z. B. Schulthess Klinik) können diese Behandlung im Rahmen einer konsiliarischen Betreuung vorschlagen bzw. durchführen.

### BWS

- Im Teenageralter nicht selten wachstumsbedingt (M. Scheuermann)
- Thorakale Bandscheibenvorfälle sind selten (bei anhaltenden einseitigen Schmerzen daran denken [27]).

#### Differentialdiagnosen

- U. a. akute internistische Erkrankungen wie Herzinfarkt, Aortendissektion oder Pulmonalarterienembolie, die klassischerweise mit Thoraxschmerzen und anderen mehr oder weniger spezifischen Symptomen einhergehen (-> **mediX Guideline Thoraxschmerz**); zudem können auch renale (z. B. Pyelonephritis) und gastrointestinale (z. B. Pankreatitis) Ursachen vorliegen. Davon abzugrenzen sind Erkrankungen, die mit muskuloskelettalen Schmerzen der Thoraxwand einhergehen (s. Tabelle 9). Isolierte Syndrome der Brustwand sind dabei von Erkrankungen systemischen Ursprungs abzugrenzen.

**Tabelle 9:** Ursachen von muskuloskelettalen Thoraxwandschmerzen (28)

Erkrankung	Klinische Symptomatik
<b>Isolierte Syndrome</b>	
<b>Schmerzen der unteren Rippen (Lower rib pain)</b>	Schmerz im unteren Thorax oder oberen Abdomen, punktuelle Druckdolenz am Rippenbogen, Schmerz auf Druck reproduzierbar; im Alter häufig auch slipping-rib Syndrom resp. reitende Rippe (Thorax/Rippenbogen kommt bis an den Beckenkamm und führt zu Schmerzen v. a. wenn die Pat. kleiner werden!)
<b>Interkostalneuralgie/ Posteriore Brustwand Schmerzen</b>	Häufig Dysfunktion der costovertebralen Gelenke; selten Bandscheibenvorfall mit radikulärer Symptomatik, unilateral, dermatombezogen, DD Herpes zoster-Neuralgie!
Costochondritis	Druckdolenz multipel, costochondrale und costosternale Gelenke meist im oberen Thorax, keine Schwellung
Tietze-Syndrom	Schmerzhafte Schwellung, costochondrale, costosternale oder sternoclaviculäre Gelenke, meist nur 1 Gelenk betroffen, v. a. junge Erwachsene
<b>Rheumatische und systemische Erkrankungen</b>	
<b>Fibromyalgie</b>	Diffuse Schmerzen, „tender points“, Brustkorb häufig mitbeteiligt; Schlafstörungen, Fatigue, assoziiert mit Angststörung und Depression
<b>M. Scheuermann</b>	Beginn in der frühen Adoleszenz. Hyperkyphosierung der BWS, erhöhte Inzidenz von Spondylolyse. Schmerzen meist subakut, zuweilen auch chronisch oder intermittierend. Schmerzzunahme nach körperl. Belastung und am Ende des Tages, eingeschränkte Rückenbeweglichkeit. Meist hören die Beschwerden nach der Adoleszenz auf
<b>M. Bechterew (Ankylosierende Spondylarthritis)</b>	Entzündungen der costovertebralen und costotransversalen Gelenke, Brustwirbelsäule häufig mitbeteiligt; klassisch lumbale Schmerzen, Steifigkeit, Sakroiliitis, selten auch Daktylitis, Uveitis
<b>Psoriasisarthritis</b>	Selten Beteiligung des Brustkorbs (z. B. sternoclaviculär); Spondylarthropathie, Polyarthritis, Nagelerkrankung, Daktylitis
<b>Systemischer Lupus erythematodes</b>	Druckdolenz der Muskeln und Gelenke der Brustwand („pleuritisch“); systemische Autoimmunerkrankung mit Arthritis, Hautmanifestationen, Perikarditis, neurologischen Veränderungen, ANA positiv
<b>Osteoporose Osteomalazie</b>	Erhöhte Frakturgefahr (auch Rippen); Risikofaktoren: Alter, weibliches Geschlecht, Kortisondauertherapie, chronische Nierenerkrankung u. a. Knochenschmerzen, Muskelschwäche, erhöhte AP und PTH, erniedrigtes Calcium und Vitamin D
<b>Tumore/Metastasen</b>	Selten primäre Tumore der Brustwand (Sarkome, multiples Myelom); lokale Metastasen von Lungen- und Mamma-Ca

\* Die fett markierten Erkrankungen sind durch höhere Prävalenzen klinisch bedeutsamer

## LWS

Abbildung 1: Untersuchungsbefunde der wichtigsten lumbosakralen Kompressionssyndrome

Schmerzen Parästhesien	Sensibilitäts- störungen	Paresen	Muskeleigen- reflexe	
			PSR ↓ 	<b>L4-Syndrom</b>
			Tibialis post.- Reflex ↓ 	<b>L5-Syndrom</b>
			ASR ↓ 	<b>S1-Syndrom</b>
		Blasen- Mastdarm- Lähmung Reithosen- anästhesie Bilaterale Beinparese	ASR ↓ 	<b>Kaudasyndrom</b>

Abbildungen adaptiert. Vorlage: © Mumenthaler, M., Schliack, T., Stöhr, M.: Läsionen peripherer Nerven und radikuläre Syndrome, 1998, Thieme Verlag, 7. Aufl.

Ausserdem: Hüftadduktion (L3), Hüftflexion (L1-2), Babinski-Reflex (DD: zentrale Läsionen).

□ **Notfall** Cauda-equina-Syndrom -> sofortige Spitaleinweisung.

## 5.Literatur

1. Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. 1. Aufl. Bern: Hogrefe; 2015.
2. O'Sullivan P: Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders. Maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. Manual therapy 2005; 10: 242–255.
3. Wheeler SG, et al.: Evaluation of low back pain in adults. UpToDate, aufgerufen 01/2023.

4. Cohen SP, Hooten WM: Advances in the diagnosis and management of neck pain. *BMJ (Clinical research ed.)* 2017; 358: j3221.
5. Knight CL, et al.: Treatment of acute low back pain. UpToDate, aufgerufen 01/2023.
6. Wise C, Goldberg D, Sullivan D: Major causes of musculoskeletal chest pain in adults. UpToDate, aufgerufen 01/2023.
7. Hoy D, March L, Brooks P, et al.: The global burden of low back pain. Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases* 2014; 73: 968 – 974.
8. BÄK, KBV, AWMF: Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Aufl.; 2017.
9. Steinmetz A, Delank S: Konservative Therapie degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen Teil I – Pathogenese.
10. Pohl M: S2k-Leitlinie Zervikale Radikulopathie. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2017.
11. Downie A, Williams CM, Henschke N, et al.: Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain. Systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)* 2013; 347: f7095.
12. Kramer S, Cavelti A: Das lumboradikuläre Syndrom und seine Differenzialdiagnosen. Primary and Hospital Care, 01/2021.
13. Steinmetz A, Delank S: Konservative Therapie degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen Teil I – Pathogenese. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2017; 27(04): 211-217.
14. Savigny P, Watson P, Underwood M: Early management of persistent non-specific low back pain. Summary of NICE *BMJ (Clinical research ed.)* 2009; 338: b1805.
15. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE Guideline, 2020.
16. Müller D, et al.: Therapie bei muskuloskelettalen Schmerzen. *Primary and Hospital Care* 2023; 23(1): 24-27.
17. Blomerg H, et al.: Nicht-invasive Therapieansätze bei akuten und chronischen Rückenschmerzen. *Praxis* 2022; 111(14):797-813.
18. Saragiotto BT, et al.: Paracetamol for low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2016.
19. Van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, et al.: Muscle relaxants for non-specific low back pain. *The Cochrane database of systematic reviews* 200 3: CD004252.
20. Oltean H, Robbins C, van Tulder MW, et al.: Herbal medicine for low-back pain. *The Cochrane database of systematic reviews* 2014: CD004504.

21. Eskin B, Shih RD, Fiessler FW, et al.: Prednisone for emergency department low back pain. A randomized controlled trial. *The Journal of emergency medicine* 2014; 47: 65–70.
22. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, et al.: Acupuncture for chronic pain. Individual patient data meta-analysis. *Archives of internal medicine* 2012; 172: 1444–1453.
23. McCaskey MA, Schuster-Amft C, Wirth B, et al.: Effects of proprioceptive exercises on pain and function in chronic neck- and low back pain rehabilitation. A systematic literature review. *BMC musculoskeletal disorders* 2014;15: 382.
24. Shekelle P, Vernon H: Spinal manipulation in the treatment of musculoskeletal pain. UpToDate, aufgerufen 01/2023.
25. Coulter ID, Crawford C, Hurwitz EL, et al.: Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain. A systematic review and meta-analysis. *The spine journal: official journal of the North American Spine Society*, 2018.
26. Kovacs FM, Abaira V, Peña A, et al.: Effect of firmness of mattress on chronic non-specific low-back pain. Randomised, double-blind, controlled, multicentre trial. *The Lancet* 2003; 362: 1599–1604.
27. Briggs AM, Smith AJ, Straker LM, et al.: Thoracic spine pain in the general population. Prevalence, incidence and associated factors in children, adolescents and adults. A systematic review. *BMC musculoskeletal disorders* 2009; 10: 77.
28. Wise C, Goldberg D, Sullivan D: Major causes of musculoskeletal chest pain in adults. UpToDate, aufgerufen 01/2023.
29. Chou R: Subacute and chronic low back pain. UpToDate, aufgerufen 01/2023.
30. Scherer M, Chenot J-F: S1-Handlungsempfehlung Nackenschmerzen. DEGAM 2016.

## 6. Impressum

Diese Guideline wurde im August 2018 erstellt. Zuletzt revidiert: Februar 2023

© Verein mediX schweiz

### Herausgeberin

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

### Redaktion

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Uwe Beise

Dr. med. Felix Huber

Dr. med. Maria Huber

### Autoren

Dr. med. Hella Scotland

Dr. med. Stefan Mariacher

Rückmeldungen bitte an: [uwe.beise@medix.ch](mailto:uwe.beise@medix.ch)

Diese Guideline wurde ohne externe Einflussnahme erstellt – in Zusammenarbeit aller regionalen mediX Ärztenetze und assoziierter Ärztenetze in der Schweiz. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten gegenüber der Industrie oder anderen Einrichtungen oder Interessengruppen.

mediX Guidelines enthalten therapeutische Handlungsempfehlungen für bestimmte Beschwerdebilder oder Behandlungssituationen. Jeder Patient muss jedoch nach seinen individuellen Gegebenheiten behandelt werden.

mediX Guidelines werden mit grosser Sorgfalt entwickelt und geprüft, dennoch kann der Verein mediX schweiz für die Richtigkeit – insbesondere von Dosierungsangaben – keine Gewähr übernehmen.

Der Verein mediX schweiz ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen und Ärzten in der Schweiz  
Verein mediX schweiz, Sumatrastr. 10, 8006 Zürich.