



**S. Bachmann**

PD Dr med Stefan Bachmann  
 Klinik für Rheumatologie und  
 internistische Rehabilitation  
 Kliniken Valens, 7317 Valens  
 stefan.bachmann@kliniken-valens.ch

■ Rev Med Suisse 2014; 10: 260-1

**EINLEITUNG**

Gemäss einer Erhebung des Bundesamtes für Statistik sind Kreuzschmerzen die häufigste «Krankheit» in der Grundversorgung während einer 4-wöchigen Beobachtungsphase mit 8% davon betroffenen Frauen und 13% betroffene Männer. Die Lebensprävalenz beträgt zwischen 60-80%. Die meisten Kreuzschmerzen klingen innerhalb von 6 Wochen wieder ab. Nur ca. 10-20% aller Patienten leiden nach 6 Monaten noch an lumbalen Rückenschmerzen.

**KLINIK**

In der klinischen Untersuchung finden sich häufig muskuläre Verspannungen der Rückenmuskeln und Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule. Diese Funktionsstörungen können gelegentlich für die Schmerzen verantwortlich sein. Häufig sind sie jedoch mehr Ausdruck des «allgemeinen Schmerz-Leidens». Chronische Rückenschmerzen und die deswegen entstehenden Behinderungen sind häufig zusätzlich von psychologischen Faktoren wie eigene Überzeugungen, Coping-Verhalten, allgemeinem Stress und Umgang mit den Einschränkungen abhängig. Diese Faktoren

**Tabelle 1. Rote Flaggen beim lumbalen Rückenschmerz als Hinweise auf eine spezifische Erkrankung der Wirbelsäule**

- Alter < 20 Jahre, > 55 Jahre
- Malignom in der Anamnese
- Heftiges Wirbelsäulentrauma in der aktuellen Anamnese
- Unerklärter Gewichtsverlust
- Allgemeines Unwohlsein im Zusammenhang mit dem Kreuzschmerz
- Zunehmender Schmerz, neurologische Ausfälle
- Keine Besserung im Liegen
- Vorwiegend Nachtschmerzen
- Morgensteifigkeit > 1 Stunde
- i.v. Drogenabusus
- Langdauernde Kortisonbehandlung
- Gleichzeitige Urin- und/oder Hautinfektion
- Blasen-/Darmfunktionstörungen

# Abklärung und Behandlung bei chronischen lumbalen Rückenschmerzen

spielen eine wichtige Rolle im Krankheitsprozess und führen häufig zusammen mit körperlicher Schonung zu einer somatopsychischen Dekonditionierung.

Radiologische Veränderungen an der Wirbelsäule sind häufig und nehmen mit dem Alter zu. Sie zeigen in der Regel kaum eine Korrelation zum Beschwerdebild des Patienten. Auch mit dem MRI nachweisbare Veränderungen an den Bandscheiben sind häufig, über das Alter zunehmend und korrelieren oft beim chronischen Rückenschmerz nicht mit den geklagten Symptomen oder den klinischen Befunden.

**EINTEILUNG DER CHRONISCHEN LUMBALEN RÜCKENSCHMERZEN**

Spezifische Rückenschmerzursachen sind selten, so dass 85-90% aller chronischen Rückenbeschwerden als unspezifische Rückenschmerzen einzuordnen sind.

Diese sollten einfach nach der Lokalisation der Schmerzen eingeteilt werden. Vier diagnostische Gruppen werden unterschieden: 1) Lokale Kreuzschmerzen; 2) Kreuzschmerzen mit Ausstrahlungen bis zum Knie; 3) Kreuzschmerzen mit Ausstrahlungen bis unter das Knie, ohne neurologische Ausfälle; 4) Kreuzschmerzen mit Ausstrahlungen bis zum Fuss, mit oder ohne neurologische Ausfälle.

**DIAGNOSTISCHES VORGEHEN BEIM CHRONISCHEN RÜCKENSCHMERZ**

Der erste und wichtigste Schritt in der klinischen Evaluation ist die Anamnese. Dabei sollen die Schmerzen in all ihren Dimensionen erfasst werden. Zu beachten sind auch die roten und gelben Flaggen (Tabelle 1 und 2), welche wichtige Hinweise auf eine spezifische Wirbelsäulenerkrankung oder bezüglich psychischen und psycho-

**Tabelle 2. Gelbe Flaggen als Hinweise für eine Chronifizierung der Kreuzschmerzen**

**Eigene Überzeugungen**

- Überzeugung, dass der Schmerz schädlich oder bedrohlich ist
- Überzeugung, dass der Schmerz abklingen muss, bevor Aktivitäten wieder möglich werden
- Angstbedingtes Vermeidungsverhalten; Angst, dass der Schmerz mit Aktivität zunimmt

**Verhalten**

- Maladaptives Coping mit passiven Tendenzen, z.B. gehäuft Bettruhe, sozialer Rückzug oder Vermeidung alltäglicher Belastungen
- Hohe Schmerzbewertung
- Unangebrachter und häufiger Gebrauch von Hilfsmitteln (z.B. Stöcke, Bandagen, Orthesen)

**Versicherungstechnische Aspekte**

- Frühere langdauernde Krankschreibungen wegen Rückenschmerzen
- Frühere langdauernde Krankschreibungen wegen anderen gesundheitlichen Problemen
- Keine (finanziellen) Anreize rasch wieder an die Arbeit zurück zu gehen

**Diagnostische und therapeutische Prozeduren**

- Gehäufte Arztbesuche, «doctor shopping»
- Förderung passiver Tendenzen durch Vorbehandler
- Subjektive Erfahrung von sich widersprechenden Erklärungen und Diagnosen für die Kreuzschmerzen, Konfusion
- Dramatisieren der Kreuzbeschwerden durch Ärzte, Therapeuten

**Emotionen**

- Angst vor Schmerz und Bewegung
- Depression
- Ängstlich betonte, überbewertete Selbstwahrnehmung körperlicher Symptome
- Sozialer Rückzug

**Arbeit**

- Schwere manuelle Arbeit
- Überzeugung, dass Arbeit für den Rücken schädlich ist
- Niedriger sozialer Status und niedriger Ausbildungsgrad
- Schlechtes Arbeitsumfeld, Unzufriedenheit mit aktueller Arbeit oder aktuellem Arbeitsplatz

sozialen Belastungen geben können. Die Anamnese wird gefolgt von einer körperlichen Untersuchung. Bei der Abklärung von chronischen Rückenbeschwerden soll nicht nur die Wirbelsäule untersucht werden, sondern es muss wegen der differentialdiagnostischen und differentialtherapeutischen Implikationen zusätzlich ein vollständiger internistischer und neurologischer Status erhoben werden, um allfällige spezifische Ursachen der Rückenschmerzen zu erfassen. Da bei chronischen Kreuzschmerzen sehr häufig auch eine psychische Mitbeteiligung vorhanden ist, sollten eigentlich alle Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen psychiatrisch abgeklärt werden, um diejenigen Patienten zu erfassen, bei denen eine psychiatrische Ko-Morbidität vorliegt und die neben der somatischen Therapie des Rückenleidens von einer psychiatrischen Behandlung profitieren können.

Nach Anamnese und klinischer Untersuchung folgt allenfalls (aber nicht notwendigerweise) eine radiologische Abklärung. An erster Stelle stehen dabei die stehenden Aufnahmen der Wirbelsäule. Auf diesen Aufnahmen lassen sich die Form und Haltung der Wirbelsäule, die Wirbelkörper und Facettengelenke sowie die Zwischenwirbelräume und die SIG beurteilen. Weiterführende Abklärungen mittels MRI sind nur bei entsprechendem klinischem Verdacht sinnvoll.

Laboruntersuchungen inkl. Rheumaimmunologie (z.B. HLA-B27) können die Abklärungen komplettieren.

## BEHANDLUNG DES CHRONISCHEN LUMBALEN RÜCKENSCHMERZES

### Medikamente

Zur medikamentösen Behandlung kommen Analgetika (WHO-Stufenmodell), nicht-steroidale Entzündungshemmer und Myotonolytika zur Anwendung, ebenso wie Antidepressiva oder Antiepileptika als Koanalgetika. Paracetamol ist das Schmerzmittel der ersten Wahl. Tramadol zeigte ebenfalls einen positiven Effekt gegenüber Placebo. Bei ungenügendem Ef-

fekt der Analgetika kommen auch Antirheumatika oder COX-II-Inhibitoren zum Einsatz. Die Antirheumatika sind in der Wirkung untereinander vergleichbar, aber den Analgetika oder Muskelrelaxantien nicht signifikant überlegen. Die kardiovaskulären Risiken der Coxibe und der NSAR sind zu beachten. Antidepressiva werden gerne als Koanalgetika zur Wiederherstellung der Serotonin- und Noradrenalin- Neurotransmitterbalance eingesetzt. Dabei zeigten sich vor allem Antidepressiva mit gleichzeitiger Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung als effektiv. Zuletzt sollte die Gabe von Vitamin D nicht vergessen werden. Dies vor allem in der älteren Population, bei der mittlerweile gute Evidenz besteht, dass die Gabe von Vitamin D Rückenschmerzen vermindern kann und Stürze verhindert. Beim chronischen unspezifischen Rückenschmerz haben Kortikosteroide keinen Stellenwert.

### Infiltrationen

In ausgewählten Fällen können gezielte Infiltrationen sinnvoll sein. Bei fazettogenen Schmerzen aufgrund degenerativer Veränderungen der Wirbelkörpergelenke sind diese Massnahmen zur kurzfristigen Symptomkupierung effektiv. Die infiltrativen Behandlungen können zudem durch die Schmerzlinderung therapeutisch die Voraussetzungen für einen anhaltenden Behandlungserfolg der aktiven Physiotherapie schaffen.

### Physiotherapie

In der physiotherapeutischen Behandlung des chronischen Rückenschmerzes geht es primär darum den Patienten rasch möglichst wieder dazu zu bringen, seine normalen Aktivitäten aufzunehmen. Diesbezüglich haben sich aktive Übungsprogramme zusammen mit cognitiv-behavioralen Behandlungen als wirksam erwiesen. Hilfreich ist meist eine medizinische Trainingstherapie. Diese Therapie ist auf die Verbesserung der kardiovaskulären Fitness, der Kraft und der Kraftausdauer ausgerichtet. Damit lassen sich die self-efficacy, die allgemeine körperliche Belastbarkeit und die arbeitspezifische Leistungsfähigkeit verbessern.

Auch allgemeine sporttherapeutische Behandlungen sind empfehlenswert um die allgemeine Fitness und körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern. Sportliche Aktivitäten sollten auch nach Abschluss einer Physiotherapie weiter vom Patienten durchgeführt werden. Hinsichtlich der häufig angewandten passiv-physikalischen Massnahmen besteht nur eine moderate Evidenz für eine oberflächliche Wärmetherapie mit einer meist kurzfristigen Verminderung der Schmerzen und der Behinderung. Massagen scheinen die Beschwerden über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten günstig zu beeinflussen. Die Evidenz der Elektrotherapie wird kontrovers diskutiert und beurteilt.

### Rehabilitation

Eine ambulante oder stationäre Rehabilitation ist bei Versagen der einfachen ambulanten Physiotherapien sinnvoll. Interdisziplinäre Rehabilitationsmassnahmen sind geeignet, die Schmerzen zu lindern, die allgemeine Funktionsfähigkeit zu verbessern und die Rückkehr zur Arbeit zu fördern. Mittels einer Rehabilitation lassen sich gegenüber einer üblichen Behandlung im Schnitt 30 Krankheitsausfallstage verhindern. Die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung der Arbeitsunfähigkeit ist langfristig um ca. 30% niedriger wenn eine übliche Behandlung und nicht eine aktive Übungsbehandlung durchgeführt wird. Eine funktions- und leistungsorientierte Rehabilitation ist zudem einer schmerzorientierten Behandlung kostenmässig überlegen. ■

### Bibliographie

- Bachmann S, Mietzsch T. Kreuzschmerzen- Abklärung und Behandlung aus rheumatologisch- internistischer Sicht. *Phys Med Rehab Kuror* 2010;20:41-56.
- Bachmann S, Oesch P. Physiotherapie und Rehabilitation bei unspezifischen Kreuzschmerzen. *Therapeutische Umschau* 2013;70:543-8.
- van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, et al. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24:193-204.
- van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2011;20:19-39.