

# Diagnostik bei Nackenschmerzen

## Das richtige Mass finden

**Nackenschmerzen machen in der Hausarztpraxis etwa 4 Prozent aller Beratungsanlässe aus. Hausärzte sind hier häufig mit Patienten konfrontiert, die bestimmte diagnostische bildgebende Verfahren und Therapiemaßnahmen einfordern. Dieser Umstand setzt den Arzt oft unter Druck und kann – in Kombination mit dem täglichen Zeitmangel, dem Wunsch nach schnellem Behandlungserfolg und einer langjährigen Routine – für eine mangelnde Umsetzung der Nackenschmerzleitlinie sorgen. Das Ergebnis ist häufig eine Über- oder Fehlversorgung der Patienten.**

Isabel Höppchen, Maren Wittek, Joachim Szecsenyi

Unter Nackenschmerzen versteht man Schmerzen in dem Gebiet, das kranial durch die Linea nuchalis superior, kaudal durch den ersten Brustwirbel und jeweils lateral durch die Ansätze des M. trapezius am Schultergelenk begrenzt wird (21).

Zeitlich erfolgt die Einteilung von Nackenschmerzen in akut, subakut und chronisch (21). Zusätzlich differenziert man sie nach ihrer Ätiologie. Alle Nackenschmerzen, denen keine raumfordernden, entzündlichen, traumatischen oder systemischen Prozesse zugrunde liegen, werden als nicht spezifisch bezeichnet. Im Gegensatz dazu liegen bei Verdacht auf konkrete organische Ursachen spezifische Nackenschmerzen vor (vgl. *Tabelle 1*) (3, 21).

### MERKSÄTZE

- ▶ Grundlage der Diagnostik von Nackenschmerzen bilden Anamnese und körperliche Untersuchung.
- ▶ Bei Hinweisen auf spezifische, ernsthafte Pathologien (Red Flags) kann eine Überweisung an einen Facharzt notwendig sein. Daneben müssen auch potenzielle psychosoziale Risikofaktoren (Yellow Flags) abgeklärt werden.
- ▶ Bildgebende Verfahren sind sparsam und nur bei Verdacht auf Red Flags einzusetzen.
- ▶ Die Wirksamkeit von NSAR und Relaxanzien bei akuten Nackenschmerzen ist umstritten. Während ein kurzfristiger Einsatz (max. 12 Wochen) von NSAR empfohlen wird, spielen Relaxanzien bei nicht spezifischen Nackenschmerzen in der S1-Leitlinie auch wegen zum Teil sedierender Nebenwirkungen keine Rolle.
- ▶ Die Leitlinie empfiehlt Mobilisierung und Manipulation bei akuten, subakuten und chronischen Zuständen.

### Epidemiologie

Während es in anderen Ländern zahlreiche Studien zur Häufigkeit von Nackenschmerzen gibt, mangelt es in Deutschland an einer aussagekräftigen Datenbasis. Die Global Burden of Disease Study ordnete Nackenschmerzen im Jahr 2010 als den vierthäufigsten Grund für Einschränkungen der Lebensqualität ein (18).

Hoy et al. (13) schätzen die Punktprävalenz von Nackenschmerzen auf 0,4 bis 41,5 Prozent in der Gesamtbevölkerung. Die Neuerkrankungsrate von Nackenschmerzen steigt mit zunehmendem Alter und erreicht einen Peak zwischen 35 und 49 Jahren (13). Die Prävalenz in Industriestaaten, hier vor allem in städtischen Regionen, wird allgemein höher eingeschätzt (13).

Nackenschmerzen haben meist einen harmlosen Charakter mit hoher spontaner Heilungstendenz. Ähnlich wie Schmerzen in der Lumbalregion können Nackenschmerzen einen episodischen Verlauf über das gesamte Leben eines Betroffenen nehmen und werden von verschiedensten äusseren und persönlichen Faktoren beeinflusst (2, 13). Während sich akute Zustände innerhalb von zwei Monaten von selbst bessern können, leidet die Hälfte der Patienten weiter an Beschwerden oder bekommt Rückfälle (2). Betroffene beschreiben dabei Einschränkungen im Alltag (beim Autofahren, bei der Computerarbeit oder der Teilnahme an sozialen Aktivitäten), was wiederum die Belastung durch die Krankheit erhöhen kann (13).

### Probleme in der Hausarztpraxis

Ein kausaler Zusammenhang zwischen Befund und beklagten Symptomen lässt sich bei nicht spezifischen Nackenschmerzen selten herstellen (6). Bildgebende Verfahren dienen deshalb häufig nur dem Bedürfnis von Ärzten und Patienten, organische Ursachen nachzuweisen. Zervikale Spondylosen, Osteoarthrosen oder Bandscheibendegenerationen finden sich jedoch auch bei beschwerdefreien Patienten und können daher meist nicht als alleinige Auslöser für Nackenschmerzen gelten (6). Nur in weniger als 1 Prozent der Fälle sind hier

Tabelle 1:

**Einteilung von Nackenschmerzen (eigene Darstellung in Anlehnung an die DEGAM-Leitlinie)**

|                |                  |  |
|----------------|------------------|--|
| Nach Dauer     | Akut             | 0-3 Wochen   |
|                | Subakut          | 4-12 Wochen  |
|                | Chronisch        | >12 Wochen   |
| Nach Ätiologie | Nicht spezifisch | Keine spezifisch behandlungs- oder abklärungsbedürftige Ursache            |
|                | Spezifisch       | Verdacht auf radikuläre Reizung, Trauma, Z. n. Operation, Systemerkrankung |

Zeichen einer gefährlichen Grunderkrankung, wie Tumoren, Infektionen, Arachnoidalblutungen oder Dissektion der A. vertebralis, als Ursache nachweisbar (11). Hausärzte sind oft in der Situation, dass sich subjektive Empfindungen des Patienten von den objektiven Beurteilungen des Arztes unterscheiden (23). Die Erwartung der Patienten, einen Anspruch auf eine Therapie zu haben, ist äusserst präsent (23). Ein gleichzeitiger Mangel an körperlicher Selbstkompetenz oder eine Vermeidungshaltung fördert unangemessene

Forderungen nach medizinischen Leistungen. Patienten sind meist vom Vorhandensein einer physischen Ursache überzeugt, während psychische Einflussfaktoren nicht in Betracht gezogen oder kategorisch ausgeschlossen werden (23).

**Diagnostik**

Der strukturierten Diagnostik von Nackenschmerzen liegen eine ausführliche Anamnese sowie eine körperliche Untersuchung zugrunde. Diese geben das Ausmass des weiteren Vorgehens und des Therapieumfangs vor (Abbildung) (22).

**Red Flags und Yellow Flags**

Für die Entscheidung, ob eine Überweisung an einen Facharzt notwendig ist, sind sogenannte Red Flags (RF) heranzuziehen. Diese müssen bei der Anamnese und der Diagnostik durch den Hausarzt berücksichtigt werden (2, 3, 23, 24). Bei RF handelt es sich um Hinweise auf eine spezifische, ernsthafte Pathologie, welche die Ursache für die Symptome des Patienten sein kann (Tabelle 2) (3). Eine oberflächliche Diagnostik sowie eine Vernachlässigung der Äusserungen des Patienten können hier eine gravierende Unter- oder Fehlversorgung nach sich ziehen (23). Dies passiert etwa durch ein fehlerhaftes oder unbegründetes Einsetzen invasiver Therapiemassnahmen, eine Vernachlässigung des Untersuchens von RF oder eine verspätete beziehungsweise unkommentierte Überweisung des Patienten an einen Facharzt. Neben RF existieren auch sogenannte Yellow Flags (YF). Unter YF sind psychosoziale Risikofaktoren zu verstehen, die einen Einfluss auf Krankheitsverlauf und Schmerzwahrnehmung

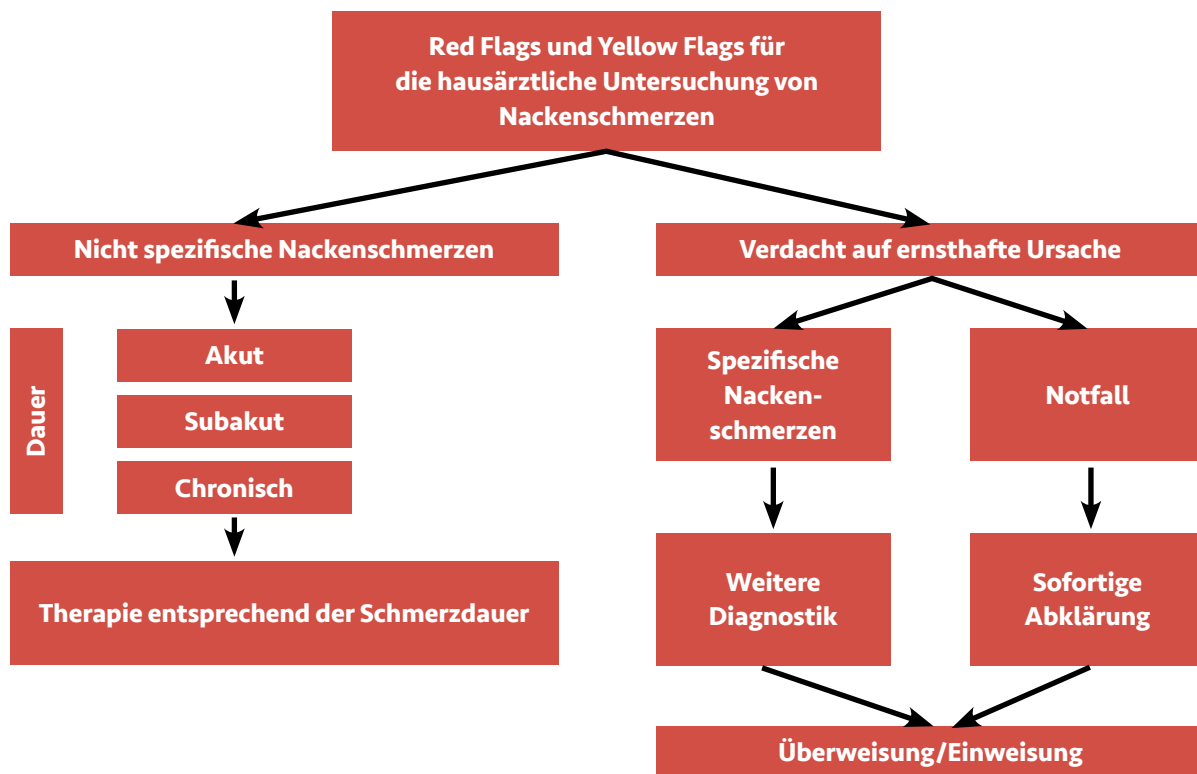


Abbildung: Strukturiertes Vorgehen in der Hausarztpraxis (eigene Darstellung in Anlehnung an die DEGAM-Leitlinie)

Tabelle 2:

**Red Flags und Yellow Flags für die hausärztliche Untersuchung von Nackenschmerzen (eigene Darstellung)**

| Red Flags  | Yellow Flags  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Traumata</li> <li>▲ rheumatoide Arthritis</li> <li>▲ infektiöse Symptome</li> <li>▲ Spondylarthropathie</li> <li>▲ konstitutionelle Symptome: Fieber, Leistungsminderung, (Nacht-)Schweiss, Gewichtsverlust</li> <li>▲ Langzeittherapie mit Kortikosteroiden</li> <li>▲ neurologische Zeichen</li> <li>▲ Alter &lt; 20 bzw. &gt; 50 Jahre</li> <li>▲ frühere Tumorerkrankungen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ niedriges Bildungsniveau</li> <li>▲ geringe berufliche Qualifikation</li> <li>▲ Angst, beruflichen Anforderungen nicht gerecht zu werden</li> <li>▲ Angst, soziale Absicherung zu verlieren</li> <li>▲ berufliche Unzufriedenheit</li> <li>▲ Verlust des Arbeitsplatzes</li> <li>▲ soziale Probleme am Arbeitsplatz</li> </ul> |

mung haben können (Tabelle 2). Der Hausarzt sollte für YF sensibilisiert sein, um entsprechend reagieren und mit dem Patienten darüber sprechen zu können (5). Psychosoziale Kompetenzen sind hierfür notwendig.

**Anamnese**

Im Gespräch sollte der Arzt vorrangig die Charakteristika der Nackenschmerzen erfassen, wie zum Beispiel den zeitlichen Verlauf der Beschwerden, die Schmerzqualität, die Lokalisation und etwaige Ausstrahlungen in die Arme (22). Informationen über frühere Krankheitsepisoden sowie deren Therapien, die Medikamentenanamnese und Komorbiditäten sind zu dokumentieren (22).

**Körperliche Untersuchung**

Bei der Inspektion sollte vor allem auf funktionelle Fehlstellungen oder schmerzbedingte Haltungen (z. B. Kopfhaltung) geachtet werden. Auch benachbarte Abschnitte der Halswirbelsäule (HWS), wie Kiefergelenk und Schultergürtel, sind zu berücksichtigen. Die Untersuchung der Schulter ist hierbei besonders bedeutsam, da vor allem Tendinitiden und Bursitiden ausstrahlende Schmerzen in die Arme verursachen können und somit schwer von einer Radikulopathie zu unterscheiden sind (22). Miosis, Ptosis und Enophthalmus können Hinweise auf ein Horner-Syndrom sein (22).

Die Palpation umfasst eine Untersuchung der tastbaren knöchernen Strukturen und des Weichteilgewebes. Ein leichter Druck auf Dorn- und Querfortsätze verursacht normalerweise keine Schmerzen (22). In der Muskulatur können schmerzhafte Punkte gefunden oder getastet werden (sog. Triggerpunkte) (22). Schwellungen der Lymphknoten sollte der Arzt als Hinweis auf eine infektiöse oder entzündliche Erkrankung berücksichtigen (22). Die Beweglichkeitsprüfung der HWS umfasst Bewegungen in Reklination, Inklinatation, Rotation und Seitneigung im Seitenvergleich. Bei ausstrahlenden Schmerzen in die Arme ist gegebenenfalls eine neurologische Untersuchung der Arme (Sensibilität, Motorik, Reflexe) nötig (22).

**Bildgebende Verfahren**

Man muss ausdrücklich darauf hinweisen, dass bildgebende Verfahren nur bei Verdacht auf RF und somit sparsam einzusetzen sind. Werden Röntgen, Magnetresonanztomografie (MRT) und Computertomografie (CT) als Screeninginstrumente angewandt, kann die Aufmerksamkeit fälschlicherweise auf radiologische Details, zum Beispiel altersentsprechende degenerative Veränderungen, gelenkt werden. Dies kann zu einer Pathologisierung des Patienten beitragen. Bei nicht traumatischen Nackenschmerzen ist deshalb nach Ausschluss von RF auf eine Bildgebung zu verzichten (22). Die Indikation für ein bildgebendes Verfahren liegt vor, wenn neurologische Defizite oder radikuläre Schmerzen auftreten oder ein Frakturverdacht vorliegt (22). All diese Beschwerden können zum Beispiel durch Bandscheibenvorfälle, Foraminaalstenosen oder vorangegangene HWS-Traumata (z. B. durch einen Auffahrunfall) ausgelöst werden und erfordern eine weitere diagnostische Abklärung (22).

Nach Ausschluss spezifischer Nackenschmerzen beziehungsweise nach Überweisung des Patienten an entsprechende Fachärzte steht die Unterstützung des Spontanverlaufs im Vordergrund. Die hausärztliche Behandlung sollte vor allem Aufklärung und Beratung des Patienten, Hilfe zur Beibehaltung der Aktivitäten sowie, falls nötig, eine kurzfristige analgetische Therapie umfassen. Ziel ist es, die Massnahmen sinnvoll zu begrenzen und gleichzeitig einer Chronifizierung der Erkrankung entgegenzuwirken.

**Therapie nicht spezifischer Nackenschmerzen**

Die S1-Leitlinie «Nackenschmerz» (21) listet verschiedene konservative Therapieoptionen für nicht spezifische Nackenschmerzen auf. Aufgrund der weitgehend unzureichenden Studienlage lässt sich der Stellenwert der genannten Therapieoptionen gegenüber Spontanverlauf, Placeboeffekten und therapeutischer Zuwendung jedoch nicht eindeutig benennen.

**Medikamentöse Behandlung**

Dass Relaxanzien eine schmerzlindernde Wirkung auf Nackenschmerzen haben, ist nur durch eine schwache Evidenz belegbar (1). Aus diesem Grund und wegen der bekannten sedierenden Nebenwirkungen vieler Relaxanzien empfiehlt die Leitlinie keine Gabe bei nicht spezifischen Nackenschmerzen (21). Für die nicht steroidal Antirheumatika (NSAR) gibt es widersprüchliche Hinweise, dass sie bei akuten Nackenschmerzen schmerzlindernd wirken können (19, 26). Die Leitlinie empfiehlt dennoch eine kurzfristige Gabe über maximal zwölf Wochen, wobei Patienten über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden sollten (21).

**Mobilisation und Manipulation**

Die Leitlinie empfiehlt Mobilisierung und Manipulation bei akuten, subakuten und chronischen Zuständen (21). Aufgrund der Studienlage lässt sich jedoch sagen, dass hier die Art der Anwendung von entscheidender Bedeutung ist. Bei akuten Nackenschmerzen beschreibt ein Review, dass multiple zervikale Manipulationen effektiver in der Schmerzlinderung sein können als die Medikation (9). Bei chronischen Nackenschmerzen scheint eine einmalige zervikale Manipulation nur zur kurzfristigen Schmerzlinderung (< 6 Monate)

beizutragen (9). Es gibt zudem moderate Evidenz, dass eine Kombination aus Manipulation und verschiedenen Mobilisationstechniken chronische Schmerzen langfristig reduzieren und die Funktion verbessern kann (4).

### Akupunktur

Für die in der Leitlinie empfohlene Akupunktur bei chronischen Nackenschmerzen findet sich in der Literatur nur schwache Evidenz für eine kurz- bis mittelfristige schmerzlindernde Wirkung auf Beschwerden, die im Zusammenhang mit chronischen Nackenschmerzen stehen (21, 27).

### Injektionen

Die Leitlinie empfiehlt keine Injektion von Lokalanästhetika bei Nackenschmerzen (21). Die widersprüchliche Studienlage bezüglich intramuskulärer und epiduraler Injektionen sowie hinreichend beschriebene Komplikationen durch Injektionen (z. B. Infektionen) unterstützen diese Empfehlung (19, 21).

### Bewegungstherapie und Physiotherapie

Die Leitlinie rät von einer Ruhigstellung durch immobilisierende Massnahmen ab und empfiehlt eine frühe Wiederaufnahme von Aktivität schon in der akuten Phase (21). Welche Aktivitäten bei akuten Nackenschmerzen konkret schmerzlindernd sind, lässt sich jedoch nicht eindeutig sagen. Aktuelle Studien fanden zudem nur schwache Evidenz dafür, dass Bewegungstherapie bei akuten Nackenschmerzen überhaupt schmerzlindernd wirkt (8). Bei subakuten und chronischen Nackenschmerzen spricht eine starke Evidenz für einen multimodalen Therapieansatz. Eine Kombination aus Bewegungstherapie und Mobilisation scheint bei chronischen Zuständen erfolgreicher in der langfristigen Schmerzlinderung zu sein als die Bewegungstherapie allein (4, 12, 14). Hinsichtlich achtsamkeitsorientierter Bewegungsprogramme wie Yoga gibt es wiederum nur schwache Evidenz für eine kurz- bis mittelfristige Linderung chronischer Nackenschmerzen (8, 17).

Für sonstige physiotherapeutische Massnahmen lässt sich keine bis eine schwache Evidenz bezüglich der Wirksamkeit nachweisen. Massageanwendungen, so zeigten Reviews, bringen keine signifikante Verbesserung der Schmerzintensität über einen Tag hinaus (15, 25).

Auch andere Massnahmen wie die manuelle Traktion, die Elektrotherapie, die kraniosakrale Therapie oder das Schröpfen zeigen lediglich eine schwache Evidenz für eine langfristige Schmerzlinderung (7, 10, 16, 20). ▲

Maren Wittek

Isabel Höppchen

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Universitätsklinikum Heidelberg

D-69120 Heidelberg

Interessenlage: Die Autoren haben keine Interessenkonflikte deklariert.

Dieser Artikel erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 20/2019. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autoren.

### Literatur:

1. Chou R et al.: Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28(2): 140–175.
2. Cohen SP: Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. *Mayo Clin Proc* 2015; 90(2): 284–299.
3. Cohen SP, Hooten WM: Advances in the diagnosis and management of neck pain. *BMJ* 2017; 358: j3221.
4. Coulter ID et al.: Manipulation and mobilization for treating chronic nonspecific neck pain: a systematic review and meta-analysis for an appropriateness panel. *Pain Physician* 2019; 22: 55–70.
5. Egidi G, Becker A: Leitlinien für die Primärvorsorgung: Vom runden Tisch zur realen Praxis. In: Casser HR et al. (Hrsg.) Rückenschmerzen und Nackenschmerzen – Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Versorgungspfade, Patientenedukation, Begutachtung, Langzeitbetreuung. Springer, Berlin, Heidelberg, 2016; S. 631–637.
6. Gore DR et al.: Roentgenographic findings of the cervical spine in asymptomatic people. *Spine* 1983; 11(6): 521–524.
7. Graham N et al.: Mechanical traction for mechanical neck disorders: a systematic review. *J Rehabil Med* 2006; 38(3): 145–152.
8. Gross A et al.: Exercises for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 1: CD004250.
9. Gross A et al.: Manipulation and mobilisation for neck pain contrasted against an inactive control or another active treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (9): CD004249.
10. Haller H et al.: Craniosacral therapy for the treatment of chronic neck pain: a randomized sham-controlled trial. *Clin J Pain* 2016; 32(5): 441–449.
11. Heller CA et al.: Value of x ray examinations of the cervical spine. *Br Med J* 1983; 827(6401): 1276–1278.
12. Hidalgo B et al.: The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: a systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2017; 30(6): 1149–1169.
13. Hoy DG et al.: The epidemiology of neck pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24(6): 783–792.
14. Kay TM et al.: Exercises for mechanical neck disorders (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD004250.
15. Kong LJ et al.: Massage therapy for neck and shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013; 2013: 613279.
16. Kroeling P et al.: Electrotherapy for neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (8): CD004251.
17. Li Y et al.: Effects of yoga on patients with chronic nonspecific neck pain: a PRISMA systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2019; 98(8): e14649.
18. Murray CJ et al.: The state of US health, 1990–2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA* 2013; 310(6): 591–608.
19. Peloso P et al.: Medicinal and injection therapies for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2): CD000319.
20. Saha FJ et al.: The effects of cupping massage in patients with chronic neck pain – a randomised controlled trial. *Complement Med Res* 2017; 24(1): 26–32.
21. Scherer M, Chenot JF: DEGAM S1 Handlungsempfehlung Nackenschmerzen. 2016; verfügbar unter: [http://https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/053-007L\\_S1\\_Nackenschmerz\\_2017-01.pdf](http://https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-007L_S1_Nackenschmerz_2017-01.pdf) (abgerufen:24.08.2019).
22. Scherer M, Chenot JF: Die körperliche Untersuchung bei Nackenschmerzen. *Z Allg Med* 2007; 83(12): 507–521.
23. Scherer M, Niebling W: Die Primärvorsorgung von Patienten mit Nackenschmerzen. *Z Allg Med* 2005; 81: 348–358.
24. Simmenroth-Nayda A: Nackenschmerzen: Die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). *AS-TUP* 2010; 3(10): 2–6.
25. Wei X et al.: Clinical evidence of chinese massage therapy (Tui Na) for cervical radiculopathy: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2017; 2017: 9519285.
26. Wong JJ et al.: Are non-steroidal anti-inflammatory drugs effective for the management of neck pain and associated disorders, whiplash-associated disorders, or non-specific low back pain? A systematic review of systematic reviews by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur Spine J* 2016; 25(1): 34–61.
27. Yuan QL et al.: Traditional Chinese medicine for neck pain and low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015; 10(2): e0117146.