

*Chronische Rückenschmerzen neu denken***Meist unspezifisch und funktionell**

Trotz moderner diagnostischer Möglichkeiten und zunehmender Spezialisierung bleibt die Behandlung chronischer Rückenschmerzen eine Herausforderung im klinischen Alltag. Dr. René Zenhäusern, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Zürich, beleuchtete am Quadrimed-Kongress in Crans-Montana eine evidenzbasierte, praxisnahe und differenzierte Einordnung chronischer (un)spezifischer Rückenschmerzen mit besonderem Augenmerk auf der funktionellen Pathophysiologie, der Rolle der Muskulatur, neurophysiologischen Aspekten und einer rationalen Diagnostik und Therapie.

Chronische Rückenschmerzen zählen weltweit zu den häufigsten Ursachen für funktionelle Einschränkungen, Arbeitsunfähigkeit und Arztkonsultationen. Sie stellen nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein erhebliches sozioökonomisches Problem dar.

Rückenschmerzen weisen eine Lebenszeitprävalenz von rund 63% auf, mit einer 12-Monats-Prävalenz von über 50% und einer Punktprävalenz von mehr als 40% (1). Sie betreffen alle Altersgruppen, zeigen jedoch eine Zunahme mit steigendem Lebensalter. Klinisch relevant sind insbesondere die hohe Rezidivrate sowie die Tendenz zur Chronifizierung. Für die ärztliche Praxis bedeutet dies, dass Rückenschmerzen nicht als isoliertes Ereignis, sondern als wiederkehrendes oder potenziell chronisches Krankheitsbild betrachtet werden müssen. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Heterogenität der Patienten. Rückenschmerzen entstehen in einem komplexen Zusammenspiel aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Lebensstil, berufliche Belastung, körperliche Aktivität sowie individuelle Erwartungen und Ängste beeinflussen sowohl Symptomatik als auch Therapieerfolg massgeblich.



René Zenhäusern

(Foto: zVg)

Spezifische und unspezifische Rückenschmerzen: Klinische Einordnung

Aus diagnostischer Sicht ist die Unterscheidung zwischen spezifischen und unspezifischen Rückenschmerzen essenziell. Nur etwa 10–20% der Fälle lassen sich auf eine klar definierbare strukturelle oder entzündliche Ursache zurückführen, wie beispielsweise relevante Bandscheibenvorfälle mit neurologischen Ausfällen, hochgradige Spinalkanalstenosen, Frakturen, entzündlich-rheumatische Erkrankungen oder maligne Prozesse (2,3). Die Mehrzahl der Rückenschmerzen (80–90%) ist unspezifisch und funktionell bedingt. In diesen Fällen lassen sich weder klinisch noch bildgebend eindeutige strukturelle Pathologien nachweisen, die das Beschwerdebild ausreichend erklären.

Die Rolle der Muskulatur

Funktionelle Rückenschmerzen sind eng mit einer gestörten muskulären Stabilisation der Wirbelsäule verknüpft, wie Dr. Zenhäusern verdeutlichte. Dabei zeigen sich in der klinischen Praxis häufig eine unzureichende Aktivierung und Belastbarkeit der tiefen, segmentnahen Muskulatur, insbesondere der Musculi multifidi und des Musculus transversus abdominis. Bildgebende Untersuchungen belegen eine zunehmende Verfettung dieser stabilisierenden Muskeln, die mit dem Lebensalter deutlich zunimmt. Bemerkenswert ist, dass diese Veränderungen auch bei sportlich aktiven Personen auftreten können. Allgemeine körperliche Aktivität oder Ausdauertraining, wie etwa regelmässiges Gehen oder Steppertraining, führen nicht zwangsläufig zu einer adäquaten Erhaltung der lumbalen Stabilisationsmuskulatur. Entscheidend sei vielmehr ein gezieltes, spezifisches Training der relevanten Muskelgruppen, so Dr. Zenhäusern.

Altersabhängige Veränderungen

Mit zunehmendem Alter unterliegt die Muskulatur strukturellen und metabolischen Veränderungen. Die sogenannte anabole Resistenz beschreibt die verminderte Fähigkeit des alternden Muskels, auf Trainingsreize zu reagieren. Für die Therapie bedeutet dies, dass ältere Patienten höhere oder spezifischere Trainingsreize benötigen, um vergleichbare Effekte wie jüngere Personen zu erzielen. Ein Verzicht auf adäquates Training führt hingegen rasch zu Muskelabbau, Kraftverlust und funktioneller Instabilität. Die präsentierten Befunde unterstreichen, dass ein passives Schonverhalten im Alter kontraproduktiv ist. Vielmehr ist eine gezielte, progressive Belastung notwendig, um Funktion, Stabilität und Schmerzverarbeitung positiv zu beeinflussen.

Krafttraining versus sensomotorisches Training

In der Therapie chronischer Rückenschmerzen wird häufig diskutiert, ob der Schwerpunkt auf Krafttraining oder auf sensomotorische bzw. koordinative Übungen gelegt werden sollte. Die aktuelle Evidenz zeigt, dass motorisches Kontrolltraining zwar wirksam, jedoch anderen Trainingsformen nicht überlegen ist. Entscheidend ist weniger die Trainingsform als vielmehr die Individualisierung, die korrekte Ausführung

und die langfristige Integration in den Alltag. Chronische Rückenschmerzen sind mit charakteristischen Veränderungen der motorischen Kontrolle assoziiert. Dazu zählen eine reduzierte Aktivität der tiefen, stabilisierenden Muskulatur, eine erhöhte Koaktivierung globaler Muskeln sowie eine verminderte intersegmentale Bewegungsdifferenzierung. Diese Veränderungen sind zunächst adaptiv, können jedoch langfristig zu Überlastung, Muskelverhärtungen und persistierenden Schmerzen führen.

Neurophysiologie und Schmerzchronifizierung

Ein zentrales Element chronischer Rückenschmerzen ist die neuroplastische Veränderung des zentralen Nervensystems. Anhaltende nozizeptive Reize führen zu Anpassungen im sensorimotorischen Kortex sowie zu einer veränderten Schmerzverarbeitung. Das Konzept des Schmerzgedächtnisses verdeutlicht, dass Schmerzen nicht ausschliesslich peripher verursacht sind, sondern zunehmend zentral moduliert werden. Dies hat direkte therapeutische Konsequenzen. Bewegung, gezieltes Training und positive Bewegungserfahrungen wirken nicht nur auf muskulärer Ebene, sondern beeinflussen auch zentrale Steuerungsmechanismen, wie der Referent betonte. Umgekehrt können Angst, Katastrophisierung und negative Erwartungen die Chronifizierung begünstigen.

Stabilitätskonzepte

Nach dem klassischen Modell von Panjabi (4) beruht die Stabilität der Wirbelsäule auf dem Zusammenspiel passiver Strukturen (Knochen, Bänder, Gelenke), aktiver muskulärer Kontrolle und neuraler Steuerung. Ohne ausreichende funktionelle Stabilität kann selbst eine strukturell intakte Wirbelsäule instabil werden. Insbesondere die tiefen, lokalen Muskeln seien für die segmentale Stabilisierung unerlässlich, während oberflächliche, globale Muskeln diese Funktion nicht kompensieren könnten, verdeutlichte Dr. Zenhäusern. Ein Ungleichgewicht zwischen Stabilität und Kraft äussert sich klinisch häufig in guter Kraftleistung bei gleichzeitig schmerzhafter oder ineffizienter Bewegungsausführung. Dies verdeutlicht, dass Kraft allein nicht mit funktioneller Stabilität gleichzusetzen ist.

Diagnostik: Sehr selten ist ein MRT nötig

Die Diagnostik chronischer Rückenschmerzen sollte primär klinisch erfolgen. Eine strukturierte Anamnese, die Berücksichtigung der Zielsetzung der Patienten sowie eine sorgfältige funktionelle Untersuchung sind essenziell. Bildgebende Verfahren, insbesondere die Magnetresonanztomografie (MRT), sind nur bei Verdacht auf spezifische Pathologien oder bei fehlendem Therapieerfolg indiziert. Eine zu frühe oder unkritische Bildgebung birgt die Gefahr der Überinterpretation degenerativer Befunde, die häufig altersentsprechend und klinisch irrelevant sind. Dies kann zu Verunsicherung, Angst und inadäquatem Schonverhalten führen.

Kommunikation und Patientenedukation

Die ärztliche Kommunikation spielt eine zentrale Rolle im Umgang mit Rückenschmerzen. Begriffe wie Abnützung, Instabilität oder zerstörter Rücken können bei Patienten ein negatives Krankheitsverständnis fördern und die Aktivität einschränken. Studien zeigen, dass eine funktionelle, ressourcenorientierte Erklärung der Beschwerden die Prognose verbessert. Eine realistische, evidenzbasierte Aufklärung über die Belastbarkeit der Wirbelsäule sowie die Bedeutung aktiver Therapieansätze ist daher essenziell. Worte sind – im positiven wie im negativen Sinn – ein wirksames therapeutisches Instrument.

Praxisempfehlungen

Die Therapie chronischer Rückenschmerzen sollte multimodal, aktiv und patientenzentriert erfolgen. Zentrale Elemente sind eine klare Zieldefinition, gezieltes Kraft- und Stabilisationstraining, sensomotorische Schulung sowie die Förderung der Eigenverantwortung. Regelmässige Reevaluationen und die Überprüfung der Alltagstauglichkeit der Therapie sind entscheidend für den langfristigen Erfolg. Eine qualitativ hochwertige Physiotherapie mit strukturierten Heimübungen stellt dabei einen wesentlichen Bestandteil der Behandlung dar. Passive Massnahmen sollten nur ergänzend eingesetzt werden. □

Leonie Dolder

Quelle: Quadrimed – Ärztekongress in Crans-Montana, «Der klinische Blick», 22.–24.1.2026, Crans-Montana

10 Fakten über Rückenschmerzen (5)

1. Rückenschmerzen sind nicht immer auf Gewebeschäden zurückzuführen. Schmerz bedeutet nicht automatisch strukturelle Schädigung.
2. Bildgebende Verfahren (MRT, Röntgen) zeigen häufig «Abnützungen», auch bei beschwerdefreien Personen. Solche Befunde sind oft normale Alterserscheinungen.
3. Schmerzintensität steht nicht in direktem Zusammenhang mit dem Ausmass struktureller Veränderungen.
4. Rückenschmerzen werden von vielen Faktoren beeinflusst, darunter Stress, Stimmung, Schlaf, Bewegung, Sorgen und sozialen Faktoren.
5. Schonung und Vermeidung von Bewegung verzögern die Genesung. Aktiv bleiben ist meist hilfreich.
6. Eine «schlechte» Körperhaltung oder falsches Sitzen ist selten die Hauptursache von Rückenschmerzen.
7. Der Rücken ist robust und belastbar. Alltägliche Bewegungen sind in der Regel sicher.
8. Schmerzen bedeuten nicht, dass man weiteren Schaden verursacht. Vorsichtige Bewegung ist normalerweise sicher.
9. Operationen sind nur selten notwendig. Die meisten Rückenschmerzen bessern sich ohne chirurgischen Eingriff.
10. Aktive Bewältigungsstrategien, Bewegung und positive Erwartungen fördern die Genesung.

Referenzen:

1. Wilson F et al.: Prevalence and risk factors for back pain in sports: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2021;55:601-607. doi:10.1136/bjsports-2020-102537
2. Koes BW et al.: Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ.* 2006;332(7555):1430-1434. doi:10.1136/bmj.332.7555.1430
3. Maher C et al.: Non-specific low back pain. *Lancet.* 2017;389(10070):736-747. doi:10.1016/S0140-6736(16)30970-9
4. Panjabi MM: The stabilizing system of the spine. Part I. Function, dysfunction, adaptation, and enhancement. *J Spinal Disord.* 1992;5(4):383-397. doi:10.1097/00002517-199212000-00001
5. O'Sullivan PB et al.: Back to basics: 10 facts every person should know about back pain. *Br J Sports Med.* 2020;54(12):698-699. doi:10.1136/bjsports-2019-101611