

# Was sind Rückenschmerzen? Eine aktuelle Betrachtung.

## Inhaltsverzeichnis

- 1 Allgemeines: Häufigkeit, Kosten und Verlauf
- 2 Ursachen von Rückenschmerz
- 3 Unterteilung der Rückenschmerzen
- 4 Therapie der Rückenschmerzen
- 5 Literaturverzeichnis

## 1 Allgemeines

Rückenschmerz ist die häufigste Ursache für Beeinträchtigungen und Beschwerden weltweit (1). In einem Zeitraum von einem Jahr leiden 37% der Erwachsenen darunter. Es sind mehr Personen in der Lebensmitte und mehr Frauen als Männer betroffen (2). Unter Rückenschmerzen, die länger als 3-6 Monate andauern, leiden 19.6% der 20- bis 59-Jährigen und 25.4% der über 60-Jährigen (3). Der Trend um die Jahrtausendwende hin tendiert zu einer ansteigender Zahl an Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (4). Die zunehmenden Kosten belasten nicht nur das Gesundheits-, sondern auch die Sozialsysteme (5).

In Deutschland belaufen sich die jährlichen Gesamtkosten von Rückenschmerzen auf 48.96 Milliarden Euro, dies entspricht 2.2% des Bruttoinlandsprodukt (6). Laut statistischem Bundesamt gehen dabei 247.000 Jahre an Erwerbstätigkeit verloren. Für die Schweiz liegen die jährlichen direkten Kosten bei 4.4 Milliarden CHF (7) und die indirekten Kosten laut Eidgenössisches Departement des Innern bei 7.5 Milliarden CHF.

Akute Rückenschmerzen können von selbst verschwinden (8) und tun dies auch gewöhnlich (9). Jedoch sind Rückenschmerzen oft ein wiederkehrendes und manchmal ein lang anhaltendes Problem (10).

## 2 Ursachen von Rückenschmerz

Krankheitsbezogene Ursachen, wie z.B. Infektionen, Brüche, Arthritis, Krebs oder das Cauda-Equina-Syndrom sind selten (11). Hier sind bildgebende Verfahren wichtig und die Patientinnen und Patienten gehören in ärztliche Obhut!

Häufiger jedoch ist die Ursache von Rückenschmerzen keine spezifische Erkrankung und der Schmerz steht nicht mit einer verletzten körperlichen Struktur in Verbindung. Bildgebende Verfahren sind demnach nicht angemessen. Sogenannte psychosoziale Faktoren leisten einen messbaren Beitrag zum Schmerz und stehen mit der Einschränkung im Alltag in Verbindung (12).

Diese Faktoren (z.B. ausgeprägte körperliche Schonung, Angst-Vermeidungsverhalten, negativer Stress und Hoffnungslosigkeit) können neben arbeitsplatzbezogenen Faktoren (z.B. körperliche Schwerarbeit, monotone Körperhaltung und berufliche Unzufriedenheit) laut der 2017 erschienenen Nationalen Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz zu einem länger anhaltenden Schmerz führen (Abb. 1).

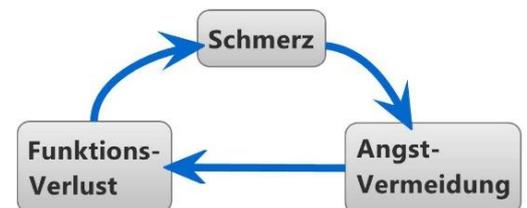


Abb. 1: Ein Beispiel für anhaltenden Schmerz

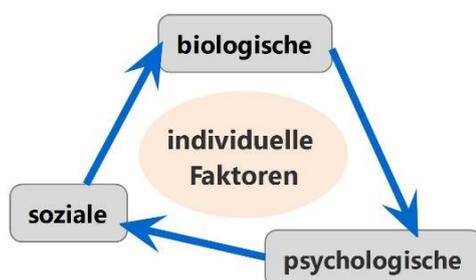


Abb. 2: individuelle Schmerz-Faktoren

Sogenannte Befunde, wie z.B. verschiedenste Asymmetrien, Abweichungen der Wirbelsäule, Bandscheiben-Degenerationen, Psoas-Verspannungen, Muskelstatus und Beckenbefunde, haben mehr mit Glaubenssätzen zu tun, als mit wissenschaftlicher Untermauerung (13). Auch eine Überbeweglichkeit, Skoliosen und die Haltung der Wirbelsäule stehen nicht in direkter Verbindung zum Rückenschmerz. Neben dem Lebensstil spielen verschiedenste Faktoren eine Rolle: biologische, psychologische und soziale (Abb. 2) (14). Selbst ein Knochenbruch am Wirbelbogen oder ein Wirbelgleiten muss keine Ursache für einen Rückenschmerz sein (15).

### 3 Unterteilung der Rückenschmerzen

Biomedizinische Ansätze, die den Fokus auf eine anscheinend leicht zu verletzende Wirbelsäule legen, konnten die steigenden Kosten, die Zunahme chronischer Schmerzen und erhöhte Einschränkungen im Alltag nicht verhindern. Rückenschmerzen stehen vielmehr mit vielfältigen individuellen Faktoren in Verbindung, die sich gegenseitig beeinflussen (16).

Werden die Schmerzen mit neurologischen Defiziten und mit Verdacht auf spezifische Erkrankungen ausgeschlossen, bleiben sogenannte nicht-spezifische Rückenschmerzen übrig (Abb. 3). Diese können sich z.B. direkt bei Bewegungen oder bei gehaltenen Positionen (Sitzen/Stehen) bemerkbar machen.

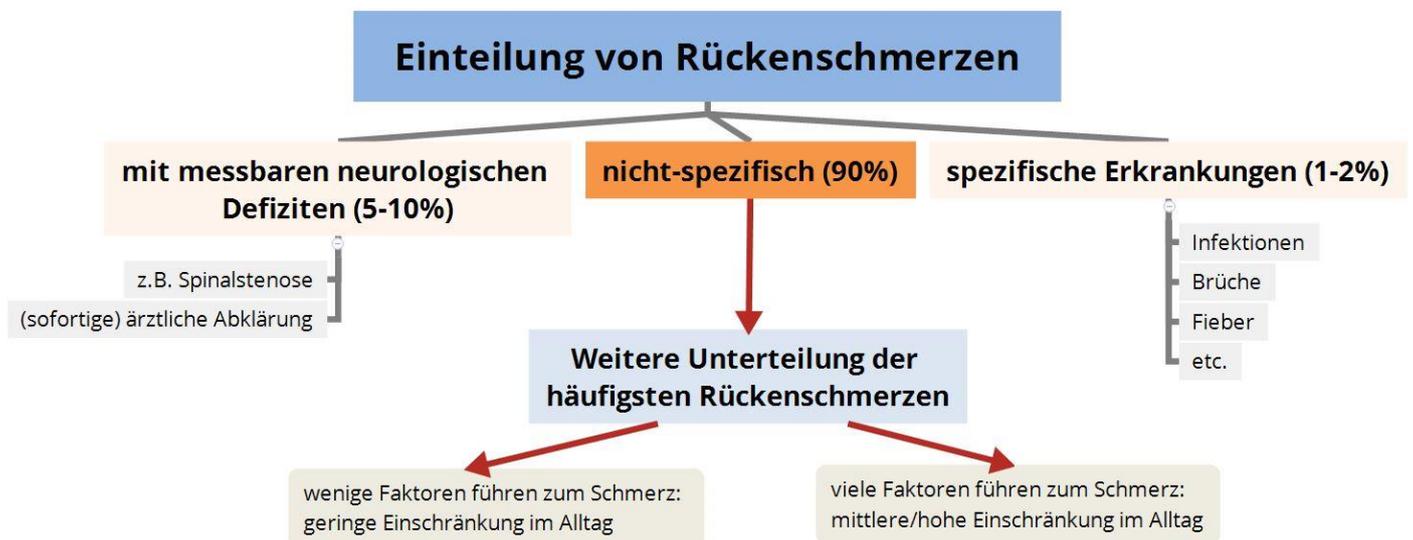


Abb. 3: Modifiziert nach O'Sullivan et al. (2018)

### 4 Therapie Rückenschmerzen

Ausgehend von der weiteren Einteilung der häufigsten Rückenschmerzen wird eine individuelle Strategie gewählt (Abb. 4). Wichtig ist hierbei, dass der Mensch mit seinen individuellen Eigenschaften im Zentrum der Therapie steht. Davon leiten sich die Ziele und Inhalte für die Therapie ab (16).

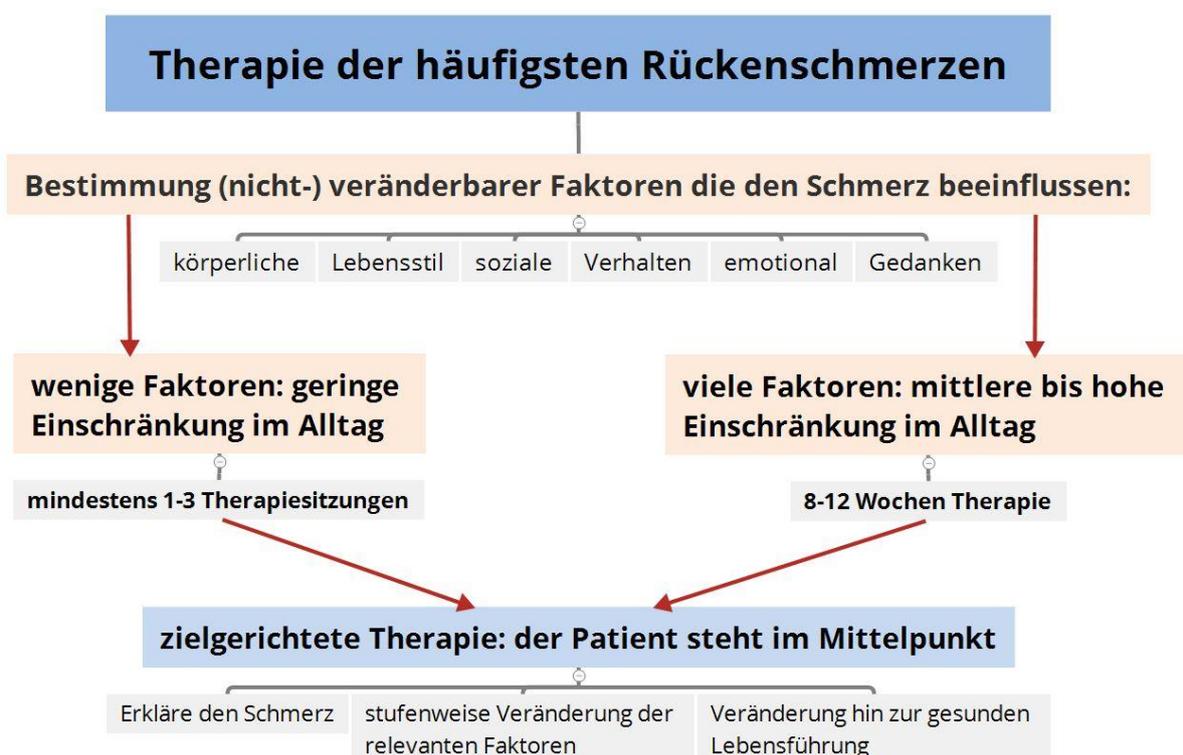


Abb. 4: Modifiziert nach O'Sullivan et al. (2018)

## 5 Literaturverzeichnis

1. Collaborators GDaIaP. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-59.
2. Hoy D, March L, Brooks P, Woolf A, Blyth F, Vos T, et al. Measuring the global burden of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(2):155-65.
3. Meucci RD, Fassa AG, Faria NM. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49.
4. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, et al. The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2009;169(3):251-8.
5. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain*. 2000;84(1):95-103.
6. Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain*. 2009;13(3):280-6.
7. Wieser S, Horisberger B, Schmidhauser S, Eisenring C, Brügger U, Ruckstuhl A, et al. Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *Eur J Health Econ*. 2011;12(5):455-67.
8. McIntosh G, Hall H. Low back pain (acute). *BMJ Clin Evid*. 2011;2011.
9. Nasser MJ. How to approach the problem of low back pain: an overview. *J Family Community Med*. 2005;12(1):3-9.
10. Axén I, Leboeuf-Yde C. Trajectories of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(5):601-12.
11. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67.
12. O'Sullivan K, O'Sullivan PB, O'Keefe M. The Lancet series on low back pain: reflections and clinical implications. *Br J Sports Med*. 2019;53(7):392-3.
13. Lederman E. The fall of the postural-structural-biomechanical model in manual and physical therapies: exemplified by lower back pain. *J Bodyw Mov Ther*. 2011;15(2):131-8.
14. O'Sullivan P, Smith A, Beales D, Straker L. Understanding Adolescent Low Back Pain From a Multidimensional Perspective: Implications for Management. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017;47(10):741-51.
15. Andrade NS, Ashton CM, Wray NP, Brown C, Bartanusz V. Systematic review of observational studies reveals no association between low back pain and lumbar spondylolysis with or without isthmic spondylolisthesis. *Eur Spine J*. 2015;24(6):1289-95.
16. O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Keefe M, Smith A, Dankaerts W, Fersum K, et al. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Phys Ther*. 2018;98(5):408-23.

### Matthias Straub

Physiotherapeut in Wettingen (CH)

MAS cand. muskuloskelettale PT