



Rückenschmerzen = Muskelschmerzen? Therapieoptionen

Christian Macholdt, Jena / Pößneck

Zertifizierung

Landesärztekammer Hessen

Mit freundlicher
Unterstützung von



Trommsdorff

Einleitung

Rückenschmerzen sind im Praxisalltag ein häufiges Leitsymptom und gehen nicht selten mit muskulären Beschwerden einher. Im Mittelpunkt dieses Beitrags stehen daher Therapieoptionen bei funktionell-muskulär mitbedingten Rückenschmerzen – einschließlich solcher Ansätze, die nicht in allen Punkten mit der nationalen Versorgungsleitlinie übereinstimmen und deshalb kritisch eingeordnet werden.

Zur Veranschaulichung werden zwei typische Kasuistiken vorgestellt: Fall 1 betrifft eine 43-jährige Patientin mit lumbalen Rückenschmerzen seit etwa drei Wochen ohne Ausstrahlung in die Beine. Fall 2 beschreibt einen 32-jährigen Patienten mit Schmerzen im Nackenbereich, die unter das Schulterblatt ausstrahlen. Beide Fälle stehen exemplarisch für Situationen, in denen ein strukturiertes Management die Chance bietet, Beschwerden rasch zu lindern und eine Chronifizierung zu vermeiden.

Rückenschmerzen

Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen. In einer Praxisgemeinschaft mit 1,5 Sitzen und im Mittel rund 2.000 Behandlungsfällen pro Quartal entfiel in einem Beobachtungsquartal nahezu die Hälfte der Patientenkontakte auf Rückenschmerzen (ca. 900 Fälle). Davon waren etwa drei Viertel als unspezifische Rückenschmerzen einzuordnen. Ein großer Anteil dieser Patientinnen und Patienten weist segmentale Funktionsstörungen auf, die häufig mit muskulären Schmerzen vergesellschaftet sind.

Epidemiologie

Epidemiologisch stellen Rückenschmerzen ein relevantes Versorgungsproblem dar: Etwa 80–85 % der Menschen erleben mindestens einmal im Leben Rückenschmerzen. Auch im ärztlichen Alltag sind belastende, sitzende Tätigkeiten ein häufiger Kontext, in dem Beschwerden auftreten.

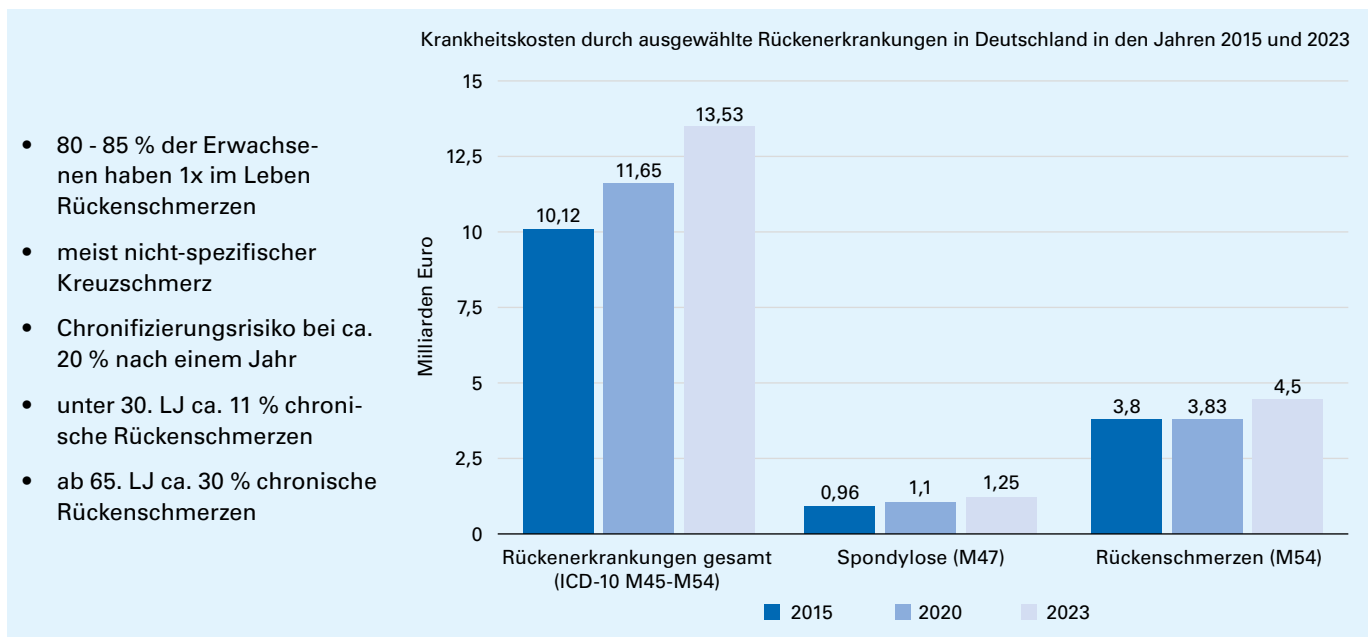


Abb. 1: Epidemiologische Eckdaten und Krankheitskosten [Statista 2026].

Der überwiegende Anteil sind unspezifische Rückenschmerzen. Bei unzureichender Schmerzlinderung und fehlender adäquater Behandlung kann das Chronifizierungsrisiko – je nach Literatur – bis zu 20 % nach einem Jahr betragen und ist altersabhängig: Bei Patientinnen und Patienten unter 30 Jahren liegt es bei etwa 10–11 %, bei über 65-Jährigen bei nahezu einem Drittel. Entsprechend hoch ist auch die Zahl der Arbeitsunfähigkeitszeiten, was den volkswirtschaftlichen Stellenwert des Rückenschmerzes unterstreicht.

Unspezifische Rückenschmerzen

Unspezifische Rückenschmerzen sind oft funktionell und gehen meist mit muskulären Verspannungen einher.

Unspezifische Rückenschmerzen sind häufig funktionell geprägt. Typisch sind muskuläre Verspannungen und eine Dysfunktion der Rückenmuskulatur, die zu Verhärtungen bis hin zu Myogelosen führen können. Diese sind als druckschmerzhafte, verhärtete Areale – insbesondere paravertebral – häufig gut palpabel und beeinträchtigen die stabilisierende Muskelfunktion. Therapeutisch kommen in der Praxis u. a. manualtherapeutische Maßnahmen sowie Wärmeapplikation zum Einsatz. Als Tiefenwärme wird Rotlicht häufig besser vertragen als unspezifische Wärmeanwendungen; Patientinnen und Patienten sollten dabei zur vorsichtigen Anwendung angeleitet werden.

Ergänzend kann eine transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) eingesetzt werden, die als Hilfsmittel verordnungsfähig ist. Diskutiert werden eine Modulation der Schmerzleitung auf Rückenmarksebene sowie tonusreduzierende Effekte in der Muskulatur. Eine weitere Option ist Dry Needling: Dabei werden Myogelosen mit einer

- funktionelle Rückenschmerzen
- muskuläre Verspannungen bzw. Fehlfunktion der autochthonen Rückenmuskulatur
- zeitweise Myogelosen, so dieser Zustand längerfristig besteht
- Normalisierung des Muskeltonus am besten mittels Muskelrelaxantien in Kombination mit Bewegung
- TENS, dry-needling, manualtherapeutische Maßnahmen, Wärmeapplikation
- NSAR o.ä. nur in ca. 5-10 % nötig



Abb. 2: Charakteristika unspezifischer Rückenschmerzen und therapeutische Optionen.

Akupunktur behandelt, was – bei entsprechender Indikationsstellung und Erfahrung – zur Tonusregulation, verbesserten Durchblutung und Schmerzlinderung beitragen kann.

Differenzierung von spezifischen und unspezifischen Rückenschmerzen

Im klinischen Alltag ist die Abgrenzung zwischen spezifischen und unspezifischen Rückenschmerzen zentral, aber nicht immer eindeutig. Unspezifische Rückenschmerzen sind häufig bildmorphologisch nicht erklärbar: In der Bildgebung finden sich weder im MRT noch im Röntgen zwingend korrelierende Befunde. Sie verlaufen oft selbstlimitierend, weisen jedoch eine relevante Rezidiv- und Chronifizierungsneigung auf.

Spezifische Rückenschmerzen beruhen demgegenüber auf einer strukturell fassbaren Ursache, die in der Bildgebung darstellbar ist und eine gezielte Therapie ermöglicht – in ausgewählten Fällen auch operativ. Als somatische Risikofaktoren kommen u. a. Fehlhaltungen (z. B. Skoliose, Hyperkyphose/-lordose, Zustand nach Morbus Scheuermann) sowie degenerative Veränderungen in Betracht (z. B. Spinalkanalstenose, Bandscheibenvorwölbung, ausgeprägte Spondylosen oder Facettengelenksarthrosen). Psychosoziale Faktoren am Arbeitsplatz und im Alltag können den Verlauf zusätzlich beeinflussen.

Häufig besteht jedoch eine Überlappung beider Kategorien: Stabil vorhandene strukturelle Befunde können bei akuter muskulärer Mitreaktion plötzlich symptomatisch werden („der Muskel macht zu“). Die reine Zuordnung zu „spezifisch“ oder „unspezifisch“ ist dann im Alltag begrenzt hilfreich; entscheidend bleibt die klinische Korrelation und die Vermeidung von Über- bzw. Fehltherapie.

Stabil vorhandene strukturelle Befunde können bei akuter muskulärer Mitreaktion plötzlich symptomatisch werden.

Verschleiß

Degenerative Veränderungen sind häufig und nehmen mit dem Alter zu – auch bei beschwerdefreien Personen. Untersuchungen zeigen, dass z. B. degenerative Bandscheibenveränderungen ab dem 50. Lebensjahr bei einem großen Teil der Bevölkerung in der Bildgebung nachweisbar sind. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Bildbefunde konsequent mit dem klinischen Bild abzugleichen, um Fehlinterpretationen und unnötige Interventionen zu vermeiden.

Teufelskreis Rückenschmerzen

Rückenschmerzen können sich in einem Teufelskreis verstärken: Schmerzen führen zu Schonhaltung, diese begünstigt muskuläre Verspannung und bei längerem Verlauf eine Abschwächung der stabilisierenden Muskulatur. Es resultieren Fehlhaltung und erneute Schmerzverstärkung. Bettruhe und längerfristige Schonung gelten nicht mehr als zeitgemäß. Stattdessen sollte – unter adäquater Analgesie – frühzeitig zur Aktivität und moderater Bewegung motiviert werden, um die Funktionsfähigkeit zu erhalten und Chronifizierung zu vermeiden.

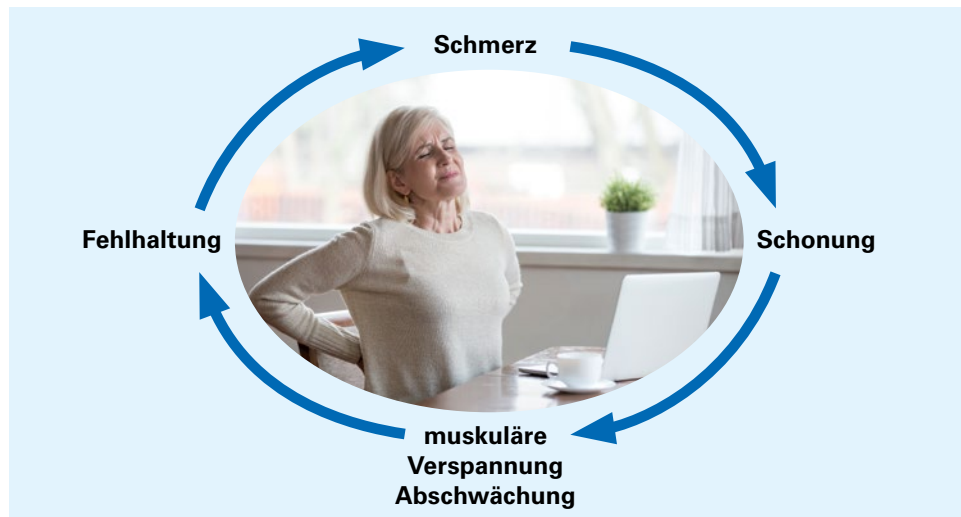


Abb. 3: Teufelskreis aus Schmerz, Schonung und muskulärer Dysfunktion.

Diagnostik

Anamnese

Bei der Erstvorstellung steht – wie in der Orthopädie und Allgemeinmedizin üblich – eine strukturierte Anamnese im Vordergrund: Beginn und Dauer der Beschwerden, mögliches auslösendes Ereignis, Verlauf (schleichend versus akut), Trauma, Infektzeichen sowie eine B-Symptomatik (Fieber, Nachtschweiß, ungewollter Gewichtsverlust). Wichtig ist außerdem die Schmerzcharakteristik (tageszeitliche Abhängigkeit, Ruhe- versus Belastungsschmerz) zur Abgrenzung eines möglichen entzündlichen Rückenschmerzes. Begleitsymptome wie Kraftverlust oder Sensibilitätsstörungen sollten gezielt erfragt werden; sichtbare Rötungen sind an der Wirbelsäule selten, Schwellungen können bei schlanken Patientinnen und Patienten auffallen.

Zur zeitlichen Einordnung gilt: Akute Rückenschmerzen bestehen bis zu sechs Wochen, subakute bis zu zwölf Wochen; ab einer Beschwerdedauer von mehr als zwölf Wochen wird von chronischem Rückenschmerz gesprochen. Differentialdiagnostisch sind extravertebrale Ursachen mitzudenken, u. a. Urolithiasis oder Gallensteine, ein Aortenaneurysma (insbesondere bei entsprechender Risikokonstellation) sowie bei jüngeren Patientinnen eine Endometriose. Auch eine Polyneuropathie kann über motorische Defizite die Rumpfstabilität beeinträchtigen und Rückenschmerzen begünstigen. Bei unklarer Konstellation kann eine sonografische Abklärung des Abdomens sinnvoll sein.

Klinische Untersuchung

Zur klinischen Untersuchung gehört die Inspektion und funktionelle Beurteilung. Eine adäquate Untersuchung erfordert, dass sich die Patientin bzw. der Patient bis auf die Unterwäsche entkleidet. Zu beurteilen sind Haltung und mögliche Fehlstellungen. Palpatorisch werden Druckschmerz über der Wirbelsäule und muskuläre Verspannungen erfasst. Ein kurzer Gangbefund (einige Schritte) liefert Hinweise auf Hinken oder Unsicherheit. Klopfschmerz über den Dornfortsätzen kann auf eine relevante Pathologie hinweisen und sollte die Indikation zur Bildgebung mit beeinflussen.

Zu den Nervendehnungszeichen zählt der Lasègue-Test: In Rückenlage wird das gestreckte Bein passiv angehoben; bei Schmerzausstrahlung in den unteren Rücken bzw. entlang des Beins ist der Test positiv und kann auf eine Bandscheibenproblematik hinweisen. Ergänzend kann der SLUMP-Test eingesetzt werden: Die Patientin bzw. der Patient sitzt mit herabhängenden Beinen auf der Liege, rundet die Wirbelsäule („Katzenbuckel“) und streckt anschließend das Bein. Ein reproduzierbarer Schmerz im unteren Rücken bzw. entlang des Nervenverlaufs spricht für ein positives Dehnungszeichen.

Der neurologische Status ist obligat. Dazu gehören die Prüfung typischer Kennmuskeln (Kraftgrade nach Janda), die Reflexprüfung sowie eine orientierende Sensibilitätsprüfung. Bei Rückenschmerz sollte außerdem die Hüfte mituntersucht werden (Beugung, Innen-/Außenrotation, Abduktion), da sich eine Coxarthrose klinisch als „Rückenschmerz“ präsentieren kann. In Einzelfällen verschwinden Rückenschmerzen nach Behandlung

Ab einer Beschwerdedauer von mehr als zwölf Wochen wird von chronischem Rückenschmerz gesprochen.

Bei Rückenschmerz sollte die Hüfte mituntersucht werden, da sich eine Coxarthrose klinisch als „Rückenschmerz“ präsentieren kann.

der Hüftpathologie vollständig. Umgekehrt ist eine primär vertebrale Ursache bei vermeintlicher Hüftproblematik seltener, aber ebenfalls möglich. Leitlinienkonform sind zudem Red Flags, Yellow Flags und Blue/Black Flags systematisch zu berücksichtigen.

Red Flags

Red Flags sprechen für eine zeitnahe weiterführende Diagnostik, einschließlich Bildgebung. Rückenschmerzen unter 16 Jahren sind untypisch; nach Anamnese und Untersuchung ist hier häufig eine Bildgebung sinnvoll. Bei Patientinnen und Patienten über 55 Jahren sollte ebenfalls eine niedrigere Schwelle zur Bildgebung bestehen, insbesondere wenn bislang keine Untersuchung erfolgt ist. Eine generelle Bildgebung für alle >55-Jährigen ist jedoch nicht zweckmäßig; erforderlich sind klinisches Gespür und Erfahrung.

- Alter unter 16 oder über 55
- Trauma
- Deformitäten
- Tumoranamnese
- Osteoporose
- B-Symptomatik
- Infektionen
- Dauermedikation mit Glukokortikoiden oder Immunsuppressiva
- neurologische Defizite
- Störung der Blasen- oder Mastdarmfunktion
- Therapieresistenz größer 6 Wochen



Abb. 4: Red Flags bei Rückenschmerzen.

Eine Bildgebung ist insbesondere indiziert bei Trauma, neu aufgetretenen Deformitäten, Tumoranamnese (z. B. Prostata- oder Kolonkarzinom mit ossärer Metastasierungsneigung), bekannter Osteoporose mit Schmerzzunahme (zunächst häufig als Röntgen-Diagnostik), B-Symptomatik (Fieber, Nachtschweiß, deutlich reduzierter Allgemeinzustand) sowie unter Dauermedikation mit Glukokortikoiden oder Immunsuppressiva (Risiko z. B. für Spondylodiszitis). Auch i. v. Drogenkonsum sollte die Schwelle zur Bildgebung senken. Neurologische Defizite, insbesondere Kraftverlust oder Störungen der Blasen-/Mastdarmfunktion, erfordern eine umgehende Abklärung. Darüber hinaus kann bei therapieresistenten Beschwerden über mehr als sechs Wochen trotz adäquater Behandlung eine Bildgebung erwogen werden.

Yellow Flags

Yellow Flags bezeichnen psychosoziale Risikofaktoren, die eine Chronifizierung begünstigen können. Dazu zählen u. a. Angstvermeidung, depressive Symptome, schmerzbezogene Kognitionen, Hilflosigkeit sowie Stress am Arbeitsplatz oder im Alltag. Auch

- Angstvermeidung, Depression
- Schmerzbezogene Kognition (z. B. Katastrophisieren, Angst-Vermeidungs-Haltung, Hilflosigkeit, ...)
- Stress
- Bewegungsangst
- passives oder überaktives Schmerzverhalten
- Neigung zur Somatisierung



Abb. 5: Yellow Flags – psychosoziale Risikofaktoren.

Bewegungsangst, passives Schmerzverhalten und Somatisierungstendenzen sind relevante Prädiktoren. Diese Aspekte sollten aktiv erfragt und – besonders in der hausärztlichen Versorgung – in die Behandlungsplanung einbezogen werden.

Blue/Black Flags

Blue Flags bzw. Black Flags beschreiben arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren. Hierzu gehören schwere körperliche Arbeit, Vibrationsexposition, monotone Körperhaltungen sowie eine geringe berufliche Qualifikation. Zusätzlich können konfliktbelastete Arbeitsbedingungen (bis hin zu mobbingähnlichen Situationen) und die Angst vor Arbeitsplatzverlust den Verlauf negativ beeinflussen. Die Abgrenzung zu Yellow Flags ist in der Praxis häufig fließend.

- überwiegend schwere körperliche Arbeit
- monotone Körperhaltung
- Vibrationsexposition
- geringe berufliche Qualifikation
- geringe soziale Unterstützung
- berufliche Unzufriedenheit
- Mobbing oder ähnliche Konflikte
- Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes
- etc.



Abb. 6: Blue/Black Flags – arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren.

Therapie

In der Akutsituation empfiehlt die nationale Versorgungsleitlinie vor allem eine für den Laien verständliche Aufklärung: Rückenschmerzen sind in der Mehrzahl der Fälle nicht Ausdruck einer gefährlichen Erkrankung und bessern sich häufig spontan. Voraussetzung ist jedoch, dass Patientinnen und Patienten aktiv mitarbeiten und sich nicht ausschließlich schonen.

- Aufklärung, Information, gute Prognose
- ggf. kurzfristige Schonung eher moderate Bewegung
- Physiotherapie, vor allem aktive Maßnahmen
- NSAR kurzfristig, muskeltonus-regulierende Medikation
- Ziel: Chronifizierung vermeiden



Abb. 7: Therapieprinzipien beim akuten unspezifischen Rückenschmerz.

Kernprinzip ist die frühe Aktivierung. Physiotherapie kann verordnet werden, sollte aber möglichst aktivierende Maßnahmen beinhalten. Rein passive Verfahren (z. B. ausschließlich Massage) sind nicht geeignet, die Funktionsfähigkeit nachhaltig zu verbessern, und können bei ungünstigem Verlauf zur Chronifizierung beitragen. Ziel ist, dass die Betroffenen ein eigenes Übungsprogramm erlernen und dieses selbstständig fortführen. Kurzfristige Schonung kann im Einzelfall sinnvoll sein, insgesamt ist jedoch moderate Bewegung (z. B. Gehen/Spazieren) der Bettruhe überlegen.

Übergeordnetes Ziel ist die Vermeidung einer Chronifizierung. Die nationale Versorgungsleitlinie beschreibt hierfür ein Stufenmodell mit Patientenedukation, zurückhaltender Bildgebung ohne Red Flags, frühzeitiger Aktivierung und – bei Bedarf – einem multimodalen Therapieansatz. In der Praxis ist die Umsetzung nicht immer einfach und hängt wesentlich von der Mitarbeit der Patientinnen und Patienten ab.

Zur Bildgebung empfiehlt die Leitlinie bei akuten Rückenschmerzen grundsätzlich Zurückhaltung, solange keine Red Flags vorliegen. Eine Bildgebung ist zu erwägen bei anhaltenden Bewegungseinschränkungen sowie zunehmenden oder therapieresistenten Schmerzen nach etwa sechs Wochen adäquater Behandlung. Wiederholte Bildgebung ohne klinische Veränderung ist in der Regel nicht erforderlich; sinnvoll ist sie vor allem bei neuer Symptomatik oder neu aufgetretenen neurologischen Defiziten.

Medikamentöse Therapie

Patientenedukation, Aktivierung und Chronifizierungsprophylaxe sind zentrale Säulen. In der akuten Phase ist jedoch häufig zusätzlich eine medikamentöse Analgesie erforderlich, um Bewegung überhaupt zu ermöglichen und den Teufelskreis aus Schmerz und Schonhaltung zu durchbrechen.

NASR/Coxibe

Leitliniengemäß stehen zunächst nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) im Vordergrund, sofern keine Kontraindikationen bestehen. Ziel ist die Schmerzreduktion, um Aktivität und Funktionsfähigkeit zu verbessern. Eine parenterale Applikation (z. B. i. m.-Injektionen) wird nicht empfohlen; die orale Gabe ist zu bevorzugen.

Bei gastrointestinalen Risikokonstellationen kann ein Protonenpumpenhemmer begleitend eingesetzt werden. Bei geeigneter Indikation und fehlenden Kontraindikationen kommen auch COX-2-Hemmer in Betracht. Eine vereinfachte Einnahme (z. B. einmal täglich) kann die Adhärenz verbessern; gleichzeitig sind individuelle Risiken (insbesondere kardiovaskulär) stets zu berücksichtigen.

Paracetamol, Metamizol

Als Alternative – insbesondere wenn NSAR nicht eingesetzt werden können – kann Metamizol kurzfristig erwogen werden. Dabei ist das Risiko einer Agranulozytose zu beachten: Patientinnen und Patienten sollten über Warnzeichen aufgeklärt werden und angewiesen werden, die Medikation bei entsprechenden Symptomen sofort zu beenden und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine sorgfältige Dokumentation der Indikation und Aufklärung ist empfehlenswert. Paracetamol kann als Alternative eingesetzt werden, scheint aber nicht wirksamer als ein Placebo zu sein.

Opiate

Opioide sollten nur in begründeten Ausnahmefällen und eingebettet in ein therapeutisches Gesamtkonzept eingesetzt werden, etwa wenn andere Analgetika keine ausreichende Schmerzlinderung erzielen. Die Indikation ist streng zu stellen; eine Zusammenarbeit mit schmerztherapeutischer Expertise kann sinnvoll sein.

Muskelrelaxantien

Muskelrelaxantien können bei funktionell-muskulär mitbedingten Rückenschmerzen eine therapeutische Ergänzung darstellen. Der Ansatz ist, den muskulären Anteil der Beschwerden gezielt zu beeinflussen, statt ausschließlich über Analgetika indirekt zu wirken. In der Praxis kommen hierbei insbesondere Pridinol oder Methocarbamol in Betracht. In der nationalen Versorgungsleitlinie sind Muskelrelaxantien nicht als Standardtherapie verankert, können jedoch bei unzureichender Schmerzlinderung unter klassischen Analgetika im Einzelfall erwogen werden.

Ergänzend existieren praxisorientierte Empfehlungen, z. B. aus der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (Leitfaden, keine Leitlinie), die Muskelrelaxantien als unterstützende Option in Kombination mit Analgetika diskutieren. Solche Entscheidungshilfen können insbesondere für die Erstversorgung hilfreich sein, um das weitere Vorgehen – einschließlich Überweisung in die fachärztliche Mitbehandlung – strukturiert abzuleiten.

Übergeordnetes Ziel ist die Vermeidung einer Chronifizierung: laut NVL durch ein Stufenmodell mit Patientenedukation, frühzeitiger Aktivierung und zurückhaltender Bildgebung ohne Red Flags.

NSAR sind Mittel der ersten Wahl bei akuten Rückenschmerzen, wenn keine Kontraindikationen vorliegen.

- Muskelrelaxantien (Pridinol, Methocarbamol)
- Muskelrelaxanzien sollten nicht zur Behandlung akuter nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden, **Empfehlungsgrad ↓**
- Muskelrelaxanzien sollen nicht zur Behandlung chronischer nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden, **Empfehlungsgrad ↓↓**

Zitat NVL zu Muskelrelaxanzien:

„bei unzureichender Besserung der akuten Kreuzschmerzsymptomatik durch andere empfohlene ... Maßnahmen ist ggfs. eine zeitlich befristete (< 2 Wochen fortlaufende) Verschreibung in Betracht zu ziehen.“

Abb. 8: Einordnung von Muskelrelaxantien in die medikamentöse Therapie.

Muskelrelaxantien

Zu den zentral wirksamen Muskelrelaxantien zählen u. a. Methocarbamol und Pridinol, die für Rückenschmerzen zugelassen sind. Tolperison und Baclofen sind dagegen primär für Spastikzustände (z. B. nach Wirbelsäulenverletzungen oder bei Multipler Sklerose) indiziert. Tetrazepam ist nicht mehr verfügbar. Diazepam ist grundsätzlich bei Zuständen mit erhöhtem Muskeltonus einsetzbar, ist aber aufgrund des Nebenwirkungsprofils zurückhaltend zu bewerten. Im Folgenden werden Methocarbamol und Pridinol näher dargestellt.

Da Rückenschmerzen häufig mit einer muskulären Fehlfunktion und Tonuserhöhung einhergehen, kann ein Ansatz, der den Schmerzanteil auf muskulärer Ebene adressiert, klinisch sinnvoll sein. In der Literatur werden Nicht-Benzodiazepin-Muskelrelaxantien als mögliche Ergänzung zur NSAR-Therapie diskutiert; zugleich wird weiterer Forschungsbedarf betont. Auch in der chirurgischen Wirbelsäulenmedizin werden Muskelrelaxantien teils als Co-Analgesie eingesetzt.

Methocarbamol

Methocarbamol ist zugelassen zur symptomatischen Behandlung schmerzhafter Muskelverspannungen, insbesondere im unteren Rückenbereich. Üblich ist eine mehrmals tägliche Einnahme; die Therapiedauer ist begrenzt (maximal 30 Tage), anschließend sollte eine Behandlungspause erfolgen. In der Praxis kann die Tablettengröße und die notwendige Einnahmefrequenz die Adhärenz erschweren. Kontraindikationen umfassen u. a. Erkrankungen des zentralen Nervensystems (z. B. Koma), Myasthenia gravis sowie Schwangerschaft und Stillzeit; auch bei epileptischen Anfällen ist Methocarbamol kontraindiziert.

Pridinol

Pridinol besitzt ein breites Indikationsspektrum bei zentralen und peripheren Muskelspasmen, einschließlich nächtlicher Wadenkrämpfe. Im Kontext muskuloskelettaler Beschwerden wird es u. a. bei Lumbalgie, Torticollis und allgemeinen Muskelschmerzen eingesetzt. Ein praktischer Vorteil ist die längere Halbwertszeit, wodurch häufig eine niedrigere Einnahmefrequenz ausreicht. Kontraindikationen sind u. a. Glaukom, Prostatahypertrophie, Syndrome mit Harnverhalt, relevante Einengungen des Gastrointestinaltraktes sowie Herzrhythmusstörungen; im ersten Schwangerschaftsdrittel ist Pridinol kontraindiziert.

Wirkmechanismus

Pridinol wirkt anticholinerg und beeinflusst die Reizweiterleitung auf Rückenmarksebene. Dadurch kann der polysynaptische Reflexbogen moduliert und der Muskeltonus reduziert werden. Im Vergleich zu Benzodiazepinen werden weniger zentralnervöse Nebenwirkungen beschrieben, da der Wirkmechanismus überwiegend spinal vermittelt ist.

Da Rückenschmerzen häufig mit einer muskulären Fehlfunktion und Tonuserhöhung einhergehen, kann ein Ansatz, der den Schmerzanteil auf muskulärer Ebene adressiert, klinisch sinnvoll sein.

Pridinol wirkt anticholinerg durch Modulation des polysynaptischen Reflexbogens.

Studien

Für Pridinol liegen zudem Versorgungsdaten aus einer Beobachtung über vier Wochen vor, in der u. a. Wirksamkeit (Abb. 9) und Verträglichkeit im Vergleich zu NSAR betrachtet wurden. In dieser Auswertung wurden weniger Nebenwirkungen und eine höhere Ansprechrates hinsichtlich Schmerzreduktion berichtet. Dies kann insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten relevant sein, bei denen NSAR aufgrund von Komorbiditäten häufig nur eingeschränkt einsetzbar sind.

Registerstudie Providence

Definition Response

Nachweis einer klinisch relevanten Verbesserung bzgl.

- (a) Schmerzlinderung
- (b) schmerzbedingten Beeinträchtigung im Alltag
- (c) körperlicher und
- (d) seelischer Lebensqualität
- und

Fehlen eines (e) UAW-bedingten Behandlungsabbruchs

→ Hochsignifikant besseres Ansprechen unter Pridinol vs. NSAR

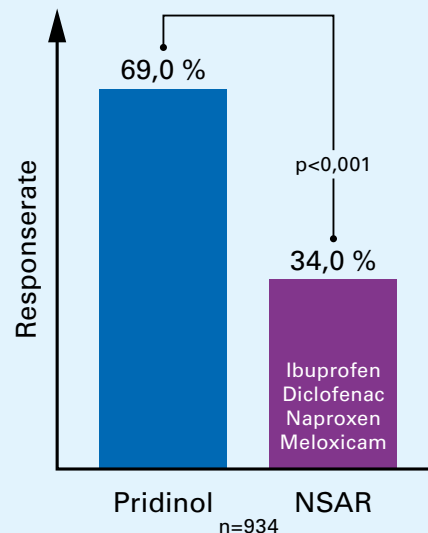


Abb. 9: Registerstudie Providence: Ansprechen von Pridinol vs. NSAR

In den dargestellten Daten zeigte sich unter Pridinol eine höhere Rate an berichteter Schmerzreduktion sowie Verbesserungen von Beweglichkeit und Lebensqualität als unter NSAR. Diese Ergebnisse sind im Kontext des Studiendesigns einzuordnen, stützen jedoch den Gedanken, dass Muskelrelaxantien bei geeigneter Indikationsstellung eine relevante Alternative oder Ergänzung sein können.

Auch beim Vergleich der Nebenwirkungen wurden in den genannten Daten unter Pridinol geringere Nebenwirkungen als unter NSAR beschrieben. Besonders bei den Älteren (≥ 65 Jahre) waren Nebenwirkungen unter Pridinol signifikant geringer als unter NSAR.

Kasuistiken

Im Folgenden werden zwei Kasuistiken dargestellt, die das Management funktionell-muskulär mitbedingter Rückenschmerzen im Praxisalltag illustrieren.

Fall 1

Fall 1: 43-jährige Patientin mit lumbalen Rückenschmerzen seit drei Wochen ohne Ausstrahlung. Vorbehandelt durch den Hausarzt – trotz sportlicher Aktivität – mit einer Kombination aus Ibuprofen, Tilidin und Metamizol, ohne ausreichende Besserung.

Der Hausarzt veranlasste ein MRT, in dem sich keine fassbare Pathologie zeigte. Klinisch fanden sich ausgeprägte Myogelosen und Triggerpunkte. Zusätzlich zeigte sich ein Vorlaufphänomen im Bereich des Iliosakralgelenks, das im Alltag häufig als „ISG-Blockade“ interpretiert wird, klinisch jedoch nicht selten muskulär bedingt ist (Beckenrotation bei erhöhtem Tonus der lumbalen Muskulatur).

Therapeutisch wurde die Analgesie umgestellt: Die zuvor eingesetzten Analgetika wurden beendet und eine Behandlung mit dem Muskelrelaxans Pridinol begonnen (initial in moderater Dosierung), ergänzt durch Krankengymnastik.

Pridinol wurde insgesamt zehn Tage eingenommen und konnte anschließend abgesetzt werden. Klinisch zeigte sich eine deutliche Besserung der muskulären Befunde; einzelne Triggerpunkte persistierten, sodass ergänzend Dry Needling eingesetzt wurde. Die Patientin erhielt ein Eigenübungsprogramm und wurde zur regelmäßigen Durchführung motiviert, um Rezidiven und Chronifizierung vorzubeugen.

Fall 2

Fall 2: 32-jähriger Patient mit Nackenschmerzen und Ausstrahlung unter das Schulterblatt. Klinisch bestand eine ausgeprägte linksbetonte Verspannung mit Einschränkung von Rotation und Seitneigung. Zusätzlich berichtete der Patient über Dysästhesien im dritten und vierten Finger der linken Hand; in der Untersuchung zeigte sich ein Kraftdefizit des Trizeps links bei seitengleichen Reflexen. Aufgrund der neurologischen Symptomatik war eine Bildgebung indiziert.

Die Schmerzmedikation wurde zunächst angepasst (Ibuprofen zur Analgesie) und durch das Muskelrelaxans Pridinol ergänzt. Zusätzlich wurde ein Präparat mit Uridinmonophosphat und Vitamin-B12 als Unterstützung der Nervenregeneration empfohlen, wie es bei neurologischer Symptomatik häufig eingesetzt wird.

Unter der Therapie gingen die Beschwerden zügig zurück; begleitend halfen Physiotherapie und Elektrotherapie. Im MRT zeigte sich ein Bandscheibenvorfall. Entscheidend ist die klinische Korrelation: Nicht jeder bildmorphologisch ausgeprägte Befund erfordert unmittelbar eine operative Vorstellung. Bei fehlender Besserung oder ausgeprägter Symptomatik sollte jedoch frühzeitig eine Mitbeurteilung durch Wirbelsäulen-/Neurochirurgie erfolgen, um bei Bedarf zeitnah weiterbehandeln zu können.

Zusammenfassung

Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen in der hausärztlichen und orthopädischen Praxis und stellen eine erhebliche individuelle wie auch gesundheitsökonomische Belastung dar. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um unspezifische Rückenschmerzen ohne eindeutig strukturelle Ursache. Besonderes Augenmerk liegt auf der frühzeitigen Identifikation sogenannter *Red, Yellow, Blue und Black Flags*, um gefährliche Verläufe, Chronifizierung und psychosoziale Einflussfaktoren rechtzeitig zu erkennen. Die Diagnostik orientiert sich primär an Anamnese und klinischer Untersuchung; bildgebende Verfahren sind klar indikationsgebunden. Therapeutisch stehen beim akuten unspezifischen Rückenschmerz Aufklärung, Aktivierung und eine zeitlich begrenzte medikamentöse Schmerztherapie im Vordergrund. Muskelrelaxantien können in ausgewählten Fällen eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Sollten sich die Schmerzen trotz therapeutischer Maßnahmen nicht vermindern, oder ein ausgeprägtes Beschwerdebild vorhanden sein, empfiehlt sich eine Mitbeurteilung durch Wirbelsäulen- bzw. Neurochirurgie.

Literatur

AJNR Am J Neuroradiol. 2015 Apr;36(4):811–816. doi: 10.3174/ajnr.A4173

Davies, R.A., Maher, C.G. & Hancock, M.J. A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain. Eur Spine J 17, 1423–1430 (2008). <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0783-x>

DGS-PraxisLeitfaden zur Behandlung akuter Kreuz-/Rückenschmerzen (V1.0; Oktober 2021)

Leinmüller R. Der größte Teil ist myofaszial bedingt. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 31-32, 4. Aug.2008.

Manca A, Cugusi L, van Tulder M, Furlan A, Solla F, Monticone M. Oral non-benzodiazepine muscle-relaxants for people with acute and chronic primary low back pain: a systematic review with meta-analysis. Eur Spine J. 2025 Jun;34(6):2347-2366. doi: 10.1007/s00586-025-08786-0. Epub 2025 Apr 5. PMID: 40186696.

Sharif S, Jazaib Ali MY, Kirazlı Y, Vlok I, Zygourakis C, Zileli M. Acute back pain: The role of medication, physical medicine and rehabilitation: WFNS spine committee recommendations. World Neurosurg X. 2024 Mar 6;23:100273. doi: 10.1016/j.wnsx.2024.100273. PMID: 38807862; PMCID: PMC11130729.

Statista 2026, Statistisches Bundesamt, destatis.de, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1426057/umfrage/krankheitskosten-durch-rueckenerkrankungen-in-deutschland>; abgerufen 05.03.2026

Überall MA et al. DGS Schmerztag 2024. ePoster: Behandlung therapieschwieriger nächtlicher Beinkrämpfe. Wirksamkeit und Verträglichkeit von Pridinol vs. Chinin. 4-Wochendaten einer Propensity-Score gematchten Kohortenanalyse des Praxis-Register Schmerz.

Überall MA et al. Effectiveness of the antispasmodic Pridinol vs. NSAIDs in patients with acute (low) back pain – results of Providence, a retrospective, non-interventional propensity-score matched dual cohort analysis of depersonalized 4-week real-world data provided by the German Pain e-Registry. Arch Phar & Pharmacol Res. 4(2): 2024.

Von der Lippe E, Krause L, Porst M, Wengler A, Leddin J et al. (2021). Prävalenz von Rücken- und Nackenschmerzen in Deutschland. Ergebnisse der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020. Journal of Health Monitoring 6(S3):2–14

Bildquellen

Titel: © New Africa – stock.adobe.com

Abb. 2: © adimas – stock.adobe.com

Abb. 3: © fizkes – stock.adobe.com

Abb. 4: © He2 – stock.adobe.com

Abb. 5: © He2 – stock.adobe.com

Abb. 6: © He2 – stock.adobe.com

Abb. 7: © peopleimages.com – stock.adobe.com

Abb. 8: © David Kreuzberg – stock.adobe.com

Impressum

Rückenschmerzen = Muskelschmerzen? Therapieoptionen

Autor

Christian Macholdt
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Orthopaedicum Jena am Nollendorfer Hof
Nollendorfer Str. 32
07743 Jena

Zertifiziert durch

Landesärztekammer Hessen

Ärztliche Leitung

Dr. med. Alexander Voigt
Spartaweg 7
97084 Würzburg

Redaktion, Veranstalter und Technik

health&media GmbH
Landwehrstraße 54
64293 Darmstadt
redaktion@arztcm.de
www.arztcm.de

ISSN 2512-9333

Transparenzinformation arztCME

Die Inhalte unserer Veranstaltungen werden produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet. Wir bestätigen, dass die wissenschaftliche Leitung und die Referenten potentielle Interessenkonflikte gegenüber den Teilnehmern offenlegen.

Der Autor/Referent Christian Macholdt hat Honorare folgender Firmen erhalten: Trommsdorff, Heelmed.

Diese Fortbildung wird für den aktuellen Zertifizierungszeitraum von 12 Monaten mit 9.850 EUR durch Trommsdorff GmbH & Co. KG unterstützt. Die Gesamtaufwendungen der Fortbildung in diesem Zeitraum belaufen sich auf 9.850 EUR.

Diese Fortbildung wird ab dem Start des Zertifizierungszeitraums auf www.arztCME.de online verfügbar sein. Die Transparenzinformationen sind dort ebenfalls auf der Übersichtsseite vorab einsehbar.

Lernkontrollfragen

Bitte kreuzen Sie jeweils nur **eine** Antwort an.

1. Welche Aussage zu unspezifischen Rückenschmerzen trifft zu?

- a. Sie sind fast immer bildmorphologisch klar erklärbar.
- b. Sie beruhen überwiegend auf strukturellen degenerativen Veränderungen.
- c. Sie sind häufig funktionell geprägt und gehen mit muskulären Verspannungen einher.
- d. Sie sprechen selten auf Wärmebehandlung an.
- e. Sie treten meist ausschließlich bei körperlich schwer arbeitenden Patienten auf.

2. Welcher Anteil der Bevölkerung erlebt mindestens einmal im Leben Rückenschmerzen?

- a. 20–30 %
- b. 40–50 %
- c. 60–70 %
- d. 80–85 %
- e. Über 95 %

3. Bei welcher Konstellation ist eine Bildgebung besonders indiziert?

- a. Rückenschmerzen seit zwei Wochen ohne neurologische Auffälligkeiten
- b. Wiederkehrende Schmerzen bei gleichzeitig gutem Allgemeinzustand
- c. Rückenschmerzen unter 16 Jahren
- d. Patient wünscht ein MRT zur Sicherheit
- e. Rückenschmerzen nach Gartenarbeit ohne weitere Symptome

4. Welche Aussage zu Red Flags ist korrekt?

- a. Red Flags beziehen sich ausschließlich auf psychosoziale Risikofaktoren.
- b. Eine Tumoranamnese stellt kein Red Flag dar.
- c. B-Symptomatik zählt zu den Red Flags.
- d. Red Flags erfordern grundsätzlich sofort eine operative Abklärung.
- e. Red Flags gelten nur für Patienten über 70 Jahre.

5. Was beschreibt eine Yellow Flag?

- a. Hinweise auf schwerwiegende strukturelle Erkrankungen
- b. Psychosoziale Faktoren, die eine Chronifizierung begünstigen
- c. Arbeitsrechtliche Konflikte
- d. Osteoporosebedingte Schmerzen
- e. Akute neurologische Defizite

6. Welche der folgenden Maßnahmen gilt als nicht sinnvoll zur nachhaltigen Funktionsverbesserung bei unspezifischen Rückenschmerzen?

- a. Aktivierende Physiotherapie
- b. Eigentrainingsprogramme
- c. Bewegung an der frischen Luft
- d. Überwiegend passive Verfahren wie reine Massage
- e. TENS in ausgewählten Fällen

7. Welche Aussage zu NSAR trifft zu?

- a. Parenterale i. m.-Applikation wird bevorzugt empfohlen.
- b. NSAR sollen nur bei chronischen Schmerzen eingesetzt werden.
- c. NSAR sind Mittel der ersten Wahl bei akuten Rückenschmerzen, sofern keine Kontraindikationen bestehen.
- d. NSAR sollten immer mit Opiaten kombiniert werden.
- e. NSAR dürfen nie bei kardiovaskulären Risiken eingesetzt werden.

8. Welche Aussage zu Pridinol ist korrekt?

- a. Es wirkt primär benzodiazepinartig zentral dämpfend.
- b. Es besitzt eine kurze Halbwertszeit und muss häufig eingenommen werden.
- c. Es ist im ersten Schwangerschaftsdrittel uneingeschränkt einsetzbar.
- d. Es wirkt anticholinerg und moduliert polysynaptische Reflexe.
- e. Es ist ausschließlich zur Behandlung von Spastiken zugelassen.

9. Welche Aussage zu Methocarbamol trifft zu?

- a. Es kann unbegrenzt lange angewendet werden.
- b. Es ist besonders geeignet bei Myasthenia gravis.
- c. Es ist kontraindiziert bei epileptischen Anfällen.
- d. Es weist eine sehr lange Halbwertszeit auf.
- e. Es wird bevorzugt intravenös verabreicht.

10. Welche Empfehlung entspricht der nationalen Versorgungsleitlinie "Nicht-spezifischer Kreuzschmerz" (2017)?

- a. Frühzeitige Bettruhe über mehrere Tage
- b. Routinebildgebung bei allen Rückenschmerzpatienten
- c. Aufklärung, frühe Aktivierung, zurückhaltende Bildgebung ohne Red Flags
- d. Standardmäßiger Einsatz von Muskelrelaxantien
- e. Operative Abklärung im Zweifel schon beim Erstkontakt

Das Online-Lernmodul, die zertifizierende Ärztekammer und den Bearbeitungszeitraum finden Sie unter:

www.arztcme.de/rueckenschmerz-muskelschmerz

Zur Teilnahme am Test scannen Sie bitte den QR-Code mit Ihrem Mobilgerät.





Zertifizierte Fortbildung