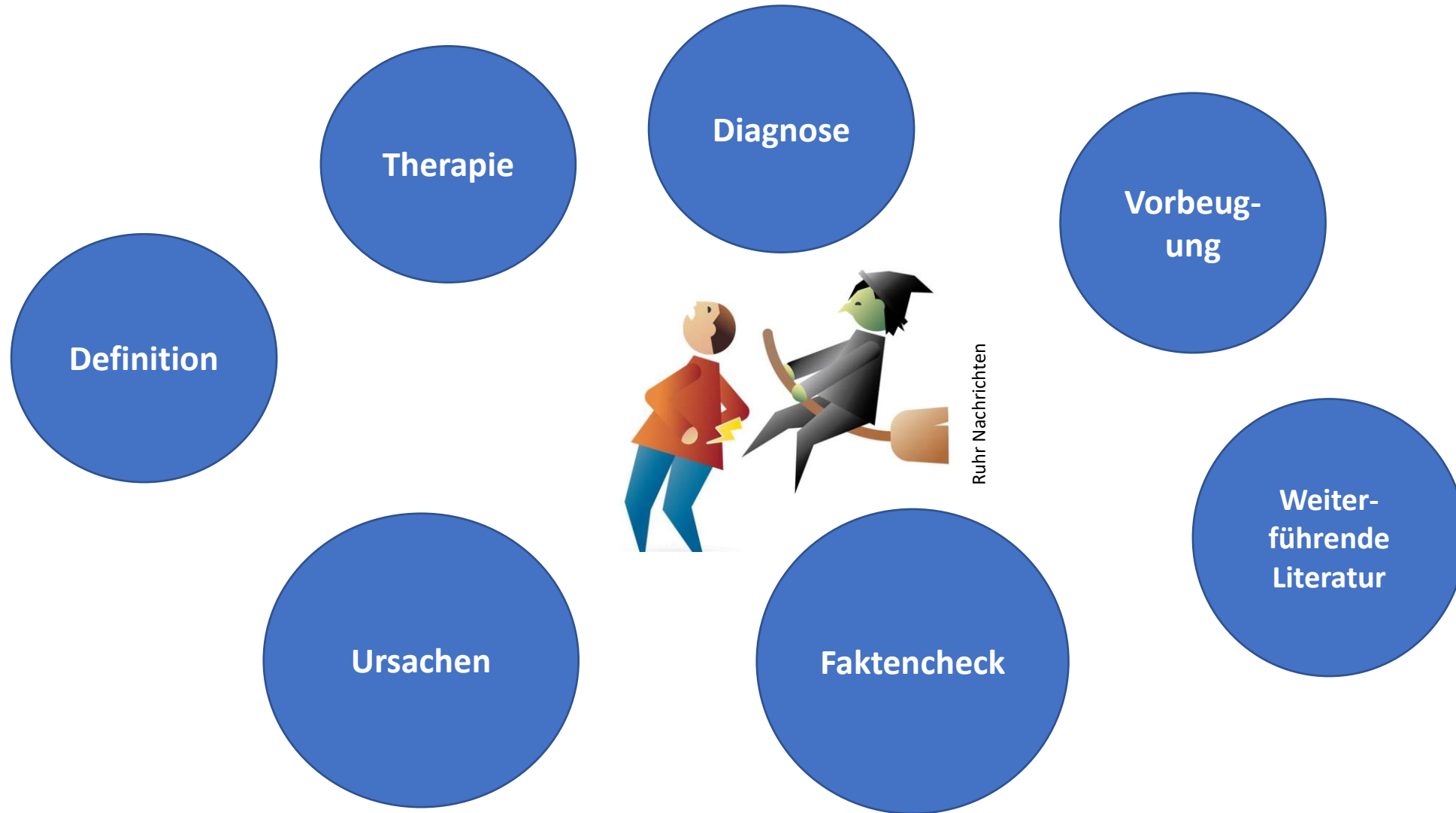


Der «Hexenschuss» – Mythen & Fakten



Entwickelt und vorgetragen von...

... Andreas Alt (Dipl. Physiotherapeut, M.Sc.)



Kontakt: info@andreas-alt.com

- **Aktuell:** SportClinic Sihlcity, CH, Fachperson für therapeutische Qualität, Abt. Physiotherapie, Doktorand Universität zu Lübeck (Humanwissenschaften)
- **2018 - 2020:** Fit 4 Life AG, CH, Leiter der Physiotherapieabteilung
- **2017:** Fit 4 Life AG, CH (Schwerpunkte: Kraft & Konditionierung, biopsychosoziale Therapie)
- **Seit 2016:** Autor & Herausgeber verschiedener Fachbücher & internationaler Publikationen
- **2015:** Projektbeteiligung mit den Schwerpunkten: Wissenschaft im therapeutischen Gesundheitswesen, biopsychosoziale Therapieintegration, Kraft- & Konditionierungsoptimierung
- **Seit 2015:** Master of Science für Sportphysiotherapie (Deutsche Sporthochschule Köln)
- **Seit 2012:** Bachelor of Science in Physiotherapie (Hoogeschool Thim van der Laan, Nieuwegein, NL)
- **2009:** Staatlich anerkannter Physiotherapeut (BFS Nürnberg)

Was ist ein «Hexenschuss»?

Volkstümliche Definition

Plötzlich auftretender, stechender und anhaltender Schmerz im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS), welcher mit Bewegungseinschränkungen einhergeht (Küpper 2000).

Medizinische Definition

Der im Deutschen Sprachgebrauch gängige, medizinische Begriff lautet „Lumbago“ oder „lokales Lumbalsyndrom“ (Duden 2021).

Lumbago umfasst alle Beschwerden, die auf degenerative und funktionelle Störungen der (LWS) zurückzuführen sind und deren Symptomatik auf den Lumbalbereich bezogen ist (früher: „LWS-Syndrom“) (Casser et al. 2016).

Dazu zählt der „Hexenschuss“ mit seinem plötzlichen Beginn und schnellen Verschwinden, aber auch chronische, wiederkehrende Rückenschmerzen (Casser et al. 2016)



Quelle: Pixabay

Moderne Definition in Anlehnung an den «Hexenschuss»

Im Zusammenhang mit neueren Erkenntnissen zum Thema «Allg. Rückenschmerzen», wozu auch der Hexenschuss zählt, wird vor allem der Begriff «LWS-Syndrom» neu überdacht:

Aufgrund der **multidimensionalen** Entstehungsmöglichkeiten sollte man sich von der Erwartung distanzieren, dass Rückenschmerz – und damit auch das LWS-Syndrom sowie der Hexenschuss – von einer **rein strukturellen** (körperlichen) Schädigung, z.B. einem «Bandscheibenvorfall» verursacht wird (Alt & Kolster 2021). Konkret ursächlich sind zudem die

- Verarbeitungsfunktionen des Nervensystems (Sensibilisierung, Zentralisierung) und
- die psychischen Einflussfaktoren zu nennen (z.B. Stress)



Quelle: Pixabay

Hintergründe zum «Hexenschuss»

- Allgemein geht man davon aus, dass die Schmerzen in etwa der **Hälfte aller Fälle** innerhalb von **sechs Wochen** abklingen und dass 68-86 % der Betroffenen innerhalb eines Monats ihre Arbeit wieder aufnehmen (da C Menezes et al. 2012).
- Wiederkehrende Rückenbeschwerden dieser Art sind häufig (47-54 %), ebenso wie eine wiederkehrende **Arbeitsunfähigkeit (33 %)** (Mehling et al. 2012, da C Menezes et al. 2012).
- Leider, muss man davon ausgehen, dass die erste Erfahrung mit solchen und anderen Formen des Rückenschmerzes meistens nicht die letzte sein wird.



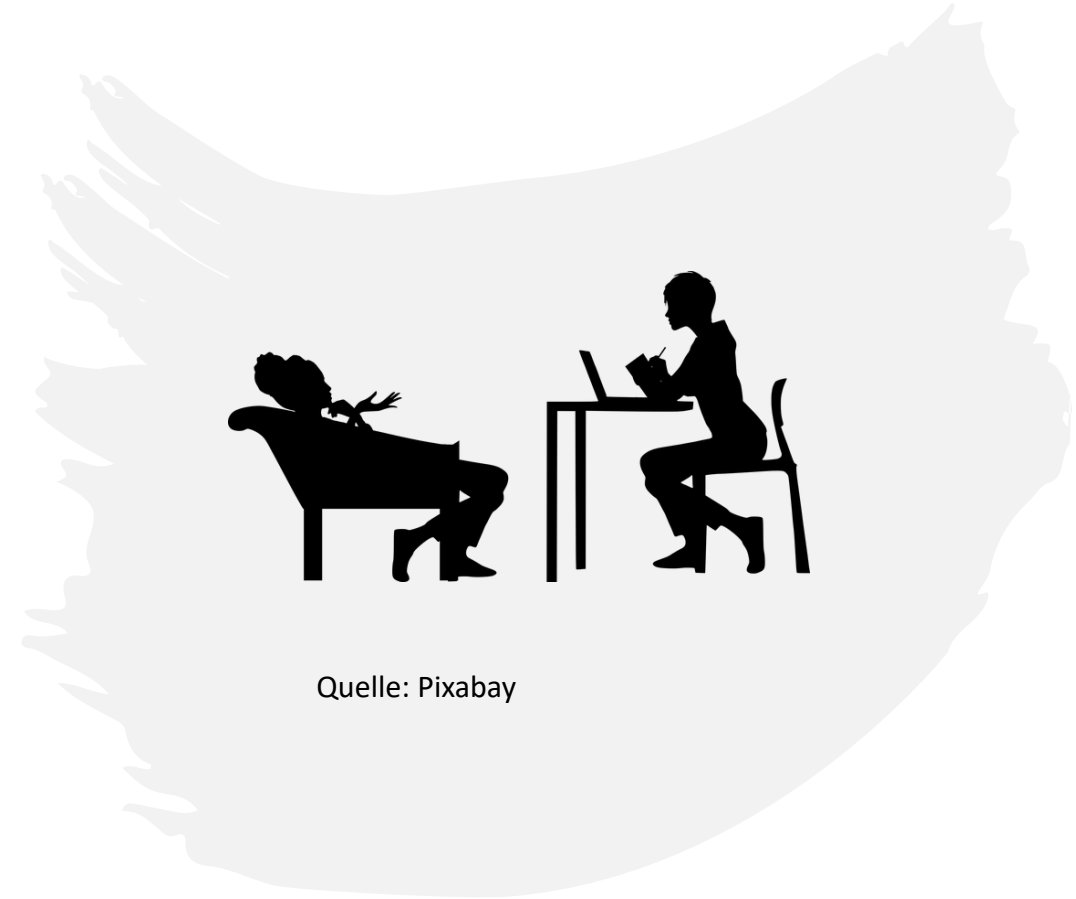
Quelle: Pixabay

Die Diagnose

Ärztliche Diagnose

Die ärztliche Diagnose beläuft sich vornehmlich auf die **Struktur** (Wirbelsäule, Muskeln, Nervengewebe, Bandscheiben etc.), um gefährliche Gefahren, wie z.B. Nervenverletzungen, auszuschließen.

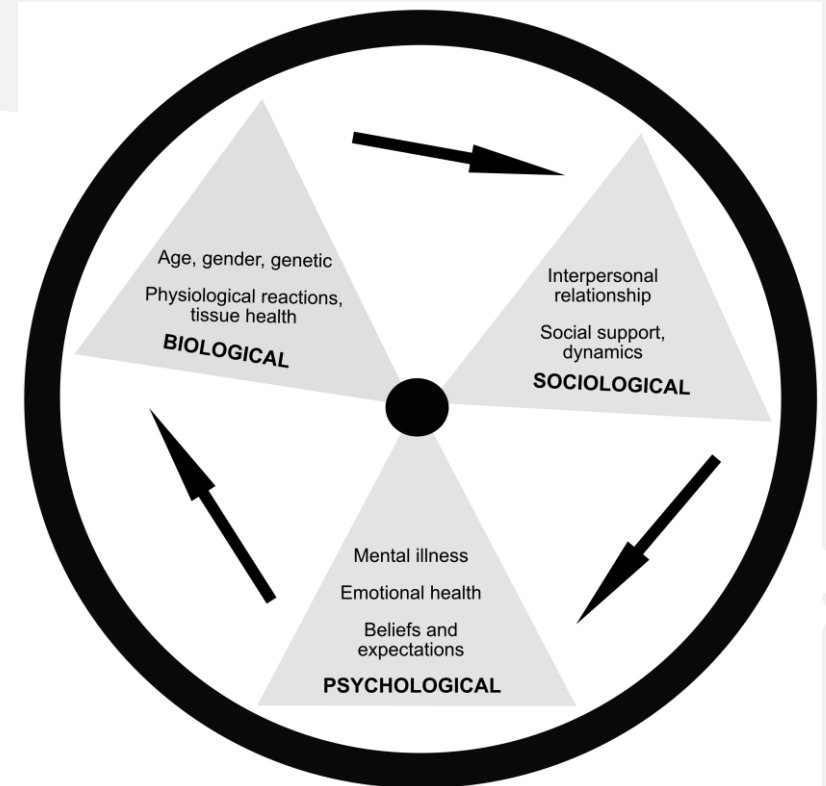
Darum greifen Ärzte ggf. auf bildgebende Untersuchungen, wie Röntgen oder Magnetresonanztomographie etc. zurück. Diese dienen auch dem Ausschluss gefährlicher Erkrankungen (z.B. Bandscheibenvorfall, Wirbelkörperbruch bei Osteoporose etc.) (Casser et al. 2016).



Physiotherapeutische Diagnose

Physiotherapeuten dürfen im gesamten deutschsprachigen Raum keine **Primärdiagnosen** stellen, weil diese von der Ärzteschaft übernommen werden. Aber:

Physiotherapeuten sind dazu verpflichtet, die vom Arzt überwiesenen Patienten zu **«screenen»** und gemäss den Kriterien der **«International Classification of Functioning, Disability and Health»** (ICF) biopsychosozial zu untersuchen (Chenot et al. 2017) .



Quelle: Alt nach Engel 1977

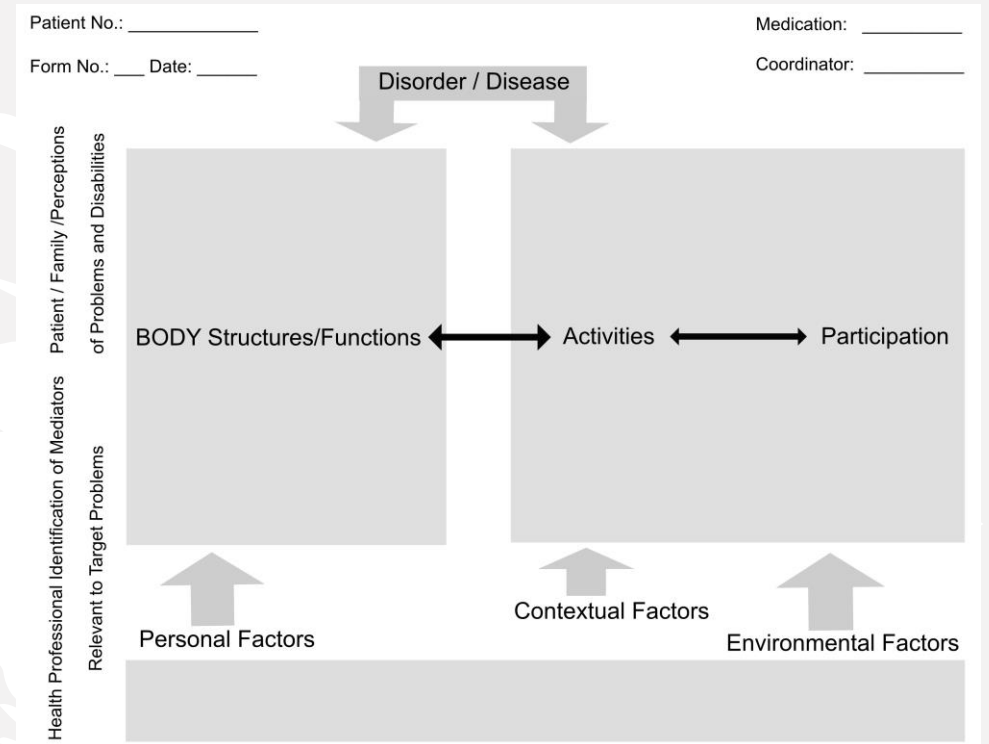
Physiotherapeutische Diagnostik Teil 2

Die ICF umfasst die folgenden Dimensionen:

- **Strukturell** (z.B. in Bezug auf Muskeln, Bänder, Nerven etc.)
- **Funktional** (= physische Belastbarkeit, z.B. Heben)
- **Sozialpsychologisch** (= Verhalten, Umgang mit Beschwerden, soziales Umfeld, z.B. Familie etc.)

Nur so kann der Vorteil durch die Physiotherapie genutzt werden. Dieser besteht in:

- der vollumfassenden Ursachendetektion,
- einer evtl. notwendigen Zusatzversorgung (Trainer, Medikamente, etc.) ,
- der nachhaltigen Therapie, durch Aufnahme von Verhaltensmanagement, Belastbarkeitsentwicklung, Selbstmanagement etc.)



Quelle: Alt nach Steiner 2001

Die «direkten» Ursachen für einen «Hexenschuss»

- Hexenschussartige Rückenbeschwerden werden häufig durch nicht-pathologische (krankhaften) Funktionsstörungen verursacht.
- **Pathologische Ursachen → 15 %** (Deyo & Weinstein 2001)
wie z.B. Bandscheibenvorfälle (4 %), Wirbelsäulenverengungen (Stenosen) (2 %),
Frakturen an der Wirbelsäule (grob 1 – 4 %), Tumore (0, 7 %).
- **Nicht-pathologische Ursachen → 80 – 90 %** (Casser et al. 2016),

die sich am besten durch eine körperliche Untersuchung nachweisen lassen und durch bildgebende Untersuchungen nicht hinreichend belegt werden können. Die häufigste, **direkte** Ursache für den Hexenschuss ist:

- akute, muskuläre Überbeanspruchung in der Funktion, z.B. beim Heben

Die dabei häufig betroffenen Strukturen sind

m. gluteus maximus, m. longissimus dorsi, m. quadratus lumborum

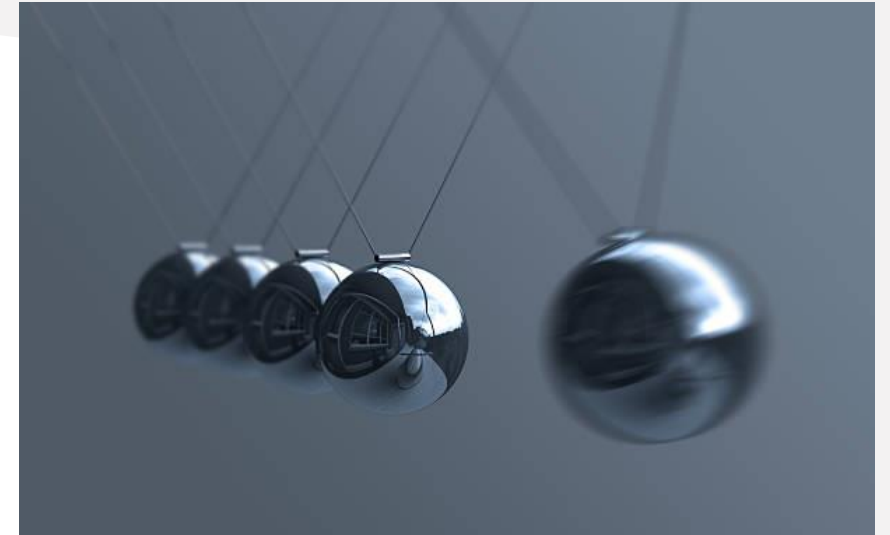


Quelle: Pixabay

Die «indirekten» Ursachen für einen Hexenschuss

Bei den indirekten Ursachen für den Hexenschuss gilt es zu beachten, dass diese meistens auf den Lebensstil zurückzuführen sind (Oliveira et al. 2018). Doch nicht nur, denn mitverantwortlich sein können auch:

- **Alter:** Rückenschmerzen treten mit zunehmendem Alter häufiger auf (ab 30 oder 40 Jahren)
- **Bewegungsmangel:** schwache, ungenutzte Muskeln im Rumpfbereich
- **Deutliches Übergewicht:** übermäßiges Körpergewicht erhöhen die Wahrscheinlichkeit von plötzlichen Rückenschmerzen durch Funktionsbewegungen, z.B. Heben
- **Psychische Erkrankungen:** Menschen, die zu Depressionen und Angstzuständen neigen, scheinen ein höheres Risiko für Rückenschmerzen zu haben.
- **Rauchen:** Rauchen löst häufigeres Husten aus, was zu Bandscheibenvorfällen führen kann. Rauchen kann auch die Durchblutung der Wirbelsäule vermindern und das Risiko von Osteoporose erhöhen.



Quelle: Pixabay

Die Therapie von hexenschussähnlichen Rückenbeschwerden

Aufgrund der akuten und meist sehr intensiven Symptome bei einem Hexenschuss muss die Therapie in eine

- **akute** und eine
- **nachhaltige** Therapie aufgeteilt werden (Oliveira et al. 2018, Werber & Schiltewolf 2016).



Quelle: Pixabay

Die akute Therapie bei Hexenschuss

Helfend sind:

- **moderate Aktivität**, z.B. sanfte Mobilisation in der Funktion → Aufstehen – Absetzen, Beckenkippen, Superman-Übung etc.
- etc. **Stressreduktion**, z.B. aus der Umgebung (Beruf, familiar, eigene Ambitionen und Erwartungen, z.B. sportspezifisch reduzieren)
- **Entspannung**, z.B. «warmes Bad»
- **keine** Bettruhe
- so gut wie möglich **aktiv** bleiben
- **Gewissheit**, dass Schmerz nach wenigen Tagen nachlassen wird (Kent et al. 2017)
- nur im **Notfall** (= extrem hohe Schmerzintensität = NRS 8 oder mehr) Schmerzmittel (ärztliche Kontrolle)



Quelle: Pixabay

Übungen zur akuten Schmerzreduktion & zur Wiedererlangung der alltäglichen Belastbarkeit

Beispiele für die akute Schmerzlinderung



Beckenkippen nach oben und unten
Quelle: Pixabay



Dreh-Dehn-Lage Brust- und Lendenwirbelsäule
Quelle: Pixabay

Beispiele für die stufenweise & nachhaltige Belastbarkeitsentwicklung



Superman-Übung
Quelle: Pixabay



Deadlift

Kreuzheben als gezielte Vorbereitung zum Heben
Quelle: Pixabay

Umsetzung der Übungen



Hilfreiche Prinzipien & Tipps zur Ausführung der Übungen

- Führe die Übungen nur in **Kombination** mit den anderen Hinweisen durch, z.B. «so aktiv, wie möglich bleiben» oder «Beruhigung – keine Angst vor schlimmen Folgen» etc.
- Die Übungen sollen zunächst deine **Entspannung** fördern, daher **vermeide falsche Erwartungen**, wie z.B. ein besonders grosses Bewegungsausmass etc.
- Führe die Übungen in **Ruhe** durch und **vermeide Störungen** -> jeweils 2 Sekunden für die eine und für die entgegengesetzte Bewegungsrichtung, z.B. Beugung & Streckung.
- Nutze zur besseren Kontrolle einen **Spiegel**.
- Führe die Übungen **regelmässig** durch, z.B. dreimal täglich jeweils zweimal und über 10 Wiederholungen, z.B. morgens, mittags, abends.

Was sollte ich als Patient_in von Physiotherapeut_innen erwarten dürfen?

... Dass der/die Therapeut_in dir **zuhört**...

... Dass der/die Therapeut_in mit dir **kommuniziert** und dich nicht einfach zur Massage oder ähnlichen Methoden hinlegen lässt...

... Dass der/die Therapeut_in **Gefahrenzeichen** erfragt, wie z.B. ein plötzlicher Kraftverlust in den Beinen oder Taubheit in den Füßen etc. ...

... Dass der/die Therapeut_in dir Fragen zur **Ursache** deiner Beschwerden stellt, die **nicht nur mit körperlichen** Elementen einhergehen, z.B. Fragen nach **allgemeiner Belastung** (körperlich, mental etc.)...

... Dass der/die Therapeut_in sich eher **beruhigend** als dramatisierend äussert – wenn die Gefahrenzeichen überprüft sind, besteht kein Grund für Dramatisierung...

... Dass der/die Therapeut_in dich über den **weiteren Verlauf** aufklärt...

... Dass der/die Therapeut_in deine **Ziele erfasst** und mit dir einen entsprechenden **Therapieplan** entwickelt, den du verstehst...

... Dass dir der/die Therapeut_in **Optionen für zu Hause**, z.B. Übungen oder hilfreiche Tipps erläutert.



Quelle: Pixabay

Zur Vorbeugung von Hexenschüssen

Die Vorbeugung von wiederkehrenden Rückenschmerzen im Sinne des Hexenschusses sollte vielschichtig gestaltet werden:

- **Lebensstil** → regelmässige Aktivität & Entspannung
Achtung: Es gibt keine **perfekte, einzelne Übung** zur Vermeidung von Rückenschmerzen - die Summe macht es!
- **Vermeide Risikofaktoren** (unregelmässige Aktivität, Rauchen, Übergewicht etc.)!
- **Selbstkontrolle** → Du musst die Kontrolle über deine Lebensgestaltung übernehmen! Dies kann dir niemand abnehmen – deine Mitwirkung und Motivation sind die beste Medizin (Teixeira et al. 2016).



Quelle: Pixabay

Faktenübersicht zu akuten Rückenschmerzen = Hexenschuss

- **Rote Flaggen** (Gefahrenzeichen) sind bei den entsprechenden Patienten häufig anzutreffen und deuten **nicht unbedingt** auf eine **ernsthafte Erkrankung** hin. Daher sollten sich Kliniker_innen bei der Bewertung roter Flaggen auf einen umfassenden klinischen Ansatz verlassen (Henschke et al. 2009).
- Ohne Befunde, die auf eine ernsthafte Erkrankung (Rote Flagge) hindeuten, wird eine bildgebende Diagnostik, z.B. MRI-Scan, **nicht empfohlen** (Henschke et al. 2009, Davis et al. 2021).
- Eine **Patientenaufklärung**, welche die Empfehlung enthält, **aktiv** zu bleiben, **verschlimmernde Bewegungen zu vermeiden** und sobald wie möglich zu **normaler Aktivität zurückzukehren** sowie **Gespräche über den oft gutartigen** Charakter akuter Kreuzschmerzen ist bei Patienten **wirksam** (Patrick et al. 2014).
- Obwohl regelmäßige Übungen bei der Behandlung akuter Kreuzschmerzen **nicht unbedingt** von Vorteil sind, kann die Physiotherapie (Bewegungskontrolle, aktive Mobilisierung und Stabilisierung der Wirbelsäule) das Risiko eines erneuten Auftretens verringern (Macedo et al. 2016).
- **Wirbelsäulenmanipulation und chiropraktische Techniken** sind bei unspezifischen akuten Kreuzschmerzen **nicht** vorteilhafter als etablierte Behandlungen und ihre **Ergänzung zu etablierten Behandlungen führt nicht** zu besseren Ergebnissen.
- **Bettruhe** ist bei unspezifischen akuten Kreuzschmerzen **nicht** hilfreich (Assendelft et al. 2004, Jüni et al. 2009).



Quelle: Pixabay

Weiterführende Literatur

- Alt A. & Kolster C.B. (2021). Du bist dein eigener Therapeut – Rückenschmerzen. KVM – Der Medizinverlag.
- Buttler D.S. & Moseley G.M. (2016). Schmerzen verstehen, 3. Auflage. Springer Verlag.



Literaturverzeichnis

- 1) Alt A. & Kolster C. B. (2021). Du bist dein eigener Therapeut – Rückenschmerzen. KVM – Der Medizinverlag. S. 21 – 22
- 2) Assendelft, W. J., Morton, S. C., Yu, E. I., Suttorp, M. J., & Shekelle, P. G. (2004). Spinal manipulative therapy for low back pain. The Cochrane database of systematic reviews, (1), CD000447. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000447.pub2>
- 3) Casser H., Seddigh S., Rauschmann M. (2016). Acute Lumbar Back Pain: Investigation, Differential Diagnosis, and Treatment. Dtsch Arztebl Int; 113: 223-34. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0223
- 4) Chenot, J. F., Greitemann, B., Kladny, B., Petzke, F., Pfingsten, M., & Schorr, S. G. (2017). Non-Specific Low Back Pain. Deutsches Arzteblatt international, 114(51-52), 883–890. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0883>
- 5) da C Menezes Costa, L., Maher, C. G., Hancock, M. J., McAuley, J. H., Herbert, R. D., & Costa, L. O. (2012). The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 184(11), E613–E624. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111271>
- 6) Davis PC, Wippold FJ II, Brunberg JA, et al. American College of Radiology ACR appropriateness criteria. Low back pain. Zuletzt aufgerufen am 10.08.2021
- 7) Deyo, R. A., & Weinstein, J. N. (2001). Low back pain. The New England journal of medicine, 344(5), 363–370. <https://doi.org/10.1056/NEJM200102013440508>
- 8) Duden/Lumbago/Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Lumbago> Abgerufen am 27.07.2021.
- 9) Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. (2009). Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. Arthritis Rheum, 60(10), 3072–3080.



- 10) 10) Jüni, P., Battaglia, M., Nüesch, E., Hämmerle, G., Eser, P., van Beers, R., Vils, D., Bernhard, J., Ziswiler, H. R., Dähler, M., Reichenbach, S., & Villiger, P. M. (2009). A randomised controlled trial of spinal manipulative therapy in acute low back pain. *Annals of the rheumatic diseases*, 68(9), 1420–1427. <https://doi.org/10.1136/ard.2008.093757>
- 11) Kent, M. L., Tighe, P. J., Belfer, I. et al (2017). The ACTION-APS-AAPM Pain Taxonomy (AAAPT) Multidimensional Approach to Classifying Acute Pain Conditions. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 18(5), 947–958. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx019>
- 12) Küpper H. (2000). *Wörterbuch der deutschen Umgangssprache*. Directmedia Publishing. S. 1800.
- 13) Macedo, L. G., Saragiotto, B. T., Yamato, T. P., Costa, L. O., Menezes Costa, L. C., Ostelo, R. W., & Maher, C. G. (2016). Motor control exercise for acute non-specific low back pain. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD012085. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012085>
- 14) Mehling, W. E., Gopisetty, V., Bartmess, E., Acree, M., Pressman, A., Goldberg, H., Hecht, F. M., Carey, T., & Avins, A. L. (2012). The prognosis of acute low back pain in primary care in the United States: a 2-year prospective cohort study. *Spine*, 37(8), 678–684. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e318230ab20>
- 15) Oliveira, C. B., Maher, C. G., Pinto, R. Z., Traeger, A. C., Lin, C. C., Chenot, J. F., van Tulder, M., & Koes, B. W. (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 27(11), 2791–2803. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>
- 16) Patrick, N., Emanski, E., & Knaub, M. A. (2014). Acute and chronic low back pain. *The Medical clinics of North America*, 98(4), 777–xii. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.03.005>
- 17) Teixeira, L. F., Pereira, L. S., Silva, S. L., Dias, J. M., & Dias, R. C. (2016). Factors associated with attitudes and beliefs of elders with acute low back pain: data from the study Back Complaints in the Elders (BACE). *Brazilian journal of physical therapy*, 20(6), 553–560. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0188>
- 18) Werber, A., & Schiltenswolf, M. (2016). Treatment of Lower Back Pain-The Gap between Guideline-Based Treatment and Medical Care Reality. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 4(3), 44. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030044>