

Gesundheitspfad Rücken

Innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen


Leitfaden für Entscheider und Gestalter



Experten-Panel „Rückenschmerz“
der Bertelsmann Stiftung
Gütersloh, Juni 2007

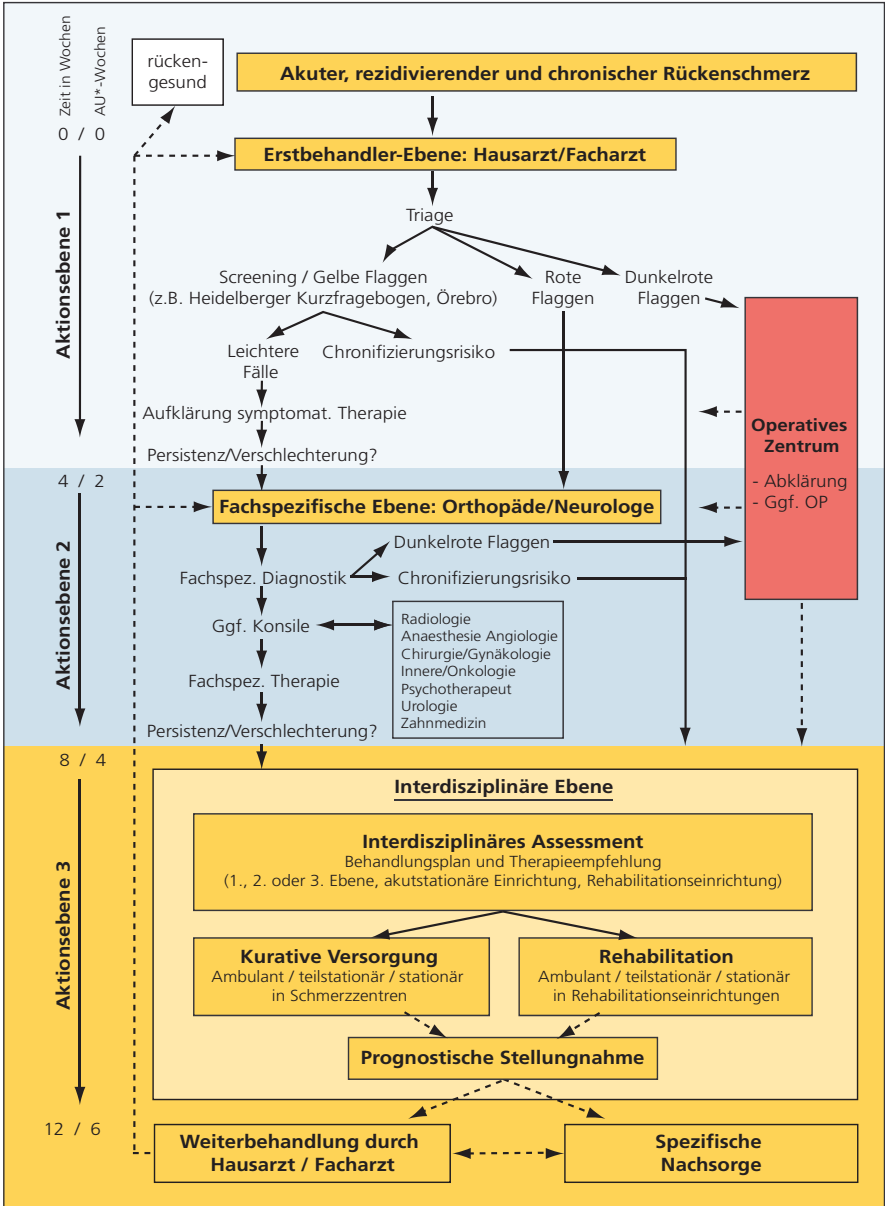


Inhaltsverzeichnis

| | |
|----|--|
| 2 | Einleitung |
| 3 | Epidemiologische Aspekte |
| 4 | Gesundheitsökonomische Aspekte |
| 5 | Gesundheitspfad Rücken |
| 10 | Prävention von Rückenschmerzen |
| 13 | Kurative Versorgung – Schnittstellenmanagement und Therapiegrundsätze |
| 18 | Rehabilitation von Rückenschmerzen |
| 22 | Anreize für eine evidenzbasierte Versorgung von Rückenschmerzen |
| 23 | Dokumentation und Qualitätssicherung |
| 24 | Integrierte Versorgungskonzepte Rückenschmerz |
| 27 | Integrierte Versorgungskonzepte Rückenschmerz – Kriterienkatalog |
| 28 | Experten-Panel der Bertelsmann Stiftung |
| 30 | Impressum Inhalte CD-ROM  |

Versorgungspfad / Algorithmus

Zusammenfassende Darstellung



* AU = Arbeitsunfähigkeit

Gesundheitspfad Rücken – Worauf kommt es an!

| Von... | zu... |
|---|--|
| Hohe Kosten und Beeinträchtigung durch Chronifizierung und Rezidive | Verringerung von Morbidität und Kosten |
| Erhebliche Unterschiede in der Versorgungspraxis | Evidenzbasierte Versorgung auf angemessener Versorgungsebene |
| Bereichsegoismen, Konkurrenz und fehlende Abstimmung | Abgestimmtes integriertes Versorgungsmodell |
| Ungünstiges Anreizsystem | Präventionsorientierte Anreize |
| Rein mechanisches Modell | Bio-psychosoziales Modell |
| Monokausal | Multimodal und interdisziplinär |
| Medikalisierung | Prävention und Eigenverantwortung |
| Passive Maßnahmen, Bettruhe | Schnelle Wiederaufnahme aller Alltagsaktivitäten |
| Fehlende Transparenz | Daten und Indikatoren zur Qualitätsverbesserung und Steuerung der Versorgung |

Einleitung

Der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen gebührt besondere Aufmerksamkeit. Rückenschmerzen sind ein gravierendes sozialmedizinisches und gesundheitsökonomisches Problem. Jedoch erfolgen Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen bisher wenig standardisiert, sind in vielen Details umstritten und weisen erhebliche Unterschiede zwischen Arztgruppen, Einrichtungen und Regionen auf. Eine präventionsorientierte, sektorübergreifende Gestaltung der Versorgung kann die kostenintensive Chronifizierung der Patienten vermindern. Daraus resultieren eine geringere Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen, letztlich geringere Kosten und frei werdende Mittel für notwendige, zweckmäßige Leistungen.

Im Mittelpunkt des Leitfadens steht ein Rahmenkonzept für die integrierte Versorgung von Rückenschmerzen. Das Konzept wurde auf der Grundlage aktueller Evidenz von einer interdisziplinären 25-köpfigen Expertengruppe erarbeitet. Mit den praxisnahen Lösungsansätzen sollen die im Gutachten des Sachverständigenrats aufgezeigten Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung von Rückenschmerzen weitgehend beseitigt werden.

Wir möchten Sie mit diesem Leitfaden und der beigelegten CD-ROM bei der Entwicklung einer evidenzbasierten Versorgung von Rückenschmerzen unterstützen. Nur wenn Leistungsanspruchnahme und Leistungsgestaltung in relevanten Versorgungsbereichen effektiv und effizient erfolgen, werden wir den zukünftigen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung angemessen begegnen können.

Die Erstellung der vielfältigen Projektergebnisse wäre ohne die engagierte Arbeit des Experten-Panels nicht möglich gewesen. Für das idealistische Einbringen des hervorragenden, interdisziplinären Fachwissens sei allen Aktiven herzlich gedankt. Besonderer Dank gilt auch den Leitungen der Arbeitsgruppen und der wissenschaftlichen Koordination durch Herrn Professor Dr. Thomas Kohlmann vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald.

Wir freuen uns sehr, wenn der Leitfaden Sie bei der Umsetzung einer rücken-gesunden Versorgung unterstützt.

Epidemiologische Aspekte

85 % der Bevölkerung haben im Laufe des Lebens Rückenschmerzen

Rückenschmerzen betreffen auch Kinder und Jugendliche

Einer der häufigsten Gründe für Arbeitsunfähigkeitstage

Spitzenplatz bei Rehabilitation und Frühberentung

Rückenschmerzen zählen zu den größten Gesundheitsproblemen Deutschlands. Im Laufe des Lebens haben etwa 85 % der Bevölkerung Rückenschmerzen. Aktuell hat mehr als jeder Dritte der erwachsenen Bevölkerung Rückenschmerzen. Etwa 10 % der Bevölkerung leiden an behandlungsbedürftigen Rückenschmerzen, die mit mittel- bis schwergradigen Beeinträchtigungen im Alltag verbunden sind. Frauen sind dabei etwas häufiger betroffen als Männer.

Schwere bzw. chronische Rückenschmerzen treten mit zunehmendem Alter häufiger auf. Allerdings sind Rückenprobleme auch schon unter Schulkindern verbreitet. Rund 25 % aller Heranwachsenden zwischen 11 und 17 Jahren berichten in Umfragen, im vergangenen Monat Rückenschmerzen gehabt zu haben. Im späten Jugendalter erreicht die Häufigkeit von Rückenschmerzepisoden annähernd das Niveau der Erwachsenen.

Die große Bedeutung von Rückenschmerzen belegen auch die Arbeitsunfähigkeitsstatistiken. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems verursachten 2005 fast jeden vierten krankheitsbedingten Ausfalltag. Damit zählt die unspezifische Diagnose „Rückenschmerz“ (ICD M54) zu den häufigsten Gründen für Arbeitsunfähigkeit überhaupt.

Darüber hinaus sind Dorsopathien in Deutschland unter allen nach ICD (International Classification of Diseases) klassifizierten Störungsbildern der häufigste Grund für Rehabilitationsmaßnahmen und die dritthäufigste Ursache für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Schmerzsymptome sind mit die häufigsten Gründe für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Anlass für etwa jeden fünften Arztbesuch. Allgemeinärzte und Orthopäden werden mit Abstand am häufigsten aufgesucht.

| | | |
|-----|---------|---|
| Von | 100.000 | Erwachsenen hatten in den letzten 12 Monaten |
| | 62.000 | Rückenschmerzen, davon |
| | 12.000 | chronische Rückenschmerzen (länger als 3 Monate), davon |
| | 9.000 | einen Arzt aufgesucht, |
| | 500 | einen Krankenhausaufenthalt gehabt und |
| | 300 | eine Operation erhalten. |

Gesundheitsökonomische Aspekte

In Deutschland und anderen westlichen Industrienationen stellen Rückenschmerzen nicht nur ein großes Gesundheitsproblem, sondern angesichts steigender Kosten auch eine enorme wirtschaftliche Herausforderung dar. Durch Rückenleiden entstanden dem deutschen Gesundheitswesen im Jahr 2002 nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes direkte Kosten in Höhe von 8,4 Mrd. Euro. Davon entfielen 5,8 Mrd. Euro auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Insgesamt nahmen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes hinter den Krankheiten des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems mit 25,2 Mrd. Euro (11,3 % der Gesamtkosten) den dritten Rang ein. Bisherige Krankheitskostenanalysen für Rückenschmerzen zeigen, dass im Durchschnitt 35 % der direkten Kosten auf Arztkonsultationen, 22 % auf Krankenhausbehandlung, 21 % auf Rehabilitationsmaßnahmen, 17 % auf physikalische Therapieformen und 5 % auf Arzneimittel entfallen.

Eine Analyse nationaler und internationaler Krankheitskostenstudien, die im Auftrag der Bertelsmann Stiftung durchgeführt wurde, konnte zeigen, dass Rückenschmerzen besonders aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung eine gewaltige volkswirtschaftliche Belastung für die Gesellschaft mit sich bringen. Durch Rückenleiden gingen in Deutschland im Jahr 2002 nach den Daten des Statistischen Bundesamtes 400.000 Erwerbstätigkeitsjahre verloren, was indirekten Kosten von ca. 11,7 Mrd. Euro entspricht.

Bei steigenden Kosten und begrenzten Ressourcen nimmt die Relevanz von Informationen über die Kosteneffektivität der eingesetzten Therapien zu. Um die zukünftigen Versorgungsstrukturen und -prozesse im Rahmen eines Best-Practice-Gesundheitspfades effizienter zu gestalten, ist eine vergleichende Beurteilung der Kosten und Effekte unterschiedlicher Behandlungsansätze unverzichtbar.

Der beiliegenden CD-ROM kann ein Bericht entnommen werden, der einen Überblick über bisherige ökonomische Evaluationen im Feld der Rückenschmerzen gibt und die Resultate nationaler und internationaler Studien bezüglich der Kosteneffektivität untersuchter Technologien im präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereich zusammenfasst. Leitliniengestützte Interventionen konnten langfristig bei gleicher oder sogar höherer Effektivität Kostenvorteile verzeichnen.

Jährliche Kosten
von 8.400.000.000
Euro

Indirekte Kosten
besonders
bedeutsam



Gesundheitspfad Rücken

Abgestimmtes,
evidenzbasiertes
Vorgehen

Die Vielzahl unterschiedlicher Leistungserbringer in der Versorgung von Rückenschmerzen und deren unterschiedlicher Umgang mit Rückenschmerzen erschweren ein einheitliches, adäquates und kontinuierliches Vorgehen. Es ist unbestritten, dass ein abgestimmtes, evidenzbasiertes Vorgehen beeinträchtigende Krankheitsstadien und Gesamtkosten verringern kann.

Daher wurden in dem Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und des Instituts für Community Medicine der Universität Greifswald mit 20 weiteren Partnern Grundlagen für einen effektiven und effizienten „Gesundheitspfad Rücken“ erarbeitet. Während in einem vorangegangenen Projekt die Prävention von Rückenschmerzen im Vordergrund stand, wurden in diesem Projekt alltagsnahe Problemlösungen im Versorgungsprozess entwickelt und die Verzahnung der verschiedenen Versorgungsbereiche und -ebenen optimiert.

Vermeidung
von chronischen
Rückenschmerzen

Da zeitweilige Rückenschmerzen anscheinend zum Leben dazugehören, wird ein Hauptaugenmerk auf die Verhinderung der Chronifizierung von Rückenschmerzen gelegt. Die Versorgung auf der Erstbehandlerebene spielt dabei eine entscheidende Rolle. Es muss eine erste Differenzierung hinsichtlich nicht spezifischer und spezifischer Rückenschmerzen erfolgen. Im Falle nicht spezifischer Rückenschmerzen sind eine eingehende Beratung und die frühzeitige Aufnahme aller Alltagsaktivitäten entscheidend.

Multimodales,
interdisziplinäres
Assessment und
Interventionen

Bei Vorliegen von Warnsignalen muss zeitnah die nächste Aktionsebene einbezogen werden. Liegen z.B. deutliche psychosoziale Risikofaktoren vor oder ist die Chronifizierung bereits fortgeschritten, sind einzelne Interventionen häufig wenig hilfreich. Nur frühzeitiges Assessment, interdisziplinäre Strukturen und Interventionen haben sich als wirksam erwiesen.

Exkurs: Psychosoziale Belastungsfaktoren (Yellow flags)

- Konflikte am Arbeitsplatz
- Rentenbegehren
- Konflikte in der Familie / Partnerschaft
- Ängstliche Aufmerksamkeit auf körperliche Prozesse
- Inadäquates Krankheitsverhalten (Vermeidung / Schonung)
- Habituelle Besonderheiten (z.B. Durchhalten)
- Hinweise für das Vorliegen psychischer Störungen (z.B. Somatisierung)
- Unsicherheit und Unklarheit bezüglich diagnostischer, therapeutischer und prognostischer Informationen

Wo weicht das Konzept von der Ist-Situation der Versorgung ab?

Evidenzbasierte Behandlung besonders auf der Erstbehandlerebene beugt einer unnötigen Medikalisierung und Chronifizierung vor. Liegen Warnsignale für Komplikationen vor, gelangen Patienten schnell auf eine ihrem Krankheitsbild angemessene Versorgungsstufe. Psychosoziale Probleme und entsprechende Chronifizierungstendenzen werden frühzeitig erkannt. Der Zugang zu einer evidenzbasierten, multimodalen, interdisziplinären Leistung wird deutlich beschleunigt. Abweichend zur derzeitigen Versorgungspraxis bietet das Konzept festgelegte Zugangsvoraussetzungen, eine frühzeitige Risikoidentifikation, eine klare Zeitschiene, definierte akutmedizinische Abklärung und Behandlung, interdisziplinäres Assessment und Interventionen sowie evidenzbasierte Empfehlungen zu Zielen, Inhalten und Methoden der Rehabilitation sowie entsprechenden Nachsorgeprogrammen.

Welche Verbesserungen sind zu erwarten?

Patienten werden in diesem Versorgungskonzept nur dann von der Erstbehandlerebene (Hausarzt, Facharzt) in eine höhere Ebene überwiesen, wenn sich die Notwendigkeit dazu aus dem Verlauf der Rückenschmerzen ergibt. Damit werden bei Rückenschmerzen mit günstigem Verlauf aufwändige weitere Maßnahmen vermieden. Doppelbehandlungen, der Einsatz unnötiger, nicht wirksamer Diagnostik und Therapie, unreflektierte Arzneimittelverordnungen und Injektionen sowie nicht indizierte Operationen werden reduziert. Aufgrund klar geregelter Abläufe und optimierter Nachsorge sinkt die Therapieabbruchrate und werden Behandlungseffekte gesichert. Liegen psychosoziale Warnzeichen vor, findet durch eine schnellere Zuweisung von Patienten die Behandlung in einem Zeitfenster statt, in dem die Chronifizierung noch nicht eingetreten bzw. noch nicht verfestigt ist. Dies verbessert die Prognose der Behandlung auch hinsichtlich der Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Weniger Chronifizierung spart Kosten und verringert unnötige Beeinträchtigung von Lebensqualität.

Keine unnötige Medikalisierung

Angemessene Versorgungsstufe

Definierte Zeitschiene

Interdisziplinäre Behandlung

Evidenzbasierte Empfehlungen

Mehr Effektivität und Effizienz

Schnellere Zuweisung

Weniger Chronifizierung

Geringere Gesamtkosten

Freie Termine

Keine Langzeitperspektive

Bereitschaft des Patienten

Falsche Anreize

Rein mechanisches Modell

Zielorientierte Anreizstruktur

Finanzierungskonzept

Assessment-Stelle

Strukturqualität

Klare Zuständigkeiten

Case-Manager

Behandlungspfad

Schulungen

Qualitätsindikatoren

Welche Faktoren können die Umsetzung beeinträchtigen?

Sowohl die schnelle Zuweisung von Hausarzt zu Facharzt als auch die Zuweisung zu einer multimodalen, interdisziplinären Maßnahme setzen kurzfristig freie Termine voraus. Anfänglich höhere Investitionen in interdisziplinäres Assessment, interdisziplinäre Behandlungsansätze und ein Case-Management erfordern eine langfristige Betrachtung des Krankheitsverlaufs seitens der Kostenträger. Mehrwöchige Maßnahmen erfordern auch die entsprechende Bereitschaft des Patienten. Das Verharren in traditionellen Strukturen aufgrund falscher finanzieller Anreize, lobbyistischer Interessen, bestehender Schnittstellenprobleme, politischer Vorgaben sowie unzureichender Akzeptanz des bio-psychozialen Modells können die Umsetzung der Vorschläge in die Praxis beeinträchtigen.

Was ist für eine Umsetzung der Vorschläge notwendig?

Grundsätzlich lässt sich die geplante integrierte Versorgung im derzeitigen Gesundheitssystem abbilden. Schnittstellen und ungünstige Anreize sollten frühzeitig identifiziert und optimiert werden. Ein integriertes Konzept erfordert ein Finanzierungskonzept, dass sich an den notwendigen Behandlungsphasen orientiert und komplexe Behandlungsmaßnahmen über Sektorengrenzen hinweg ermöglicht. Zahlungsflüsse zwischen den Akteuren müssen klar definiert werden. Die Assessment-Stelle für die Zuweisung zu einer multimodalen, interdisziplinären Maßnahme müsste noch grundsätzlich ausgestaltet werden. Eventuell ist ein Case-Manager zur Steuerung einzusetzen.

Wie wird in der Alltagsrealität eine Umsetzung und Einhaltung der Vorgaben gewährleistet?

Eine wesentliche Voraussetzung ist ein hoher Qualitätsstandard aller an der Versorgung beteiligten Partner. Hilfreich sind enge vertraglich geregelte Kooperationen und Verantwortlichkeiten. Ein Case-Manager kann den Patienten auf seinem Weg spätestens ab der zweiten Versorgungsstufe begleiten und im Rahmen seiner Steuerungsfunktion die Umsetzung bzw. Einhaltung der Vorgaben sichern. Ein Behandlungspfad gewährleistet, dass die Leistungen inhaltlich und zeitlich abgestimmt erbracht werden. Regelmäßige Schulungen des ärztlichen und nicht ärztlichen Personals, Fortbildungsverpflichtung und Verbesserung des Informationsflusses in der Behandlungskette sind notwendige Bedingungen zur Sicherung der Umsetzung und Einhaltung der Vorgaben in der Alltagsrealität. Des Weiteren können Indikatoren Versorgungsqualität transparent machen und gute Versorgung fördern.

Aspekte für die Gestaltung eines Gesundheitspfades Rücken

Anreize

Anreize müssen Gesundheit fördern und eine evidenzbasierte Versorgung unterstützen. Gegenwärtig sind Vergütungen zum Teil so gestaltet, dass sie chronifizierungsfördernde Diagnostik und Therapie belohnen. Trifft eine solche Anreizstruktur auf Erwartungen von Betroffenen, die das Sozialsystem (Frühberentung, Arbeitsunfähigkeit, Behinderungseinstufung) in Anspruch nehmen wollen, dann ist ein Kosten treibender Kreislauf vorprogrammiert. Selbst die Krankenkassen haben angesichts der Finanzierungsabläufe im ambulanten Bereich, des möglichen Krankenkassenwechsels der Mitglieder und des zum Teil vorherrschenden kurzfristigen Denkens zum Teil ein unzureichendes Interesse an nachhaltigen präventiven Maßnahmen.

Eigenverantwortung und Verbesserung des Selbstmanagements

Die systematische Förderung von Prävention und Selbstmanagement sollte fest zum Aufgabenspektrum des Gesundheitssystems gehören. Entsprechende Angebote sollten den Bürger in die Lage versetzen, alle Möglichkeiten der Prävention zu kennen und zu nutzen, ebenso im Krankheitsfall alle sinnvollen Möglichkeiten der Selbstbehandlung anzuwenden und entscheiden zu können, ob und welche Ebene des Gesundheitssystems aufgesucht wird. Würden solche Erkenntnisse im Vorfeld angemessen vermittelt, würden weniger unsinnige Erwartungen hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen an die Leistungserbringer gestellt und weniger Kosten und Lebensqualitätsbeeinträchtigung verursacht.

Rückenschmerzen sind meist nichts Dramatisches

Viele Experten stimmen darin überein, dass ein wichtiger Grund für die Entwicklung des Rückenschmerzes zu einer Art Volkskrankheit in der Medikalisierung dieses Symptoms liegt. Inadäquate Diagnostik und die Überbewertung vermeintlich pathologischer Befunde führen zu langen Behandlungen, die den Patienten in eine passive Rolle drängen und das Problem dadurch oftmals eher verschärfen. Stattdessen sollten Betroffene so kurz wie möglich als „Kranke“ behandelt und so früh wie möglich zur Eigenaktivität ermutigt werden. Dies gilt

Gesundheitsfördernde Anreize

Eigenverantwortung

Selbstmanagement

Entdramatisierung von Rückenschmerzen

insbesondere dann, wenn für die Rückenschmerzen keine klaren organischen Ursachen identifizierbar sind. Widersprüchliche und einseitige biomechanische Informationen können die Inanspruchnahme unnötiger apparativer Diagnostik und die Chronifizierung der Schmerzen fördern.

Problematisch ist, wenn im Medizinsystem und in Laien- und Fachpresse...

- immer wieder nur der aufrechte Gang, die schwache abgenutzte Wirbelsäule und die vorgewölbte Bandscheibe als Gründe für Rückenschmerzen angeführt werden,
- die Notwendigkeit von bildgebender Diagnostik wie Röntgen, CT und Kernspin betont wird,
- mikrochirurgische und chirurgische Eingriffe zu häufig als Heilung von Rückenschmerzen verkauft werden,
- Diagnostik, Therapie und Hilfsmittel mit Botschaften wie „Kein Kreuz mehr mit dem Kreuz“ oder „Nie wieder Rückenschmerzen“ vermarktet werden,
- bei auftretenden Rückenschmerzen Bettruhe und passive Maßnahmen empfohlen werden,
- nur körperliche Symptome im Vordergrund stehen und psychosoziale Ursachen nicht erkannt und beachtet werden.

>>> siehe auch „Kernbotschaften“ im Leitfaden Prävention von Rückenschmerzen

Exkurs: Nicht spezifische – Spezifische Rückenschmerzen

Rückenschmerzen sind ein Symptom, aber keine Diagnose. Es handelt sich um den Ausdruck eines multifaktoriellen Geschehens mit vielen möglichen Ursachen, wobei nur ganz selten eine einzige Ursache ausschließlich verantwortlich ist. Im Laufe der letzten 50 Jahre wurden verschiedene Erklärungsmodelle für das Auftreten und die Unterhaltung von Rückenschmerzen von einzelnen ärztlichen Richtungen entwickelt und propagiert.

In der Praxis ist jedoch die Etablierung eines sicheren, kausalen Zusammenhangs zwischen Beschwerdebild und körperlichen Befunden einerseits sowie den Ergebnissen der körperlichen Untersuchung, der psychosozialen Evaluation und / oder der Bildgebung andererseits oft nicht möglich. Daher wird eine große Gruppe von Patienten den nicht spezifischen Rückenschmerzen zugeordnet.

Im Gegensatz zum spezifischen Rückenschmerz, dessen Ursache diagnostisch eindeutig nachgewiesen werden kann, stellt der Begriff „nicht spezifischer Rückenschmerz“ eine Arbeitsdiagnose dar, solange er nicht auf somatischer und psychischer Ebene besser zu klassifizieren ist.

Eine diagnostische „Triage“ erlaubt es, die Patienten zu identifizieren, die einer weitergehenden diagnostischen Abklärung zugeführt werden sollen. Bei nicht spezifischen Rückenschmerzen gibt es bisher keinen evidenzbasierten Beleg, dass eine weitergehende Diagnostik eine therapeutische Konsequenz hat. Bei einem Großteil dieser Patienten werden die Beschwerden innerhalb von sechs Wochen auch ohne wesentliche Intervention zurückgehen.

vgl. Kurative Versorgung (Arbeitspapier)

Prävention von Rückenschmerzen

Die Prävention von Rückenschmerzen lässt sich in das klassische Schema der Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention kaum einordnen. Primärprävention ist aufgrund der komplexen Ursachen von Rückenschmerzen und vieler unerforschter Zusammenhänge bislang nur eingeschränkt möglich. Zumal bereits 50 % der Jugendlichen Rückenschmerzen haben und nur knapp 20 % aller Deutschen von Rückenschmerzen verschont bleiben. Klassische Sekundärprävention ist problematisch, da es zumeist keine subklinische Frühform von Rückenschmerzen gibt.

Erfahrene Rückenschmerzforscher plädieren dafür, das gelegentliche Auftreten von Rückenschmerzen als unvermeidbares Alltagsphänomen ohne bedenklichen Krankheitswert zu akzeptieren – wie einen Schnupfen oder den vorübergehenden Kopfschmerz. Es ist kaum möglich, diesen gelegentlichen Schmerzepisoden gezielt vorzubeugen.

Daher können die heute gängigen Angebote zur Rückenschmerzprävention nicht das Auftreten jeglicher Rückenschmerzen unterbinden. Aber sie können verhindern, dass die Schmerzen für die Betroffenen einen ungünstigen Verlauf nehmen.

Biologische, psychologische und soziale Faktoren beeinflussen in einem komplexen Zusammenspiel die Entstehung und den Verlauf von Rückenschmerzen. Für sich allein betrachtet sind sie meist von geringer Aussagekraft. Präventionsmaßnahmen müssen daher die Wechselwirkung mehrerer Faktoren und das individuelle Risikoprofil beachten.

Stressfördernde Lebensumstände in Beruf, Familie und Freizeit, aber auch Ängste, Befürchtungen und Erwartungen beeinflussen die Entstehung und den Verlauf von Rückenschmerzen erheblich. Fehlendes Vertrauen in die eigene Belastbarkeit fördern Inaktivität, Rückzug und Behinderung. In vielen Studien sind diese Faktoren bedeutsamer als die körperlichen Befunde.

Im diesem Leitfaden werden die wichtigsten Maßnahmen zur Prävention von Rückenschmerzen vorgestellt und auf der Grundlage wissenschaftlicher Studien bewertet.

Prävention von Rückenschmerzen ist nur eingeschränkt möglich

Gelegentliche Schmerzepisoden gehören zum Leben

Ungünstigen Verlauf durch Prävention verhindern

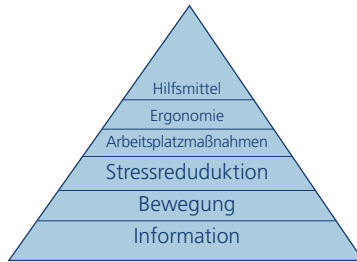
Alle Schutz- und Risikofaktoren in Prävention einbeziehen

Psychosoziale Faktoren haben eine sehr hohe Bedeutung

Ansätze für Prävention



Rückenschmerzprävention



Information

In der Bevölkerung sind Fehlinformationen über die Ursachen und Folgen von Rückenschmerzen weit verbreitet. Wir müssen lernen, dass Rückenschmerzen zumeist keine gefährliche Ursache haben und nach 4 - 6 Wochen auch ohne spezielle Behandlung von alleine wieder abklingen können. Ruhe und Inaktivität sind bei Rückenschmerzen so weit wie möglich zu vermeiden. Je eher Menschen zu ihrer gewohnten Aktivität zurückkehren, desto schneller werden sie sich besser fühlen. Empfohlen werden daher Informationen, die der weit verbreiteten Dramatisierung von Rückenschmerzen und den daraus folgenden Therapieerwartungen entgegenwirken.

Bewegung

Körperliche Aktivität im Alltag und Sport gehören seit Langem zu den tragenden Säulen in der Prävention von Rückenschmerzen. Zahlreiche Studien konnten nachweisen, dass die Stärke und Häufigkeit der Schmerzepisoden, die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sowie die Fehlzeiten am Arbeitsplatz abnehmen, wenn sich die Menschen mehr bewegen.

Stressreduktion

Soziale und psychische Belastungsfaktoren zählen zu den wichtigsten Prognosekriterien für die Entstehung und den Verlauf von Rückenschmerzen. Daher müssen Entspannungstechniken und kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen individuell und bedarfsorientiert eingesetzt werden.

Fehlinformationen vermeiden

Frühzeitige Aktivierung

Körperliche Aktivität und Sport sind tragende Säulen

Nutzen psychologischer Verfahren ist wissenschaftlich belegt

Maßnahmen am Arbeitsplatz

Empfohlen werden betriebliche Präventionskonzepte, die sich am Grundgedanken des bio-psychozialen Modells orientieren. Technische Veränderungen am Arbeitsplatz sollten mit organisatorischen Umgestaltungen und der Förderung individueller Ressourcen verbunden werden.

Zielgruppen der Rückenschmerzprävention

Wegen der hohen Prävalenz von Rückenschmerzen bei Schulkindern und Jugendlichen können sich präventive Maßnahmen nicht nur auf die erwachsene Bevölkerung konzentrieren. Prävention stellt vielmehr eine Herausforderung für alle Altersgruppen dar. Gesundheitskompetenzen sollten von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter vermittelt und trainiert werden. Negative Folgen übertriebener Sensibilisierung für gesunde Menschen sollten bei allen Maßnahmen beachtet werden. Für die erfolgreiche Umsetzung prinzipiell wirksamer Maßnahmen müssen die Besonderheiten verschiedener Zielgruppen berücksichtigt werden.

Verhaltens- und Verhältnisprävention im Setting sind wichtig

Prävention richtet sich an alle Alters- und Zielgruppen



Kurative Versorgung – Schnittstellenmanagement und Therapiegrundsätze

Aktuelle Leitlinien zur kurativen Versorgung von Rückenschmerzen stimmen in den wichtigsten Empfehlungen überein. Es fehlen jedoch zumeist die notwendigen Hinweise für die praktische Umsetzung.

- Definition von Schnittstellen
- Klare Indikationen für konkrete Handlungsschritte, Diagnostik und Therapie
- Dokumentationsstandards | Qualitätsindikatoren

Behandlungsablauf | Schnittstellendefinitionen

Zur Steuerung von Behandlungsprozessen und zur Definition von Schnittstellen wird ein Flaggenmodell verwendet. Das Vorliegen von dunkelroten / roten / gelben Flaggen soll beim Behandler verstärkte Aufmerksamkeit auslösen, da eine Komplikationsgefahr besteht.



Als Yellow Flags werden z.B. psychosoziale Risikofaktoren bezeichnet, die einen möglichen Übergang von akuten zu chronischen Verläufen anzeigen. Solche Faktoren sind für die Prognose aussagekräftiger als körperliche Faktoren. Yellow Flags werden in der aktuellen Versorgungspraxis noch nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt. Folgende Schnittstellen und Versorgungsleistungen mit definierten Zeitvorgaben und Berichtspflichten können sich anhand der Zuordnung ergeben:

| Wenn... | dann... |
|---|---|
| Dark Red Flags | Operatives Zentrum – Fachklinik mit Wirbelsäulenchirurgie |
| Red Flags | Ggf. 2. Aktionsebene zur weiterführenden diagnostischen Abklärung |
| Yellow Flags | Ggf. 3. Aktionsebene |
| Keine Flags | 1. Aktionsebene entsprechend der DEGAM- Leitlinie |
| Verschlechterung während der Behandlung | 2. Aktionsebene |
| 4 Wochen Rückenschmerz oder 2 Wochen AU | 2. Aktionsebene |



Aktionsebenen
siehe nächste
Seite



Aktionsebenen

Die Versorgung von Rückenschmerzpatienten sollte auf drei Aktionsebenen erfolgen:

| | | |
|----------|---|---|
| 1. Ebene | Primärärztliche Versorgungsleistungen (Haus-, Facharzt) | Diese Ebene ist entscheidend, um die Chronifizierung unspezifischer Rückenschmerzen zu verhindern. Liegen keine Flaggen vor, erfolgt die Behandlung entsprechend der DEGAM-Leitlinie. |
| 2. Ebene | Fachspezifische Versorgungsleistungen | Auf dieser Aktionsebene führt der Facharzt – orientiert an der individuellen befundbezogenen Fragestellung des Patienten – die fachspezifische Diagnostik und Therapie durch. |
| 3. Ebene | Interdisziplinäre Versorgungsleistungen | <p>Entsprechende Versorgungsleistungen können ambulant, teilstationär oder stationär erbracht werden und müssen hohe Qualitätsmaßstäbe erfüllen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enge interdisziplinäre Kooperation verschiedener Fach- und Berufsgruppen • Interdisziplinäres, multidimensionales Assessment • Interdisziplinäre Abstimmung der Befunde und der resultierenden Behandlungsplanung • Festlegung eines primär verantwortlichen Therapeuten • Multimodales Therapieprogramm mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen • Intensive Kommunikation zu Behandlung und Verlauf mit allen Beteiligten |



Übergang kurative Versorgung – Rehabilitation

Die Übergänge zwischen Akut- und Rehabilitationsmedizin beim chronischen Rückenschmerz sind fließend. Eine Differenzierung ist schwierig, aber nicht zuletzt aus leistungsrechtlichen Gründen erforderlich. Die kurative Versorgung fokussiert primär auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit. Sie zielt auf Heilung bzw. Remission (kausale Therapie) oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz auf Vermeidung einer Verschlimmerung sowie auf Linderung der Krankheitsbeschwerden ab.

Kriterien für die Auswahl des weiteren Versorgungsweges

Im Rahmen der individuellen Behandlungsplanung auf der dritten Aktionsebene müssen die Therapiealternativen im interdisziplinären Assessment abgewogen und entsprechend bestimmter Kriterien festgelegt werden.

| Auswahlkriterien | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| • Behandlungsbedarf | • Soziale Situation | • Medikamentöse Therapie |
| • Individuelle Situation | • Diagnostik | • Begleiterkrankungen |
| • Schmerzsituation | • Therapieintensität | • Therapieverlauf |
| • Leistungsfähigkeit | • Zielsetzung | |



Patienten mit hohem Chronifizierungsrisiko frühzeitig erkennen und behandeln

Bildgebende Diagnostik ist bei akuten Rückenschmerzen routinemäßig nicht notwendig

Information und Beratung sind zentrale Bausteine der Behandlung



Diagnostik

Neben einer ausführlichen Anamnese und körperlichen Untersuchung betonen die Leitlinien die Notwendigkeit, Patienten mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko frühzeitig zu identifizieren und einer adäquaten Behandlung zuzuführen.

Interdisziplinäres Assessment auf der 3. Aktionsebene

Auf der Grundlage einer multidimensionalen Abklärung im Rahmen des biopsychosozialen Assessments auf der dritten Aktionsebene wird die weitere Behandlung und das erforderliche Behandlungssetting festgelegt.

Bildgebung

Bildgebende Diagnostik ist bei akuten Rückenschmerzen routinemäßig nicht notwendig. Sie sollte auf diejenigen Patienten beschränkt werden, bei denen die Klinik, die Epidemiologie und der Krankheitsverlauf eine relevante Pathologie und eine therapeutische Konsequenz erwarten lässt. Degenerative Veränderungen von Wirbelsäule und Bandscheiben werden auch bei schmerzfreien Patienten mit zunehmendem Alter beobachtet. Eine isolierte Darstellung der Bildgebung ohne Einbeziehung des gesamten Befundes ist als Chronifizierungsfaktor anzusehen.

Patienteninformation

Information und Aufklärung gehören zur ärztlichen Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Besonders wichtig ist die persönliche Beratung, die durch Informationsbroschüren gestützt werden kann. Im Zentrum der Intervention steht die Information über den Charakter und den vermutlich selbstlimitierenden Verlauf der Rückenschmerzepisode, ergänzt um Beratungen und Motivation zum aktiven Umgang mit Symptomen (Bewegung!). Umfang und Einsatz von Patienteninformationen richten sich nach dem Chronifizierungsrisiko und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Denkbar sind Abstufungen vom ärztlichen Kurzgespräch über einzelne Informationsveranstaltungen bis hin zu modularen, mehrstufigen Schulungsveranstaltungen.

Wesentliche Inhalte der Patienteninformation

- Schnellstmögliche Wiederaufnahme der Alltagstätigkeiten
- Regelmäßige körperliche Aktivität zur Prävention von Rückenschmerzepisoden
- Vermeiden von Bettruhe
- Aufklärung über Rückenschmerzen als eine selbstlimitierende, harmlose, aber möglicherweise rezidivierende Erkrankung
- Erläuterungen zur begrenzten Aussagekraft der bildgebenden Diagnostik

Therapie

Die aufgeführten Therapien stellen beispielhaft medikamentöse und andere Behandlungsmaßnahmen dar. In den europäischen Leitlinien zur Therapie von akuten und chronischen Rückenschmerzen wurden die Studienlage zu Therapiemaßnahmen bewertet und die Ergebnisse zusammengestellt. Eine kurze Übersicht findet sich im Anhang des Konzepts Kurative Versorgung.

Medikamentöse Maßnahmen

Die Pharmakotherapie von Rückenschmerzen soll insbesondere eine rasche Wiederaufnahme der Alltagsaktivitäten fördern.

Physiotherapie

Die Physiotherapie richtet sich nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft, ökonomischen Aspekten und gültigen Heilmittelrichtlinien. Im Vordergrund steht die Aktivierung des Patienten.

Psychologische Schmerztherapie

Die psychotherapeutische Behandlung ist Bestandteil der interdisziplinären Schmerztherapie. In der Regel werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden angewandt.

Manuelle Medizin

Die Manuelle Medizin umfasst die Diagnose, die Therapie und die Prävention reversibler Funktionsstörungen am Bewegungssystem und an den inneren Organsystemen. Manualtherapeutische Maßnahmen sollten zumeist in ein physiotherapeutisches Therapiekonzept zur Behandlung von Muskelinsuffizienzen und -dysbalancen eingebettet sein.

Operative Maßnahmen

Trotz hoher Operationszahlen sind die wissenschaftlichen Grundlagen für die meisten operativen Wirbelsäuleneingriffe bis heute begrenzt. Neue Studienergebnisse zeigen, dass eine differenzierte Auswahl der zu operierenden Patienten notwendig ist, um langfristig gute Ergebnisse zu erzielen.

Multimodale, interdisziplinäre Therapie

Chronische Schmerzen entstehen durch eine komplexe Wechselwirkung von körperlichen, psychischen und sozialen Fehlfunktionen und werden dadurch aufrechterhalten. Nur inhaltlich und organisatorisch aufeinander abgestimmte, interdisziplinäre Behandlungsverfahren haben langfristig positive Effekte. Derartige multimodale, interdisziplinäre Behandlungsprogramme können sowohl ambulant, teilstationär wie auch stationär durchgeführt werden. Ein multimodales Behandlungskonzept umfasst festgelegte strukturelle Voraussetzungen, komplexe Behandlungsprinzipien und -bausteine und beruht besonders auf den beiden folgenden Konzepten.

| Functional Restoration | Fear-Avoidance |
|---|--|
| Der Behandlungsschwerpunkt verlagert sich von der symptomatischen Schmerzbehandlung zur Behandlung gestörter körperlicher, psychischer und sozialer Funktion. | Abbau von Vermeidungsverhalten, da dies negative Struktur- und Funktionsveränderungen bewirkt, die zusätzliche Ursachen für Schmerzen sein können. |

Rückenschulen sind nur dann empfehlenswert, wenn sie auf den beschriebenen bio-psycho-sozialen Prinzipien basieren und einem verhaltens- und bewegungsbezogenen Ansatz folgen. Klassische Rückenschulkonzepte, die auf einem biomedizinischen Ansatz basieren und z.B. mit „richtig-falsch“-Dichotomien arbeiten, sind nicht empfehlenswert. Die Anwendung passiver Therapieformen ist nur empfehlenswert, wenn sie nicht dem zugrunde liegenden aktiven Behandlungskonzept widerspricht, sondern u.a. den Abbau des subjektiven Beeinträchtigungserlebens, körperlicher Dekonditionierungszustände, bewegungsbezogener Ängste sinnvoll ergänzt.



Rehabilitation von Rückenschmerzen

Zur Rehabilitation von Rückenschmerzpatienten wurden für folgende Problembereiche Lösungsansätze bearbeitet:

- **Frühzeitige Indikationsstellung** zur Rehabilitation für Patienten mit chronifizierenden bzw. chronischen Rückenschmerzen
- **Best-Practice-Empfehlungen** zu Zielen, Inhalten und Methoden der stationären Rehabilitation bei chronifizierenden bzw. chronischen nicht spezifischen Rückenschmerzen
- **Nachsorgekonzept** mit einer konkreten Beschreibung von Zielen, Inhalten und Methoden

Indikationsstellung zur Rehabilitation

Für eine erfolgreiche Rehabilitation von Patienten mit chronifizierenden bzw. chronischen Rückenschmerzen ist eine frühe Indikationsstellung zur Rehabilitation auf der Grundlage multimodaler Diagnostik entscheidend. Des Weiteren müssen die Schnittstellenprobleme zwischen kurativer und rehabilitativer Versorgung verringert werden.

Einrichtung einer Assessment-Stelle

Bereits bei der Erstversorgung müssen Patienten mit einem erhöhten Chronifizierungsrisiko identifiziert werden. Für chronifizierungsgefährdete Personen wird eine spezifische, multimodale diagnostische Abklärung in einer Assessment-Stelle empfohlen (siehe Kurative Versorgung).

Best-Practice-Empfehlungen

Es werden Zielsetzungen, Behandlungsprinzipien und Behandlungsbausteine für die Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen beschrieben. Die Empfehlungen gelten nicht nur für den Bereich der Rehabilitation sondern für alle Formen der Versorgung. Die Umsetzung der Empfehlungen ist in unterschiedlichen Behandlungssettings möglich.

Zielsetzungen

- Förderung der Wiederaufnahme normaler Alltagsaktivitäten
- Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Förderung einer schnellen Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Abbau körperlicher Dekonditionierung
- Reduktion von Bewegungsangst
- Veränderung psychologischer Risikofaktoren wie z.B. Schonverhalten / Durchhalteverhalten und inadäquater Umgang mit Schmerzen
- Hinführung zu eigenständig durchgeführter gesundheitssportlicher Aktivität



Indikation

Best-Practice

Nachsorge

Frühzeitige
Indikations-
stellung

Multimodale,
diagnostische
Abklärung in
Assess-
stelle



Behandlungsprinzipien

Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. multimodale kurative Maßnahmen) müssen grundlegende Behandlungsprinzipien beachten.

- Lerntheoretische Prinzipien
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Multiprofessionelle Diagnostik und Therapie
- Abgestufte Behandlungsprogramme
- Arbeitsplatzbezug
- Nachsorge
- Vernetzung aller Akteure

Lerntheoretische Prinzipien

Vor dem Hintergrund bio-psychosozialer Chronifizierungsmodelle sind lerntheoretische Prinzipien grundlegend für die gesamte Rehabilitationsmaßnahme.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Eine enge, gut abgestimmte interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation.

Multiprofessionelle Diagnostik und Therapie

Zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme wird eine multiprofessionelle Diagnostik durchgeführt, um ein individuell abgestimmtes patientenspezifisches Vorgehen zu gewährleisten.

Abgestufte Behandlungsprogramme

Die Behandlungsprogramme müssen sich am Chronifizierungsgrad orientieren.

Arbeitsplatzbezug

Liegen berufliche Probleme vor, sollte eine Problemlösung hinsichtlich der Rückkehr an den Arbeitsplatz durch das gesamte Behandlungsteam unterstützt werden.

Nachsorgeprogramme

Um einen guten Übergang von einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in den Alltag zu sichern, ist eine strukturelle Einbindung von Nachsorgeangeboten notwendig.

Vernetzung aller Akteure

Hausärzte, Fachärzte, Rehabilitationseinrichtungen, Krankenkassen, Nachsorgeanbieter, Arbeitgeber und Arbeitsämter sollten gut zusammenarbeiten, damit die Effekte der Rehabilitation langfristig gesichert und der Übergang zum Alltagsleben optimal unterstützt werden können.

Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzbezug

Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und damit die Sicherung der Erwerbsfähigkeit ist eine wesentliche Zielsetzung interdisziplinärer Rehabilitationsmaßnahmen. Internationale Übersichtsarbeiten zeigen die hohe Bedeutung des Arbeitsplatzbezuges im Rahmen einer interdisziplinären Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen.

- Förderung einer schnellen Rückkehr an den Arbeitsplatz als Zielsetzung einer interdisziplinären Rehabilitationsmaßnahme
- Frühzeitige Einbindung von Arbeits- und Alltagsbewegungen
- Berücksichtigung beruflicher Problemlagen
- Vernetzung aller Akteure
- Behandlungsbaustein „Arbeits- / Berufsbezogene Interventionen“

Behandlungsbausteine

Eine erfolgreiche Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen setzt sich aus multimodalen Behandlungsbausteinen mit bewegungstherapeutischen, edukativen, psychologischen, sozialen und beruflichen Inhalten zusammen. Für die Umsetzung einer multimodalen, interdisziplinären bio-psychozialen Rehabilitationsmaßnahme bei chronischen Rückenschmerzen müssen festgelegte Qualitätskriterien erfüllt sein. Die Umsetzung der geforderten Qualitätsmerkmale ist zwingend an eine adäquate Vergütung gekoppelt.



Die CD-ROM enthält eine systematische Übersicht erfolgreicher nationaler, multimodaler Interventionen.

Multimodale Interventionen

- Göttinger Rücken Intensiv Programm: GRIP I – GRIP IV (Hildebrandt et al. 2003)
- Münchner Rücken-Intensiv-Programm (Schöps et al. 2000)
- Multimodales interdisziplinäres Therapieprogramm (Casser et al. 1999)
- FPZ-Konzept für ambulantes Rückentraining (Denner 1997)
- „Lebenslust statt Krankheitsfrust“ (Kolip et al. 2001)
- „Back to Balance“ (Möller et al. 2006)
- Intensiviertes orthopädisch-psychosomatisches Konzept in der Rehabilitation (IopKo) (Greitemann et al. 2006)

Nachsorge nach Rehabilitation

Langzeiteffekte einer Rehabilitationsmaßnahme werden vor allem durch die frühzeitige Identifikation von Patienten mit einem erhöhten Chronifizierungsrisiko und deren gezielte Begleitung im Rahmen von Nachsorgeprogrammen verbessert. Nachsorgende Maßnahmen ermöglichen den notwendigen Umfang und stabilisieren die Effekte. Bislang fehlen differenzierte Nachsorgekonzepte.

In Anlehnung an ein modulares Kurskonzept zur Förderung der Rückengesundheit, das im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und der Akademie für Manuelle Medizin im Rahmen des Projekts „Prävention von Rückenschmerz“ entwickelt wurde, können für die Nachsorge von Rückenschmerzen drei wichtige Zielbereiche differenziert werden:

- Einstellung und Verhalten
- Hinführung zu und Bindung an körperliche und gesundheitssportliche Aktivität
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Fitness

Organisationsformen

- Zweitägiger Workshop als Auffrischkurs
- Offene Gruppe (vgl. ambulante Herzsportgruppe)
- Geschlossene Gruppen (Beginn spätestens 3 Monate nach Abschluss der Rehabilitation)

Die Kostenträger sollten mit folgenden Maßnahmen dazu beitragen, dass die strukturelle Einbindung der Nachsorgeprogramme verbessert wird:

- Anreizsysteme schaffen
- Klare Verwaltungswege und -abläufe zur Sicherstellung der Umsetzung und Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten definieren
- Rehabilitanden bei der Kontaktaufnahme mit Nachsorgeanbietern unterstützen
- Kompetenznetzwerke bilden

Anreize für eine evidenzbasierte Versorgung von Rückenschmerzen

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2000/2001 zahlreiche Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung auch im Bereich der Versorgung von Rückenschmerzen festgestellt. Während bei Diabetes mellitus oder der koronaren Herzkrankheit mit Disease-Management-Programmen neue Behandlungswege beschrieben werden, scheinen bei der Versorgung von Rückenschmerzen keine wesentlichen Veränderungen eingetreten zu sein.

Die Ergebnisse einer systematischen Sichtung der Literatur der letzten zehn Jahre zeigen, dass vor allem die Chronifizierung des akuten Rückenschmerzes und die apparative Überversorgung im Fokus stehen. Trotz aller Evidenz scheint sich der seit über einem Jahrzehnt geforderte, abgestufte interdisziplinäre und multimodale Ansatz in Deutschland nur sehr langsam durchzusetzen. Zum einen liegt dies an inadäquaten finanziellen Anreizstrukturen, die eine Überversorgung mit bildgebender Diagnostik und nicht evidenzbasierter lokaler Schmerztherapie zur Folge haben. Des Weiteren ist durch diagnostische und therapeutische Überversorgung bei vielen Patienten eine Erwartungshaltung gewachsen, die die behandelnden Ärzte unter hohen Handlungsdruck setzt.

Sinnvolle finanzielle Anreize und Vergütungsstrukturen, die die aktuelle wissenschaftliche Studienlage berücksichtigen, sollten ihren Fokus auf ein ausführliches Assessment sowie eine leitliniengestützte, evidenzbasierte Diagnostik und Therapie einschließlich adäquater Präventionsstrategien legen. Neben der Vergütung sollten die bisherigen Strukturen und Schnittstellen in der Behandlungskette mit ihren sektoralen Trennungen überdacht werden. Auch sollten die Anreize so gesetzt werden, das weder eine therapeutische Überversorgung noch eine potenzielle Unterversorgung begünstigt werden.

Die Rahmenbedingungen müssen grundlegend verändert werden, um eine evidenzbasierte Versorgung der Rückenschmerzen in Deutschland erfolgreich und flächendeckend zu etablieren.

Über-, Unter-
und Fehl-
versorgung

Inadäquate
Anreizstrukturen

Dokumentation und Qualitätssicherung

Dokumentation und Erfassung von Qualitätsindikatoren sind wichtige Elemente für die Verbesserung der Versorgungsprozesse und die Sicherung einer hohen Qualität über alle Versorgungsebenen.

Dokumentation

Es wurden Dokumentationsparameter ausgewählt, die den Aufgaben der Aktionsebenen entsprechen und deren Nutzen und Aussagekraft den Aufwand rechtfertigen. Die Dokumentation unterstützt im Rahmen des Konzeptes:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Therapieziel und -planung• Behandlungsablauf und Bewertung des Therapieverlaufes• Behandlungskoordination | <ul style="list-style-type: none">• Einhaltung der Vorgaben• Beachtung der Schnittstellen• Qualitätssicherung und Evaluation• Angemessene Vergütung |
|---|--|

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung kann durch Indikatoren Versorgungsqualität transparent machen und gute Versorgung fördern.

Indikatoren

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Vollständige Anamneseerhebung• Erfassung der Arbeitsfähigkeit und Berufstätigkeit• Patientenbeurteilung mittels validierter Erhebungsinstrumente | <ul style="list-style-type: none">• Vollständigkeit der Informationen und Befunde• Bildgebende Untersuchungen• Patienteninformation• Operative Behandlung• ... |
|--|--|

Indikatoren-Schnittstellen

- Beachtung der Kriterien zum Wechsel der Aktionsebenen
- Einhaltung der gegenseitigen Berichtspflicht
- Beachtung der Schnittstellen für Risikopatienten
- ...

Indikatoren I Ergebnisqualität

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Anzahl der nach dem Konzept behandelten Patienten• Diagnosebezogene Arbeitsunfähigkeitsdauer• Diagnosebezogene akutstationäre Verweildauer, Anzahl der Rehabilitationstage | <ul style="list-style-type: none">• Befundverbesserung und Schmerzverringerung• Anzahl der Frühberentungen• Inanspruchnahme medizinischer Leistungen• Anzahl der chronifizierten Patienten• Patientenzufriedenheit• ... |
|--|--|

Integrierte Versorgungskonzepte

Rückenschmerz

Eine große Hürde bei der Entwicklung integrierter Versorgungsangebote zum Rückenschmerz ist die adäquate Vernetzung diagnostischer und therapeutischer Angebote und die genaue Planung der Interaktionsprozesse der beteiligten Akteure. Aufgrund der zahlreichen Interaktionen werden durch die Vertragsgestaltung weit reichende Entscheidungen für den späteren Versorgungsalltag gefällt. Qualitativ hochwertige Versorgungsverträge verringern Anlaufschwierigkeiten und gewährleisten Kontinuität im Falle des Ausscheidens zentraler Akteure.

Eine erfolgversprechende Behandlung von Rückenschmerzen erfordert eine frühzeitige, mehrdimensionale Diagnostik, um den kleinen Anteil gefährdeter Patienten unter Überwindung bestehender Sektorengrenzen zügig der geeigneten multi- und interdisziplinären Behandlung zuzuführen. Mehrere hochwertige Leitlinien (z.B. European Guidelines, DEGAM, Arzneimittelkommission) erlauben inzwischen eine empirisch fundierte Hilfestellung bei der Wahl und Koordination geeigneter diagnostischer und therapeutischer Verfahren.

Derzeit bestehende Integrierte Versorgungskonzepte werden dieser Anforderung der Interdisziplinarität und Mehrdimensionalität von Diagnose und Therapie unter Berücksichtigung vorliegender Leitlinien in unterschiedlichem Maße gerecht. An einer 2006 durchgeführten Erhebung des Instituts für Community Medicine der Universität Greifswald nahmen insgesamt 70 der 251 angeschriebenen gesetzlichen Krankenkassen teil. 19 gaben an, ein Versorgungskonzept eingeführt zu haben, 17 Kassen befanden sich aktiv in der Planungsphase.

Die Vielschichtigkeit eines Integrierten Versorgungskonzeptes Rückenschmerz wird in dem auszugsweise dargestellten Kriterienkatalog deutlich. Der Kriterienkatalog wurde vom Experten-Panel der Bertelsmann Stiftung erstellt, um integrierte Versorgungsverträge hinsichtlich Inhalt und Qualität zu vergleichen. Die Liste umfasst den allgemeinen Konzeptrahmen, den Zugang der Patienten zur Versorgung, Behandlungsvorgaben und Schnittstellen, Maßnahmen zum Qualitätsmanagement, Öffentlichkeitsarbeit und Kostenregelungen.

Die Beurteilung bestehender Integrierter Versorgungsverträge anhand dieses Kataloges verdeutlicht einerseits, dass ein Konsens hinsichtlich der Notwendigkeit fach- und berufsgruppenübergreifender Kooperation besteht. Die Integrationstiefe ist jedoch sehr unterschiedlich. Wenige Konzepte definieren Schnittstellen jenseits des kurativen Sektors. Die bedarfsorientierte Einbeziehung von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen wird kaum berücksichtigt. Aber auch innerhalb des kurativen Sektors ist die wichtige und notwendige Integration ärztlicher und nicht ärztlicher Angebote oftmals unzureichend geregelt.

Während die Einschreibung der Patienten in die Integrierte Versorgung (IV) überwiegend klar definiert ist, fehlen entsprechende Regelungen für die Beendigung der Teilnahme. Dem entspricht auch der zumeist geringe Stellenwert von Maßnahmen zur Nachsorge bei Rückenschmerzpatienten.

Vorgaben zur Behandlung müssen über bestehende Leitlinien hinaus Schnittstellen zwischen den Behandlern sowie Maßnahmen zur Patientenführung präzisieren. Auf Leitlinien wird häufig nur oberflächlich Bezug genommen. Dies kann sich in der therapeutischen Praxis wegen teilweise unterschiedlicher Behandlungsempfehlungen als unzureichend erweisen. Darüber hinaus fehlen explizite Vorgaben zum Umgang mit von der Leitlinie abweichenden Behandlungen. Diese wären wünschenswert, um sowohl die Compliance der Leistungsanbieter sicherzustellen als auch die Anwendbarkeit der Leitlinien zu überprüfen und zu optimieren.

Hinsichtlich der Zuweisung von Behandlern und Therapien ist das hierarchische Interventionsebenenmodell populär. Dies weist Patienten auf Basis des „Flaggenmodells“, der Dauer der Beschwerden sowie der AU-Tage unterschiedlichen Behandlern zu. Von dem als „Gatekeeper“ fungierenden behandelnden Hausarzt bis hin zum Fallmanager werden dabei sehr unterschiedliche Modelle der Patientenführung gewählt. Defizite bestehen hinsichtlich einer klaren Definition der Rolle und der Qualifikation nicht ärztlicher Behandler (Psychologen, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten).

Integrierte Versorgungskonzepte sollten umfassend Maßnahmen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschreiben. Insbesondere zur Sicherstellung der Prozessqualität stehen sehr ausgefeilte Dokumentationsinstrumente zur Verfügung. Auch Qualitätskriterien für ärztliche Leistungserbringer sollten überwiegend klar definiert. Als Problemstellen derzeitiger Verträge erweisen sich demgegenüber die Definition der Anforderung an die Aus-, Fort- und Weiterbildung ärztlicher und nicht ärztlicher Leistungserbringer sowie die Messung der Ergebnisqualität. Damit ist in vielen Verträgen eine mangelnde Transparenz hinsichtlich deren Effizienz und Effektivität bereits strukturell angelegt. Dies erschwert fundierte Entscheidungen zur weiteren Gestaltung entsprechender Verträge durch die Kostenträger.

In Hinblick auf die Vergütung dominieren derzeit Fallpauschalen. Finanzielle Anreize sowohl auf Seiten der Patienten wie auf Seiten der Leistungserbringer durch Vermeidung unnötiger Mehrleistungen spielen derzeit keine Rolle.

Informations- und Öffentlichkeitsarbeit jenseits der am IV-Vertrag teilnehmenden Parteien spielt nur eine untergeordnete Rolle und unterstreicht die geringe Transparenz der derzeitigen Vertragslandschaft. Wenngleich die verbreitete Intransparenz kurzfristig individuelle Wettbewerbsvorteile sichert, bleiben mittel- bis langfristig wertvolle Erkenntnisse zur Optimierung Integrierter Versorgungskonzepte ungenutzt und tragen kostenträgerseitig zu unnötigen Ausgaben bei.



Integrierte Versorgungskonzepte

Rückenschmerz — Kriterienkatalog

| |
|---|
| A. IV-Konzeptrahmen |
| Ziele der IV sind definiert |
| Leistungserbringer und Kostenträger sind benannt |
| Sektorenübergreifende Versorgung ist definiert |
| Strukturen zur Koordination der IV sind definiert |
| Geografischer Geltungsbereich ist definiert |
| B. Teilnahme der Patienten an der IV |
| Indikationen / Zugangsvoraussetzung für Patienten sind definiert |
| Patientenanlaufstelle(n) ist / sind beschrieben |
| Prozess des Einschreibens in die / Beendigung der Teilnahme in der IV sind geregelt |
| Rechte und Pflichten der Patienten sind definiert |
| C. Behandlung und Schnittstellen im Rahmen der IV (Prozessqualität) |
| Leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung |
| Behandlungsempfehlung bei Fehlen leitlinienbasierter Aussagen |
| Patientenbezogenes CIR (Critical Incidents Reporting) – Umgang mit kritischen Fällen |
| Strukturen zur Patientenführung |
| Übergänge zu und von Leistungserbringern (z.B. Erstbehandler / Fachebene / schmerztherapeutische Ebene / Rehabilitation) |
| Definition einer Stelle zur multidisziplinären diagnostischen Abklärung von Problemfällen |
| D. Qualitätssicherung / -entwicklung |
| Qualitätskriterien für Einschluss aller Leistungserbringer in das IV definiert |
| Anforderungen an die Fort- und Weiterbildung der (nicht-) ärztlichen Behandler sind definiert |
| Dokumentationsverpflichtungen für alle Prozessbeteiligten sind erfolgt |
| Standardisierte Dokumentationsinstrumente liegen vor |
| Maßnahmen zum Monitoring der Prozessqualität sind definiert (Netzwerkkonferenzen...) |
| Indikatoren der Ergebnisqualität (patientenseitig und leistungsseitig) sind definiert |
| Externe Kontrollstrukturen zur Qualitätssicherung sind vorgesehen |
| Abgleich der Behandlungsleitlinien mit Stand der Wissenschaft ist Teil der Qualitätssicherung |
| E. Information der (Fach-)Öffentlichkeit |
| Information der Öffentlichkeit über das IV Konzept ist vorgesehen |
| Materialien (Broschüren, Online-Texte etc.) zur Beschreibung des IV-Konzeptes liegen vor |
| (Fach-)Veröffentlichung der Versorgungsergebnisse ist vorgesehen |
| F. Kostenaspekte |
| Vergütung und Abrechnungsmodalitäten sind definiert |
| Leistungsnachweis für Abrechnung definiert |
| Finanzielle Anreize auf Seiten der Patienten (z.B. Bonusregelungen) oder der Leistungserbringer (z.B. bessere Behandlungsergebnisse, Vermeidung unnötiger (Mehr-)Leistungen) sind vorgesehen |

Experten-Panel der Bertelsmann Stiftung

Koordination

Eckhard Volbracht
Prof. Dr. Thomas Kohlmann
Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
Institut für Community Medicine
der Universität Greifswald

AG Prävention

Dr. Gerd Müller
Dr. Carsten Oliver Schmidt
Rückenzentrum am Michel, Hamburg
Institut für Community Medicine der
Universität Greifswald
Dr. Karsten Dreinhöfer
Orthopädische Universitätsklinik Ulm
Prof. Dr. Johannes Giehl
MDK Baden-Württemberg, Lahr
Dr. Rüdiger Meierjürgen
Barmer Ersatzkasse, Wuppertal
Dr. Paul Nilges
DRK Schmerz-Zentrum Mainz
Dr. Markus Schilgen
Akademie für Manuelle Medizin, Universität Münster
Prof. Dr. Klaus Schüle
Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Rehabilitation
Eckhard Volbracht
Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
Dr. Dagmar Lühmann
Institut für Sozialmedizin an der Universität zu Lübeck

AG Kurative Versorgung

Prof. Dr. Hans-Raimund Casser
Dr. Jean-Francois Chenot, MPH
Dr. Karsten Dreinhöfer
Prof. Dr. Johannes Giehl
Dr. Siegfried Götte
Harry Kletzko
Prof. Dr. Thomas Kohlmann
DRK Schmerz-Zentrum Mainz
Abteilung Allgemeinmedizin, Universität Göttingen
Orthopädische Universitätsklinik Ulm
MDK Baden-Württemberg, Lahr
Orthopädische Praxis und Praxisklinik, Unterhaching
Deutsche Schmerzliga e. V., Oberursel
Institut für Community Medicine
der Universität Greifswald
Dr. Gabriele Lindena
CLARA Institut, Kleinmachnow
Prof. Dr. Wilhelm Niebling
Universität Freiburg
Prof. Dr. Michael Pfingsten
Schmerzambulanz,
Universitätsmedizin Göttingen
Dr. Martin Strohmeier
Schmerzzentrum Bodensee-Oberschwaben
Dr. Dirk Sunder-Plaßmann
BKK-Bundesverband, Essen
Udo Wolf, M.Sc.
Philipps-Universität Marburg
Dr. Antje Gottberg (bis Mitte 2006)
IGES Institut, Berlin

AG Rehabilitation

Prof. Dr. Klaus Pfeifer

Universität Erlangen-Nürnberg,
Institut für Sportwissenschaft

Eckhardt Böhle

Deutscher Verband für Physiotherapie – ZVK, Köln

Dr. Hartmut Bork

Asklepios Klinik Schaufling

Dr. Silke Brüggemann

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Prof. Dr. Bernhard Greitemann

Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

Prof. Dr. Jan Hildebrandt

Schmerzambulanz des

Universitätsklinikums Göttingen

Prof. Dr. Bernd Kladny

Fachklinik Herzogenaurach

Jana Hofmann, M.A.

Universität Erlangen-Nürnberg

Gesundheitsökonomie

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld

Oliver Damm

Universität Bielefeld

Anreize für eine evidenzbasierte Versorgung

PD Dr. Martin Butzlaff, MPH

Universität Witten/Herdecke

Marcus Redaelli

Universität Witten/Herdecke

Martina Eckhardt

Universität Witten/Herdecke

Impressum

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Tel.: + 49 5241 81-0
Fax: + 49 5241 81-81 999
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich: Eckhard Volbracht
Redaktion: Eckhard Volbracht, Thomas Kohlmann, Diane Riechmann
Art Direction: Heike van Meegdenburg
Gestaltung: Bertelsmann Stiftung
Druck: Vogler Druck, Gütersloh
Bildnachweis: Rainer F. Steussloff, Sodapix AG

Inhalte CD-ROM

01_Gesundheitspfad Rücken 2007

- 01_Gesundheitspfad Rücken
- 02_Prävention von Rückenschmerzen
- 03_Kurative Versorgung - Schnittstellenmanagement und Therapiegrundsätze
- 04_Rehabilitation von Rückenschmerzen
- 05_Synopse Integrierter Versorgungskonzepte
- 06_Gesundheitsökonomischer Kurz-HTA-Bericht

02_Weitere Projektergebnisse - Expertisen

- 01_Prävention von Rückenschmerzen
- 02_Informationswege zur Prävention von Rückenschmerzen
- 03_Bewertung Informationsmaterialien
- 04_Bewegungsbezogene Interventionen

03_Broschüre Locker bleiben

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Eckhard Volbracht
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh

Tel.: + 49 5241 81-81215
Fax: + 49 5241 81-681215

www.bertelsmann-stiftung.de
eckhard.volbracht@bertelsmann.de