

Faktencheck Rücken der Bertelsmann Stiftung

Stellungnahme von BVOU und DGOU

Vor Kurzem hat die Bertelsmann Stiftung einen Faktencheck Gesundheit zum Thema Rückenschmerzen veröffentlicht. Darin behauptet sie unter anderem, dass Ärzte übertrieben reagierten, zu viel Bildgebung veranlassten, falsche Erwartungen der Patienten nicht korrigierten. Eine Entgegnung aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht.

Der Faktencheck Rücken der Bertelsmann Stiftung besteht aus zwei Teilen: einer Untersuchung zu Ausmaß und regionalen Variationen von Behandlungsfällen und bildgebender Diagnostik und einer Bevölkerungsumfrage zu Einstellungen, Erfahrungen, Informationsverhalten zu Rückenschmerz [1, 2]. Der erste Teil beruht

auf der Auswertung von Routinedaten gesetzlich Krankensicherter aus den Jahren 2009 bis 2015. Der zweite Teil beruht auf einer Telefonumfrage des Emnid Instituts. Die Meinungsforscher hatten dafür 1.000 Bundesbürger befragt.

Das Ergebnis der Analysen hat die Bertelsmann Stiftung in einer Pressemitteilung so zusammengefasst: „Wenn der Rücken schmerzt, reagieren Patien-

ten und Ärzte häufig übertrieben. Wie der neue Faktencheck zeigt, sind Betroffene unsicher und erwarten zu schnell eine ärztliche Einschätzung auf Basis bildgebender Verfahren. Behandelnde Ärzte rücken die überzogenen Hoffnungen ihrer Patienten oft nicht zurecht.“ Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie

und Unfallchirurgie (DGOU) haben die beiden Untersuchungsteile analysiert – und kommen zu anderen Schlüssen, was den Einsatz bildgebender Verfahren angeht.

Es ist den Autoren nach Ansicht von BVOU und DGOU zwar grundsätzlich dafür zu danken, dass sie die Versorgung von Rückenschmerzpatienten in Deutschland im Hinblick auf die Bildgebung analysiert haben. Solche Analysen wie auch die Analyse von Patientenvorstellungen und Patientenverhalten mithilfe von Befragungen können hilfreich sein für das Bemühen aller im Gesundheitswesen um die am besten geeignete Diagnostik und Therapie.

Die Schlussfolgerungen im Teil eins des Faktencheck Rückenschmerzen beruhen jedoch wesentlich auf der Analyse von Sekundärdaten, die bekanntermaßen Limitationen enthalten. Dazu zählen Datenangaben auf Quartalsbasis, eine zu ungenaue Verschlüsselung bei Haus- und Fachärzten und anderes mehr. Diese Limitationen werden von den Autoren zwar korrekterweise auch benannt. Weiterhin stellen sie die Versorgungsalgorithmus aus der Literatur richtig dar. Doch ihre Rückschlüsse sind falsch, auch aufgrund unzutreffender Annahmen über das Honorarsystem in der ambulanten Versorgung. Bei genauerer Analyse ist eine gravierende Überversorgung von Rückenschmerzpatienten im Hinblick auf bildgebende Verfahren nicht zu belegen. Die verwendeten Daten legen im Gegenteil eher den differenzierten Einsatz von Bildgebung je nach vermuteter Ursache der Rückenschmerzen nahe.

Spezifischer und nicht spezifischer Rückenschmerz

Vereinfacht gesagt, lassen sich Rückenschmerzen in zwei Kategorien einteilen: in den spezifischen und den nicht spezifischen Rückenschmerz. Der spezifische Rückenschmerz beruht im Wesentlichen auf einer Organpathologie. Beispiele hierfür sind die Nervenwurzelkompression beim Bandscheibenvorfall, eine Spinalkanalstenose (Verengungen des Rückenmarkkanals) mit Verringerung der Gehstrecke, der Einbruch der Wirbelkörper bei der Osteoporose usw. Entscheidend für die sichere und wirksame

Behandlung dieses spezifischen Rückenschmerzes ist die Identifizierung der Ursache. Das heißt, es bedarf einer morphologischen Diagnostik, um dann eine spezifische Therapie einzuleiten. Eines der wesentlichen Ziele ist dabei die Vermeidung weiterer Schäden am Bewegungsapparat oder den neurologischen Strukturen.

Beim nicht spezifischen Rückenschmerz hingegen leiden die Patienten unter Schmerzen und funktionellen Einschränkungen, ohne dass ein einzelnes morphologisches Substrat hierfür in ursächlichem Zusammenhang steht. Nicht spezifische Rückenschmerzen verschwinden häufig innerhalb von sechs Wochen von selbst. Zu einem geringen Prozentsatz chronifizieren sie allerdings. Bei diesem Prozess der Chronifizierung spielen psychosoziale Risikofaktoren und Belastungen nach heutigem Verständnis die Hauptrolle, also Belastungen im sozialen Umfeld, im Arbeitsbereich. Hinzu kommen teilweise aber auch sogenannte Katastrophisierungsängste der Patienten, also Sorgen, es könne eine ernsthafte, schwere Rücken-erkrankung vorliegen.

Für die Behandlung des nicht spezifischen Rückenschmerzes liegt eine „Nationale Versorgungsleitlinie nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ vor. Eine Neufassung steht kurz vor der Veröffentlichung [3]. Die Empfehlungen dieser Leitlinie werden von der Fachgesellschaft und vom Berufsverband mitgetragen. Erwähnenswert ist jedoch, dass für die Behandlung von Patienten mit Schmerzen im Hals- und Brustwirbelsäulenbereich gar keine Leitlinienempfehlungen vorliegen. Hier setzt die erste Kritik an: In der Faktencheck-Analyse der Bertelsmann Stiftung spielt dieser Umstand keine Rolle. Eine Vermischung der anatomischen Regionen, Entitäten, klinischen Diagnosen und therapeutischen Vorgehensweisen, wie in der Studie geschehen, kann nicht nachvollzogen werden.

Epidemiologie des Rückenschmerzes

Wie häufig sind nun spezifischer und nicht spezifischer Rückenschmerz? Die Autoren der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz, 1. Auflage, weisen darauf hin, dass in älteren Studien

nur für 15 % der Fälle eine spezifische Ursache für das Symptom Kreuzschmerz gefunden werden konnte [4]. Doch ein höherer Anteil ist wahrscheinlich, denn: „Neuere Untersuchungen deuten auf einen höheren Prozentsatz (15–45 %) degenerativer Wirbelsäulenveränderungen als Auslöser hin.“ Die Auswertung der Daten einer großen Kohorte von Rückenschmerzpatienten in orthopädischen Praxen hat in Baden-Württemberg für 2015 ergeben, dass bei 40 % der Versicherten eine Diagnose spezifischer Rückenschmerz vorlag.

Bei Angaben zum Anteil an unspezifischem Rückenschmerz spielt auch eine Rolle, wer und wo gefragt wird. Zieht man zum Beispiel Eigeneinschätzungen der Bürger heran, wird der Anteil des nicht spezifischen Kreuzschmerzes auf 85 % geschätzt. Legt man die Diagnosen von Patienten zugrunde, die eine Arztpraxis aufgesucht haben, sinkt der Anteil derjenigen, die unter nicht spezifischen Kreuzschmerzen leiden, auf 55–60 %, wie zuvor mit Verweis auf die orthopädischen Praxen in Baden-Württemberg dargestellt. Das heißt: Bis zu 45 % der Patienten, die eine Arztpraxis aufsuchen, haben in Wirklichkeit einen sogenannten spezifischen Rückenschmerz.

Diagnostik und Therapie des Rückenschmerzes

Anamnese und klinische Untersuchung sind bei beiden Formen des Rückenschmerzes unverzichtbare Elemente. Danach unterscheiden sich die Behandlungswege wesentlich: Beim Verdacht auf eine spezifische Ursache muss eine Bildgebung erfolgen, um eine spezifische Therapie einzuleiten. Bildgebung ist in diesem Fall keine Möglichkeit, sondern ein Muss.

Das Problem besteht darin, dass die sichere Unterscheidung zwischen nicht spezifisch oder spezifisch bei Patienten nicht von vornherein möglich ist. Erscheint dem behandelnden Arzt allerdings das Risiko eines spezifischen Rückenschmerzes als niedrig, weil sogenannte „red flags“ fehlen, soll mit der Bildgebung gewartet werden.

Konkret heißt das unter anderem: Dann, wenn kein Trauma vorliegt, kein bekanntes Karzinom, kann er erst einmal auf Bildgebung verzichten. Aber es



© TomekD76 / Getty Images / iStock

Nicht weniger Bildgebung, sondern mehr individuelle Patientenaufklärung fordern BVOU und DGOU hinsichtlich der aktuellen Bertelsmann-Studie über Rückenschmerzen.

muss auch nach Fieber, nächtlichen Schmerzen und anderem gefragt werden, um den Verdacht eines spezifischen Rückenschmerzes möglichst sicher ausschließen zu können.

Selbst wenn dann aus guten Gründen eine Bildgebung veranlasst wird, muss mit der Interpretation der Befunde sorgsam umgegangen werden: Es gibt immer wieder Zufallsbefunde ohne einen Bezug zur Beschwerdesymptomatik. Dies muss man mit dem Patienten besprechen. Und es finden sich auch krankhafte Veränderungen im MRT bei Patienten ohne Kreuzschmerzen. Daher stellt die Bildgebung mit einer Überbewertung dieser Befunde auch nach Auffassung von BVOU und DGOU einen iatrogenen Risikofaktor für eine Chronifizierung dar.

Abhängig vom Untersuchungsergebnis kann dann die Therapie eingesetzt werden. Beim nicht spezifischen Rückenschmerz besteht sie leitliniengemäß vor allen Dingen in einer – nur kurzfristigen – Medikation, in aktivierenden Maßnahmen, motivierender Beratung, gegebenenfalls in Unterstützung in psychosozialer Hinsicht. Beim spezifischen Rückenschmerz hingegen müssen Maßnahmen wie angepasste Krankengymnastik, Infiltrationstherapien, gegebenenfalls Operationen, Osteoporose-Medikation und so weiter erwohnen werden.

Versorgungsstrukturen: Wunsch und Wirklichkeit

Wie sähe auf dieser Basis eine optimale Versorgungsstruktur bei Diagnostik und Therapie aus? Etwa so: Der erstbehandelnde Hausarzt befragt und untersucht klinisch. Bei nicht spezifischem Kreuzschmerz unterlässt er die Überweisung zur Bildgebung. Bei spezifischem Kreuzschmerz sollte er zum orthopädischen Facharzt überweisen, um in Abhängigkeit von Anamnese und Untersuchung durch einen Organspezialisten die Indikation zur Bildgebung zu überprüfen, später die Ergebnisse einer Bildgebung zu werten und einzuordnen.

Was bedeutet dies alles vor dem Hintergrund der Behauptungen im Faktencheck Rückengesundheit? Wenn, wie eben dargestellt, tatsächlich 45 % aller Patienten in den Praxen unter spezifischen Rückenschmerzen leiden, dann wird der Anteil von Patienten, die eine Bildgebung erhalten, höher sein, als wenn man von nur 15 % ausgeht. Selbst wenn man eine diagnostische Treffsicherheit von nur 80 % annähme, wäre es folglich konsequent, wenn bei 50 % der Patienten eine diagnostische, bildgebende Abklärung erfolgte.

ICD-Kodierungen: begrenzter Aussagegehalt

Was heißt das in Bezug auf den Faktencheck im Einzelnen? Diese Studie analy-

siert die Sekundärdaten von sieben Millionen gesetzlich Krankenversicherten aus den Jahren 2009 bis 2015. Rückenschmerzpatienten werden anhand der ICD-Codes in spezifisch und unspezifisch gruppiert. Ausreichend ist die einmalige Codierung innerhalb des Kalenderjahres. Dass der Verdacht auf einen spezifischen Rückenschmerz zur Veranlassung einer Bildgebung geführt hat und sich dieser Verdacht – wie vielfach der Fall – dann zum Glück für den Patienten nicht bestätigte, ist aus der ICD-Kodierung aber nicht herauslesbar. Diese häufige Konstellation ist aber wesentlich, wenn man eine Antwort auf die Frage sucht, ob zu viel oder zu wenig Bildgebung bei Rückenschmerzpatienten veranlasst wird. Die Autoren des Faktenchecks berücksichtigen diesen Sachverhalt aber nicht.

Ein weiterer wichtiger Punkt: Die Autoren des Faktenchecks gehen im Detail auf die Bildgebung in der Versicherten-Gruppe ein, die den ICD-Codes zufolge eine Rückenschmerzdiagnose erhalten hatte. Es erfolgten demnach im Jahr 2015 pro 1.000 Versicherten 375 Bildgebungsverfahren, davon 139 MRT, 34 CT und 202 Röntgenuntersuchungen. Tendenziell hat die Anzahl an Bildgebung im Verlaufszeitraum 2009 bis 2015 um ca. 10 % abgenommen, die Anzahl der Röntgenuntersuchungen sogar um 25 %. Ferner ist zu berücksichtigen, dass grundsätzlich auch mehrere Bildgebungsverfahren pro Patient möglich sind, das heißt, dass er geröntgt wurde und sich gleichzeitig einem MRT unterzogen hat.

Die Diskrepanz zwischen Anfangs- und Enddiagnose nach Bildgebung

Angesichts dieser Entwicklung verwundert die Schlussfolgerung der Studienautoren, dass der Einsatz konventionellen Röntgens als zu hoch angesehen wird. Das konventionelle Röntgen wurde – bezogen auf das Jahr 2015 – bei durchschnittlich 20 % der Versicherten eingesetzt, bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzdiagnosen sogar nur in 9 % der Fälle. Die Diskrepanz zwischen der Verdachtsdiagnose, die Anlass zum Röntgen gibt, und der Enddiagnose (gegebenenfalls nach Bildgebung) zum Zeitpunkt der ICD-Kodierung wird, wie

bereits zuvor moniert, weder dargestellt noch diskutiert.

Weiterhin haben die Autoren analysiert, wie Versicherte behandelt werden, bei denen ein Rückenschmerz neu aufgetreten ist. Bei 22 % erfolgte im Jahr 2015 noch im gleichen Quartal eine Bildgebung. Wenn man davon ausgeht, dass bei 40 % in Wahrheit ein spezifischer Rückenschmerz vorliegt, erscheint dieser Anteil nachvollziehbar. Auch kann es nicht verwundern, dass mehr Orthopäden als Hausärzte eine Bildgebung für den Patienten noch im selben Quartal initiieren. Im Sinne einer abgestuften Versorgung erscheint dies und nicht das Umgekehrte sogar wünschenswert. Dass eine nativradiologische Untersuchung im selben Quartal häufiger erfolgt, mag vor allen Dingen auch dem Umstand geschuldet sein, dass konventionelles Röntgen schneller verfügbar ist als ein MRT.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab gibt keinen Anreiz zum Röntgen

Weiterhin behaupten die Autoren, dass der ihrer Ansicht nach überzogene Einsatz der Bildgebung vor allen Dingen finanzielle Gründe habe. Dieser Einschätzung widersprechen BVOU und DGOU. Sie belegt eine tiefe Unkenntnis der Honorarstrukturen in Deutschland im Jahr 2015. Radiologische Untersuchungen, die auf Überweisungen getätigt werden, wie auch CT oder MRT, bringen für Haus- wie Fachärzte keinerlei zusätzliche Einnahmen und bedeuten deshalb auch keinen finanziellen Vorteil.

Insofern der Facharzt auch teilradiologisch tätig ist, sind seine Einnahmen durch ein Budget gedeckelt (Stichworte: Regelleistungsvolumen, qualitätsgebundenes Zusatzvolumen). Der maximale Umsatz, den ein Orthopäde durch eine Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erzielen kann, betrug im Jahr 2015 genau 15,82 €. Vor diesem Hintergrund könnte man im Gegensatz zu den Autoren eher spekulieren, warum Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie überhaupt noch röntgen.

Zu diesem Thema hat bereits die Kasernärztliche Bundesvereinigung (KBV)

im vergangenen Jahr Stellung bezogen. Vor dem Hintergrund der damaligen Diskussion um angeblich unnötige Röntgenuntersuchungen plädierte die KBV für eine sinnvolle Koordination und Steuerung der Patienten. Röntgen gehöre elementar zur Diagnostik von Skeletterkrankungen, so die KBV damals. Und: Ärzte hätten keine finanziellen Anreize dafür, öfter Aufnahmen zu machen als notwendig.

„In der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung sind Röntgenuntersuchungen gedeckelt, das heißt, sie werden nur bis zu einer bestimmten Anzahl von den Krankenkassen bezahlt“, betonte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen damals in einer Pressemitteilung. Die Budgetierung habe auf das Verordnungsverhalten eines Arztes einen eher hemmenden Effekt, fügte er hinzu. Es könne also nicht von „ausufernden und unnötigen“ Röntgenuntersuchungen die Rede sein. Unnötige Aufnahmen kämen eher zustande, weil niemand die Untersuchungen koordiniere, hob Gassen damals hervor. Denn einige Patienten gingen oft zu verschiedenen Ärzten, erwähnten aber nicht, welche Untersuchungen bereits gemacht worden seien.

Über eine bessere Therapiesteuerung wäre zu diskutieren

BVOU und DGOU stellen klar: Bei einem Verdacht auf eine spezifische Ursache für Rückenschmerzen sind die behandelnden Ärzte im Sinne der Patientensicherheit verpflichtet, diesen Verdacht diagnostisch zu erhärten oder zu zerstreuen – vor allem, um besser, aber vor allen Dingen sicherer zu therapieren. Die osteoporotische Sinterungsfraktur verträgt eben keine manuelle Therapie des Physiotherapeuten, um einmal beispielhaft zuzuspitzen, worum es geht. Der Einwand, dass eine diagnostizierte spezifische Ursache nicht immer zu einer besseren Therapiesteuerung führe, mag richtig sein. Doch warum dies sein kann, hat viele Gründe. Diese wären separat zu diskutieren.

Meinungen zum Rückenschmerz in der Bevölkerung

Für Teil zwei des Faktenchecks Rückenschmerzen hatte die Bertelsmann Stiftung eine Telefonumfrage in Auftrag geben. Im Detail wurden von rund 1.000 Bürgern Angaben erbeten zum Wissen über Rückenschmerzen, bisherige persönliche Erfahrungen, dem eigenen In-

Der Faktencheck Rücken in Kürze – die zentralen Aussagen der Bertelsmann Stiftung
— Jeder fünfte gesetzlich Krankenversicherte geht mindestens einmal im Jahr wegen Rückenschmerzen zum Arzt. Das sind jährlich 38 Millionen rückenschmerzbedingte Arztbesuche.
— Es werden für diese Patienten jährlich rund sechs Millionen Bildaufnahmen veranlasst. Viele wären vermeidbar. 60 % der Befragten zum Thema Rückenschmerz erwarten allerdings bei Rückenschmerzen auch schnellstmöglich eine bildgebende Untersuchung.
— Zwei Drittel der Befragten glauben, dass sich durch Röntgenaufnahmen, CT oder MRT die genaue Ursache von Rückenschmerzen finden lässt. Dies trifft aber nur in 15 % der Fälle zu.
— Aus den analysierten Routinedaten geht hervor, dass bei 22 % der Patienten mit Rückenschmerzen eine Bildgebung bereits im Quartal der Erstdiagnose angeordnet wurde. Bei jedem zweiten Betroffenen wurde den Daten zufolge Bildgebung veranlasst, ohne dass vorher konservative Therapieversuche unternommen wurden, zum Beispiel Schmerzmittel, Physiotherapie.
— Fast der Hälfte der Betroffenen wurde Ruhe und Schonung empfohlen.
— Es gibt erhebliche regionale Unterschiede im Verhalten von Betroffenen und Ärzten.

Faktencheck Rücken – die Kritik von BVOU und DGOU in Kürze
— Eine Überversorgung von Rückenschmerzpatienten lässt sich nicht feststellen. Eher legen die Daten einen differenzierten Einsatz von Bildgebung nahe.
— Allerdings: Die Analyse der Bertelsmann Stiftung beruht auf Sekundärdaten, vor allem Abrechnungsdaten. Diese spiegeln das reale Versorgungsgeschehen und Behandlungsvorgehen oft nur ungenau wider.
— Bertelsmann geht davon aus, dass nur 15 % der Rückenschmerzen spezifische Ursachen haben. Doch der (derzeit überarbeiteten) Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz zufolge deuten neuere Studien auf einen Anteil von 15–45 % degenerativer Veränderungen als Auslöser von Rückenschmerz hin. Repräsentative Analysen aus orthopädischen Praxen in Baden-Württemberg bestätigen diese Zahl.
— In der Praxis ist eine sichere Unterscheidung zwischen spezifischem und nicht spezifischem Rückenschmerz oft nicht von vornherein möglich. Regelmäßig wird Bildgebung eingesetzt, um einem vorhandenen, begründeten Verdacht auf einen spezifischen Rückenschmerz nachzugehen. Zerstreut sich dieser, ist dies aus der ICD-Kodierung aber nicht herauszulesen. Die Folge: Bei einer Datenanalyse kann der Verdacht entstehen, es sei trotz eines unspezifischen Rückenschmerzes Bildgebung veranlasst worden.
— Finanzielle Anreize spielen in der Praxis bei der Veranlassung von Bildgebung keine Rolle. Der maximale Umsatz für eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule betrug im Jahr 2015 genau 15,82 €. Außerdem sind Überweisungen zur Bildgebung durch Praxisbudgets gedeckelt.
— Die Informationsdefizite der Versicherten zu Rückenschmerzen sind ernst zu nehmen. Mehr Maßnahmen wie Patientenedukation oder Selfempowerment scheinen notwendig.

formationsverhalten. Rund 280 Befragte gaben an, betroffen zu sein.

70 % der Befragten halten danach eine Bildgebung für sinnvoll. 60 % glauben nicht, dass Rückenschmerzen häufig reversibel sind. 50 % halten Schonung bei Rückenschmerzen für angezeigt.

Patientenaufklärung und Selbsthilfe sind nötig

Geht man davon aus, dass möglicherweise bis zu 85 % der Betroffenen einen unspezifischen Rückenschmerz haben, dann weist die Bertelsmann Stiftung zu Recht darauf hin, dass bei vielen Bundesbürgern offenbar ein Informationsdefizit vorliegt. Ihre gängigen Vorstellungen über den Umgang mit Rückenschmerzen fördern offensichtlich sogar eine Chronifizierung. Ein solches Krankheitsverständnis findet sich der Studie zufolge vor allen Dingen bei Betroffenen mit niedrigen Bildungsabschlüssen und niedriger beruflicher Stellung. Diese Ergebnisse und ihre Bewertungen decken sich nach Auffassung von BVOU und DGOU mit anderen Untersuchungen zum unspezifischen Rückenschmerz und seinen Chronifizierungsrisiken.

Vor diesem Hintergrund kann man zu Recht Maßnahmen wie Patientenedukation, Selfempowerment usw. fordern. Der Analyse in Teil eins des Faktenchecks zufolge leisten Orthopädinnen und Orthopäden bei der Beratung von Patienten schon ihren Beitrag, indem sie Ruhe und Schonung nur zu 20 % empfehlen. Das heißt, sie raten sehr häufig eher zu aktivierenden Maßnahmen, die im Falle des unspezifischen Rückenschmerzes indiziert sind.

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften unterstützen mit ihren Leitlinien die eben genannten Anliegen in vollem Umfang. Die Ansätze, mehr sprechende Medizin in der Versorgung von Rückenschmerzpatienten zu implementieren, finden sich im bereits erwähnten Orthopädievertrag in Baden-Württemberg. Im Rahmen dieses Selektivvertrags finanziert die AOK Baden-Württemberg eine umfangreichere sprechende Medizin in Form von motivationaler Beratung bei den orthopädischen Vertragspartnern. Sie werden nicht nur für technische Leistungen,

sondern auch für das ausführliche Gespräch bezahlt.

Eine derartige krankheitsangemessene Honorierung sieht die kollektivvertragliche Regelversorgung auf Basis des EBM leider nicht vor. Doch selbst wenn Orthopäden sich sehr viel mehr Zeit, als sie bezahlt bekommen, für ihre Rückenschmerzpatienten nehmen: Das allein genügt nicht. Im Selektivvertrag Baden-Württemberg spielt beispielsweise auch die Abstimmung mit den Hausärzten eine wichtige Rolle. Auch die Budgetgrenzen für Heil- und Hilfsmittelverordnungen seien erwähnt, die eine leitliniengerechte und patientenangemessene Versorgung oft erschweren oder verhindern.

Kooperationsregelungen für ambulante Versorgung

Wirkliche Veränderungen erhoffen sich viele Fachleute von einem Disease Management Programm (DMP) Chronischer Rückenschmerz, das Patientenaufklärung und Schulungsprogramme zum Thema unspezifischer Rückenschmerz in breitem Umfang in der orthopädisch-ambulanten Versorgung etablieren soll. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass bislang circa 30 % der Patienten nur beim Orthopäden in Behandlung sind und nicht auch beim Hausarzt. Somit benötigt man für ein Disease Management Programm Chronischer Rückenschmerz die Fachgruppe der Orthopäden, aber ebenso Regeln für die Kooperation der Versorgungsebenen.

Gute Beratungsleistung laut Patientenmeinung

Ein letzter Punkt: Gewürdigt wird von den Patienten in der Befragung für den Faktencheck die Beratungsleistung der beteiligten Ärzte. Fast 90 % der Befragten hielten die Ausführungen ihrer Hausärzte und Orthopäden für verständlich. Dies deckt sich mit einer Befragung aus dem Jahr 2015 von weit mehr als 10.000 orthopädischen Patienten in Baden-Württemberg. Dabei gaben über 80 % der Patienten an, sich gut beraten zu fühlen. Die meisten Defizite gab es noch bei der Beratung zur Selbsthilfe, zu Gesundheitsförderung und zu Bewegungsangeboten.

Literatur

1. Andersohn F, Walker J. Faktencheck Rücken. Ausmaß und regionale Variationen von Behandlungsfällen und bildgebender Diagnostik. Bertelsmann Stiftung; Gütersloh: 2016.
2. Marstedt G. Faktencheck Rücken. Einstellungen, Erfahrungen, Informationsverhalten – Bevölkerungsumfrage zum Rückenschmerz. Bertelsmann Stiftung; Gütersloh: 2016.
3. Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Langfassung. 2. Auflage, 2016 Konsultationsfassung. AWMF-Register-Nr.: nvl-007. <http://mdb.aezq.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufk-konsultation.pdf>; Stand: 22.12.2016.
4. Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz. Langfassung. 1. Auflage, Version 5, November 2010; zuletzt geändert: Oktober 2015. AWMF-Register: nvl/007. <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-1aufl-vers5-lang.pdf>; Stand: 22.12.2016.

Dr. Johannes Flechtenmacher
Karlsruhe
Präsident des BVOU



© BVOU

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann
Frankfurt/Main
Generalsekretär der DGOU und DGOU



© BGU Frankfurt / Main

Prof. Dr. Bernd Kladny
Herzogenaurach
stellv. Generalsekretär der DGOU und Generalsekretär der DGOOC



© B. Kladny / DGOU

Prof. Dr. Andrea Meurer
Frankfurt/Main
2. Vizepräsidentin der DGOU und Präsidentin der DGOOC



© Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim

Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf
Heidelberg
AG Sozialmedizin und Begutachtungsfragen DGOOC



© M. Schiltenswolf