

Effektive diagnostische und therapeutische Strategien in der Primärversorgung von Rückenschmerzen



**Deutschen Gesellschaft
für Allgemeinmedizin und
Familienmedizin**

www.degam.de

Dr. Jean-Francois Chenot, MPH
Abteilung Allgemeinmedizin Göttingen
www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de

Wie Götte feststellte, mangelt es Hausärzten wegen
den vorhandenen Ausbildungsdefizite an der Qualifikation
.... forderte Götte die Gesundheitspolitik und Krankenkassen
auf, die Fachärzte für Orthopädie und die Fachärzte für
Orthopädie und Unfallchirurgie als Primärärzte zuzulassen, ...

wie der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Joachim Hassenpflug, sagte, erfordert allein die Behandlung dieser Leiden 16 Prozent der direkten Gesundheitskosten. Hinzu kommen noch erhebliche Ausgaben für Verdienstausschlag und Pflege. Doch für die Erforschung dieser Krankheiten würden weitaus weniger Mittel ausgegeben, als ihrem Anteil an den Aufwendungen für die medizinische Versorgung entsprechen. Hinzu kommt, wie der Vorsitzende des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Siegfried Götte, erklärte, eine eklatante Unter- und Fehlversorgung, die zum einen auf eine mangelnde Kompetenz vieler Hausärzte und zum anderen auf überkommene Versorgungsstrukturen zurückgeht.

Fast 13 Prozent aller ambulanten Behandlungen erfolgen wegen Rückenschmerzen, 71 Prozent davon beim Hausarzt, 29 Prozent beim Facharzt. Wie Götte feststellte, mangelt es Hausärzten wegen der vorhandenen Ausbildungsdefizite an der Qualifikation, Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen der Haltungs- und Bewegungsorgane zu versorgen. Da der neue "Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie" auch über zusätzliche Erfahrungen im Umgang mit Verletzungen verfügt, forderte Götte die Gesundheitspolitik und Krankenkassen auf, die Fachärzte für Orthopädie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie als Primärärzte zuzulassen, wie es auch für Augenärzte oder Gynäkologen zutrefte.

Wie wichtig eine kompetente Versorgung ist, zeigt sich besonders bei der Osteoporose. Sie ist eine der teuersten chronischen Erkrankungen, wird aber dennoch nur unzulänglich behandelt. Wie Götte sagte, werden derzeit nur zehn Prozent der Patienten nach den Leitlinien der Fachgesellschaften versorgt, auch solche, die schon einen osteoporotischen Knochenbruch erlitten haben. Nach Angaben des Unfallchirurgen Michael Johannes Raschke vom Universitätsklinikum Münster könnte durch eine konsequente Behandlung der Osteoporose bei bis zu 60 Prozent der Patienten eine zweite Fraktur vermieden werden.

A Familienm

DEGAM-Leitlinie „Kreuzschmerzen“



Ausführliche
Begründung und
Literaturnachweis
der Empfehlungen

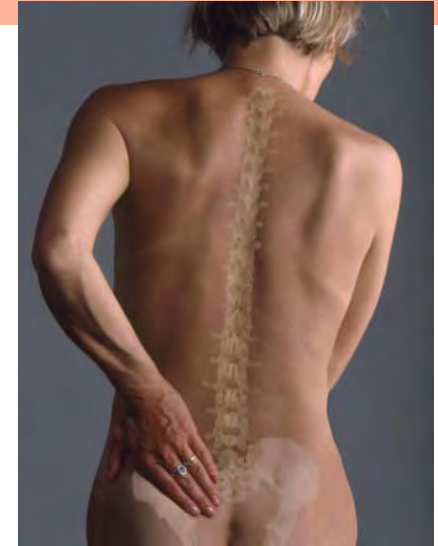
Stärke der Empfehlung

- A** basieren auf wissenschaftlichen Studien hoher Qualität
- B** basieren auf sonstigen Studien
- C** basieren auf Konsensaussagen oder Expertenurteilen

Definition / Epidemiologie

Kreuzschmerzen sind Schmerzen im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zu den Glutäalfalten, *evtl. mit Ausstrahlung in die Beine*

- Lebenszeitprävalenz 80%
- Punktprävalenz bis zu 30 %
- höchste Prävalenz bei den 30-50-jährigen
- Zweithäufigster Konsultationsgrund in der Allgemeinmedizin
- 3-4 % (10-14 %) der Bevölkerung haben chronische KS
- 10-15 % aller Arbeitsunfähigkeitstage
- 18 % aller Frühberentungen durch KS



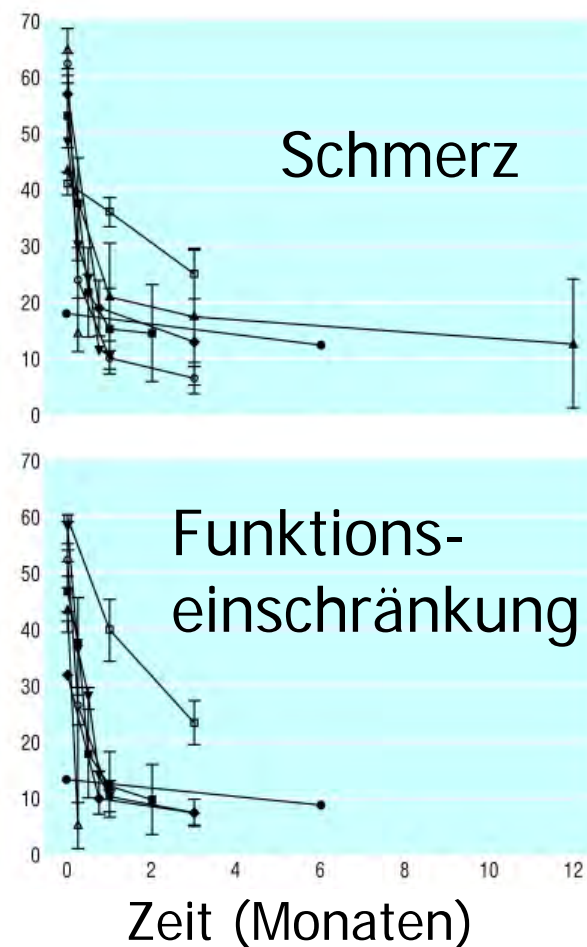
Prognose

- nach 4 Wochen ca. 80 % arbeitsfähig, **nicht schmerzfrei**
- ca. 40 % erneute Episode innerhalb eines Jahres
- ca. 10 % chronische Verläufe
- mit zunehmender Dauer der Arbeitsunfähigkeit sinkt die Rückkehrwahrscheinlichkeit an den Arbeitsplatz

Pengel L et al. :

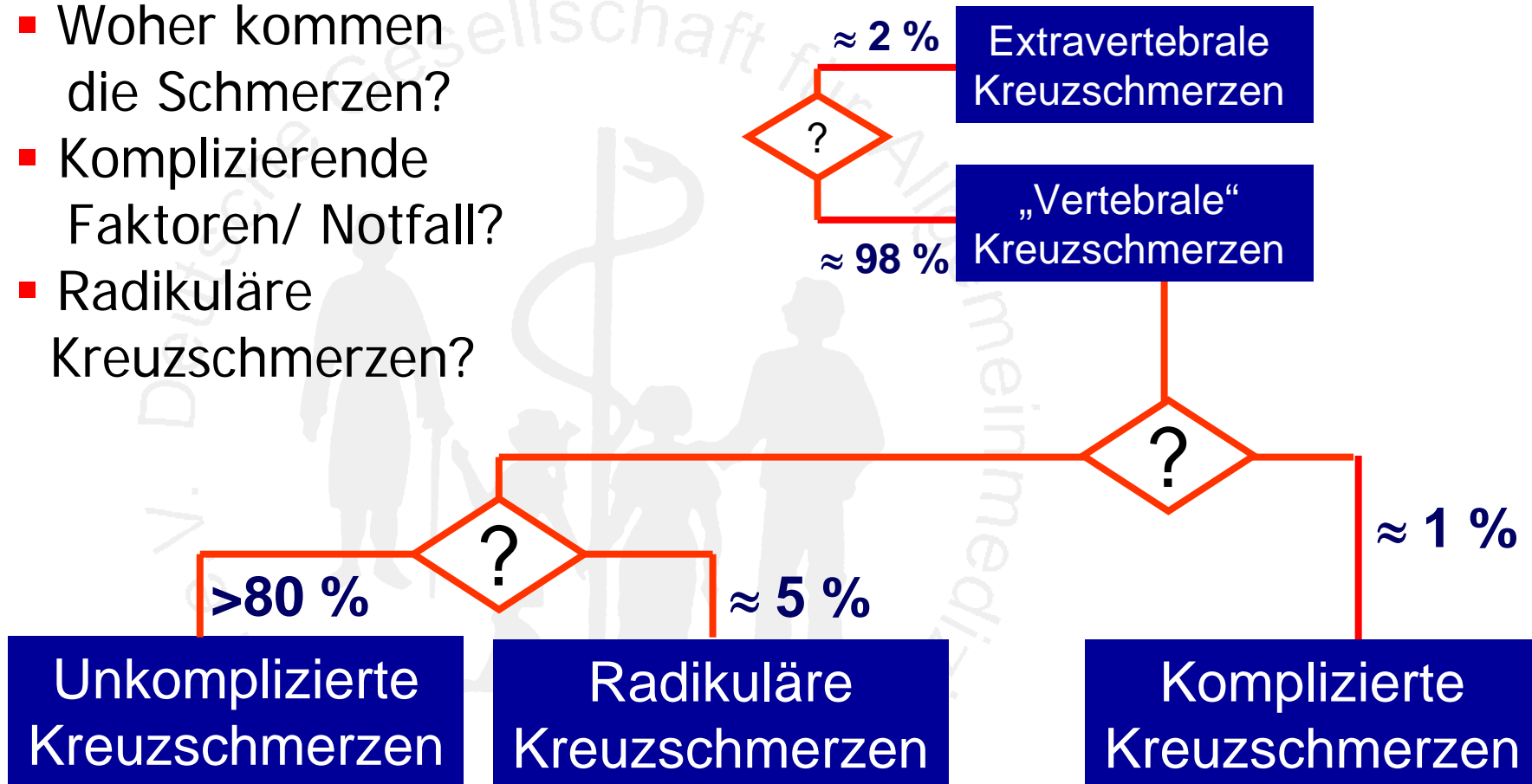
Acute low back pain: systematic review of its prognosis

BMJ 2003; 327: 323



Triage

- Woher kommen die Schmerzen?
- Komplizierende Faktoren/ Notfall?
- Radikuläre Kreuzschmerzen?



„red flags“

Warnhinweise auf komplizierte Kreuzschmerzen

- Ausgeprägte neurologische Ausfälle
- Alter <20 Jahre und >50 Jahre
- Schlechter Allgemeinzustand
- Bekannte Tumorerkrankung
- Adäquates Trauma
- Intravenöser Drogengebrauch, HIV-Infektion
- Steroidmedikation oder V.a. Osteoporose
- V.a. entzündliche rheumatische Erkrankung

Henschke et al.

A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain.
J Clin Epidemiol. 2008;61:110-18.

Donner-Banzhoff et al.

Evaluating a simple heuristic to identify serious causes of low back pain.
Family practice 2006; 23: 682-86.

Neuere Nomenklatur

Warnhinweise werden auch als „orange flags“ und nur ausgeprägte neurologische Ausfälle als „red flags“ bezeichnet

Basisuntersuchung

Ziel: Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe

Basisuntersuchung

- Inspektion, Bewegungsprüfung
- Palpation
- Lasègue-Test

Erweiterte Untersuchung bei Verdacht auf Wurzelreizung

- Motorik
- Reflexe
- Sensibilität

Eine über das minimal notwendige hinausgehende Untersuchung ist vertrauensbildend

Kreuzschmerz- Problem I

Patho-anatomisches Postulat

„Wir beurteilen und behandeln Rückenschmerzpatienten anhand von Theorien, die annähernd 90% der Rückenschmerzen nicht erklären können“.

(Andersson 1997)

Deyo RA.

Diagnostic evaluation of LBP:

Reaching a specific diagnosis is often impossible.

Arch Intern Med 2002; 162: 1444-7.

Bildgebung

- Meist nicht indiziert
- Keine therapeutische Konsequenz
- Keine Korrelation zwischen Grad der degenerativen Veränderungen und den Beschwerden
- Fördert Somatisierung

A

A

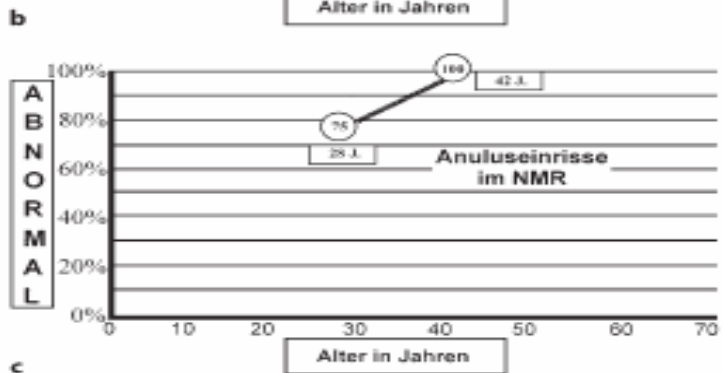
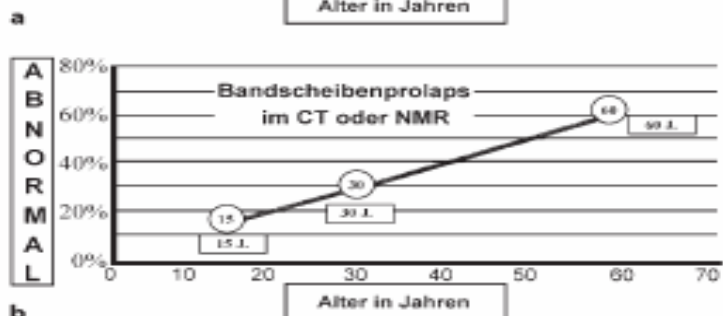
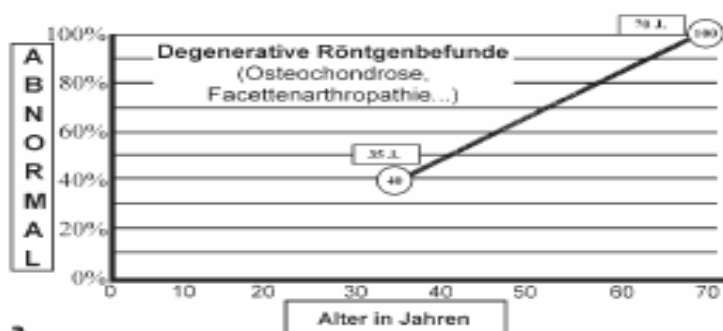


Kendrick D et al.

Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ. 2001; 322: 400 405.*

Degenerative Veränderungen

Bandscheibenbefunde bei Normalpersonen



Boden et al. Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. *J Bone Joint Surg* 1990; 7A: 403-408

„yellow flags“

Warnhinweise auf chronische Verläufe

Ungünstiger Krankheitsverlauf:

- Anhaltende & rezidiv. Beschwerden
- Arbeitsunfähigkeit > 4-6 Wochen
- Radikuläre Schmerzen

Linton SJ. A review of psychological risk factors in back pain.
Spine 2000; 25: 1148-56

Psychosoziale Faktoren:

- Geringer Bildungsstand
- Pessimistisch resignative Einstellung, Depression
- Starkes Krankheitsgefühl und Schmerzerleben
- Anhaltende Belastungen im privaten Alltag
- **Unbefriedigende Arbeitssituation „blue flag“**
- Rentenwunsch „back flag“

van der Windt et al.

Psychosocial interventions for low back pain in primary care: lessons learned from recent trials.

Spine. 2008; 33: 81-9

Kreuzschmerz- Problem II

Falsche Anreize

„Medizin und soziale Unterstützungssysteme haben sich größtenteils vorteilhaft entwickelt, aber wir müssen uns fragen, ob sie zu einer Verbesserung des Problems rückenschmerz-bedingter Arbeitsunfähigkeit geführt, oder ob sie es im Gegenteil verstärkt und ausgeweitet haben.“

(G. Waddell)

Falsche Informationen

Fehlende Aufklärung des Patienten über den natürlichen (und meist gutartigen) Verlauf der Erkrankung.

Festhalten an irrationalen Behandlungszielen (z.B. Schmerzfreiheit).

Ärztliche Beratung

- Gute Prognose (hohe Spontanheilungstendenz)
- Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens der Beschwerden
- Begründeter Verzicht auf Diagnostik
- Option weiterer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen bei Persistenz oder Verschlechterung
- „Was könnten Sie tun?“
- Bedeutung körperlicher Aktivität

Therapie

unkomplizierter und radikulärer Kreuzschmerzen

- Keine Bettruhe **A**
- Paracetamol Einfache NSAR (Diclofenac, Ibuprofen) **A**
- Verzicht auf Injektionen **A**
- Lokale Wärme ?
- KG nur bei Beschwerden >4 Wochen **A**
- Manuelle Therapie (nicht bei radikulären KS!) **A**
- Reevaluation
- mit Einschränkung Muskelrelaxantien **A**

Therapie ohne sicher belegten Nutzen

- Bettruhe
- Physiotherapie in den ersten 4 Wochen
- Massage
- Injektionstherapien
- Akupunktur
- Corticoide systemisch oder lokal
- Tolperison, Flupirtin



Kreuzschmerz- Problem III

Fehlversorgung

„... weil es nicht gelingt zwischen den Patienten bei einerseits unspezifischen Rückenschmerzen und andererseits bei ernststen Wirbelsäulenschäden oder radikulären Problemen zu unterscheiden.“

(Waddell)

Fehlende Vernetzung der verschiedenen Behandlungsebenen

Überweisungen an Fachkollegen ohne klare Indikation oder ohne Nennung expliziter diagnostischer oder therapeutischer Ziele (in Abstimmung mit dem Patienten).

Therapie

persistierender und rezidivierender Kreuzschmerzen

- **Reevaluation!**
- Keine Bettruhe **A**
- Paracetamol, Einfache NSAR, Verzicht auf Injektionen **A**
- KG nur bei Beschwerden >4 Wochen **A**
- Rückenschule? **B**
- Keine Manuelle Therapie **A**
- Psychotherapie? **A**
- Spezialist, weitere Diagnostik? **C**

Ergebnisparameter: Inanspruchnahme von Fachärzten, soziodemographische und krankheitsbezogene Daten als Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Fachärzten Gesundheitsdienstleistungen.

Ergebnisse: Ein hoher Anteil von Patienten hat neben dem Allgemeinarzt noch einen Facharzt konsultiert. Die Konsultation eines Facharztes war der stärkste Prädiktor für die Inanspruchnahme von Bildgebung, Physiotherapie und Massage. Klinische Prädiktoren wie Chronifizierung oder Funktionskapazität und soziodemographische Faktoren spielten nur eine untergeordnete Rolle.

Schlussfolgerung: Die hohe Inanspruchnahme von Fachärzten ist Ausdruck eines nicht funktionierenden Primärversorgungssystems.

Die hohe Abhängigkeit von diagnostischen und therapeutischen Interventionen von der Konsultation eines Facharztes anstatt von klinischen Faktoren ist ein Hinweis auf eine unsystematische und teilweise inadäquate Versorgung von Kreuzschmerzpatienten.