

Die besondere Verantwortung der Hausärzte bei der Prävention chronischer Rückenschmerzen

S. Brockmann¹
W. Streich²

General Practitioners' Responsibility to Prevent Chronic Low Back Pain

Zusammenfassung

Hausärzte haben im Falle akuter Schmerzen und daraus folgender Inanspruchnahme medizinischer Hilfe darauf zu achten, dass eine Chronifizierung verhindert wird. Zugleich ist die Vermeidung von Über- und Fehlversorgung in der täglichen Praxis dabei von zentraler Bedeutung. Rückenschmerzen sind ein gutes Beispiel dafür, dass nicht nur die leitliniengerechte Akut-Behandlung durchzuführen ist, sondern auch „yellow flags“, also Warnhinweise für eine mögliche Chronifizierung der Beschwerden beachtet werden müssen. Dabei wiederum zeigt sich, wie sehr der behandelnde Arzt auf einen aufgeklärten Patienten angewiesen ist, wie sehr also Gesundheitsaufklärung und Primärversorgung ineinander greifen müssen, damit ein adäquates Ergebnis realisiert werden kann.

Schlüsselwörter

Hausärzte · Entscheidungsfindung · Rückenschmerzen · Chronifizierung · Prävention

Abstract

General practitioners (GP) can take part in avoiding excess or misuse of medical care by the medical care they provide. Acute pain as a reason for encounter is a good example for that: GPs can take their responsibility to avoid a chronification of pain. And low back pain is a good example to show that it is necessary not only to distribute evidence based guideline recommendations among GPs but to educate GPs in managing patients' problems without promoting a chronification of the pain. For this GPs are dependent on informed patients that share their preventing objectives of health care.

Key words

General practice · decision making · chronic low back pain · prevention

Prävention durch Hausärzte?

Unter Prävention wird in der Regel zu allererst die Vermeidung von Krankheiten oder deren Folgen verstanden. Heute ist damit mehr denn je auch die Erwartung verbunden, Leistungen des Gesundheitssystems vermeiden zu können. In seinem 2001 vorgelegten Gutachten befasst sich der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen ausführlich mit Fragen einer „Optimierung

des Systems durch Gesundheitsförderung und Prävention“ – so der Titel des entsprechenden Abschnitts. Eine zentrale Aussage enthält die Annahme einer langfristigen Präventionsrendite von 25–30% der aktuellen Gesundheitsausgaben [1]. Ein vom (alten) Bundeskabinett im April 2005 verabschiedetes „Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention“ formuliert „dringenden Handlungsbedarf, um zur Sicherung der Sozialsysteme Erkrankungen vermeiden und Gesundheit fördern zu können“ [2].

Institutsangaben

¹ Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf
² Bielefeld

Korrespondenzadresse

Dr. med. Silke Brockmann · Abteilung für Allgemeinmedizin · Universitätsklinikum Düsseldorf · Moorenstr. 5 · 40225 Düsseldorf · E-mail: silke.brockmann@uni-duesseldorf.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 268–273 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-933474
ISSN 0014-3362/51

Hausärzte in Deutschland stehen nicht gerade an vorderster Stelle des präventionspolitischen Interesses, wenn es um eine Form der Krankheitsvermeidung geht, deren Inhalt vor allem auch in Leistungsvermeidung bestehen soll. Zum einen schlägt ihre Tätigkeit ja zuerst einmal wieder als kostenwirksame Leistung zu Buche. Zum anderen tendiert ihre Praxis der Prävention sehr stark zu medizinischem Handeln auf sekundärpräventivem Gebiet.

Die Behandlung des Schmerzes – und hier als Beispiel genommen des Rückenschmerzes – macht aber deutlich, wie eng Krankheitsbehandlung und Sekundärprävention verbunden sind. Die Aufgabe der Hausärzte ist es, im Falle akuter Schmerzen und daraus folgender Inanspruchnahme medizinischer Hilfe (Behandlung) darauf zu achten, dass eine Chronifizierung beim einzelnen betroffenen Patienten verhindert wird (Sekundärprävention). Die Vermeidung von Über- und Fehlversorgung ist dabei von zentraler Bedeutung. Eine primärpräventive Aufgabe haben die Ärzte nicht, diese sollte weiterhin und möglichst noch verstärkt von den unterschiedlichsten Akteuren – einschließlich der Medien – angegangen werden.

Chronische Rückenschmerzen als übertragbare Krankheit

Über 50% der männlichen und über 60% der weiblichen erwachsenen Bevölkerung leidet nach eigenen Angaben mindestens einmal pro Jahr an Rückenschmerzen. Das ist das derzeit aktuellste Ergebnis einer bundesweiten telefonischen Gesundheitsbefragung von ca. 8300 repräsentativ ausgewählten Personen über 18 Jahre [3]. Die Verbreitung akuter Rückenschmerzen ist bei 18–29-Jährigen bereits annähernd so hoch, wie in den folgenden Altersgruppen. Das allein verdeutlicht die relative Aussichtslosigkeit etwaig vorgeschlagener Bemühungen, sie mit gesundheitsfördernden Maßnahmen am einzelnen noch gesunden, also in der Arztpraxis primärpräventiv verhindern zu wollen – hier einmal von Meidung bekannter Risiken abgesehen. Rückenschmerzen sind ebenso wenig vermeidbar, wie gelegentliche Schmerzen anderer Art (Zahnschmerzen, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen bei grippalem Infekt etc.). Die Frage ist vielmehr, ob man dann, wenn sie auftreten, eine Chronifizierung verhindern kann und damit das eigentliche Problem angehen kann (Abb. 1).

In etwa 80 bis 90% der Fälle klingen Rückenschmerzen spontan wieder ab. Problematisch sind diejenigen Fälle, die „mit einer relevanten Funktionseinschränkung einhergehen und über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben oder häufig wiederkehren“ [4]. In der bereits zitierten Befragung haben je nach Alter zwischen 16 und 29% der Frauen sowie zwischen 8 und 23% der Männer chronische Rückenschmerzen im zurückliegenden Jahr angegeben (Abb. 2).

Mit einer Gesamtprävalenz von 18,7% liegt Deutschland im oberen Bereich derjenigen Werte, die bei vergleichbaren Erhebungen in anderen Ländern ermittelt worden sind. Deren große Spannweite von 9–23 % wird hauptsächlich auf Differenzen der Erhebungsmethodik zurückgeführt. Von Bedeutung seien aber auch kulturelle Besonderheiten und Differenzen der Gesundheitssysteme, welche einen prägenden Einfluss auf die individuelle Bewertung von Schmerzen haben können [3]. Mit anderen Worten: Es erhebt sich ein Verdacht, dass das Gesundheitssystem in Deutschland für ein im internationalen Vergleich hohes Prävalenzniveau chronischer Rückenschmerzen mitverantwortlich sein könnte.

Raspe [5] hat zur weiteren Prüfung dieses Verdachts Ergebnisse aus verschiedenen Studien zur Verbreitung von Rückenschmerzen sowie Arbeitsunfähigkeitsdaten mit entsprechender Diagnose – getrennt für Ost- und Westdeutschland – herangezogen. Er fand eine auffällige Angleichung der Niveaus im Verlauf der 90er-Jahre: Zum Beginn des Jahrzehnts wurden in Ostdeutschland noch deutlich niedrigere Werte als in Westdeutschland ermittelt. An dessen Ende sind diese Differenzen erheblich geschrumpft bzw. ganz verschwunden. Vor diesem Hintergrund hält er es für durchaus angemessen, Rückenschmerzen als „übertragbare Krankheit“ im Sinne des englischen Begriffs der „communicable diseases“ zu bezeichnen. Zweifellos hat es in der genannten Zeitperiode „a lot of communication“ zwischen Ost- und Westdeutschland gegeben. Die Angleichung der Lebensverhältnisse – ein erklärtes Ziel der Politik – hat aber vermutlich zu einer „Kontamination“ (Raspe) Ostdeutschlands mit einer westdeutschen Kultur der Schmerzbehandlung und Krankenschreibungspraxis geführt.

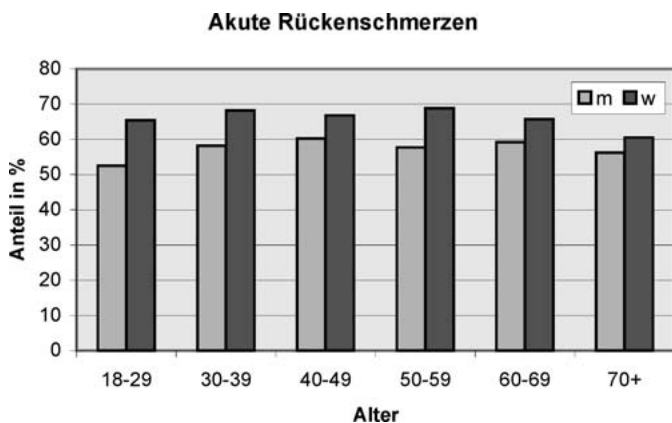


Abb. 1 Verbreitung akuter Rückenschmerzen im letzten Jahr (12-Monats-Prävalenz).
Frage: Hatten Sie in denn in den letzten 12 Monaten überhaupt Rückenschmerzen?

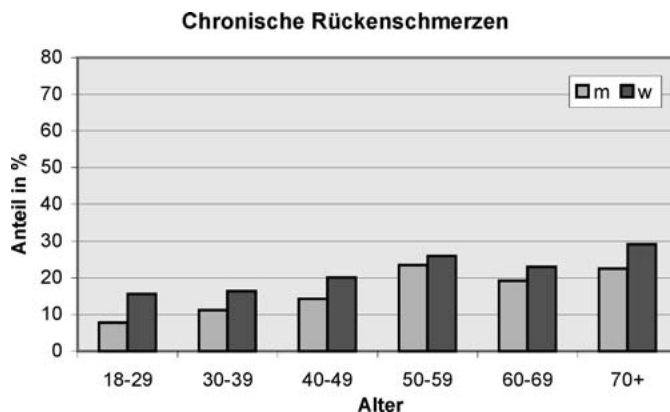


Abb. 2 Verbreitung chronischer Rückenschmerzen im letzten Jahr (12-Monats-Prävalenz).
Frage: Hatten Sie schon einmal drei Monate oder länger anhaltende Rückenschmerzen, und zwar fast täglich? (Wenn ja:) War das auch in den letzten 12 Monaten der Fall?

Patientenerwartungen und ärztliche „Behandlungskultur“

Nicht alle Menschen, die unter akuten Rückenschmerzen leiden, begeben sich in ärztliche Behandlung. Ihr Anteil scheint in den letzten Jahren sogar rückläufig zu sein. Antworteten 1997 noch 57% der Teilnehmer einer Befragung (mit Rückenschmerzen) auf die entsprechende Frage nach einer ärztlichen Behandlung in den letzten 12 Monaten mit „ja“, so waren es 2004 nur noch 41% [6]. Für diejenigen, die sich in Behandlung begeben, werden schon mit der ersten Konsultation entscheidende Weichen für den weiteren Verlauf der Beschwerden gestellt [7, 8]. Hierfür wird seit einigen Jahren ein „Paradigmenwechsel“ propagiert – u. a. durch die Leitlinie „Kreuzschmerzen“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) [9]. Basis ist die Erkenntnis, dass akute Rückenschmerzen in der Regel einen günstigen Verlauf nehmen und durchschnittlich binnen 14 Tagen abklingen. Auch das erneute Auftreten während der folgenden 12 Monate führt nur äußerst selten zu einer Chronifizierung [10]. Da zudem durch epidemiologische Studien bekannt ist, dass Passivität, Bettruhe etc. mit Chronifizierung assoziiert sind, sollen Patienten – wenn komplizierende Faktoren ausgeschlossen sind – zur frühzeitigen Aufnahme der bisherigen Aktivitäten animiert werden. Alles, was zur Passivität (ver)führt (wie Bettruhe, längerfristige Krankschreibungen, aber auch Injektionen, die „die Sache in die Hand des Arztes“ legen), soll vermieden werden [11]. Damit sind die Eckpunkte der Prävention einer Chronifizierung von Rückenschmerzen vorgegeben.

Für Hausärzte leiten sich daraus weitreichende Vorschläge für ihre Patienten ab, die ganz anders als über die Jahre zuvor aussehen: Patienten sollen sich aktiv verhalten, obwohl sie entsprechend ihres Krankheitskonzepts – und möglicherweise auch aufgrund sekundären Krankheitsgewinns – bisher die „Passivität“ als heilend ansahen. Es wird ein Wandel des Umgangs, ein Kulturwandel von ihnen verlangt.

Aber ein solcher wird auch von den Hausärzten verlangt! Deren Umgang mit Rückenschmerz-Patienten ist immer noch von Aktionismus geprägt, z. B. durch Gabe schmerzstillender Injektionen, manipulative Eingriffe, frühzeitige radiologische Diagnostik [12]. Das alles ist typischer Ausdruck einer allgemeinen Behandlungsorientierung, welche die Anamnese und körperliche Untersuchung nur als Wegbereiter für weitere (meist technische) Untersuchungen und Therapien ansieht. Triebkraft ist das „auf Nummer sicher gehen wollen“ in jedem Einzelfall [13]. Bezogen auf Rückenschmerzen sitzt bei deutschen Ärzten zudem das „Bandscheiben-Paradigma“ und der Glaube an den grundsätzlichen Wert bildgebender diagnostischer Verfahren besonders tief [14].

Das neue Behandlungskonzept folgt hingegen der Denkweise der evidenzbasierten Medizin und empfiehlt, primär und meist ausschließlich die Anamnese und Untersuchung unter Beachtung von „physical signs“, aber ohne Einsatz von technischen Untersuchungen durchzuführen. Ursächliche oder komplizierende Erkrankungen können fast immer so entdeckt und bestätigt werden, oder ein Verdacht kann geäußert werden, der im Einzelfall auch technischer Klärung bedarf. Wenn das aber nicht gelingt,

müssen beide Seiten damit leben, dass auch mal keine Diagnose gestellt werden kann [13].

Mehr als 70% der erwachsenen Patienten, die im primärärztlichen Bereich mit Kreuzschmerzen behandelt werden, leiden unter unkomplizierten Kreuzschmerzen. Bei weiteren ca. 14% dieser Patienten liegt eine Irritation bzw. Kompression der Nervenwurzel vor (radikuläre Kreuzschmerzen), was das Risiko einer Chronifizierung der Beschwerden erhöht. Aber nur etwa 2% der Kreuzschmerzen treten im Zusammenhang mit gastroenterologischen, gynäkologischen oder urologischen Krankheiten auf und nur etwa 1% der Kreuzschmerzen erwachsener Patienten, die im primärärztlichen Bereich behandelt werden, sind auf gefährliche Ursachen, wie Tumoren, Frakturen, Infektionen o. ä. zurückzuführen [9]. Bei Patienten im Alter unter 50 Jahren sind sogar mit mehr als 99%iger Wahrscheinlichkeit keine malignen (oder zu medizinischen Eingriffen Grund gebenden) Prozesse als Ursache für Kreuzschmerzen anzunehmen [9]. Diese positiven Vorhersagewahrscheinlichkeiten rechtfertigen das eher abwartend offen haltende Vorgehen bei Kreuzschmerzen auch ethisch.

Es ist unmittelbar einsichtig, dass ein solcher Bruch mit tradierten Verhaltensmustern bei Ärzten und bei Patienten nicht leicht zu vollziehen ist [14, 34]. Ein Weg der Unterstützung dabei besteht darin, den Hausärzten das „richtige“ Verhalten durch evidenzbasierte Leitlinien nahe zu bringen. Dazu erschien 2003 die schon erwähnte Leitlinie „Kreuzschmerzen“ der DEGAM [9]. Ein Vergleich mit den Leitlinien anderer Länder, z. B. denen der Niederlande, des U.K., Neuseelands, Australiens und der USA, zeigt große Ähnlichkeiten bei den zentralen Empfehlungen.

Unterschiede gibt es vor allem bei kulturell geprägten, traditionellen Maßnahmen und Indikationen, z. B. bei den Empfehlungen von Manipulations- und Übungsbehandlungen oder Chiropraxie, deren Nennung mit Blick auf die Implementierungschancen der Leitlinie als Zugeständnis an deutsche Hausärzte interpretiert werden kann [15–17]. In der DEGAM-Leitlinie heißt es dazu, dass „keine Überlegenheit (aber auch keine schlechtere Wirksamkeit) gegenüber anderen evidenzbasierten konservativen Therapien (wie Analgesie, physikalische Therapie, Rückenschulung etc.) gezeigt werden“ konnte (*level of evidence IIa*) [9]. Dennoch werden „Manipulations- oder Mobilisationsbehandlungen für akute oder persistierende unkomplizierte, nicht-radikuläre Kreuzschmerzen“ mit einem auf Expertenmeinung beruhenden Evidenzlevel empfohlen. Man scheint hier bewusst oder nicht bewusst auf zu viel Radikalität eines Kulturwandels verzichtet zu haben.

Solche Schwierigkeiten eines abverlangten Kulturwandels scheinen sich auch in folgenden Befunden zu zeigen: Die Verbreitung und Verteilung einer Leitlinie bewirkt noch keine Veränderung des Arztverhaltens und der Patientenversorgung [18–21]. Auch begleitende Module (z. B. Kurzfassung, Patienteninformation, Information für Arzthelferin usw.) erhöhen – entgegen der ursprünglichen Erwartung – die Wirksamkeit nicht [22, 23].

In welcher Form und mit welcher Methode das neue Wissen und das leitliniengerechte Vorgehen bei den Ärzten und Patienten

mit Rückenschmerzen am wirkungsvollsten vermittelt werden kann, darüber gibt es zahlreiche Untersuchungen und Konzepte [24–27].

Rahmenbedingungen für einen Wandel in der Behandlungskultur

Rogers [26] sieht fünf Attribute von Innovationen (also auch Leitlinien), die eine zustimmende Haltung sowohl bei Anwendern (Ärzten) als auch bei Konsumenten (Patienten) formieren können:

- Relativer Vorteil (Ist die neue Praxis sichtbar der alten überlegen?)
- Kompatibilität (Greift die Leitlinie schon vorhandene Einstellungen oder Werte auf? Passt sie zu den Erfahrungen oder zu der gegenwärtigen Praxis?)
- Komplexität (Wie schwer ist die Leitlinie zu verstehen und zu integrieren in die gegenwärtige Praxis?)
- Ausprobierbarkeit („trialability“) (Kann der Anwender alle oder einige neue Empfehlungen ohne allzu großen Aufwand ausprobieren?)
- Beobachtbarkeit („observability“) (Kann der Anwender andere Anwender als Vorbild nehmen, die schon Erfahrungen gesammelt haben?)

Patienten müssen auf drei Ebenen für ein neuartiges Vorgehen bei ihren Beschwerden gewonnen werden. Erstens müssen sie überhaupt ansprechbar sein auf den neuen Behandlungsvorschlag und nicht eine häufig anzutreffende Überdruß-Haltung („schon wieder was neues!“) aufweisen [28]. Zweitens möchten sie verständlicherweise – auch wenn keine weitergehenden (technischen) Untersuchungen erfolgen – eine größtmögliche Sicherheit erhalten, dass keine schwerwiegenden Ursachen ihrer Beschwerden übersehen werden – ein schwieriges Unterfangen [29]. Drittens müssen sie zu einem (besseren) Ergebnis bzw. Erreichung eines langfristigen Ziels bei ihrem Gesundheitsproblem animiert werden. Das ist aber schwierig, wenn es nicht nur um die sofortige Linderung oder Heilung eines Leidens geht, sondern auch um die sinnlich zu dem Zeitpunkt nicht erfassbare abstrakte Senkung eines Risikos oder das theoretische (auf Statistik beruhende) Hinauszögern einer Chronifizierung. Hier können die Patienten das Ziel nicht mehr unmittelbar auf ihr eigenes Erleben beziehen und müssen bei allen fünf oben angesprochenen Punkten Abstriche machen. Das Postulat, dass das Ziel ihren Wertvorstellungen entsprechen muss und erreichbar sein muss [28], wird nicht erfüllt, denn die Patienten kennen bei Rückenschmerzen eher die „schnelle starke“ Therapie und nicht die langsamer wirkende aber langfristig günstigere Therapie. Umso mehr Verantwortung lastet auf den Ärzten, ihnen die abstrakt-wissenschaftliche Begründung für den Therapievorschlag zu vermitteln [30]. Und das muss auf dem Hintergrund geschehen, dass Ärzte doch eher das anekdotische Denken und nicht das Denken in Statistik und Risiken gewohnt sind [31].

Bezogen auf den Behandlungsanlass Rückenschmerzen haben es Leitlinienvorgaben besonders schwer, weil sie die Grenzen der tradierten Behandlungskultur sprengen oder bis dahin ausgeübte „liturgische Maßnahmen“ der Ärzte für ungeeignet erklären [32–35]. Damit müssen sich Ärzte und Patienten an ein neues

Heilungskonzept gewöhnen: Aktivität und Selbstverantwortung des Patienten statt – wie bis dahin – Schonung und allein ärztliche Verantwortung und Zuständigkeit.

Die neugewonnene Autonomie der Patienten befreit nicht nur, sondern ruft auch Ängste hervor. Das erfolgt oft im Wechselspiel zwischen Ärzten und Patienten – durch die Projektionen der jeweils eigenen Ängste auf das Gegenüber [36, 37]. Bezogen auf Rückenschmerzen benennen Patienten diese Ängste bzw. Überlegungen, z.B. die Sorge, dass eine falsche Bewegung die Beschwerden verschlimmert bzw. die Erwartung, dass die Vermeidung von unnötiger Bewegung eine Verschlimmerung verhindert [36]. Auch andere gemeinsame Krankheitskonzepte von Ärzten und Patienten halten sich wider besseren Wissens, z.B. die Auffassung, dass Rückenschmerzen durch „verschobene Bandscheiben“ oder „eingeklemmte Nerven“ hervorgerufen werden [38]. Wie kann man als Patient da glauben, dass Bewegung gut tut? Zu eben dieser Frage muss der Widerspruch von neuer Handlungsempfehlung und eigenem Konzept führen.

Und woran machen sich die Widerstände der Ärzte fest? Wie eine neue Untersuchung noch einmal bestätigt, können die notwendigerweise vereinfachten Leitlinienempfehlungen nicht auf alle Personengruppen oder auf einige nur stark modifiziert angewendet werden [39]. Das gilt besonders für ältere oder multimorbide Patienten. Deren Furcht, dass die Ärzte ihre besonderen Bedingungen nicht ausreichend beachten und nicht an mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen mehrerer Maßnahmen oder Medikamente denken, kann zur kompletten Verweigerung des Mitmachens bei einer Behandlung führen [40, 41]. Niederländische Forscher beobachteten bei dieser Personengruppe gar die Unterlassung der Anwendung von vorhandenen Leitlinienempfehlungen zu Rückenschmerzen [42].

In einem Praxistest sowie in anderen Studien zur Evaluation der DEGAM-Leitlinie „Kreuzschmerzen“ – die die Altersgruppe der über 50-Jährigen ebenfalls ausdrücklich bei den Empfehlungen zu unkomplizierten Kreuzschmerzen herausnimmt – wurden als (neue) potenzielle Implementierungshindernisse gesehen:

- die Ausgrenzung von Patienten aus dem Versorgungsanliegen aufgrund deren Alters;
- das Problem der arztseitigen Aggravation, die durch den Verweis auf „gefährliche Verläufe“ (auch in den Patienteninformationen) möglich ist und
- die Unterbewertung des – nach Meinung der die Leitlinie Testenden – zentralen komplizierenden Faktors „psychische Störung oder Erkrankung“ [43, 44], dessen Berücksichtigung aber als wichtig für die Verhinderung einer Chronifizierung postuliert wird [25].

Andere mögliche Implementierungshindernisse erwiesen sich in dem Praxistest der DEGAM-Leitlinie „Kreuzschmerzen“ aber auch als weniger bedeutend als vorher erwartet: Die Hausärzte waren z.B. darüber überrascht, dass die Patienten während des Praxistests dem leitliniengerechten Vorgehen weit aufgeschlossener gegenüberstanden, als sie selbst es vermutet hatten [43]. Das zentrale Argument der Hausärzte für die geübte Zurückhaltung gegenüber der Leitlinie ist ja häufig die Furcht, Patienten an andere Ärzte zu verlieren, die die tradierten Behandlungserwartungen weiter bedienen [34, 43].

Populationsbasierte Kampagnen, z. B. in Australien, zeigen, dass sich die Patienten-Einstellung zu Rückenschmerzen tatsächlich beeinflussen lässt [45]. Wenn begleitende akzeptanzfördernde Interventionen, wie Fortbildungsveranstaltungen, verstärkende Module, Feedback- oder Reminder-Methoden, einübende oder edukative Maßnahmen gegenüber den anwendenden Ärzten zum einen und gegenüber den Patienten zum anderen, erfolgen, steigen die Chancen auf Erfolg [22, 46–50]. Kulturwandel ist also auch in absehbaren Zeiträumen möglich.

Hausärztliche Primärversorgung als Prävention

Das Ziel der Prävention von körperlichen Krankheitszuständen des Menschen kann nur bedingt darin bestehen, akute Schmerzen, wie Rücken-, Bauch- oder Kopfschmerzen überhaupt zu vermeiden. Jenseits der vorhandenen primärpräventiven Möglichkeiten des Rückenschmerzes geht es im weiteren Sinne vielmehr um den soziokulturell geprägten Umgang mit solchen Ereignissen. Die Primärversorgung und der sie durchführenden Hausarzt sind hierfür hauptsächlich verantwortlich. Prävention bedeutet hier sinnvollerweise Folgendes: Vermeidung eines Symptom-Umgangs (und eine Therapie kann dies auch sein), die eine krankmachende Krankenrolle erst hervorruft oder zumindestens befördert. Denn nicht der akute Rückenschmerz stellt die „Krankheit“ dar, sondern die Chronifizierung des Rückenleidens als Ergebnis einer medizinischen Versorgung und einer psychosozial definierten Krankheitsverarbeitung, welche die zuvor genannten Gefahren nicht genügend beachtet.

Was im Einzelfall der Entscheidungsfindung zu tun und zu lassen ist, kann letztlich nicht durch Leitlinien vorgegeben werden, sondern muss – unter Zuhilfenahme der Leitlinie – zwischen Patient und Arzt ausgehandelt werden [51]. Eine solche patientenzentrierte Gestaltung der Entscheidungsfindungsprozesse durch Ärzte wird geradezu als eine ethische Anforderung angesehen [52]. In einer qualitativen Studie bezeichneten britische Ärzte das als „harte Arbeit“, der sie sich nicht immer stellen möchten bzw. die sie ihren Patienten nicht immer zumuten möchten [36].

Leider dürfen auch mit der aktuellen Entwicklung des Gesundheitswesens zusammenhängende, negative Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns nicht übersehen werden. So mancher Patient wird unter dem Eindruck fast täglicher Medienberichte über Kostenprobleme und die Notwendigkeit von Leistungseinschränkungen in naher Zukunft schon jetzt den Verdacht einer Vorwegnahme dieser Entwicklung hegen, wenn ihm der Hausarzt eine vermeintlich wirksamere Spritze verweigert und stattdessen ein einfaches Schmerzmittel gegen seine Rückenbeschwerden verordnet bzw. ihn nicht oder nur kurz „krankschreibt“. Hier offenbart sich ein Widerspruch zwischen den eingangs zitierten, positiven Verlautbarungen zur Förderung der Prävention und einer politischen Praxis, die ein positives Präventionsklima nachhaltig stört.

Interessenkonflikte: keine.

Literatur

- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Gutachten 2000/2001, Kurzfassung. Nomos, Baden-Baden 2001; 26
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). *Gesund in die Zukunft – Auf dem Weg zu einem Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention*. Berlin 2005 (Beschluss des Bundeskabinetts vom 20. April 2005)
- Neuhauser H, Ellert U, Ziese T. Chronische Rückenschmerzen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland 2002/2003: Prävalenz und-besonders betroffene Bevölkerungsgruppen. *Gesundheitswesen* 2005; 10: 685–693
- Kohlmann T. Die Chronifizierung von Rückenschmerzen – Ergebnisse eines internationalen WHO-Workshops. *Bundesgesundheitsbl* 2003; 4: 327–335
- Raspe H. Aktuelles zu Rückenschmerzen in Deutschland. Gütersloh 2005 (Vortrag am 7.12.2005 in der Bertelsmann Stiftung/Power-Point-Präsentation)
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK). Repräsentativbefragung zur Rückengesundheit 1997 und 2004. www.bkk.de/pressemitteilungen/psfile/downloaddatei/70/20040916_B4152f76f90309.pdf
- Coste J, Delecoeuillierie G, Cohen de Lara A, et al. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. *BMJ* 1994; 308: 577–580
- Klenerman L, Slade PD, Stanley IM, et al. The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine* 1995; 20: 478–484
- Becker A, Niebling W, Chenot JF, Kochen MM. Leitlinie Nr. 3 „Kreuzschmerzen“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM e.V. und omikron publishing, Düsseldorf 2003
- Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, et al. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003; 327: 323 bmj.com
- Becker A, Kochen MM. Möglichkeiten und Grenzen der EBM. *Z Allg Med* 2001; 77: 296–299
- Brockmann S. Ergebnisse einer explorativen Befragung zum hausärztlichen Handeln bei akuten Rückenschmerzen. *Z Allg Med* 2000; 76: 301–305
- Donner-Banzhoff N. Paradigmata ärztlichen Handelns – ein Kulturvergleich. *Z Allg Med* 1995; 71: 796–802
- Lutz GK, Butzlaff M, Schultz-Venrath U. Looking back on back pain: Trial and error of diagnoses in the 20th century. *Spine* 2003; 28: 1899–1905
- De Maeseneer J, Derese A. European general practice guidelines: a step too far? *Europ J Gen Pract* 1999; 5: 86–87
- Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, et al. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: An international comparison. *Spine* 2001; 26: 2504–2514
- van Tulder MW, Pennick TM, Bombardier C, et al. Quality of primary care guidelines for acute low back pain. *Spine* 2004; 19: E357–E362
- Grol R. Implementing guidelines in general practice. *Qual Health Care* 1992; 1: 184–191
- Grol R, Thomas S, Roberts R. Development and implementation of guidelines for family practice: Lessons from the Netherland. *Fam Pract* 1995; 40: 435–439
- Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J* 1995; 153: 1423–1431
- Freemantle N. Implementation strategies. *Fam Pract* 2000; 17 (Suppl 1): S7–S10
- Grol R, Jones R. Twenty years of implementation research. *Fam Pract* 2000; 17: S32–S35
- Conroy M, Shannon W. Clinical guidelines: their implementation in general practice. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 371–375
- Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine* 1987; 12: 632–644
- Gillette RD. Behavioral factors in the management of back pain. *Am Fam Physician* 1996; 53: 1313–1318
- Rogers EM. Lessons for guidelines from the diffusion of innovations. *Jt Comm J Qual Improv* 1995; 21: 324–328
- Keller S, Leonhardt C, Basler HD, et al. Motivierende Beratung in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2003; 79: 122–125

- ²⁸ Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, et al. Consultations about changing behaviour. *BMJ* 2005; 331: 961–963
- ²⁹ Donner-Banzhoff N, Roth T, Sönnichsen AC, et al. Evaluation einer einfachen Heuristik an einer Kohorte von 1400 Patienten. *Z Allg Med* 2005; 81: 1–24 (Kongress-Abstracts)
- ³⁰ Morgan M. Measuring process and outcomes: professional compliance, professional opinions and patients' well being. *Fam Pract* 2000; 17 (Suppl 1): S21–S25
- ³¹ Kljakovic M. Information, EBM and the art of general practice. *N Z Fam Physician* 2005; 3: 152–156
- ³² Hermoni D, Borkan JM, Pasternak S, et al. Doctor-patient concordance and patient initiative during episodes of low back pain. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 809–810
- ³³ Grol R, Dalhuijsen J, in't Veld C, et al. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998; 317: 858–861
- ³⁴ Weismann N, Brockmann S, Bous F, et al. Haltungen und Urteile von Ärzten und ihren Patienten bei Einführung einer leitliniengestützten Therapie des akuten Rückenschmerzes. *Z Allg Med* 2003; 79: 448–452
- ³⁵ van Tulder MW, Koes BW. Low back pain and sciatica. *Clin Evid* 2000; 4: 614–631
- ³⁶ Korff M von, Moore JC. Stepped care for back pain: Activating approaches for primary care. *Ann Intern Med* 2001; 134: 911–917
- ³⁷ Freeman AC, Sweeny K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001; 323: 1–5
- ³⁸ Moffett KJA, Newbronner E, Waddell G, et al. Public perceptions about low back pain and its management: a gap between expectations and reality? *Health Expect* 2000; 3: 161–168
- ³⁹ Boyd CM, Darer J, Boulton C, et al. Clinical practice guidelines and quality for older patients with multiple comorbid diseases. Implications for pay for performance. *JAMA* 2005; 294: 716–724
- ⁴⁰ Schellevis FG, van Eijk JT, van den Lisdonk EH, et al. Implementing guidelines in general practice. Evaluation of process and outcome of care in chronic diseases. *Int J Qual Health Care* 1994; 3: 257–266
- ⁴¹ Greenhalgh T. Intuition and evidence – uneasy bedfellows? *Brit J Gen Pract* 2002; 52: 395–400
- ⁴² Schers H, Braspenning J, Drijver R, et al. Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in the Netherlands. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 640–644
- ⁴³ Maisel P, Brockmann S. Das Problem der scheinbaren Untätigkeit: Schwierigkeiten beim Test der zukünftigen DEGAM-Leitlinie Kreuzschmerz. *Z Allg Med* 2003; 79: 2–38 (Kongress-Abstracts)
- ⁴⁴ Brockmann S. Hausärztliche Leitlinien zwischen Erfahrung und „Evidenz“. omikron- publishing, Düsseldorf 2004
- ⁴⁵ Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *BMJ* 2001; 322: 1516–1520
- ⁴⁶ Grimshaw JM, Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317–1322
- ⁴⁷ Bulletin "Implementing Clinical Practice Guidelines". *Effective Health Care*, No. 8, Dec. 1994. University of Leeds, ISSN 0965-0288
- ⁴⁸ Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of intervention. *Med Care* 2001; 39 (8 Suppl 2): I12–I145
- ⁴⁹ Gross P, Greenfield S, Cretin S, et al. Optimal methods for guideline implementation: Conclusions from Leeds Castle meeting. *Med Care* 2001; 39 (8 Suppl 2): I185–I192
- ⁵⁰ Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *MJA* 2004; 180 (6 Suppl): S57–S60
- ⁵¹ Oxman AD, Chalmers I, Sackett DL. A practical guide to informed consent to treatment. *BMJ* 2001; 323: 1464–1466
- ⁵² Parker M. The ethics of evidence-based patient choice. *Health Expect* 2001; 4: 87–91

Zur Person



Dr. med. Silke Brockmann,
 Fachärztin für Allgemeinmedizin,
 1989–2002 niedergelassene Hausärztin in Dortmund.
 Seit 1999 verantwortlich tätig im DEGAM-Leitlinienprojekt. Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abt. für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf