

Kreuzschmerzen in der Praxis: Was tun Allgemeinärzte und was Orthopäden?

Low Back Pain in Practice: What do General Practitioners do and what Orthopaedists?

Autoren

A. Becker¹, R. Breyer¹, W. Kölling², A. Sönnichsen³, N. Donner-Banzhoff¹

Institute

¹ Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive- und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

² Gemeinschaftspraxis Ommersheim, Mandelbachtal-Ommersheim

³ Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Paracelsus medizinische Universität Salzburg

Schlüsselwörter

- Kreuzschmerzen
- Orthopäden
- Hausärzte
- Versorgung
- Leitlinien

Key words

- low back pain
- orthopaedists
- general practitioners
- management
- guidelines

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Primärversorgung von Patienten mit Kreuzschmerzen wird in Deutschland von Hausärzten und Orthopäden erbracht. Inwieweit evidenzbasierte Empfehlungen in der Versorgung umgesetzt werden und ob es Unterschiede je nach Fachgruppe gibt, ist bislang nicht bekannt. In einer Querschnittserhebung sollte das Vorgehen von Hausärzten und Orthopäden bei Patienten mit Kreuzschmerzen standardisiert erhoben und verglichen werden.

Methoden: Es wurden 45 Orthopäden und 106 Hausärzte aus dem Saarland in einem semi-strukturierten Telefoninterview anhand dreier Fallvignetten zu ihrem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen bei akuten, chronischen und radikulären Kreuzschmerzen befragt. Abschließend folgten einige Fragen zu ihrer subjektiven Einschätzung der Versorgungsqualität und zu ihrem Fortbildungsbedürfnis.

Ergebnisse: Orthopäden halten signifikant häufiger als Hausärzte bildgebende Verfahren (v.a. Röntgenaufnahmen) bei akuten und chronischen Kreuzschmerzen für sinnvoll. Bei radikulären Beschwerden befürworten mehr als 95% beider Fachgruppen CT-Aufnahmen der Lendenwirbelsäule. Therapeutisch zeichnen sich Orthopäden – neben einer oralen Medikation – durch einen technischen/invasiv-medizinischen Ansatz aus, der sein Schwergewicht in manuellen Verfahren, physikalischer Therapie und intravenösen oder lokalen Injektionen hat. Bei Hausärzten dominieren physikalische Maßnahmen, verbale Intervention (bei chronischen Beschwerden), im-Injektionen und längere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Beide Fachgruppen schätzen ihre eigene Kompetenz als hoch ein.

Schlussfolgerungen: Hausärzte und Orthopäden setzen häufig – nach Leitlinien beurteilt – unnötige Diagnostik und obsolete Behandlungsmethoden ein, die eine Chronifizierung

Abstract

Background: In Germany primary care of patients with low back pain is provided by general practitioners as well as orthopaedics. It is still unknown whether evidence based recommendations are put into practice and whether there are differences according to specialisation. We conducted a cross sectional study to evaluate and compare the performance of general practitioners and orthopaedics in managing patients with low back pain in a standardised way.

Methods: We performed telephone interviews with 45 orthopaedists and 106 general practitioners from Saarland and asked to describe their diagnostic and therapeutic management with respect to three given paper cases (vignettes on acute, chronic and nerve root pain). Closing, we asked to give a subjective appraisal on their quality of care and needs for education.

Results: Orthopaedists significantly more often than general practitioners use imaging tests (especially plain x-ray). With respect to nerve root pain, family doctors and orthopaedists both favour CT-scans of the lumbar spine (more than 95%). Treating low back pain orthopaedists show a more technical/invasive approach, with great emphasis on chirotherapy, physical therapy and intravenous or local injections. General practitioners put their emphasis on physical therapy, verbal intervention (in chronic pain), intramuscular injections and prolonged sick leave. Both specialties estimate their competence to be high.

Conclusion: General practitioners and orthopaedists often use – according to guidelines – unnecessary diagnostic tests and obsolete therapies which may enhance chronification of pain. Management pattern of orthopaedists rather seem to be more adequate for secondary than for primary care. Both specialties estimate their quality of care to be high.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-970076
Z Allg Med 2007; 83: 44–50
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. A. Becker, MPH
Philipps-Universität Marburg
Abteilung für Allgemein-
medizin, Präventive- und
Rehabilitative Medizin
Robert-Koch-Straße 5
35032 Marburg
Annette.Becker@med.uni-
marburg.de

der Beschwerden des Patienten fördern können. Das Behandlungsspektrum der Orthopäden ähnelt eher dem einer sekundär versorgenden Instanz. Beide Fachgruppen schätzen die Qualität ihrer Versorgung als hoch ein.

Einleitung



Fast jeder 10. Patient in hausärztlichen Praxen konsultiert seinen Arzt wegen Kreuzschmerzen (8% der Beratungsanlässe) [1]. Die Prävalenz ist steigend. So hat in den letzten 20 Jahren die Anzahl kreuzschmerzbedingter Krankheitsfälle, Kosten und Invaliditätsraten rapide zugenommen [2, 3].

In den meisten Fällen sind Kreuzschmerzen unkompliziert (etwa 85%) und heilen spontan [4]. Sie werden definiert als Schmerzen oder Unwohlsein im Bereich des Rückens zwischen dem unteren Rippenbogen und den Glutälfalten [5]. Problematisch sind die häufigen Rezidive, die ihrerseits in etwa 8–10% der Fälle zu chronischen Beschwerden führen. Einzelne Patienten sind besonders gefährdet einen solchen chronischen Verlauf zu erleiden. Hierzu gehören Patienten mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf (z.B. durch Beschwerdepersistenz), Katastrophisierungsneigung, depressiver Stimmungslage und beruflicher oder privater Belastungen sowie Rentenwunsch [6, 7]. Auch die behandelnden Ärzte nehmen entscheidenden Einfluss auf das Geschehen, nicht nur, indem sie Behandlungskosten initiieren, sondern auch durch die Art der Behandlung. So können unnötige Diagnostik und übertriebener therapeutischer Aktivismus die Prognose des Patienten verschlechtern. Patienten fühlen sich krank, geben die Verantwortung an den Arzt ab und meinen sich schonen zu müssen, was funktionale Einschränkungen verschlimmert, Depressivität fördert und schließlich die Beschwerden verstärkt [4].

In den letzten Jahren haben zahlreiche Studien die Wirksamkeit bzw. den Nutzen verschiedener diagnostischer und therapeutischer Strategien untersucht. Ihre Ergebnisse wurden in internationalen und nationalen Leitlinien aufgearbeitet, deren Empfehlungen in wesentlichen Punkten übereinstimmen [8]: Zu Beginn einer Behandlung steht die diagnostische Triage, anhand derer auf Basis von Anamnese und einer kurzen klinischen Untersuchung zwischen unkomplizierten, radikulären und komplizierten Kreuzschmerzen unterschieden wird. Eine bildgebende Diagnostik wird nicht routinemäßig empfohlen. Therapeutisch stehen eine frühzeitige Aktivierung und eine konsequente Schmerztherapie im Vordergrund verbunden mit möglichst kurzen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit (nicht mehr als 2–3 Tage). Bei akuten Kreuzschmerzen kann optional manuelle Therapie eingesetzt werden, bei chronischen Kreuzschmerzen sollte möglichst eine multiprofessionelle Behandlung unter Einbezug psychotherapeutischer Maßnahmen stattfinden [5].

Die aktuelle Versorgungssituation, Leitlinienadhärenz und Implementierung evidenzbasierter Vorgehensweisen ist zunehmend Gegenstand von Studien in Hausarztpraxen [9–11]. Entsprechende Studien in orthopädischen Praxen gibt es nur wenige [12]. Es ist schwierig ohne Kenntnis der jeweiligen Verordnungssituation Rückschlüsse aus Versorgungsdaten auf die Leitlinien-treue der Ärzte zu ziehen, da ein großer Teil der Verordnungsviarianz durch die interne Evidenz erklärt wird. Die Präsentation standardisierter Patienten in Form von Fallvignetten oder standardisierter Schauspielpatienten ist eine Möglichkeit, die Kompetenz der Ärzte in der Anwendung evidenzbasierter Empfehlungen zu untersuchen. In einer Ver-

gleichsstudie der beiden Methoden mit den Karteiaufzeichnungen zeigten Vignetten vielversprechende Ergebnisse in der Abbildung ärztlichen Verhaltens und der Versorgungsqualität [13].

In der folgenden Studie werden Hausärzte und Orthopäden mit identischen Fallvignetten zu akuten, chronischen und radikulären Beschwerden konfrontiert und über Ihre Vorgehensweise befragt. Zusätzlich wurden ihre subjektiven Einschätzungen hinsichtlich der Qualität der Versorgung von Kreuzschmerzpatienten erhoben.

Methodik



In einer Querschnittserhebung wurden Hausärzte und Orthopäden des Saarlandes in einem semi-strukturierten Interview (10–15 min.) anhand dreier Fallvignetten telefonisch zu Ihrem Vorgehen bei Patienten mit Kreuzschmerzen interviewt. Zusätzlich wurden sie zu ihren subjektiven Einschätzungen der Versorgungsqualität befragt.

Stichprobe und Durchführung

Über das Zulassungsregister der kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes wurden 78 Orthopäden und 548 Hausärzte (praktische Ärzte, Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten) in selbständiger Tätigkeit erfasst. Es wurden alle Orthopäden und eine zufällig ausgewählte Stichprobe der Hausärzte kontaktiert. Hierfür wurden nach Aussortierung von Schwerpunktpraxen (für Homöopathie oder Psychotherapie) die verbliebenen 522 hausärztlichen Praxen nummeriert und eine Zufallsauswahl (computerbasiert) von 50% getroffen.

Die Ärzte wurden telefonisch kontaktiert und ihr mündliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie erfragt. Um die Responserate seitens der Orthopäden zu erhöhen, wurden diese persönlich durch den Chefarzt einer orthopädischen Klinik-Abteilung angesprochen. Die Interviews wurden sofort oder zu einem vereinbarten Telefon-Termin durchgeführt. Dabei wurde Wert darauf gelegt, den Ärzten kein Gefühl der Kontrolle zu geben, sondern eine neutrale Atmosphäre zu schaffen, die auch ein von internationalen Empfehlungen abweichendes Vorgehen respektiert. Das Vorgehen wurde mit fünf Hausärzten und fünf Orthopäden, die nicht an der Hauptstudie teilnahmen, pilotiert.

Fallvignetten und Interview

Das Interview erfolgte semistrukturiert in zwei Abschnitten. Im ersten Abschnitt wurden drei Fälle (akute, chronische und radikuläre Kreuzschmerzen) ausgewählt. Die Gestaltung der Fälle orientiert sich an den Vignetten einer amerikanischen Studie von Carey et al. [14] und den in der diagnostischen Triage der DEGAM-LL angesprochenen Schmerzcharakteristika [5].

Im Anschluss an jeden Fall folgten offene Fragen (ohne Vorgabe von Antwortmöglichkeiten) zu folgenden Themengebieten:

- ▶ Bildgebender Diagnostik
- ▶ Medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie
- ▶ Überweisung zu Fachärzten oder Spezialeinrichtungen
- ▶ Rat zu Einschränkungen oder zu körperlicher Aktivität
- ▶ Arbeitsunfähigkeit

Tab. 1 Soziodemographische Daten der teilnehmenden Ärzte

	Hausärzte n = 106	Orthopäden n = 45
Alter Mittelwert (Spannweite, s)	49,46 (34–64, 7,6)	48,76 (38–65, 7,59)
Geschlecht n (%)	95 Männer (89,6)	42 Männer (93,3)
Praxisjahre Mittelwert (Spannweite, s)	14,82 (1–33, 8,35)	11,87 (1–18, 7,69)
Zusatzbezeichnung Chirotherapie n (%)	23 (21,7)	45 (100)
Reine Privatpraxen n (%)	0	3 (6,7)
Region		
Stadt n (%)	43 (40,6%)	28 (62,2%)
Land n (%)	63 (59,4%)	17 (37,8%)

s = Standardabweichung

Im zweiten Abschnitt folgten vier Fragen zur Einschätzung der eigenen therapeutischen Möglichkeiten und zum Fortbildungsbedarf:

- ▶ Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Patienten, die Kreuzschmerzen haben (1 = absolut sicher, 6 = äußerst unsicher)?
- ▶ Können Sie von sich sagen, dass Sie Ihre Patienten in der Praxis nach dem Stand der Medizin angemessen behandeln?
- ▶ Halten Sie den Stand der Medizin im Bezug auf Rückenschmerzen (diagnostische und therapeutische Möglichkeiten) für befriedigend?
- ▶ Würden Sie sich gerne auf dem Gebiet „Rückenschmerzen“ fortbilden? Wenn ja, wie?

Abschließend wurden soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht) und Arzt- bzw. Praxisspezifika erhoben (Anzahl der Jahre als praktizierender Hausarzt, Region des Praxissitzes, evt. Zusatzbezeichnungen in Chirotherapie und Praxisform (Privat- und/oder Kassenpraxis)).

Auswertung

Sämtliche Daten wurden interviewbegleitend in pseudonymisierter Form schriftlich festgehalten und später in eine Access-Datenbank übertragen. Die statistische Auswertung erfolgt mit SPSS 12.0 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois). Unterschiede zwischen Orthopäden und Hausärzten wurden mit dem chi²-Test für kategorielle Daten auf statistische Signifikanz ($\alpha=5\%$) getestet. Häufigkeitsvergleiche zwischen jeweils zwei Vignetten beruhen – bei gleichem Signifikanzniveau – auf dem Mc Nemar Test. Eine Korrektur für multiples Testen wurde nicht durchgeführt.

Ergebnisse

Von 78 kontaktierten Orthopäden erklärten sich 45 bereit, an der Studie teilzunehmen (Response rate 57,7%), seitens der Hausärzte nahmen 106 von 261 kontaktierten Ärzten (40,6%) an der Befragung teil. Als Gründe für die Nichtteilnahme wurden Zeitmangel und Bedenken wegen der Kontrollmöglichkeiten durch die Studie angegeben.

Stichprobe

◉ **Tab. 1** zeigt die soziodemographischen Merkmale der teilnehmenden Ärzte im Überblick. Während beide Fachgruppen ähnliche Alters-, Geschlechtsverteilungen und Anzahl von Praxisjahren aufweisen, zeigen sich deutliche Unterschiede beim Anteil der Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ und dem Verhältnis von Stadt- zu Landpraxen.

Vorgehen bei akuten Kreuzschmerzen (Fall I)

Eine bildgebende Diagnostik in Fall I empfehlen 27% aller Ärzte (n = 38, ◉ **Abb. 1 and 2**). Von diesen Ärzten entschieden sich 37 (90,2%) für eine Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule (LWS), 4,8% (n = 2) hielten (teils zusätzlich) eine Röntgenaufnahme der Hüfte bzw. des Beckens für notwendig, 7,3% (n = 3) empfahlen ein CT der Lendenwirbelsäule.

◉ **Tab. 2** zeigt das therapeutische Vorgehen der beiden Fachgruppen im Überblick. Bei akuten Kreuzschmerzen ist die Therapie der Wahl bei Hausärzten und Orthopäden ein orales Schmerzmittel – in allen Fällen in Form eines oralen nichtsteroidalen Antirheumatikums (NSAR). Nur in Einzelfällen wurden neben NSAR auch Coxibe (CoX-2-Hemmer) (3 Allgemeinärzte; 3,6%), einfache Analgetika oder Metamizol (4 Allgemeinärzte, 1 Orthopäde) oder Opiode (5 Allgemeinärzte, 1 Orthopäde) genannt. Muskelrelaxantien wurden von 28 Hausärzten (31,8%) und 5 Orthopäden (14,7%) erwähnt. Orales Cortison wurde von 3 Hausärzten und keinem Orthopäden als Therapieoption gesehen. Mehr als die Hälfte der Orthopäden (n = 29) führen bei akuten Rückenschmerzen Infiltrationsbehandlungen v.a. mit Lokalanästhetika (n = 24) und/oder Steroiden (n = 10) durch, während etwa ein Drittel der Hausärzte (n = 30) Injektionen mit NSAR (n = 27), Steroiden (n = 5) und/oder anderen Stoffen (n = 5) durchführen.

Nicht medikamentös werden durch Hausärzte v.a. physikalische Maßnahmen durchgeführt, durch Orthopäden manuelle Therapie. In der Häufigkeit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) auszustellen, unterscheiden sich die beiden Fachgruppen nicht signifikant ($p=0,62117$). In beiden Fällen werden diese meist für 2–3 Tage verordnet. Hausärzte bescheinigen bei akuten Beschwerden auch eine Woche und länger die Arbeitsunfähigkeit. Überweisungen erfolgten durch Hausärzte meist nur zum Zweck bildgebender Diagnostik (8 in die Radiologie, 1 zum Chirotherapeuten, 1 zum Neurologen, 3 zu Orthopäden). Orthopäden hielten eine Überweisung für diesen Fall nicht für notwendig. Alle Ärzte, die zur körperlichen Aktivität auffordern, verstehen hierunter spezielle Rückenübungen, die in der Praxis erlernt und zuhause fortgesetzt werden können.

Behandlung chronischer Kreuzschmerzen (Fall II)

Häufiger als in Fall I wurde bei chronischen Kreuzschmerzen von Ärzten beider Fachgruppen ein CT oder NMR gewünscht [n = 9 (23,7%)], während Röntgenaufnahmen signifikant weniger verordnet wurden (n = 16, 42,1%, Mc Nemar $p=0,00068$). Unter den Hausärzten wurden in Einzelfällen Empfehlungen zur Abklärung extravertebrale Ursachen der Schmerzen genannt wie Sonographie der Nieren (n = 1), des Abdomens (n = 1) und Ultraschalluntersuchungen der Adnexe (n = 2).

Die meisten Ärzte beider Fachgruppen verordneten eine orale medikamentöse Therapie. Auch hier meist NSAR (Hausärzte 64,0%, Orthopäden 57,6%) und nur in Einzelfällen Cox-2-Hemmer (n = 3 für Hausärzte/n = 1 für Orthopäden), einfache Analgetika (n = 3/n = 3) oder Opiode und Opiate (n = 10/n = 1). Muskelrelaxantien wurden von 24,7% der Ärzte (n = 22) verordnet. Mehr als die Hälfte der Ärzte [55 Hausärzte (61,6%) und 12 Orthopäden (36,4%), $p=0,00411$] empfehlen der Patientin in Fall II die Einnahme eines Antidepressivums. Seltener als bei akuten Kreuzschmerzen wurde eine Infiltrationsbehandlung bzw. intramuskuläre Injektionen empfohlen (McNemar, $p<0,00001$ für Infiltrationsbehandlungen, $p=0,00002$ für im-Injektionen). In der Häufigkeit der dann jeweiligen Anwendung unterscheiden sich die beiden Fachgruppen nicht signifikant.

Fall 1 (akuter Kreuzschmerz):

Stellen Sie sich vor, es kommt ein 25-jähriger Automechaniker zum ersten Mal mit der Beratungsursache „Rückenschmerzen“ in Ihre Praxis und berichtet, dass er sich heute „verhoben“ und seit einer Stunde Rückenschmerzen hat. Die Schmerzen strahlen in die rechte Gesäßhälfte aus.

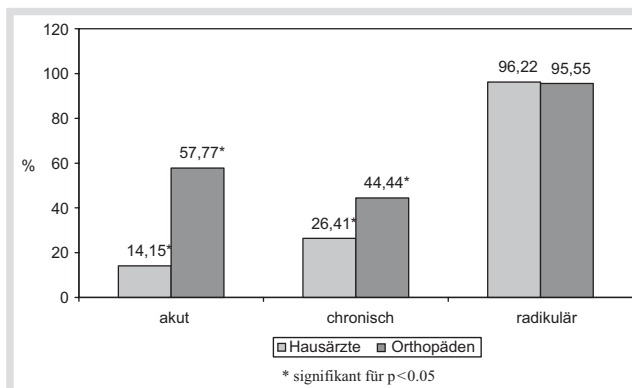
Bei der Untersuchung bemerken Sie auf beiden Seiten eine paravertebrale Druckschmerzhaftigkeit und eine eingeschränkte Beweglichkeit der LWS. Der neurologische Befund ist unauffällig.

Fall 2 (chronischer Kreuzschmerz):

Im zweiten Fall kommt eine 40-jährige Einzelhandelsverkäuferin mit Rückenschmerzen zu Ihnen. Sie war schon mehrmals da und wurde oft krankgeschrieben. Eine Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule in zwei Ebenen und die klinische Untersuchung sind unauffällig. Was auffällt, ist eine depressive Verstimmung.

Fall 3 (radikulärer Kreuzschmerz):

Im dritten Fall handelt es sich um einen 36-jährigen Büroangestellten mit bisher unspezifischen Schmerzen in der LWS, die außer durch klinische Untersuchung bisher nicht weiter abgeklärt wurden. Jetzt strahlen die Schmerzen erstmals in das linke Bein und die linke Großzehe aus. Bei der Untersuchung sehen Sie eine leichte Schwäche der Großzehenhebung links.

Abb. 1 Fallvignetten**Abb. 2** Notwendigkeit bildgebender Diagnostik. Anteilig von 106 Hausärzten und 45 Orthopäden

Im Vergleich zu akuten Kreuzschmerzen wurden bei chronischen Kreuzschmerzen weniger manuelle Verfahren (Mc Nemar $p < 0,00001$) und physikalische Therapien (Mc Nemar, $p = 0,00130$) eingesetzt. Physiotherapie, Rehabilitation und komplementäre Verfahren wurden häufiger als bei Fall I verordnet (jeweils $p < 0,00001$). Orthopäden empfahlen häufiger komplementäre Verfahren als Hausärzte ($p = 0,04799$). Multimodale Behandlungskonzepte (abgesehen von einer Rehabilitation) wurden von keinem der Befragten angesprochen.

Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wurde von weniger Ärzten als in Fall I befürwortet (Mc Nemar, $p < 0,00001$). Hausärzte empfahlen im Mittel längere AU-Zeiten als Orthopäden. Häufiger als bei akuten Kreuzschmerzen überweisen Hausärzte und Orthopäden zu Kollegen anderer Fachrichtungen ($p < 0,0001$). Orthopäden überweisen vorwiegend an Neurologen, Hausärzte an Psychotherapeuten und Neurologen. Bei chronischen Kreuzschmerzen werden häufiger Anregungen zu körperlicher Aktivität (Mc Nemar, $p = 0,00001$) und krankengymnastische Übungen (Mc Nemar, $p = 0,00389$) gegeben als bei akuten Beschwerden.

Behandlung radikulärer Kreuzschmerzen (Fall III)

In der Behandlung radikulärer Kreuzschmerzen fordern nahezu alle Orthopäden und Hausärzte eine bildgebende Diagnostik.

Etwa die Hälfte dieser Ärzte (49%, 55 Hausärzte und 16 Orthopäden) präferieren ein CT der Lendenwirbelsäule, 33,8% ein NMR (30 Hausärzte und 19 Orthopäden) oder eines von beiden (11%). Eine Röntgenaufnahme empfehlen 37,2% ($n = 54$) der Ärzte, teils in Kombination mit einem CT oder NMR (38,0%, $n = 21$). Röntgenaufnahmen wurden häufiger von Orthopäden ($n = 29$, 67,4%) als von Hausärzten ($n = 25$, 24,5%, $p < 0,00001$) empfohlen.

Hinsichtlich der medikamentösen Therapie setzen Orthopäden und Hausärzte v.a. orale Medikamente ein. Dabei wurden bei 84,1% der Hausärzte und 76,9% der Orthopäden NSAR empfohlen und – häufiger als bei akuten ($p < 0,00001$) und chronischen Beschwerden ($p = 0,00249$) – opioide Analgetika. Signifikant häufiger als Hausärzte, aber nicht häufiger als bei Fall I oder II, führen Orthopäden Infusionen und Infiltrationen durch, während Hausärzte auch bei chronischen Beschwerden häufiger im-Injektionen (82,1% mit Diclofenac) durchführen als ihre orthopädischen Kollegen.

Im Vordergrund nicht medikamentöser Therapien stehen Physiotherapie und physikalische Maßnahmen (jeweils häufiger bei Orthopäden als bei Hausärzten). Mehr als ihre hausärztlichen Kollegen setzen Orthopäden auch hier manuelle Therapien ein. Die Dauer und Häufigkeit von Krankschreibungen bietet ein einheitlicheres Bild als bei akuten und chronischen Beschwerden. So gibt die Mehrzahl an Hausärzten und Orthopäden eine Dauer von 1–2 Wochen an. Überweisungen erfolgten häufiger als bei akuten ($p < 0,00001$) und chronischen Beschwerden ($p = 2,76169$). So befürworteten 124 (82,1%) der Ärzte eine Überweisung des Patienten, davon alle zu einem Radiologen mit CT bzw. NMR. Hinsichtlich körperlicher Aktivität dominieren Vermeidungsratschläge das ärztliche Verhalten beider Fachgruppen. Nur ein Hausarzt verwies darauf, dass der Patient auch im akuten Stadium aktiv sein sollte, um eine Chronifizierung zu verhindern.

Subjektive Einschätzung der Qualität der Versorgung und der Fortbildungssituation

Ihre „Sicherheit“, Diagnosen bei Rückenschmerzpatienten zu stellen und eine nachfolgende Therapie einzuleiten wurde von fast allen Orthopäden ($n = 44$, 97,78%) mit der Note 1 (Skala von

Tab. 2 Behandlung der präsentierten Fälle (n = 106 Hausärzte, n = 45 Orthopäden)

Therapie n (%)	Akute Kreuzschmerzen Fall 1		Chronische Kreuzschmerzen Fall 2		Radikuläre Kreuzschmerzen Fall 3	
	Hausärzte	Orthopäden	Hausärzte	Orthopäden	Hausärzte	Orthopäden
Orale Medikation	88 (83)	34 (75,5)	89 (87,2)	33 (76,7)	74 (77,1)	29 (64,4)
Manuelle Therapie	30 (28,3)*	40 (88,8)*	6 (5,9)	6 (14)	3 (3,1)*	7 (15,6)*
Physiotherapie	4 (3,7)	0	24 (23,5)	19 (44,2)	16 (16,7)	13 (28,9)
Rehabilitation	1 (0,9)	0	4 (3,9)	4 (9,3)	4 (4,2)	3 (6,7)
Physikalische Maßnahmen	60 (56,6)*	17 (37,7)*	31 (30,4)	15 (34,9)	42 (43,8)*	33 (73,3)*
im-Injektionen	30 (28,3)	8 (17,7)	9 (8,8)	1 (2,3)	28 (29,2)*	5 (11,1)*
Infusion	8 (7,5)	0	3 (2,9)*	5 (11,6)*	36 (37,5)*	29 (64,4)*
Infiltration/lokale Injektion	34 (32,1)*	29 (64,4)*	14 (13,7)	10 (23,3)	13 (13,5)*	20 (44,4)*
Komplementäre Verfahren	8 (7,5)	0	18 (17,6)*	14 (32,6)*	3 (3,1)	2 (4,4)
Lebensstiländerungen	22 (20,8)*	3 (6,6)*	5 (4,7)	1 (2,3)	12	3
Bettruhe	1	0	0	0	4	
Körperliche Aktivität	7 (6,6)	2 (4,4)	17 (16,7)	5 (11,6)	6 (6,3)	2 (4,4)
Verbale Intervention	–	–	20 (19,6)	1 (2,3)	–	–
Arbeitsunfähigkeits-bescheinigung						
Nein	7 (6,6)	4 (8,88)	33 (31,1)	18 (40)	1 (0,94)	1 (2,22)
1–2 Tage	16 (15,09)	14 (31,11)	3 (2,83)	5 (11,11)	–	1 (2,22)
2–3 Tage	43 (40,57)	20 (44,44)	9 (8,49)	5 (11,11)	1 (0,94)	–
1–2 Wochen	10 (9,43)	1 (2,2)	17 (16,04)	10 (22,22)	59 (55,66)	54 (51,11)
2–3 Wochen	1 (0,94)	–	–	–	6 (5,66)	3 (6,66)

Mehrfachnennungen möglich, *Signifikanz ($p < 0,05$)

1–6, 6=ganz schlecht, 1=sehr gut) eingeschätzt. Die Hausärzte gaben ihre Sicherheit meist mit 2 (Modus, Spannweite 1 – 3) an. Die Angemessenheit der Behandlung nach dem aktuellen medizinischen Stand des Wissens trotz Budgetierungen bejahten 74,8% der Ärzte (69% der Hausärzte und 89% der Orthopäden, $p=0,00951$).

Zufriedenheit mit den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten äußerten jeweils 51% der beiden Fachgruppen. Das Fortbildungsangebot bezüglich Rückenschmerzen hielten 74 Ärzte (52 Hausärzte, 49,1% und 22 Orthopäden, 48,9%) für befriedigend. Vor allem Hausärzte wünschten mehr Veranstaltungen über manuelle Medizin ($n=12$, 23,1%; $n=2$, 8,3% der Orthopäden) und mehr praxisorientierte Veranstaltungen ($n=16$, 34,6%; keine Orthopäden). Orthopäden wünschten sich mehr Veranstaltungen über komplementäre Verfahren ($n=2$, 16,7% gegenüber $n=6$, 11,5% der Hausärzte), mehr Veranstaltungen über psychosomatische Zusammenhänge ($n=4$, 16,7% gegenüber $n=3$, 5,8% der Hausärzte) und Vermittlung von standardisierten Vorgehensweisen ($n=3$, 12,5% gegenüber $n=2$, 3,8% der Hausärzte).

Diskussion

Die Eckpfeiler einer evidence basierten Ausrichtung der Rückenschmerzbehandlung (leitliniengerecht) sind einerseits eine aktivierende Therapie mit oraler medikamentöser Schmerzkontrolle und andererseits der Verzicht auf unnötige Diagnostik und passivierende Therapien. Bislang ist zu wenig darüber bekannt, inwiefern primärärztliche Vorgehensweisen evidenzbasierten Empfehlungen folgen und ob es Unterschiede in der Rückenschmerzbehandlung seitens Hausärzten und Orthopäden gibt. Anhand von Fallvignetten zu akuten, chronischen und radikulären Kreuzschmerzen wurden Hausärzte und Orthopäden zum jeweiligen Vorgehen hinsichtlich Diagnostik und Therapie

sowie zu ihren Einschätzungen der Qualität der Versorgung von Rückenschmerzpatienten interviewt.

In der Diagnostik von Kreuzschmerzen setzen Orthopäden häufiger als Hausärzte bildgebende Verfahren, meist Röntgenaufnahmen, ein. In beiden Fachgruppen bilden orale Medikamente die Basis für das weitere Vorgehen ggf. ergänzt durch manuelle Verfahren vor allem seitens der Orthopäden. Insbesondere bei chronischen Beschwerden zeigt sich bei beiden Fachgruppen eine große Bandbreite von Therapieverfahren zweifelhafter Wirksamkeit, während multimodale Programme nicht erwähnt werden. Während Hausärzte häufiger als Orthopäden obsolete im-Injektionen und längere Krankschreibungen einsetzen, führen mehr als die Hälfte der Orthopäden Infusionen und Infiltrationsbehandlungen durch. Bettruhe und Schonung werden kaum empfohlen, die Empfehlung körperlicher Aktivität erfolgt nur in Einzelfällen, am ehesten bei chronischen Beschwerden. Insgesamt schätzen Ärzte beider Fachgruppen die Qualität ihrer Versorgung als hoch ein und sehen Fortbildungsbedarf v.a. hinsichtlich psychosomatischer Zusammenhänge und chirotherapeutischer Verfahren.

Trotz guter Responserate von 40,6% für Hausärzte und 57,7% für Orthopäden ist die Stichprobe der befragten Ärzte klein und lässt Zweifel an ihrer Repräsentativität aufkommen. Das Saarland, in dem die Stichprobe rekrutiert wurde, zeigt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt einen hohen Krankenstand aufgrund von Rückenschmerzen [15], was hinweisend für eine spezifische Versorgungssituation sein könnte. Dem gegenüber steht ein Selektionseffekt: Möglicherweise haben besonders am Thema oder allgemein forschungsinteressierte Ärzte an der Studie teilgenommen, was eine Verzerrung des gezeichneten Versorgungsprofils zum positiven hin bewirken könnte. Die im Vergleich zu den Hausärzten höhere Responserate der Orthopäden liegt vermutlich daran, dass orthopädische Kollegen persönlich angesprochen wurden. Dies trägt einerseits zum Selektionseffekt bei und erhöht die Wahrscheinlichkeit für eine Verzerrung im Sinne erwünschten Antwortverhaltens. Gerade die Fragen zur subjek-

tiven Einstellung zur Versorgungsqualität können in beiden Fachgruppen eine Tendenz zu guten/erwünschten Werten bedingen. Durch die offene Form der Fragestellung wurde versucht diesen Bias der „sozialen Erwünschtheit“ bei den Versorgungsfragen zu minimieren. Die kleine Stichprobe und die fehlende Korrektur für multiples Testen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für zufällige Effekte, was bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden muss.

Die in der Studie eingesetzten Fallvignetten lassen zwar Rückschlüsse auf das Wissen und die Kompetenz der Ärzte zu, spiegeln allerdings nur in groben Zügen das tatsächliche Verhalten wider: Die Varianz der Antwortoptionen ist in Fallvignetten höher als beim realen Verhalten, es kommt zu Überschätzungen der Häufigkeit eingesetzter Therapieverfahren [13, 14]. Trotzdem erscheint es wahrscheinlich, dass z.B. Ärzte, die körperliche Aktivität als Therapieoption unerwähnt lassen, diese auch weitestgehend nicht einsetzen.

Trotz dieser Einschränkungen korrespondieren die in der Studie gemachten Beobachtungen mit nationalen und internationalen Ergebnissen. Die hier verwandten Vignetten wurden in Anlehnung an Carey et al. [14] erstellt, die ebenfalls die Verordnung bildgebender Diagnostik an je einem Beispiel zu akuten, chronischen und radikulären Kreuzschmerzen demonstrierten. Auch hier zeigte sich die höchste Anwendungsrate von CT oder NMR bei radikulären Schmerzen (70%). Ähnliche Studien mit Fallvignetten zu Rückenschmerzpatienten in Deutschland gibt es nicht. Arbeiten, die die Leitlinienadhärenz bei Hausärzten messen, bestätigen jedoch die große Varianz an Therapieoptionen v.a. bei chronischen Beschwerden [16], den häufigen Einsatz nicht medikamentöser Verfahren unzureichender Evidenz und den häufigen Einsatz obsoleter Injektionstherapien seitens der Hausärzte. Eigene Arbeiten [17], die über Patienteninterviews auf die Versorgung rückschlossen, zeigen, dass 40% der wegen Rückenschmerzen behandelten Patienten Injektionen erhielten. Der Anteil manueller Therapien wurde mit rund 6% deutlich niedriger geschätzt, dagegen wurden 30% der Patienten dieser Studie körperliche Aktivität empfohlen.

Ein hoher Prozentsatz bildgebender Verfahren bei akuten Rückenschmerzen wird auch international immer wieder als Zeichen fehlender Leitlinienadhärenz angesehen. Studien aus Frankreich [18], Spanien [19] und den USA [20] zeigen Werte zwischen 23% und 98% der Patienten.

Fasst man die verschiedenen Ergebnisse zusammen, scheint es, dass Orthopäden eine mehr technische / invasive Herangehensweise in der Behandlung von Rückenschmerzen haben als Hausärzte. Die Behandlungsprofile der Orthopäden ähneln dem einer sekundär versorgenden Institution, in der auf Basis einer höheren Ausgangswahrscheinlichkeit (möglicherweise durch eine höhere Prävalenz komplizierter Kreuzschmerzen in orthopädischen Praxen) ein Röntgenbild eine bessere Vorhersage-Wahrscheinlichkeit zeigen könnte als in hausärztlichen Praxen.

Die Realität der Versorgung ist durch die freie Arztwahl derzeit jedoch eine andere, so dass mit einem hohen Prozentsatz falsch positiver Befunde zu rechnen ist, was für die betreffenden Patienten über eine iatrogene Somatisierung schädigend wirkt. Finanzielle Anreize (die meisten niedergelassenen Orthopäden verfügen über eigene Röntgengeräte) oder Röntgen als Voraussetzung für eine manuelle Therapie sind denkbar. Letztes lässt sich nicht überprüfen, da in der vorliegenden Stichprobe alle Ärzte über eine Zusatzbezeichnung in Chirotherapie verfügen.

Trotz der offensichtlichen Defizite hinsichtlich einer evidenzbasierten Rückenschmerztherapie wännen sich fast alle Ärzte ausreichend kompetent in der Behandlung der Beschwerden. Fortbildungsbedarf wird angesprochen für chronische Beschwerden. Das in diesem Fall besonders uneinheitliche Versorgungsprofil spiegelt auch Unsicherheit in der Gruppe wider, während das Versorgungsbild für akute und radikuläre Kreuzschmerzen klarer ist. Zwar verzichten die Ärzte beider Fachgruppen auf Bett-ruhe und Schonung, jedoch hat sich die explizite Empfehlung von aktivierenden Maßnahmen bislang nicht durchgesetzt. Die Gefahren körperlicher Inaktivität sowohl durch unerwünschte physische Mechanismen als auch über eine Verstärkung des Angst-Vermeidungs-Verhaltens scheinen bislang nicht akzeptiert. Vor diesem Hintergrund ist auch der hohe Anteil von Injektionstherapien beider Fachgruppen bzw. die häufigen i.m.-Injektionen und langen Arbeitsunfähigkeitszeiten seitens der Hausärzte nicht zu vertreten.

Danksagung



Wir danken Prof. Dr. med. U. Harland, Leiter der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Saabrücken, für die Unterstützung bei Rekrutierung orthopädischer Kollegen sowie allen Ärzten, die durch ihre Teilnahme diese Studie ermöglicht haben.

Interessenskonflikt: keine angegeben.

Literatur

- 1 Becker A, Kögel K, Donner-Banzhoff N, et al: Kreuzschmerzpatienten in der hausärztlichen Praxis. Beschwerden, Behandlungserwartungen und Versorgungsdaten. *Z Allg Med* 2003; 79: 126–131
- 2 Bardehle D: Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule. Bundesrepublik Deutschland und ehemalige DDR. *Sozialmedizin* 1992; 54: 5–16
- 3 Raspe HH: Deskriptive Epidemiologie rheumatischer Erkrankungen. In: Balsler HD, Rehfisch HP, Zink A (Hrsg.). *Psychologie in der Rheumatologie*, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd.8.. Berlin: Springer, 1992; 23–24
- 4 Raspe H, Kohlmann T: Die aktuelle Rückenschmerz-Epidemie. In: Pflugsten M, Hildebrandt J (Hrsg.). *Chronischer Rückenschmerz*. Verlag Hans Huber, Bern, 1998; 20–33
- 5 Becker A, Chenot JF, Niebling W, et al: DEGAM Leitlinie Kreuzschmerzen. Omikron Publishing Düsseldorf 2003
- 6 Biering-Sorensen F, Thomsen C: Medical, social and occupational history as risk indicators for low-back trouble in a general population. *Spine* 1986; 11: 720–725
- 7 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
- 8 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
- 9 Van Tulder M, Koes B, Bouter LM: Management of chronic nonspecific low back pain in primary care: a descriptive study. *Spine* 1997; 22: 76–82
- 10 Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, et al: Physician variation in diagnostic testing for low back pain. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 15–22
- 11 Schroth WS, Schectman JM, Elinsky EG, et al: Utilization of medical services for the treatment of acute low back pain: conformance with clinical guidelines. *J Gen Int Med* 1992; 7: 486–491
- 12 Becker A, Sauer H, Chenot JF, et al: Kreuzschmerz – Hausarzt oder Orthopäde? Welcher Patient geht zu wem. *Z Allg Med* 2002, (Kongress-Abstracts)
- 13 Peabody JW, Luck J, Glassman P, et al: Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA* 2000; 283: 1715–1722

- 14 Carey TS, Garrett J: Patterns of ordering diagnostic tests for patients with acute low back pain. The North Carolina Back Pain Project. *Ann Intern Med* 1996; 125: 807–814
- 15 DAK Gesundheitsreport. 2003; 84
- 16 Van Tulder M, Koes B, Bouter LM: Management of chronic nonspecific low back pain in primary care: a descriptive study. *Spine* 1997; 22: 76–82
- 17 Becker A, Kögel K, Donner-Banzhoff N, et al: Kreuzschmerzpatienten in der hausärztlichen Praxis. Beschwerden, Behandlungserwartungen und Versorgungsdaten. *Z Allg Med* 2003; 79: 126–131
- 18 Hourcade S, Treves R: Computed tomography in low back pain and sciatica. A retrospective study of 132 patients in the Haute-Vienne district France. *Joint Bone Spine* 2002; 69: 589–596
- 19 Gonzalez-Urzelai V, Lopez-de-Munain J, Palacio-Elua L: Routine primary care management of acute low back pain: adherence to clinical guidelines. *Eur Spine J* 2003; 12: 589–594
- 20 Little P, Smith L, Cantrell T, et al: General practitioner's management of acute back pain: a survey of reported practice compared with clinical guidelines. *BMJ* 1996; 24: 312:485–312:488

Zur Person



Prof. Dr. med. Annette Becker, MPH

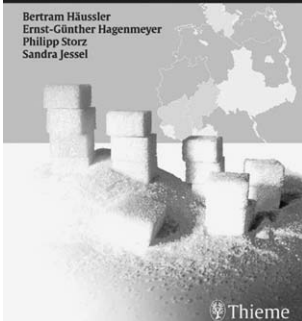
Fachärztin für Allgemeinmedizin und Gesundheitswissenschaftlerin, seit Dezember 2005 Juniorprofessorin für Prävention und Behandlung chronischer Krankheiten in der Abteilung Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Philipps Universität Marburg.

Buchbesprechung

Weißbuch Diabetes in Deutschland

Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven der Versorgung einer Volkskrankheit

Bertram Häußler
Ernst-Günther Hagenmeyer
Philipp Storz
Sandra Jessel



Weißbuch Diabetes in Deutschland.

Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven einer Volkskrankheit

Häußler B, Hagenmeyer EG, Storz P, Jessel S (Hrsg.)

2006, 98 Seiten, 29, 95 €, Thieme Verlag

ISBN 3-13-143701-4

Ein Weißbuch im ursprünglichen Sinne ist eine Dokumentensammlung, die Orientierung über politische Fragen geben soll. Das Buch richtet sich nicht speziell an Allgemeinärzte, sondern eher an politische

Entscheidungsträger, dennoch dürfte es alle, die einen Schwerpunkt ihrer Praxistätigkeit in der Versorgung von Diabetikern sehen, ansprechen. Neben der Epidemiologie werden Versorgungsstrukturen, Behandlungsprozesse, Ergebnisse

und Kosten in Deutschland dargestellt. Die verfügbaren Daten sind leider wie so oft nur ungenügend, und gerade zum Nutzen des Disease Management Programms gibt es leider noch keine belastbaren Daten. Dennoch handelt es sich um die beste Zusammenstellung epidemiologischer Daten aus Deutschland zum Thema Diabetes. Stärken und Schwächen der Diabetikerversorgung werden analysiert und daraus auf Grundlage der St. Vincent Deklaration eine Perspektive für die zukünftige Versorgung von Diabetikern entwickelt.

Jean-François Chenot, Göttingen