

Versorgungs-Report 2013/2014

„Depression“

Jürgen Klauber / Christian Günster /
Bettina Gerste / Bernt-Peter Robra /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 155-183



7	Zeitliche Trends bei der Versorgung von Rückenschmerzpatienten ...	155
	<i>Jean-François Chenot, Christiane Haupt und Bettina Gerste</i>	
7.1	Einleitung	156
7.2	Datengrundlage und Methoden	157
7.2.1	Aufgreifkriterien	157
7.2.2	Studienpopulationen	158
7.2.3	Limitationen	159
7.3	Erkrankungshäufigkeiten und Eckdaten der Versorgung 2010	160
7.3.1	Behandlungsprävalenz	160
7.3.2.	Ambulante Versorgung	163
7.3.3	Stationäre Versorgung	165
7.3.4	Heilmittel	166
7.3.5	Rückenschmerzdiagnosen im zeitlichen Verlauf (Längsschnitt)	166
7.4	Trends in der Diagnostik und bei speziellen therapeutischen Verfahren	167
7.4.1	Bildgebende diagnostische Verfahren	167
7.4.2	Spezielle therapeutische Verfahren	171
7.5	Schlussfolgerungen und Ausblick	180

7 Zeitliche Trends bei der Versorgung von Rückenschmerzpatienten

Jean-François Chenot, Christiane Haupt und Bettina Gerste

Abstract

Rückenschmerzen sind ein häufiger Konsultationsanlass bei Hausärzten, Orthopäden und anderen Fachärzten. Von Über- und Unterversorgung ist weltweit berichtet worden. Ziel dieses Beitrags ist es, Längsschnittdaten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Rückenschmerzen von 2006 bis 2010 und Querschnittsdaten für 2010 zur Verfügung zu stellen. Die Datenbasis sind die Abrechnungsdaten der AOK. Ein hoher Anteil (26,4 %) der gesetzlich Versicherten hat innerhalb des Jahres 2010 wenigstens einmal wegen Rückenschmerzen ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Dabei wird ein kontinuierlicher Anstieg von Bildgebung, invasiven Injektionstherapien und Opioiden beobachtet.

Vor dem Hintergrund einer überwiegend unsicheren Evidenzlage bei den hier ausgewählten Verfahren sind Zunahmen eher kritisch zu bewerten. Die beobachtete Entwicklung steht an vielen Stellen nicht im Einklang mit den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie Rückenschmerzen. Das reflektiert einen Konflikt zwischen der individuellen Betreuung von Patienten, persönlichen Überzeugungen und ökonomischen Interessen der Ärzte und der Public Health Perspektive eines möglichst rationalen und effektiven Einsatzes der Ressourcen. Ein kontinuierliches Monitoring der Inanspruchnahme von Leistungen für Rückenschmerzen und der damit verbundenen Kosten sowie des Nutzen ist notwendig für die gesundheitspolitische Steuerung. Weitere Studien zum Nutzen einzelner Verfahren sind erforderlich.

Back pain is a frequent reason for consultations of GPs, orthopaedists and other specialists. Over- and undersupply has been reported worldwide. The article provides longitudinal data on health care utilization for back pain from 2006 to 2010 as well as cross-sectional data for 2010. The data are based on AOK billing data. A high proportion (26.4 %) of SHI insurees have consulted a physician for their back pain at least once during the year 2010. At the same time, a continuous increase of imaging, invasive injection therapy and opioids has been observed.

However, due to predominantly uncertain evidence for the methods analysed, increases should be evaluated with caution. In many areas, the observed trend is not consistent with the recommendations of the National Disease Management Guideline for back pain. This reflects a conflict between the individual care of patients, personal beliefs and economic interests of the physicians and the public health perspective concerning a rational and effective use of re-

sources. Continuous monitoring of the utilization of health services for back pain and the associated costs and benefits is necessary for public health control. Further research on the benefits of different treatment methods is required.

7.1 Einleitung

Rückenschmerzen sind ein Symptom und keine Diagnose. Die Mehrheit der Rückenschmerzen wird pragmatisch als nicht-spezifisch klassifiziert. Wegen der relativ hohen spontanen Besserungsrate ist nur bei klinischen Hinweisen auf spezifische Ursachen eine über Anamnese und körperliche Untersuchung hinausgehende Diagnostik bei akuten Schmerzen notwendig. Die Basistherapie besteht aus Beratung, einfachen Schmerzmitteln und Motivation zu körperlicher Aktivität. Je nach Versorgungsebene können bei ca. 1 bis 10% der Patienten spezifische Ursachen, wie z. B. entzündliche Rückenschmerzen vermutet werden. Chronische Rückenschmerzen mit relevanten funktionellen Behinderungen bedürfen einer erweiterten Diagnostik und sind aufwendig zu behandeln. Wegen der starken Bedeutung der psychosozialen Faktoren (Bildung, Einkommen, Arbeitslosigkeit, Arbeitszufriedenheit, Depression, ungünstige Schmerzverarbeitung) sind Behandlungsansätze, die ausschließlich auf biomechanische Faktoren ausgerichtet sind, nicht effektiv. Multimodale Ansätze, wie sie in Rehabilitationseinrichtungen und Schmerzzentren angeboten werden, sind am erfolgreichsten, dennoch kann die Arbeitsfähigkeit und Schmerzfreiheit bei vielen Betroffenen leider nicht erreicht werden.

Schon früh wurden für die Versorgung von Rückenschmerzen regionale und sektorale Unterschiede in der Versorgung beobachtet, ohne dass für Patienten ein besserer Nutzen durch intensivere Diagnostik und Therapie nachgewiesen werden konnte (Cherkin 1994; Weiner 2006; Haldemann 2008). So waren Rückenschmerzen eines der ersten Themen, zu denen in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts erste Leitlinien entwickelt wurden (AHCPR 1994). Rückenschmerzen gelten als Paradebeispiel für Über-, Unter- und Fehlversorgung (Sachverständigenrat 2001; Deyo 2009; Dietl 2011; Schäfer et al. 2013). Rückenschmerzen sind auch volkswirtschaftlich hoch relevant. Der größte Teil der Kosten entsteht hier aber nicht durch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, sondern durch die damit verbundenen Arbeitsausfälle.

In diesem Beitrag werden Versorgungsaspekte aus den Bereichen Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen untersucht und in Bezug auf nachgewiesenen Nutzen und Patientensicherheit diskutiert.

Im Anschluss an die Darstellung methodischer Grundlagen werden zunächst Erkrankungshäufigkeiten und Eckdaten der Versorgung von Rückenschmerzpatienten beschrieben. Daran schließt sich die Analyse bildgebender Verfahren an. In einem weiteren Teil werden spezielle Therapieverfahren untersucht, die bei Rückenschmerzpatienten zum Einsatz kommen.

7.2 Datengrundlage und Methoden

Basis der Analysen sind die anonymisierten Abrechnungsdaten der AOK, die adjustiert nach Alter und Geschlecht auf die deutsche Wohnbevölkerung hochgerechnet werden.¹ Hauptsächlich wird auf den Daten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung inklusive der dort verordneten Arzneimittel und der stationären Versorgung aufgesetzt. Der Leistungsbereich Heilmittel wird nur kurz gestreift, um die von der Krankenkasse übernommenen Leistungen zu berichten.²

7.2.1 Aufgreifkriterien

Um bei einem unspezifischen Phänomen wie Rückenschmerz so spezifisch wie möglich vorzugehen, werden bei der Bildung der Analysepopulation überwiegend Patienten mit Schmerzen der lumbalen Wirbelsäule berücksichtigt. Aus diesem Grund erfolgt der Aufgriff nicht anhand der im ICD10-Katalog definierten dreistelligen Diagnose „M54 Rückenschmerz“, die als unspezifische Sammelkategorie zu betrachten ist und auch in Fällen dokumentiert wird, bei denen keine ersichtliche Schmerzursache vorliegt.

Als Rückenschmerz wird hier – in Anlehnung an die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen – das mindestens einmalige Vorliegen folgender ambulant oder stationär dokumentierter ICD-10-Kodes definiert:

- M42.1 und M42.9 (Osteochondrose)
- M47.2 und M47.9 (Spondylose)
- M48.0 und M48.1 (Spondylopathien)
- M51.1, M51.2 M51.3 M51.8, M51.9 (Bandscheibenschäden)
- M54.3 (Ischialgie), M54.4 (Lumboischialgie)
- M54.5, M54.9 (Lumbago)

Ambulante Diagnosen müssen als „gesichert“ kodierte Diagnosen vorliegen.³ Patienten mit Verdachtsdiagnosen der Schlüsselnummern M51 (Sonstige Bandscheibenschäden), M48.0 und M48.1 (Spondylopathien) werden zusätzlich eingeschlossen, denn es ist davon auszugehen, dass hier auch Personen mit Verdachtsdiagnosen den Arzt wegen ihrer Rückenschmerzen konsultiert haben.

Auf eine Validierung der Diagnosen durch eine zweite Diagnosekodierung im selben Quartal oder durch ein zweites Diagnosequartal wird verzichtet. Denn beispielsweise konsultieren Patienten mit akuten Rückenschmerzen, die nur eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigen, oft nur einmal einen Arzt. Durch Fehldiagnosen oder Fehlkodierung ist jedoch nicht auszuschließen, dass es durch das ge-

1 Nach Alter und Geschlecht adjustierte Werte sind in den Tabellen mit dem Zusatz „standardisiert“ gekennzeichnet. Näheres zum Verfahren der Hochrechnung, zur Datenbasis und zur regionalisierten Ergebnisdarstellung findet sich in Kapitel 11 dieses Bandes.

2 Da Heilmittelleistungen nicht selten von Versicherten auch privat weiter in Anspruch genommen werden, ist eine vollständige Abbildung einzelner Heilmittelleistungen mit den Routinedaten nicht zu erreichen.

3 Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit „G“ (gesicherte Diagnose).

wählte Verfahren zu einer leichten Über- oder Unterschätzung der Rückenschmerzprävalenz kommen kann.

Des Weiteren wurden nur erwachsene Patienten ab 18 Jahren berücksichtigt, die im jeweiligen Berichtsjahr dauerhaft (mindestens 360 Versichertentage) bei der AOK versichert waren. Verstorbene wurden ausgeklammert.

7.2.2 Studienpopulationen

Im Hinblick auf die formulierten Fragestellungen wurden mehrere Studienpopulationen gebildet (Tabelle 7–1).

1. Querschnittanalyse 2010: untersucht Rückenschmerzprävalenz und Versorgungssituation der Patienten mit Rückenschmerz im Jahr 2010. Es wurden alle Versicherten aufgegriffen, die die Einschlusskriterien in 2010 erfüllen.
2. Längsschnittanalyse 2006–2010: untersucht die Kontinuität der Diagnosedokumentation im Zeitraum 2006 bis 2010. Es wurden alle Versicherten aufgegriffen, die die Einschlusskriterien im ersten Beobachtungsjahr erfüllten, für sie mussten demnach im gesamten Jahr 2006 mindestens einmal Rückenschmerzen laut Definition kodiert worden sein. Im Fünf-Jahres-Zeitraum mussten sie durchgängig bei der AOK versichert gewesen sein. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung (Diagnosequartal) mussten sie mindestens 18 Jahre alt sein.
3. Trendanalyse 2006–2010: untersucht die Entwicklung der Prävalenzen bildgebender und therapeutischer Verfahren bei Rückenschmerzpatienten. In jedem der fünf betrachteten Jahre wurde eine Population nach den oben definierten Aufgreifkriterien gebildet (fünf Querschnittpopulationen).
Darüber hinaus wurden Ausschlüsse vorgenommen (rund 400 000 AOK-Versicherte), insbesondere wurden Patienten mit Krebserkrankungen ausgeklammert,

Tabelle 7–1

Größe der Studienpopulationen (in Mio.)

Analyse	Thematischer Bezug	Versicherungszeitraum	AOK-Versicherte	Hochrechnung*
Querschnitt 2010	Erkrankungshäufigkeit und Eckdaten der Versorgung	Durchgängig versichert 2010	5,154	16,079
Längsschnitt 2006 bis 2010	Erkrankungshäufigkeit und Eckdaten der Versorgung: Kontinuität der Diagnose-dokumentation	Durchgängig versichert 2006 bis 2010	3,864	11,588
Trendbeobachtung 2006 bis 2010	Trends in der Diagnostik und speziellen therapeutischen Verfahren	Durchgängig versichert im Jahr der Leistung		
2006			4,667	14,036
2007			4,644	14,217
2008			4,695	14,804
2009			4,702	14,970
2010			4,725	14,867

* auf deutsche Wohnbevölkerung, alters- und geschlechtsadjustiert

bei denen sich Knochenmetastasen bilden können⁴, sowie Patienten, bei denen spezifische Frakturen der Wirbelsäule und Verletzungen von Abdomen, Lumbosakralgegend, Lendenwirbelsäule und Becken vorlagen, die Ursache der Rückenbeschwerden sein könnten.⁵

Die Patienten der Querschnittanalyse 2010 waren zu 42,8 % männlich und zu 57,2 % weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 59,1 Jahre; 56,7 bei Männern und 60,9 bei Frauen.

Auf Subklassifizierungen der Populationen – Bildung von Patientensubgruppen mit unterschiedlichen Arten von Rückenschmerz-Beschwerden – wie beispielweise beim Versorgungsatlas Schmerz (IGES 2011) wurde hier verzichtet, denn eine fundierte Abgrenzung zwischen den möglichen Gruppen erschien nicht durchgängig möglich.

7.2.3 Limitationen

Aus mehreren Gründen kann es in dieser Untersuchung zur Überschätzung von Prävalenz und Inanspruchnahme gekommen sein: So liegen Indizien vor, die auf eine Kodierung des Rückenschmerzes als Dauerdiagnose hindeuten (siehe Abschnitt 7.3.5). Durch den Verzicht auf eine Diagnosevalidierung können auch irrtümlich kodierte Diagnosen berücksichtigt worden sein. Eine Adjustierung für den sozioökonomischen Status, der bei Rückenschmerzen eine Rolle spielt (Hofreuter 2008; Wenig 2008), konnte ebenfalls nicht vorgenommen werden.

Zu einer Überschätzung der Inanspruchnahme kann ebenso führen, dass vor allem bei Diagnostik und Medikation nicht eindeutig geklärt werden kann, ob eine Maßnahme aufgrund der angegebenen Rückenschmerzen erfolgte oder wegen einer anderen Erkrankung. Zwar wurden derartige Fälle soweit möglich reduziert (so wurden z. B. bei den Analysen von Bildgebung und Schmerztherapien Patienten mit bestimmten Krebserkrankungen ausgeschlossen), trotz aller Sorgfalt kann es jedoch ebenfalls zu einer Überschätzung der Versorgung von Rückenschmerzpatienten gekommen sein.

Als weitere Einschränkungen sind zu nennen, dass Komorbiditäten, die einen Einfluss auf den Verlauf und die Versorgung von Rückenschmerzen haben (Hestbaek 2003), nicht berücksichtigt werden konnten. Auch eine sichere Zuordnung der Schmerzlokalisierung der Wirbelsäule war nicht immer möglich.

Obwohl in der Trendbeobachtung wichtige Therapiebereiche dargestellt sind, konnte darin nicht die gesamte Vielfalt von Rückenschmerztherapien betrachtet werden. Außer Acht gelassen werden müssen erstens Daten aus dem Versorgungsbereich Rehabilitation, da nur die mit der AOK abgerechneten Reha-Leistungen

4 Ausgeschlossene ICD-10-Kodes: C16 Bösartige Neubildung des Magens, C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge, C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse, C53 Bösartige Neubildung der Cervix uteri, C61 Bösartige Neubildung der Prostata, C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken, C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse.

5 Ausgeschlossene ICD-10-Kodes: T08.0 Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet: geschlossen oder o. n. A.; T08.1 Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet: offen; S30-39 Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens und M80.0 Osteoporose mit pathologischer Fraktur.

vorliegen, die Leistungsdaten anderer Träger jedoch fehlen, sowie zweitens Daten der Bereiche IGeL- und anderen selbstgezahlten Leistungen, die ebenfalls nicht zur Auswertung vorliegen. Daten zur von der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) bei chronischen Schmerzen geforderten psychotherapeutischen Mitbehandlung konnten, soweit sie überhaupt zur Verfügung stehen, ebenfalls nicht analysiert werden.

7.3 Erkrankungshäufigkeiten und Eckdaten der Versorgung 2010

7.3.1 Behandlungsprävalenz

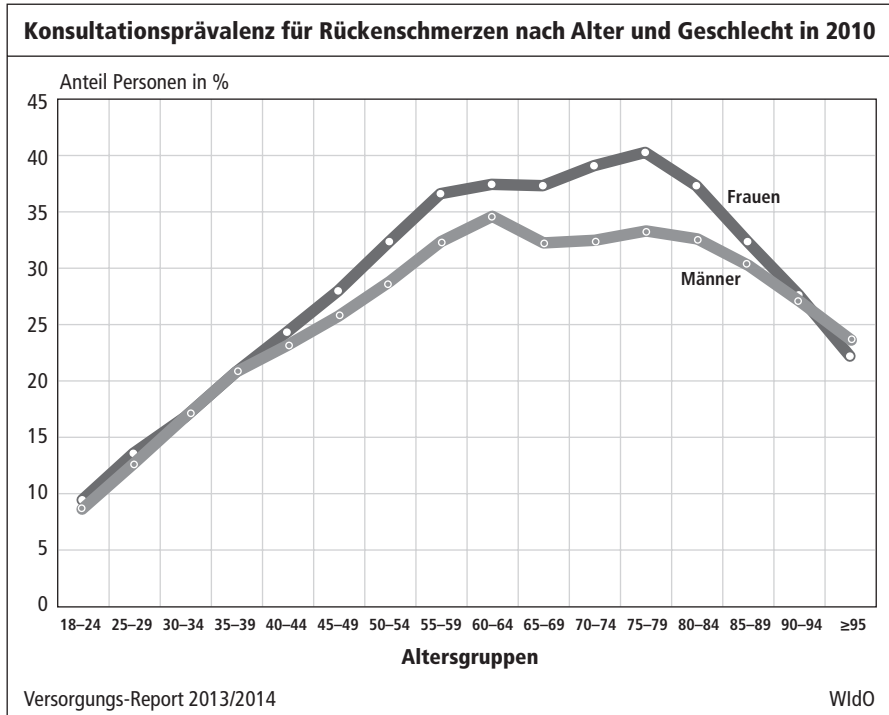
Jeder vierte Einwohner ist innerhalb eines Jahres wegen Rückenschmerzen in Behandlung gewesen. Die standardisierte Jahresprävalenz der Rückenschmerzen bezogen auf alle Personen ab 18 Jahren beträgt im Jahr 2010 insgesamt 26,4% (Tabelle 7–2). Die dargestellte Prävalenz kann zugleich auch als Konsultationsrate für den niedergelassenen ambulanten Bereich gelten. Da nur sehr wenige Patienten (< 1%) ausschließlich stationär versorgt werden, unterscheiden sich beide Prävalenzraten so gut wie nicht.

Tabelle 7–2

Konsultationshäufigkeiten für lumbalen Rückenschmerz 2010 nach Altersklassen und Geschlecht

Alter in Jahren von ... bis	Jahresprävalenz		
	Gesamt	Männer	Frauen
18–24	9,1 %	8,7 %	9,5 %
25–29	13,2 %	12,7 %	13,7 %
30–34	16,9 %	16,9 %	16,9 %
35–39	20,9 %	20,8 %	21,0 %
40–44	23,9 %	23,4 %	24,4 %
45–49	27,0 %	25,9 %	28,2 %
50–54	30,8 %	28,9 %	32,6 %
55–59	34,7 %	32,6 %	36,7 %
60–64	36,2 %	34,7 %	37,6 %
65–69	35,1 %	32,4 %	37,5 %
70–74	36,3 %	32,6 %	39,3 %
75–79	37,6 %	33,4 %	40,3 %
80–84	35,9 %	32,7 %	37,5 %
85–89	31,9 %	30,3 %	32,4 %
90–94	27,6 %	27,1 %	27,7 %
≥ 95	22,5 %	23,7 %	22,3 %
Insgesamt (stand.)	26,4 %	24,7 %	28,0 %

Abbildung 7–1

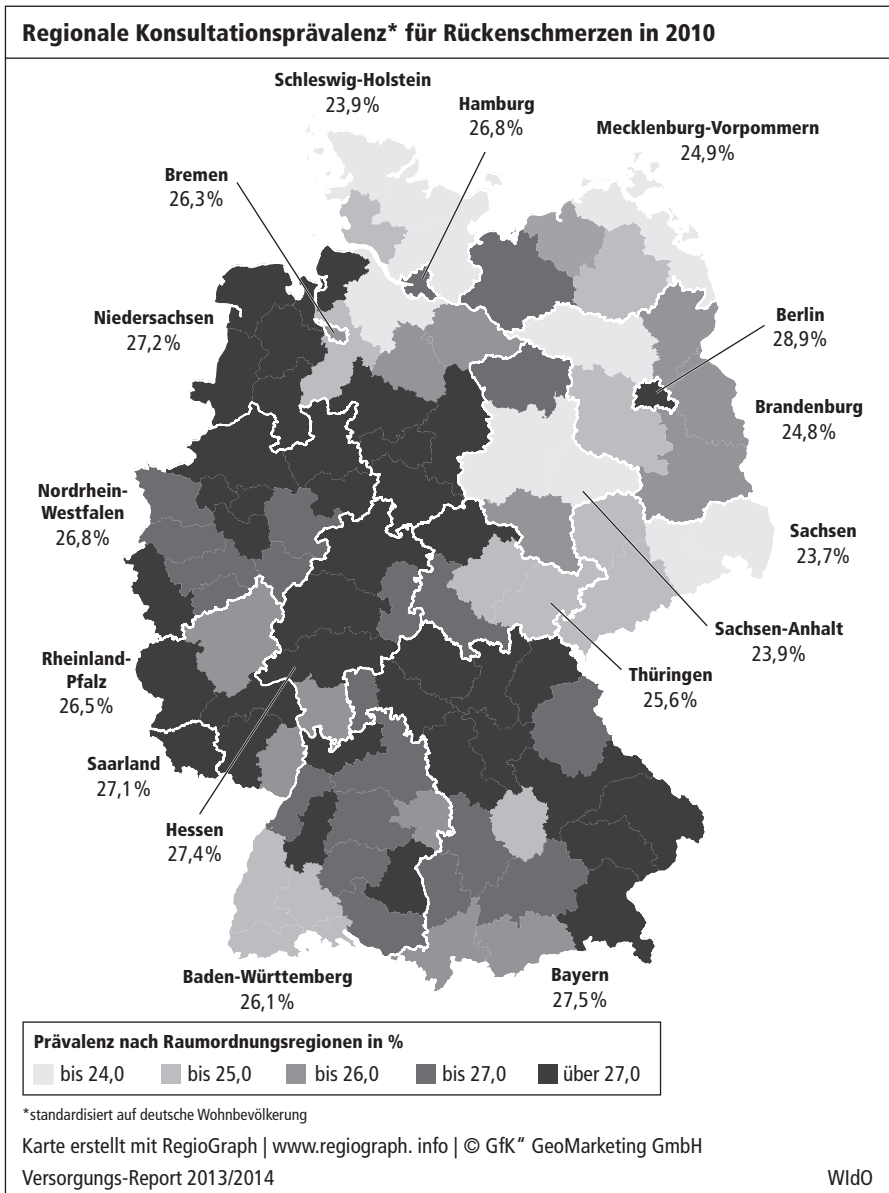


Übereinstimmend mit populationsbezogenen Studien, in denen bei Frauen häufiger muskuloskelettale Beschwerden angegeben werden, wird mit 28,0% bei Frauen eine leicht höhere Prävalenz als bei Männern (24,7%) beobachtet.

Unterschiede der Erkrankungshäufigkeiten zwischen Männern und Frauen finden sich fast ausschließlich in den Altersklassen zwischen 40 und 90 Jahren, bei jüngeren und bei hochbetagten Patienten sind Rückenschmerzen bei beiden Geschlechtern gleich häufig zu finden (Abbildung 7–1). Bei den Männern ist ein Anstieg bis zu einem Alter von 64 Jahren zu erkennen, mit Erreichen des Rentenalters sinkt die Prävalenz leicht ab. Sie bewegt sich bis zum Alter von 80 Jahren auf ähnlichem Niveau und nimmt bei älteren Patienten deutlich ab. Bei den Frauen ist gleichfalls ein starker Anstieg bis in die sechste Lebensdekade zu beobachten, mit Erreichen des Rentenalters stagniert die Erkrankungshäufigkeit zunächst. Das Maximum wird später erreicht als bei Männern, hier sind die 75- bis 79-jährigen Frauen mit einem Anteil von 40,3% am stärksten von lumbalen Rückenschmerzen betroffen.

Aus populationsbezogenen Studien, die auch Symptome bei Menschen erfassen, die keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, geht hervor, dass jeden Tag ca. 30 bis 40% und im Verlauf eines Jahres ca. 70% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland an Rückenschmerzen leiden (Schmidt 2007). Die hier gefundenen Häufigkeiten liegen darunter, vor allem deshalb, weil bereits eine Eingrenzung auf lumbale Rückenschmerzen erfolgt ist und viele Menschen, die in Surveys Rückenschmerzen angeben, deswegen keinen Arzt konsultiert haben.

Abbildung 7–2



Regionale standardisierte Häufigkeiten variieren zwischen 28,9% in Berlin und 23,7% in Sachsen auf der Ebene der Bundesländer (bzw. 29,9% in Aachen und 22,2% in Oberlausitz-Niederschlesien auf der Ebene der Raumordnungsregionen). Insgesamt ist ein Ost-West-Gefälle zu beobachten, in den neuen Bundesländern wurden lumbale Rückenschmerzen seltener dokumentiert als im Westen (Abbildung 7–2).

7.3.2 Ambulante Versorgung

In den meisten Ländern sind primär Hausärzte bei Rückenschmerzen zuständig, während in Deutschland Fachärzte auch leicht direkt konsultiert werden können. Im Jahr 2010 konsultierten 56% der Patienten mit Rückenschmerzen⁶ ausschließlich Hausärzte, 10% wurden ausschließlich fachspezifisch⁷ versorgt (Tabelle 7–3), 28% der Patienten haben beide Behandlergruppen konsultiert und 6% sind ausschließlich bei anderen als den genannten Facharztgruppen behandelt worden. Die fachspezifische Versorgung fand überwiegend durch Orthopäden statt.⁸

Beim Survey des Gesundheitsmonitors 2009 wurden zwischen Rückenschmerzpatienten bei Orthopäden oder bei Hausärzten keine Unterschiede in Bezug auf Schmerzdauer oder Schmerzausstrahlung gefunden. Bei der Entscheidung, direkt zum Orthopäden zu gehen, spielen also andere Faktoren als die Stärke der Beschwerden eine Rolle.

Die hohe Konsultationsfrequenz bei Hausärzten ist sicher dadurch zu erklären, dass die Betroffenen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigen (bei jüngeren Patienten) und dass die Wartezeiten auf einen Termin geringer sind. Dass viele Rückenschmerzpatienten gleichzeitig chronische Erkrankungen aufweisen, die überwiegend hausärztlich behandelt werden dürften, stellt eine weitere Erklärung

Tabelle 7–3

Konsultationsrate nach Behandlerqualifikation und Raumordnungstypen bei ambulant behandelten Rückenschmerz-Patienten[#] 2010 (standardisiert)

Behandlerqualifikation	gesamt	ländlich	verstädtert	Agglomerationsraum
	Anteil Patienten in %			
Ausschließlich Hausarzt*	56,1	62,1	57,8	52,9
Ausschließlich Facharzt**	10,4	7,4	9,0	12,5
Hausarzt und Facharzt**	27,5	24,2	28,0	28,2
Ausschließlich sonstige Fachärzte	6,0	6,4	5,2	6,5
Summe hausärztliche Versorgung	83,6	86,3	85,8	81,1
Summe fachspezifische Versorgung	37,9	31,6	37,0	40,7

[#] Ambulante Zieldiagnose vorhanden

* Fachärzte für Orthopädie, Nervenheilkunde, Neurochirurgie, Neurologie, Physikalische u. Rehabilitative Medizin, Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie, Radiologie

+ Fachunspezifische Mitbehandlung durch sonstige Fachärzte möglich

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

6 Bezugsbasis für die Ermittlung der in diesem Abschnitt ausgewiesenen Quoten sind alle Patienten der Studienpopulation, bei denen Rückenschmerzen von niedergelassenen Ärzten dokumentiert wurden (ambulante Zieldiagnose vorhanden). Ausschließlich stationär behandelte Patienten wurden ausgeschlossen.

7 Die Fachärzte für Orthopädie, Nervenheilkunde, Neurochirurgie, Neurologie, Physikalische u. Rehabilitative Medizin, Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie sowie Radiologie werden hier als fachspezifische Versorger bei Rückenschmerz verstanden.

8 66% der ausschließlich fachspezifisch behandelten Patienten und 80% der sowohl haus- als auch fachspezifisch versorgten Patienten haben 2010 einen Orthopäden konsultiert.

Tabelle 7–4

Häufigkeit ausgewählter chronischer Erkrankungen bei Patienten mit und ohne Rückenschmerz 2010

Erkrankung	Rückenschmerzpatienten	Patienten ohne Rückenschmerz
	Anteil Patienten mit Erkrankung	
Diabetes mellitus Typ 2	19,2 %	12,3 %
Koronare Herzkrankheit	13,8 %	7,6 %
Herzinsuffizienz	7,7 %	4,6 %

Zur Definition von Diabetes Typ 2 vgl. Kapitel 6 in diesem Band, zur Herzinsuffizienz vgl. Kapitel 9
 KHK: ICD-10 I20 bis I25 in 3 von 4 Quartalen eines Jahres

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

für die hohe hausärztliche Konsultationsfrequenz dar. So waren Patienten mit Rückenschmerzen in Hausarztpraxen häufiger chronisch krank (Chenot 2009). Ein Vergleich der Rückenschmerzpatienten 2010 mit einer Population ohne lumbalen Rückenschmerz⁹ ergab ebenfalls eine höhere Prävalenz chronischer Krankheiten in der Gruppe mit Rückenschmerz (Tabelle 7–4). Da Rückenschmerz keine typische Begleit- oder Folgeerkrankung bei Stoffwechselstörungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist, liegt eine andere Erklärung nahe: Werden Ärzte beispielsweise primär wegen der Behandlung eines Diabetes konsultiert, dann dürften gleichzeitig bestehende Rückenprobleme im Arzt-Patienten-Gespräch ebenfalls thematisiert und behandelt bzw. dokumentiert werden. Ohne den Behandlungsbedarf einer chronischen Krankheit käme es – mit alleinigem Rückenschmerz – vermutlich nicht bei allen Personen zu einer Arztkonsultation, insbesondere nicht bei älteren Patienten, für die ein Arztbesuch zu aufwendig erscheint.

Für Patienten, die einen Orthopäden konsultiert hatten, wurde vertiefend geprüft, ob diese aufgrund einer Überweisung dort waren oder ob sie auf direktem Weg den Facharzt aufgesucht hatten. Ersteres war bei über der Hälfte der Patienten (53 %) der Fall. Dieser Anteil kann für ein Gesundheitssystem ohne explizite Steuerung durch Primärversorger als hoch gelten. Eine Überweisung muss aber nicht unbedingt mit einem direkten Arzt-Patienten-Kontakt beim überweisenden Arzt verbunden sein, wenn Hausärzte z. B. nur als Überweiser genutzt wurden, um die Praxisgebühr zu sparen. Es ist zu erwarten, dass der Anteil der überwiesenen Patienten mit dem Wegfall der Praxisgebühr im Januar 2013 sinken wird. Die Kommunikation zwischen Hausärzten und Orthopäden bei Überweisung von Rückenschmerzpatienten ist unbefriedigend (Chenot 2009), aber Patienten mit gezielter Überweisung sind zufriedener mit der Behandlung durch den Spezialisten als Patienten ohne Überweisung (Rosemann 2006).

Ausgehend von der Frage, ob sich die Versorgung der Rückenschmerz-Patienten in ländlichen Regionen von der in Städten unterscheidet, wurden die haus- und fachärztlichen Konsultationsraten in Tabelle 7–3 auch nach Regionstypen differen-

⁹ Das sind alle Personen ab 18 Jahren, die die Ein- und Ausschlussdiagnosekriterien nicht erfüllen und mindestens 360 Tage im Jahr 2010 AOK-versichert waren.

ziert. Dafür wurde die dreistufige Klassifizierung in ländliche und verstädterte Räume sowie Agglomerationsräume (Großstädte und Einzugsraum) des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) verwendet.

In ländlichem Raum zeigt sich eine etwas höhere relative Inanspruchnahme von Hausärzten, in Städten konsultieren mehr Patienten den Facharzt als auf dem Land. Die Differenzen der Konsultationsquoten ländlicher und städtischer Rückenschmerzpatienten betragen bis zu 10 Prozentpunkte zwischen den Behandlergruppen. Die geringen Unterschiede reflektieren zum einen, dass es nach internationalen Maßstäben in Deutschland keine großen ländlichen Räume mit geringer Arztdichte gibt und sie können auch darauf hinweisen, dass eine weitgehende Zugangsgerechtigkeit zur Versorgung durch ambulante Spezialisten existiert.

7.3.3 Stationäre Versorgung

Rückenschmerzpatienten werden überwiegend ambulant versorgt; nur etwa jeder hundertste Patient der definierten Analysepopulation wird deswegen in einer Klinik behandelt (Tabelle 7–5). Entsprechend der Aufgreifdefinition sind in der Liste der zehn häufigsten stationären Behandlungsanlässe neben Rückenschmerzen auch Bandscheibenschäden und Spondylopathien zu finden. Auf die Behandlung dieser drei Diagnosegruppen sind rund 7% aller von Patienten mit Rückenschmerzen verursachten Krankenhausfälle (hochgerechnet insgesamt 5,8 Mio.) zurückzuführen. Die restlichen Fälle gingen auf andere Diagnosen zurück, die mit dem Symptom Rückenschmerz nicht unbedingt in Zusammenhang stehen.

Tabelle 7–5

Die häufigsten vollstationären Behandlungsanlässe 2010 bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz (standardisiert)

ICD	Behandlungsanlass nach Krankenhaus-Hauptdiagnose (ICD 3-stellig)	Patienten	KH-Fälle	Anteil an allen Patienten	Kosten stationär	Kosten pro Patient mit Hauptdiagnose
M54	Rückenschmerzen	147 058	156 232	0,9 %	335 470 860	2 281
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	141 468	157 099	0,9 %	490 603 357	3 468
I20	Angina pectoris	109 741	125 925	0,7 %	364 530 725	3 322
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	102 027	107 150	0,6 %	671 728 674	6 584
I50	Herzinsuffizienz	96 719	117 245	0,6 %	442 860 594	4 579
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	89 569	96 706	0,6 %	159 174 946	1 777
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	86 370	90 414	0,5 %	611 936 981	7 085
M48	Sonstige Spondylopathien	78 214	84 935	0,5 %	410 079 974	5 243
Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	76 705	77 076	0,5 %	63 416 816	827
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	71 340	86 735	0,4 %	210 643 813	2 953

7.3.4 Heilmittel

An dieser Stelle wird kurz auf den Bereich Heilmittel eingegangen, da Heilmittelverordnungen von Patienten mit Rückenschmerz ebenfalls in Anspruch genommen werden. Die dargestellten Zahlen beruhen auf Leistungen, die mit der Krankenkasse abgerechnet wurden. Ob diese Leistungen der Behandlung des lumbalen Rückenschmerzes oder anderer Beschwerden dienen, lässt sich nicht sagen.

Im Jahr 2010 erhielten 38,6% der Personen aus der Studienpopulation mindestens eine Heilmittelverordnung, im Mittel waren es 1,3 je Rückenschmerzpatient. Daraus resultierten 7,9 Behandlungen je Rückenschmerzpatient. Damit ist die Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen bei Rückenschmerzpatienten etwa doppelt so hoch wie im Mittel aller Patienten, unabhängig von ihrer Erkrankung (mit einer Behandlungsquote von rund 17% und 3,8 Behandlungen pro Person).

Werden die Heilmittelleistungen nicht auf alle Erkrankten, sondern auf die erkrankten Patienten mit Heilmittelverordnung bezogen, dann erhielten diese Patienten durchschnittlich 3,2 Heilmittelverordnungen im Jahr 2010 mit im Mittel 20,5 Behandlungen.

Von allen Rückenschmerzpatienten mit Heilmittelleistung erhielten fast alle physiotherapeutische Leistungen (97%), es überwogen die klassischen Leistungen Krankengymnastik (77% der Rückenschmerzpatienten) und Massage (26%) sowie ergänzende Physiotherapieleistungen (39%). Ergänzende Physiotherapieleistungen erhielten 34% der betrachteten Rückenschmerzpatienten in Form von Wärme- bzw. Kältetherapie.

7.3.5 Rückenschmerzdiagnosen im zeitlichen Verlauf (Längsschnitt)

Einige Patienten sind über einen längeren Zeitraum von Rückenschmerz betroffen, sie haben über Jahre hinweg immer wieder Rückenprobleme. Andere hingegen erleben lediglich eine einzelne akute Schmerzperiode von kurzer Dauer und bleiben danach symptomfrei. Um Erkenntnisse über den Umfang chronisch und andauernder bzw. akuter und kurzzeitiger Rückenschmerzen zu gewinnen, wird im Folgenden die Häufigkeit von Rückenschmerzdiagnosen binnen fünf Jahren beschrieben.

Ausgangspunkt ist die Rückenschmerzkohorte des Jahres 2006, bei der die Dokumentationskontinuität der Rückenschmerzdiagnosen über vier weitere Jahre beobachtet wird: Wie viele Patienten erfüllten in wie vielen von 20 möglichen Quartalen der Jahre 2006 bis 2010 die Aufgreifkriterien für lumbalen Rückenschmerz?

Tabelle 7–6 zeigt, dass 12% der Patienten nur ein Diagnosequartal im Fünfjahreszeitraum aufwiesen; sie waren einmalig erkrankt und danach nicht mehr auffällig. Zwei bis vier Diagnosequartale wiesen 24% aller Patienten auf, wobei zwischen den Quartalen mit Diagnosenennung eine Lücke ohne Rückenschmerz vorliegen konnte. Mit 48% zählt jedoch fast jeder Zweite zu den Patienten, für die über einen längeren Zeitraum (von neun und mehr Quartalen) immer wieder Rückenschmerzdiagnosen dokumentiert worden sind. Ob bei diesen tatsächlich eine chronische Rückenerkrankung vorlag oder lediglich eine automatisierte Übertragung von Diagnosen ins Folgequartal durch die Praxissoftware erfolgte, kann nicht mit Bestimmtheit gesagt werden. Als Indiz für die letztgenannte These kann jedoch die

Tabelle 7–6

Dokumentationskontinuität von Rückenschmerzdiagnosen im Fünfjahreszeitraum 2006 bis 2010 (standardisiert)

Anzahl Quartale mit Zieldiagnose je Patient	Anteil Patienten
1 Quartal	12,2 %
2–4 Quartale	24,2 %
5–8 Quartale	16,0 %
9 bis 19 Quartale	33,8 %
20 Quartale	13,9 %

Versorgungs-Report 2013/2014

WlD0

Beobachtung gelten, dass immerhin bei 14 % der Patienten Rückenschmerzdiagnosen in allen 20 Quartalen vorlagen.

Diese Ergebnisse müssen dennoch in Leitlinien, die von einer Mehrheit akuter Patienten ausgehen, stärker berücksichtigt werden. Angesichts der Häufigkeit chronischer und rezidivierender Rückenschmerzen werden dringend Angaben für sinnvolle Zeitintervalle von Kontrolluntersuchungen und Begrenzungen der Therapiedauer benötigt.

7.4 Trends in der Diagnostik und bei speziellen therapeutischen Verfahren

Im Folgenden werden Ergebnisse zur Diagnostik durch Bildgebung und zur Therapie von Rückenschmerzen, namentlich zur speziellen Schmerztherapie, zur Chirotherapie, zur Akupunktur sowie zu Injektionstherapien und zur Gabe von Opioiden dargestellt.

Basis der Analysen sind die Populationen der Trendbeobachtung 2006 bis 2010 (siehe Tabelle 7–1). Im Kapitel Opioide (Abschnitt 7.4.5) wurde über die in Abschnitt 7.2.2. definierten Ausschlüsse hinaus noch weiter eingegrenzt und sämtliche Patienten mit Krebserkrankungen (alle Diagnosen des ICD-Kapitel C) wurden ausgeklammert.¹⁰

7.4.1 Bildgebende diagnostische Verfahren

Bildgebende Verfahren werden zum Großteil ambulant bei niedergelassenen Ärzten oder in radiologischen Praxen durchgeführt, zu einem geringen Anteil auch im Krankenhaus. In dieser Analyse werden Rückenschmerzpatienten berücksichtigt, bei denen bildgebende diagnostische Maßnahmen in niedergelassenen Vertragsarztpraxen abgerechnet worden sind. Folgende Gebührenordnungspositionennummern (GOP) liegen den Auswertungen zugrunde:

¹⁰ Die Anzahl der untersuchten Patienten reduzierte sich dadurch je nach Jahr um 4 bis 5 % gegenüber den in Tabelle 7–1 dargestellten Populationen.

- 34221 Röntgenaufnahmen von Teilen der Wirbelsäule
- 34222 Röntgenaufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule
- 34223 Myelographie(n)
- 34311 CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule
- 34411 MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule

Insgesamt wurden hochgerechnet 28,3 Mio. GOP in den fünf Jahren abgerechnet, im Jahr 2010 waren es 1,6% mehr als 2006 (Tabelle 7–7, Abbildung 7–3). Die Anzahl der durchgeführten Röntgenmaßnahmen und Computertomographien (CT) ist gesunken, beim Röntgen stärker als beim CT. Zugenommen haben vor allem die Magnetresonanztomographien (MRT). Hier hat im Großen und Ganzen eine Substitution des Röntgens durch das MRT stattgefunden. Einer Abnahme von rund 300 000 Röntgenmaßnahmen steht eine Zunahme von rund 400 000 MRT gegenüber. Myelographien haben hinsichtlich der Menge abgerechneter Prozeduren eine untergeordnete Bedeutung.

Bezogen auf die Anzahl der Rückenschmerzpatienten des jeweiligen Berichtsjahrs bleibt die Prävalenz der CTs und der Myelographien im Zeitraum von 2006 bis 2010 nahezu unverändert, die Prävalenz der MRT nimmt um 2,0 Prozentpunkte auf 9,1% im Jahr 2010 zu, die des Röntgens sinkt um 2,3 Prozentpunkte auf 22,1%.

Die Bildgebung bei Rückenschmerzen trägt nur wenig zur sinnvollen Therapiesteuerung bei (Chou 2009). Das zeigt sich am Beispiel der MRT. Selbst bei klinischen Hinweisen auf eine radikuläre Reizung führt die Magnetresonanztomographie zu keiner Verbesserung der Behandlungsergebnisse. Zum einen hat die Unter-

Abbildung 7–3

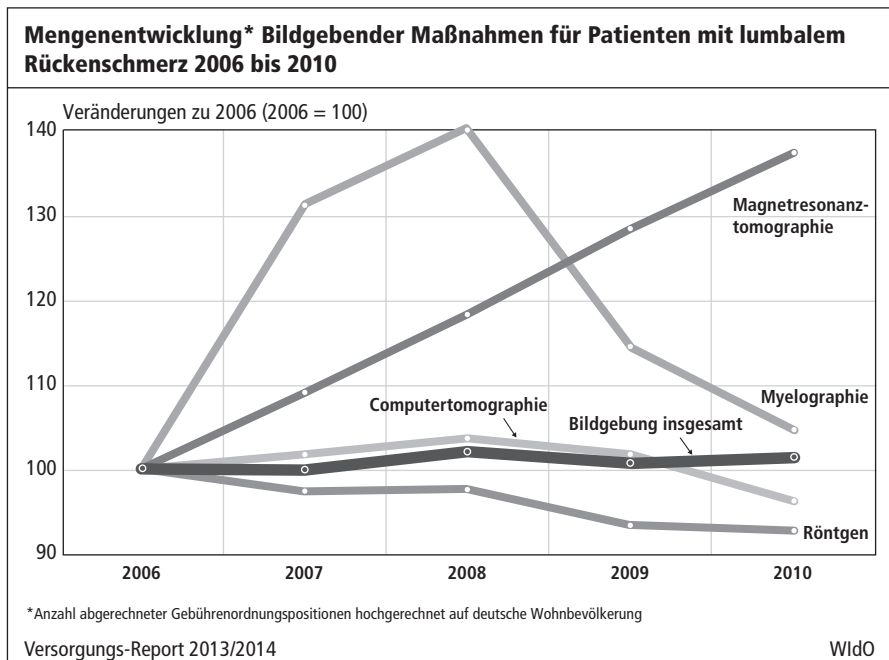


Tabelle 7-7

Bildgebende Maßnahmen bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz 2006 bis 2010 (standardisiert)

Jahr	Mengenentwicklung (Anzahl GOP*)					Prävalenzentwicklung (Anteil Rückenschmerzpatienten mit GOP*)			
	Computer- tomographie	Magnetresonanztomographie	Myelographie	Röntgen	Bildgebung insgesamt	Computer- tomographie	Magnetresonanztomographie	Myelographie	Röntgen
2006	591 679	1 067 354	5 199	3 950 245	5 614 477	4,0 %	7,0 %	0,027 %	24,4 %
2007	602 344	1 163 156	6 837	3 843 901	5 616 238	4,1 %	7,5 %	0,033 %	23,6 %
2008	612 342	1 263 001	7 331	3 856 966	5 739 640	4,0 %	7,9 %	0,032 %	23,1 %
2009	601 255	1 369 945	5 943	3 688 527	5 665 670	3,8 %	8,4 %	0,027 %	22,1 %
2010	569 843	1 466 242	5 452	3 664 703	5 706 240	3,6 %	9,1 %	0,025 %	22,1 %
	Veränderung in %					Veränderung in %-Punkten			
2010 zu 2006	-3,7 %	37,4 %	4,9 %	-7,2 %	1,6 %	-0,4	2,0	-0,002	-2,3

* Gebührenordnungspositionsnummer

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

suchung nur wenig Einfluss auf die Entscheidung für spezifische Therapien und zum andern sind diese nicht sehr effektiv (Cohen 2012). Veränderungen der knöchernen und diskoligamentären Strukturen werden altersabhängig bei beschwerdefreien Patienten so regelhaft gefunden, dass auch bei klinisch eindeutigen Befunden eine kausale Assoziation der anatomischen Abweichung mit den Beschwerden unsicher ist (Modic 2007; Muraki 2009).

Bildgebung kann negative Effekte auf den Krankheitsverlauf haben und die Heilung behindern, z. B. durch Förderung von Angstvermeidungsüberzeugungen und Katastrophisierung (Ash 2008; Kendrick 2001). Auch aus strahlenhygienischen (Berrington de González 2009) und ökonomischen Gesichtspunkten ist eine Beschränkung der Bildgebung notwendig. Daher empfiehlt die NVL in Übereinstimmung mit internationalen Leitlinien nur bei hinreichenden klinischen Hinweisen oder bei chronischen Schmerzen einmalig eine Bildgebung, im Regelfall eine MRT (NVL 2010).

Im internationalen Vergleich mit anderen Industriestaaten liegt die Prävalenz der Bildgebung in Deutschland sehr hoch, in den Niederlanden z. B. beträgt sie nur 4% (Chenot 2010). Besonders kritisch ist der hohe Anteil der konventionellen Röntgenuntersuchung (über 20% der Patienten mit lumbalem Rückenschmerz), auch wenn ein leicht rückläufiger Trend zu beobachten ist. Das konventionelle Röntgen der Lendenwirbelsäule hat nur einen geringen diagnostischen Wert, z. B. bei Verdacht auf Fraktur. Patienten mit Frakturen wurden jedoch hier ausgeklammert. Es ist unwahrscheinlich, dass bei einem so hohen Anteil von Patienten klinische Hinweise auf eine im konventionellen Röntgen darstellbare Erkrankung vorliegen. Bei ambulanten Patienten liegen bei ca. 10% Warnhinweise, sog. *red flags*, auf eine spezifische Ursache vor, die sich nur bei einem kleinen Bruchteil bestätigen (Donner-Banzhoff 2006). Der Verdacht auf *red flags* ist aber keine Indikation zur sofortigen Bildgebung. Die Häufigkeit des konventionellen Röntgens reflektiert vor allem die gute Verfügbarkeit und ökonomische Zwänge. Die vorhandenen Geräte müssen zumindest ihre Betriebskosten erwirtschaften.

Eine leichte Abnahme ist bei den Computertomographien zu beobachten. Der kontinuierliche Anstieg der strahlenhygienisch unbedenklichen Magnetresonanztomographien gleicht diesen leichten Abfall bei der CT und den starken Rückgang beim Röntgen aber mehr als aus.

Die invasive Myelographie, das Einbringen eines Kontrastmittels in den Rückenmarkskanal, ist eine Reservemethode, wenn MRT-Befunde nicht eindeutig sind. Hier ist keine Zunahme zu beobachten.

Unabhängig von Häufigkeit und Kontinuität der Rückenschmerzen wird je Patient eine Bildgebung im Verlauf der Krankheitsgeschichte als ausreichend erachtet. Trotzdem finden sich viele Patienten mit Mehrfach-Bildgebung. Bei einer Auszählung bildgebender Maßnahmen¹¹ je Patient wurden, um den unterschiedlichen Krankheitsverläufen Rechnung zu tragen, alle Versicherten mit Rückenschmerzdiagnosen im Fünf-Jahres-Zeitraum 2006 bis 2010 gezählt, unabhängig von der Dauer oder der Kontinuität der Diagnosekodierung. Über die fünf betrachteten Jahre gab es hochgerechnet insgesamt 23,0 Mio. Patienten, die in mindestens einem der Jahre Rückenschmerzdiagnosen aufwiesen. Davon erhielten 58,2% (13,4 Mio.) im Zeitraum mindestens eine

11 Gezählt wurden die fünf weiter oben aufgeführten GOP.

Bildgebung (pro Jahr waren es rund 30%).¹² Bei einer einzigen bildgebenden Maßnahme bleibt es jedoch nicht. Von den 13,4 Mio. Patienten erhielt etwa jeder Vierte (26,3%) eine zweite Bildgebung in den fünf Jahren, bei 12,9% wurden drei, bei 14,0% mehr als drei bildgebende Verfahren durchgeführt. Damit blieb es lediglich bei 46,7% der Patienten bei nur einer Bildgebung.¹³

Es wäre zu einfach, Ärzten vor allem pekuniäre Motive für die häufige Veranlassung von Bildgebung zu unterstellen. Es ist bekannt, dass viele Ärzte annehmen, dass die Bildgebung nützlich ist und auch annehmen, dass Patienten eine Bildgebung wünschen (Chenot 2008). Spezialisten haben auch Druck, sich aus forensischen Gründen über eine Bildgebung abzusichern.

7.4.2 Spezielle therapeutische Verfahren

Bei den Verfahren handelt es sich im Wesentlichen um schmerztherapeutische Maßnahmen, die im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich erbracht und abgerechnet werden. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf komplementärmedizinischen Maßnahmen. Die untersuchten Verfahren und deren Gebührenordnungsziffern sind Tabelle 7–8 zu entnehmen. Einschränkend ist zu beachten, dass durch regionale selektivvertragliche

Tabelle 7–8

Gebührenordnungsziffern spezieller therapeutischer Verfahren, die zur Behandlung von Rückenschmerz-Patienten abgerechnet werden

30201	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule
30700	Grundpauschale für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V
30702	Zusatzpauschale für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V
30791	Durchführung einer Körperakupunktur und ggf. Revision des Therapieplans gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Behandlung bei den Indikationen chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, oder chronischen Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose
30722	Sympathikusblockade (Injektion) am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang
30723	Ganglionäre Opioid-Applikation
30724	Analgesie eines oder mehrerer Spinalnerven und der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia
30731	Plexusanalgesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis), Spinal- oder Periduralanalgesie (auch kaudal), einseitig oder mittels Katheter (auch als Voraussetzung zur Applikation zytostatischer, antiphlogistischer oder immunsuppressiver Substanzen)
2360	Behandlung mit Lokalanästhetika
34503	Bildwandlergestützte Intervention an der Wirbelsäule

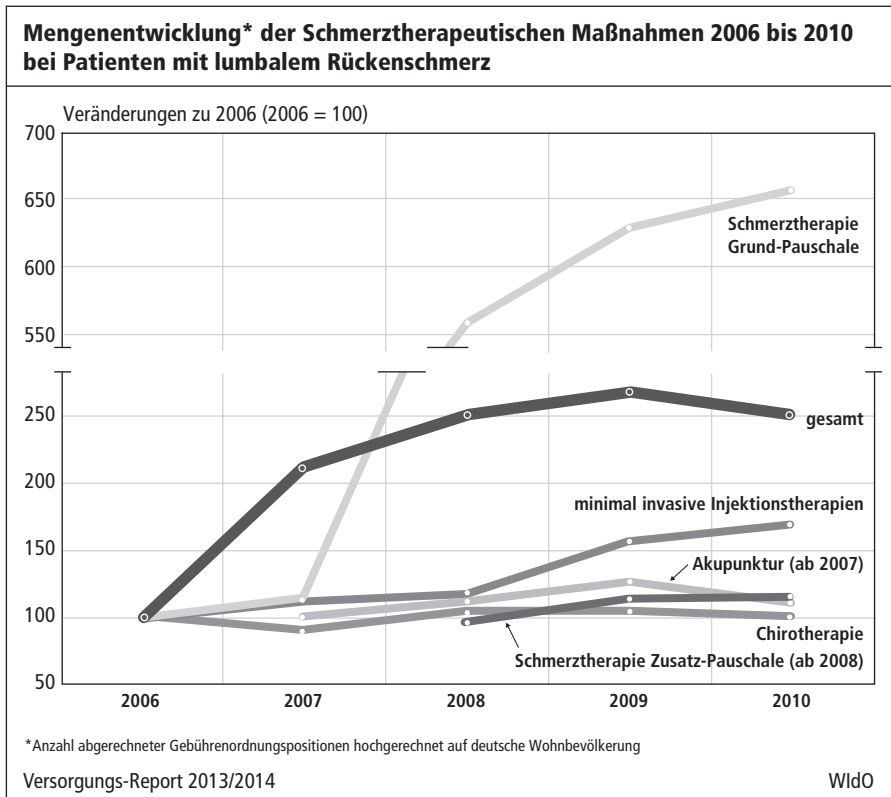
Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

12 Es ist nicht auszuschließen, dass die Quote von 58% den Anteil eher unterschätzt, weil aufgrund des Untersuchungsdesigns nicht alle Patienten individuell über fünf Jahre nachverfolgt wurden. Andererseits jedoch dürfte eine Bildgebung häufig bei erstmaligem Auftreten des Rückenschmerzes erfolgen, also kurz vor, im oder kurz nach dem ersten Diagnosequartal.

13 Dieser Wert dürfte sich bei individueller Nachverfolgung über fünf Jahre ab dem ersten Diagnosequartal noch weiter verringern.

Abbildung 7–4



Vereinbarungen z. B. in der hausarztzentrierten Versorgung ab dem Jahr 2009 einige Leistungen, wie etwa die Akupunktur, außerhalb der kollektiven vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden können. Derartige Fälle sind in den vorliegenden Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V nicht enthalten.

Einen Überblick über die Mengenentwicklung der schmerzspezifischen Abrechnungsziffern bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz (Patienten mit Krebserkrankungen oder Frakturen wurden ausgeschlossen) zeigt Abbildung 7–4.

Insgesamt wurden bei den Patienten mit Rückenschmerz in den fünf Jahren hochgerechnet rund 68 Mio. Ziffern abgerechnet. Der Anstieg von 6 Mio. (2006) auf 16 Mio. (2010) betrug 152% und resultiert hauptsächlich aus der Aufnahme der Akupunktur in den GKV-Leistungskatalog sowie einer vermehrten Abrechnung von Schmerztherapiepauschalen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V (siehe auch Abschnitt „Spezielle Schmerztherapie“). Das Kostenvolumen der im Jahr 2010 angegebenen 16 Mio. Maßnahmen betrug rund 270 Mio. Euro.¹⁴

¹⁴ Basis: Die jeweilige Punktzahl der Gebührenordnungsziffern wurde mit dem durch den Bewertungsausschuss festgelegten Orientierungswert des Jahres 2010 von 3,5048 Cent multipliziert.

Spezielle Schmerztherapie

Schmerztherapie ist eine Aufgabe für alle Ärzte. 1996 wurde die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie eingeführt, um ein ambulantes Angebot für Patienten mit schwierig zu behandelnden und chronischen Schmerzen in der ambulanten Versorgung zu schaffen. Insbesondere für chronische Schmerzpatienten, deren Bedürfnisse in der Regelversorgung oft nicht ausreichend berücksichtigt werden können, ist diese Möglichkeit wichtig. Das Leistungsspektrum und die Qualifikation der Anbieter ambulanter Schmerztherapie sind heterogen und abhängig von der Grundqualifikation der Anbieter (Dietl 2011). Zurzeit gibt es in Deutschland ca. 800 niedergelassene Schmerztherapeuten, die regional sehr ungleich verteilt sind.

Tabelle 7–9 zeigt die Abrechnungshäufigkeit und den Anteil der Patienten, bei denen die Schmerztherapiegrundpauschale (GOP 30700) oder die Zusatzpauschale (GOP 30702) abgerechnet worden sind. Bei der Grundpauschale zeigt sich ein außergewöhnlich starker Anstieg zwischen 2007 und 2008 um über 500 %. Dies könnte mit der Einführung der neuen Abrechnungsziffer (GOP 30702) zusammenhängen, die die vorher betriebswirtschaftlich als unterbewertet eingeschätzte Schmerztherapie attraktiver gemacht hat. Die Zusatzpauschale kann erst seit 2008 abgerechnet werden.

Seitdem ist ein langsames Ansteigen sowohl der Abrechnungsfrequenz als auch der Abrechnungsprävalenz zu beobachten. Ab dem Jahr 2009 kann sich der Anstieg u. a. deshalb verlangsamen, weil im Rahmen selektivvertraglicher Vereinbarungen schmerztherapeutische Leistungen unter Umständen nicht mehr über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden (etwa wenn Ärzte mit schmerztherapeutischer Weiterbildung für die Behandlung von Schmerzpatienten pauschal vergütet werden). Diese Leistungen wären in der Zählung von Gebührenordnungsziffern des EBM nicht enthalten und hier nicht sichtbar.

Routinedaten erlauben im Moment keine über die Deskription hinausgehenden Schlüsse zur Fehl-, Unter- oder Überversorgung. Ein aktueller HTA-Report zur Schmerzversorgung in Deutschland konnte auch zu keiner abschließenden Bewer-

Tabelle 7–9

Spezielle Schmerztherapie bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz 2006 bis 2010 (standardisiert)

Jahr	Mengenentwicklung (Anzahl GOP*)		Prävalenzentwicklung (Anteil Rückenschmerz-Patienten mit GOP*)	
	Grundpauschale GOP 30700	Zusatzpauschale GOP 30702	Grundpauschale GOP 30700	Zusatzpauschale GOP 30702
2006	102 570	0	0,7 %	0,0 %
2007	115 168	0	0,8 %	0,0 %
2008	573 222	519 893	1,7 %	1,6 %
2009	645 149	583 578	1,9 %	1,7 %
2010	673 914	607 553	1,8 %	1,8 %
Veränderung in %		Veränderung in %-Punkten		
2010 zu 2006	557,0 %	16,9 % [#]	1,1	0,2 [#]

* Gebührenordnungspositionsnummer; [#] 2010 zu 2008

tung kommen (Dietl 2011). Es muss bei der Interpretation auch beachtet werden, dass Rückenschmerzpatienten sehr häufig auch noch Schmerzen in anderen Körperregionen haben, die bei der Schmerztherapie im Vordergrund stehen können (IGES 2011). Routinedaten könnten in Zukunft genutzt werden, um den Nutzen und die Konsequenzen der Inanspruchnahme spezieller Schmerztherapie zu evaluieren. Von besonderem Interesse wäre die Assoziation mit Opiatverordnung, invasiven Injektionstherapien und psychotherapeutischen Verfahren. Die Anbieter spezieller Schmerztherapie wären vom Prinzip her geeignet, das in der NVL vorgeschlagene multimodale Assessment durchzuführen. Allerdings ist außerhalb von Schmerzkliniken die dazu notwendige schmerzpsychologische Kompetenz im ambulanten Bereich bisher nicht ausreichend verfügbar. Bei regionalen Betrachtungen muss auch immer die hier nicht berücksichtigte Verfügbarkeit stationärer Schmerztherapie berücksichtigt werden. Insbesondere bei anhaltenden und chronischen Schmerzen müssen in der Betrachtung auch die hier nicht zur Verfügung stehenden Daten zur Rehabilitation einbezogen werden. In der Praxis ist es oft schwierig, zwischen Kuration und Rehabilitation zu trennen.

Chirotherapie

Die Chirotherapie oder manuelle Therapie ist eine traditionelle Behandlungsmethode für muskuloskeletale Beschwerden, die zu den komplementärmedizinischen Therapien gezählt wird. Chirotherapie wird von Ärzten, Physiotherapeuten und Naturheilpraktikern angeboten. Bestimmte Techniken (Manipulation = Techniken mit Impuls) stehen in Deutschland offiziell unter Arztvorbehalt. fast alle der ca. 5 000 niedergelassenen Orthopäden und ca. 8 % der ca. 60 000 Hausärzte haben die notwendige Qualifikation, um chirotherapeutische Leistungen abzurechnen (Bundesarztregister). Im Folgenden wird nur auf die Abrechnungsdaten für chirotherapeutische Eingriffe an der Wirbelsäule (GOP 30201) eingegangen, wobei diese GOP im Regelfall nur einmal im Quartal abrechnet werden darf. Es ist möglich, dass die Anzahl der Eingriffe durch alternative Abrechnung chirotherapeutischer Eingriffe an den Extremitäten (GOP 30200) unterschätzt wird.

Tabelle 7–10

Chirotherapie bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz 2006 bis 2010 (standardisiert)

Jahr	Mengenentwicklung (Anzahl GOP*)	Prävalenzentwicklung (Anteil Rückenschmerz-Patienten mit GOP*)
2006	6 126 921	23,5 %
2007	5 726 685	22,2 %
2008	6 407 263	23,3 %
2009	6 396 303	23,2 %
2010	6 048 315	22,4 %
Veränderung in %		Veränderung in %-Punkten
2010 zu 2006	-1,3%	-1,1

* Gebührenordnungspositionsnummer 30201

Insgesamt zeigt sich wenig Dynamik bei der Chirotherapie (Abbildung 7–4). Die Anzahl der abgerechneten Eingriffe ist ebenso wie der Anteil der Patienten mit Chirotherapie im Untersuchungszeitraum relativ stabil geblieben (Tabelle 7–10). Zwar wurde bis 2010 die Chirotherapie extrabudgetär vergütet, durch die Festlegung eines Fachgruppenschlusses für die Abrechnungshäufigkeit gab es aber keinen wirtschaftlichen Anreiz, die Anzahl der chirotherapeutischen Eingriffe zu erhöhen. Die Einführung der qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) im Jahr 2010, die ein Ausweichen Abrechnungsberechtigter auf andere Leistungen ermöglicht hat, könnte sich in Zukunft auf die Abrechnungshäufigkeit auswirken.

Der Nutzen der Chirotherapie ist durch Studien nicht sicher belegt (Rubinstein 2011; Rubinstein 2013), dennoch wird Chirotherapie in den meisten Leitlinien (Grothues 2011) wie auch in der NVL als eine mögliche Option aufgeführt. In dieser Situation ist die Anzahl der chirotherapeutischen Abrechnungen schwer zu bewerten. Bei zukünftigen Analysen der Abrechnungsdaten könnte die Kosteneffektivität dieser zusätzlichen Leistung durch Einsparungen in anderen Bereichen, z. B. weniger Verordnung von Physiotherapie oder weniger Folgekonsultationen belegt werden. In einem Review, das keine deutschen Studien enthält, wurde die Chirotherapie bei Rückenschmerzen als kosteneffektiv bewertet (Michaleff 2012).

Akupunktur

Akupunktur gehört ebenfalls zu den komplementärmedizinischen Maßnahmen. Sie wurde erst 2006 nach dem Abschluss der German Acupuncture trials (<http://www.gerac.de/>) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung für die Indikation chronische Rückenschmerzen aufgenommen. Diese Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) war überraschend, da selbst der G-BA die Wirksamkeit nicht für sicher belegt hielt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2006). In dieser bis dahin weltweit größten Studie zeigte sich keine Überlegenheit der Akupunktur im Vergleich zur Pseudoakupunktur, wohl aber im Vergleich zur Routineversorgung. Auch weitere Studien haben die Unsicherheit über die Wirksamkeit nicht ausgeräumt (Lee 2013). Die Qualifikationsanforderungen für Anbieter sind sehr hoch und zeit- und kostenintensiv. Aus ärztlicher Sicht muss dies in die betriebswirtschaftliche Entscheidung, Akupunktur anzubieten, einfließen. Etwa die Hälfte aller niedergelassenen Orthopäden und ca. 8 % der niedergelassenen Hausärzte haben diese Qualifikation.

Mit der erstmaligen Abrechnungsmöglichkeit im Jahr 2007 war eine Akupunktur bei 5,8 % der Patienten durchgeführt worden (Tabelle 7–11). Bis 2009 zeigt sich eine stetige jährliche Zunahme, 2010 war die Inanspruchnahme von Akupunktur leicht rückläufig (Abbildung 7–4).

Die Akupunktur war zunächst eine extrabudgetäre Leistung, die jedes Jahr intensiver genutzt wurde. Seit 2010 unterliegt die Akupunktur einer Mengengrenzung und ist als Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) im Prinzip budgetiert. Man sah durch Mengenausweitung der Akupunktur die Finanzierung der Regelversorgung gefährdet (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010). Die leichte Abnahme im Jahr 2010 ist eventuell bereits Ausdruck dieser Abrechnungsreform.

Aussagen zur Indikationsstellung für die Akupunktur sind nur eingeschränkt möglich, da es kaum Kontraindikationen gibt und bisher keine Merkmale von Patienten identifiziert worden sind, die von Akupunktur am ehesten profitieren können (Witt

Tabelle 7–11

Akupunktur bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz 2006 bis 2010 (standardisiert)

Jahr	Mengenentwicklung (Anzahl GOP*)	Prävalenzentwicklung (Anteil Rückenschmerz-Patienten mit GOP*)
2006	0	0,0 %
2007	7 521 817	5,8 %
2008	8 301 004	6,2 %
2009	9 243 409	6,7 %
2010	8 403 518	6,2 %
	Veränderung in %	Veränderung in %-Punkten
2010 zu 2007	11,7 %	0,4

* Gebührenordnungspositionsnummer 30791

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

2011). Die Akupunktur erfreut sich einer hohen Akzeptanz und Beliebtheit in der Bevölkerung. Bei einer Befragung durch das Institut für Demoskopie Allensbach gaben 61 % der befragten Deutschen eine positive Einstellung zur Akupunktur an (IfD Allensbach 2001). Die Studienlage zur Wirksamkeit von Akupunktur (insbesondere bei der Bewertung der Langzeitwirkung) ist inkonsistent. Damit ist die Akupunktur mit ihrem unsicheren Wirknachweis und der hohen Akzeptanz ein Paradebeispiel für einen Gegensatz zwischen der Public-Health-Perspektive und Patientenwünschen an die Versorgung. Allerdings konnte in mehreren Studien die Kosteneffektivität von Akupunktur belegt werden (Lin 2011), auch in Deutschland (Witt 2006).

Injektionstherapien

Injektionstherapien bei Rückenschmerzen sind traditionell weit verbreitet. Injiziert werden vornehmlich Lokalanästhetika, Nichtsteroidale Antirheumatika und Kortikosteroide. Wegen fehlender Nutzennachweise und assoziierten Risiken werden diese international in Leitlinien nicht empfohlen (NVL 2010). Neben der „blinden“ lokalen Injektion gibt es bildgestützte Injektionsverfahren, die zum Teil auch diagnostisch durchgeführt werden. Die blinden lokalen Injektionen können mit Routinedaten nicht exakt erfasst werden – zum einen, weil es keine Gebührenpositionsnummer dafür gibt und zum anderen, weil die Injektionsampullen aus dem Praxisbedarf keinem Patienten bzw. keiner Diagnose zugeordnet werden können.

In Abbildung 7–4 bzw. Tabelle 7–12 sind daher nur die über die Gebührensätze 30722, 30723, 30724, 30731, 02360 und 34503 abgerechneten minimal-invasiven Injektionstherapien bei Patienten mit Rückenschmerzen dargestellt. Viele Formen der invasiven Injektionstherapien, die nur stationär durchgeführt werden oder nicht von der GKV übernommen werden (wie die umstrittene Injektion von Conotoxin oder Botulinumtoxin oder auch Sklerotherapien), werden hier nicht erfasst, sodass die Anzahl minimal-invasiver Therapien hier eher unterschätzt wird. Zusätzlich gibt es noch minimal-invasive Ablationsverfahren, die im engeren Sinne nicht zu den Injektionstherapien gehören. Auch diese bleiben unberücksichtigt.

Es zeigt sich eine starke Zunahme dieser invasiven Injektionstherapien um 69 % im Untersuchungszeitraum (Abbildung 7–4 und Tabelle 7–12). Auch erhalten zu-

Tabelle 7–12

Minimal-invasive Injektionstherapie bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz 2006 bis 2010 (standardisiert)

Jahr	Mengenentwicklung (Anzahl GOP*)	Prävalenzentwicklung (Anteil Rückenschmerz-Patienten mit GOP*)
2006	69 663	0,18 %
2007	76 326	0,20 %
2008	80 919	0,33 %
2009	107 736	0,49 %
2010	117 628	0,55 %
Veränderung in %		Veränderung in %-Punkten
2010 zu 2006	68,9 %	0,36

* Gebührenordnungspositionennummern 30722, 30723, 30724, 30731, 02360, 34503

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

nehmend mehr Patienten eine Injektionstherapie, die Prävalenz dieser Therapieform hat sich von 2006 bis 2010 von 0,2 auf 0,5 verdreifacht (+197%). Ein ähnlicher Anstieg wurde auch in den USA beobachtet (Deyo 2009).

Der Nutzen der Injektionstherapien ist umstritten bzw. nicht sicher belegt, insbesondere fehlt ein nachweisbarer nachhaltiger Nutzen über wenige Tage hinaus (Friedmann 2006; Staal 2008). Zu den Risiken gehören Verletzungen, Blutungen, allergischen Reaktionen, Infektionen und sterile Abszesse mit teilweise tödlichem Ausgang (Holland 2012). Daher werden sie für nicht-spezifische Rückenschmerzen in der NVL prinzipiell nicht empfohlen. In der Praxis ist der Begriff nicht-spezifische Rückenschmerzen nicht scharf abgrenzbar, zudem ist es relativ willkürlich, welche ICD-Codes als nicht-spezifisch oder spezifisch angesehen werden. Da der Nutzen der Injektionstherapien auch für spezifische Rückenschmerzformen nicht sicher belegt ist, spielt dies aber nur ungeordnete Rolle. Ein aktueller Review kann bei radikulären Rückenschmerzen keinen gesicherten Nutzen für Patienten erkennen (Quaraisi 2012; Pinto 2012). Gleiches gilt für Steroidinjektionen in die Iliosakralgelenke (Hansen 2012) und Steroidinjektion bei Spinalkanalstenose (Radcliff 2013). Die Annahme, dass Rückenschmerzen ein mechanischer Entzündungsprozess zugrunde liegt, der durch Steroide beeinflusst werden kann, ist überhaupt in Zweifel geraten (Balagué 2012). Dem hohen Umfang der Injektionstherapien in der Versorgung stehen meist nur sehr kleine kontrollierte Studien gegenüber, sodass sich die Einschätzung des Nutzens immer wieder ändert. Eine verbesserte Evidenzgrundlage für den Nutzen von Injektionstherapien und die Auswahl von Patienten, die am ehesten davon profitieren können, ist dringend notwendig. Routinedaten können genutzt werden, um Hypothesen zu überprüfen, ob eine regionale überdurchschnittliche Häufigkeit von Injektionstherapien mit einer verringerten Operationshäufigkeit oder einem verringerten Opioidverbrauch korreliert.

Opioide

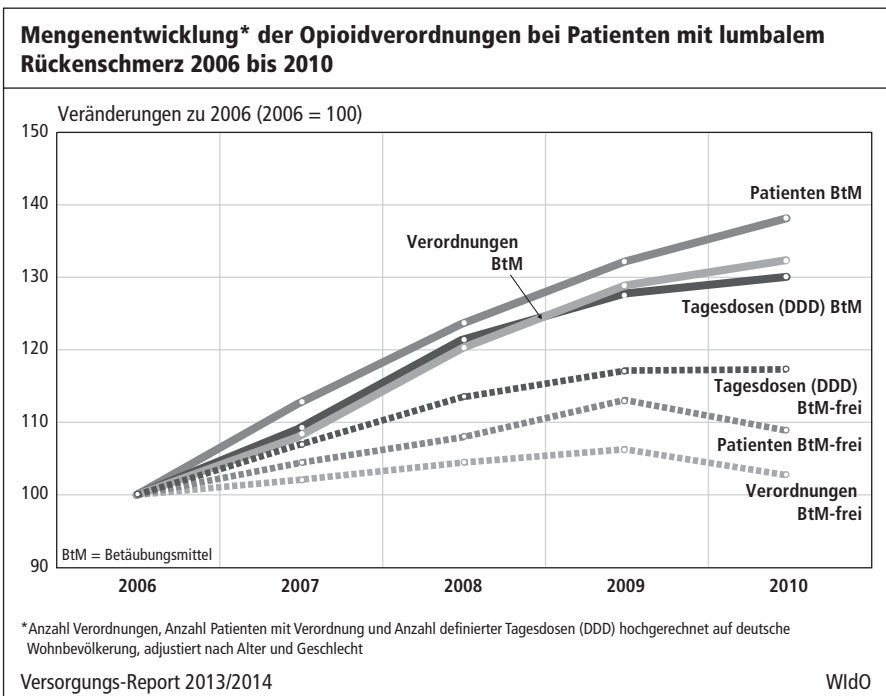
Das WHO-Stufenschema¹⁵ gilt immer noch als Standard in der Schmerztherapie, wenn auch einige Kritiker eine Unterversorgung insbesondere Älterer befürchten. Opioide werden aber mittlerweile überwiegend für nichttumorbedingte Schmerzen eingesetzt und die Verordnungen nehmen ständig zu (Schubert 2013).

Dieser Trend bestätigt sich auch für die Indikation Rückenschmerzen, wobei der Anstieg der Betäubungsmittelrezept-Verordnungen von 2006 auf 2010 mit 32% etwas hinter dem Anstieg bei den Patienten, die Opioide erhalten (38%), zurückbleibt (Abbildung 7–5). Daraus ergibt sich eine Dosisabnahme pro Patient mit Opioidgaben (BtM-Präparate; Tabelle 7–13).

Man kann annehmen, dass die Verordnungszahlen die tatsächliche Verordnungsrate für Rückenschmerzpatienten etwas überschätzen, etwa durch Täuschung von Ärzten zur Erlangung von Rezepten bei Opiatabhängigkeit. Auch die häufige Koinzidenz anderer Schmerzen, für die ebenfalls Opioide verordnet werden können, dürfte zu einer Überschätzung beitragen. Ob eine Über- oder sogar eine Unterversorgung mit Schmerzmitteln vorliegt, lässt sich aus den Verordnungsdaten nicht ableiten. Dazu sind verfeinerte Analysen notwendig, insbesondere zur Kontinuität der Opiatverordnung und der begleitenden Verordnung von Laxativen.

7

Abbildung 7–5



15 Zur medikamentösen Schmerztherapie empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Vorgehen in drei Stufen: 1. Nicht-Opioideanalgetika (wie z. B. Paracetamol oder Metamizol); 2. Niedrigpotente Opioideanalgetika (wie z. B. Tramadol) ggf. in Kombination mit Nicht-Opioideanalgetika und 3. Hochpotente Opioideanalgetika (wie z. B. Morphin), ggf. in Kombination mit Nicht-Opioideanalgetika.

Tabelle 7–13

Opioidverordnungen bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz 2006 bis 2010 (standardisiert)

Jahr	Mengenentwicklung				Prävalenzentwicklung	
	Anzahl Verordnungen		Tagesdosen (DDD) je Patient		Anteil Rückenschmerz-Patienten mit Verordnung	
	BtM-frei	BtM	BtM-frei	BtM	BtM-frei	BtM
2006	5353051	1918109	79	189	10,9 %	2,1 %
2007	5481096	2074585	81	184	11,3 %	2,3 %
2008	5600346	2311580	83	185	11,3 %	2,4 %
2009	5704258	2466020	82	183	11,7 %	2,6 %
2010	5518068	2538768	85	178	11,4 %	2,7 %
	Veränderung in %				Veränderung in %-Punkten	
2010 zu 2006	3,1%	32,4%	7,5%	-5,8%	0,5	0,7

BtM = Betäubungsmittel

Versorgungs-Report 2013/2014

WldO

Der Nutzen von nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegenden Opioiden (Stufe 2 im WHO Schema) und Betäubungsmittelrezeptpflichtigen Opioiden (Stufe 3 im WHO Schema) bei Rückenschmerzen ist umstritten und für die Langzeitanwendung nicht belegt (White 2011). Aus der Versorgungsforschung gibt es Hinweise dass eine Opiatverordnung den weiteren Verlauf bei Rückenschmerzen ungünstig beeinflusst (Volinn 2009). Eine deutsche Sekundärdatenanalyse (DAK Daten) konnte hingegen zeigen, dass eine kontinuierliche Verordnung von Opioidtherapie mit weniger AU-Tagen bei Berufstätigen assoziiert war (Höer 2011).

Die NVL Kreuzschmerz empfiehlt Opioide nur, wenn einfache Schmerzmittel der WHO-Stufe 1 nicht ausreichend wirken. Betäubungsmittelrezeptpflichtige Opioide werden nur im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts empfohlen. Damit stimmt die NVL mit der Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS-LL) überein.

Die Verordnung von Opioiden bei chronischen Rückenschmerzen sollte wegen des Nebenwirkungsprofils und umstrittener Wirksamkeit die Ausnahme bleiben (Deshpande et al. 2007). Eine regelmäßige Kontrolle und Absetzen der Opioide bei Wirkungslosigkeit wird empfohlen. Es fällt aber in der Praxis oft schwer, eine einmal begonnen Opiattherapie abzusetzen. In den USA wurde eine starke Zunahme von Komplikationen und Todesfällen durch verordnete Opioide beobachtet (McCarthy 2012). Gute Daten zur Abhängigkeit und Komplikationen durch verordnete Opioide fehlen in Deutschland. Allerdings werden Opioide als Substanzklasse bei den Hinweisen zu schädlichem Medikamentengebrauch und Medikamentenabhängigkeit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft ausdrücklich aufgeführt (Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft 2007).

7.5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die hier vorgestellten Versorgungsdaten bestätigen einen auch in anderen Industriestaaten beobachteten soziodemographisch nicht erklärbaren Trend zu einer deutlich zunehmenden Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen mit zum Teil wissenschaftlich nicht sicher belegtem Nutzen. Gleichzeitig wurde im selben Zeitraum eine starke Zunahme (plus 118%) der Rückenoperationen beobachtet (Schäfer 2013). Die quantitative Steigerung der Leistungen bei Rückenschmerzen hat offenbar zu keiner qualitativen Verbesserung der Versorgung geführt, da die Zahl der Rückenoperation nicht zurückgegangen ist. Umgekehrt haben die Operationen zu keinem Rückgang bei den konservativen und semiinvasiven Verfahren geführt. Das spricht für eine mangelnde Effektivität und Nachhaltigkeit der gegenwärtigen Praxis der Versorgung von Rückenschmerzpatienten.

Mögliche Erklärungen für die Zunahme von diagnostischen und therapeutischen Leistungen sind eine durch die Vergütungsstrukturen induzierte Nachfrage, eine veränderte Akzeptanz des Symptoms auf Patientenseite, ein erhöhter äußerer Druck durch die sozialen Sicherungssysteme und Defensivmedizin bei rechtlicher Unsicherheit. Forensisch besteht das Problem, dass es risikobehafteter ist, auf eine eventuell notwendige Maßnahme zu verzichten als bei einer nur fraglich indizierten Maßnahme mit einer dokumentierten Aufklärung eine Komplikation oder Wirkungslosigkeit in Kauf zu nehmen. Aus individueller Sicht der Patienten und ihrer behandelten Ärzten kann die höhere Inanspruchnahme von Leistungen sogar als positive Entwicklung betrachtet werden: Sie bedeutet für beide Seiten eine höhere Sicherheit, dass die Optionen, einen möglichen Behandlungserfolg zu erzielen, genutzt werden. Aus Public-Health-Sicht ist die Polypragmasie bei Rückenschmerzen ein massives Problem. Die ineffektiv eingesetzten finanziellen Mittel fehlen an anderen Stellen, z. B. für die von der NVL eingeforderte bessere schmerzpsychologische Betreuung sowie für Aufklärung und Beratung. Neben dem Nutzen für einzelne Patienten müssen auch potenzielle Schäden wie Opiatsucht oder Komplikationen der Injektionstherapien in Betracht gezogen werden.

Bisherige epidemiologische Untersuchungen zeigen keinen Rückgang der Prävalenz von Rückenschmerzen als Indikator für eine effektivere und nachhaltige Wirksamkeit der medizinischen Leistungen. Es ist unklar, ob die hohe muskuloskelettale Schmerzprävalenz in der Bevölkerung durch Interventionen überhaupt wesentlich beeinflusst werden kann und welche Maßnahmen dazu am effektivsten sind. In diesem Zusammenhang sind Empfehlungen der NVL Kreuzschmerz zu sehen. Diese gibt auf der einen Seite viele negative Empfehlungen, etwas zu unterlassen, fordert aber auch eine stärkere Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren.

Ein kontinuierliches Monitoring der Inanspruchnahme von Leistungen für Rückenschmerzen und der damit verbundenen Kosten sowie des Nutzen ist wünschenswert. Dies kann dazu beitragen, eine rationalere gesundheitspolitische Steuerung der Ressourcen zugunsten der Patienten voranzubringen, die am meisten Zuwendung brauchen und am ehesten profitieren können. Notwendig sind gute kontrollierte Studien. Darüber hinaus sollten Routinedaten stärker genutzt werden, um Versorgungseffekte von Interventionen abzuschätzen. Geeignete Datengrundlagen stehen zunehmend zur Verfügung und die entsprechenden Verfahren der Versorgungsforschung etablieren sich.

Literatur

- Agency for Health Care and Policy. Acute low back problems in adults. AHCPR Publication 1994; No. 95-0642.
- Artus M, van der Windt DA, Jordan KP, Hay EM. Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology* 2010; 49: 2346–56.
- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft 2007.
- Ash LM, Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PN. Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2008; 29: 1098–103.
- Balagué F, Piguet V, Dudler J. Steroids for LBP – from rationale to inconvenient truth. *Swiss Med Wkly* 2012; 142: w13566.
- Berrington de González A, Mahesh M, Kim KP, Bhargavan M, Lewis R, Mettler F, Land C. Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007. *Arch Intern Med* 2009;169: 2071–7.
- Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 463–72.
- Chenot JF, Scherer M, Becker A, Leonhardt C, Keller S, Donner-Banzhoff N, Baum E, Pflingsten M, Basler HD, Kochen MM. Acceptance and perceived barriers of implementing a guideline for managing low back in general practice. *Implement Sci* 2008; 3: 7 doi:10.1186/1748-5908-3-7.
- Chenot JF, Kochen MM, Schmidt CO. Das Einhalten von Leitlinien und die Qualität der ambulanten Versorgung von Rückenschmerzpatienten. In: Hrsg. Böcken J, Braun B, Landmann J: Gesundheitsmonitor 2009. 1. Auflage. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2009: 135–55.
- Chenot JF, Pieper A, Kochen MM, Himmel W. Kommunikation und Befundaustausch zwischen Hausärzten und Orthopäden bei Rückenschmerzen – eine retrospektive Beobachtungsstudie. *Schmerz* 2009; 5: 49–54.
- Chenot JF. Rückenschmerz. Qualitätsindikatoren für die Behandlung. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft GmbH 2010.
- Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol MA. Physician variation in diagnostic testing for low back pain. Who you see is what you get. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 15–22.
- Cohen SP, Gupta A, Strassels SA, Christo PJ, Erdek MA, Griffith SR, Kurihara C, Buckenmaier CC 3rd, Cornblath D, Vu TN. Effect of MRI on treatment results or decision making in patients with lumbosacral radiculopathy referred for epidural steroid injections: a multicenter, randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2012; 172: 134–42.
- Dietl M, Korczak D. Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung. 2011 in Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) In der Bundesrepublik Deutschland http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta301_bericht_de.pdf
- Donner Banzhof N, Roth T, Sönnichsen AC, Luckmann J, Leonhardt C, Chenot JF, Becker A, Keller S, Griffiths F, Baum E. Evaluating a simple heuristic to identify serious causes of low back pain. *Fam Pract* 2006; 23: 682–86.
- Friedman BW, Holden L, Esses D, Bijur PE, Choi HK, Solorzano C, Paternoster J, Gallagher EJ. Parenteral corticosteroids for Emergency Department patients with non-radicular low back pain. *J Emerg Med* 2006; 31: 365–70.
- Deshpande A, Furlan AD, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk D. Opioids for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD004959. DOI: 10.1002/14651858.CD004959.pub3.
- Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS). Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-0031.pdf.
- Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off? *J Am Board Fam Med* 2009;22: 62–8.

- Gemeinsamer Bundesausschuss. Akupunktur zur Behandlung von Rücken- und Kniebeschmerzen wird Kassenleistung. 2006. <http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/83/>
- Grothues J, Chenot JF. Empfehlungen zur Manuellen Therapie bei lumbalen Rückenschmerzen in klinischen Leitlinien – Ein systematischer Review. *Man Ther* 2011; 15: 95–104.
- Haldeman S, Dagenais S. A supermarket approach to the evidence-informed management of chronic low back pain. *Spine J*. 2008; 8: 1–7.
- Hansen H, Manchikanti L, Simopoulos TT, Christo PJ, Gupta S, Smith HS, Hameed H, Cohen SP. A systematic evaluation of the therapeutic effectiveness of sacroiliac joint interventions. *Pain Physician* 2012; 15: E247–78.
- Hofreuter K, Koch U, Morfeld M. Social inequality as a predictor of occupational reintegration of chronic back pain patients following medical rehabilitation. *Gesundheitswesen*. 2008; 70: 145–53.
- Holland C, Jaeger L, Smentkowski U, Weber B, Otto C. Septische und aseptische Komplikationen in Verbindung mit Kortikoid-Injektionen. *Dtsch Arztebl* 2012; 109: 425–30.
- Höer A, Freytag A, Schiffhorst G, Schellhammer S, Thiede M, Glaeske G, Häussler B. Opioidtherapie bei Versicherten mit Rückenschmerzen. Sekundärdatenanalyse zur Charakterisierung von Patientengruppen, Einfluss auf Opioidtherapie und Arbeitsunfähigkeit *Schmerz*. 2011; 25 (1): 74–6
- IGES. Versorgungsatlas Schmerz 2011. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft. http://www.grunenthal.de/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=207700299
- Institut für Demoskopie (IfD) Allensbach. Gesundheitsorientierung und Gesundheitsvorsorge. Allensbach 2001 http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_studies/6184_Gesundheitsorientierung.pdf
- Itz CJ, Geurts JW, van Kleef M, Nelemans P. Clinical course of non-specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain* 2013; 17: 5–15.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Informationen für die Praxis. 1 Juli 2010. www.kvsh.de/KVSH/db2b/upload/downloads/praxisinformation_honorarreform%202010%5B1%5D.pdf.
- Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Miller P, Kerslake R, Pringle M. The role of radiography in primary care patients with low back pain of at least 6 weeks duration: a randomised (unblinded) controlled trial. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1–69.
- Lee JH, Choi TY, Lee MS, Lee H, Shin BC, Lee H. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review. *Clin J Pain* 2013; 29: 172–85.
- Michaleff ZA, Lin CW, Maher CG, van Tulder MW. Spinal manipulation epidemiology: systematic review of cost effectiveness studies. *J Electromyogr Kinesiol* 2012; 22: 655–62.
- Modic MT, Ross JS. Lumbar degenerative disk disease. *Radiology* 2007; 245: 43–61.
- Muraki S, Oka H, Akune T, Mabuchi A, En-Yo Y, Yoshida M, Saika A, Suzuki T, Yoshida H, Ishibashi H, Yamamoto S, Nakamura K, Kawaguchi H, Yoshimura N. Prevalence of radiographic lumbar spondylosis and its association with low back pain in elderly subjects of population-based cohorts: the ROAD study. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 1401–6.
- Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen 2010. www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz.
- Pinto RZ, Maher CG, Ferreira ML, Hancock M, Oliveira VC, McLachlan AJ, Koes B, Ferreira PH. Epidural corticosteroid injections in the management of sciatica: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2012; 157: 865–77.
- Quraishi NA. Transforaminal injection of corticosteroids for lumbar radiculopathy: systematic review and meta-analysis. *Eur Spine J* 2012; 21: 214–9.
- Radcliff K, Kepler C, Hilibrand A, Rihn J, Zhao W, Lurie J, Tosteson T, Vaccaro A, Albert T, Weinstein J. Epidural steroid injections are associated with less improvement in patients with lumbar spinal stenosis: a subgroup analysis of the Spine Patient Outcomes Research Trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2013 15; 38: 279–91.
- Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 5.

- Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJJ, De Boer MR, Van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low back pain: an update of the cochrane review. *Spine* 2013; 38: 158–77.
- Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain: an update of a Cochrane review. *Spine* 2011; 36: 825–46.
- Schäfer T, Pritzkeleit R, Hannemann F, Günther KP, Malzahn J, Niethard F, Krauspe R. Trends und regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Wirbelsäulenoperationen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J(Hrsg.) *Krankenhaus-Report 2013*. Stuttgart: Schattauer 2013; 111–33.
- Schlenker RU, zitiert nach BARMER GEK-Arztreport. Deutschland MRT-Weltmeister. *Dtsch Ärztbl* 2011; 108: 241
- Schmidt CO, Raspe H, Pflingsten M, Hasenbring M, Basler D HD, Eich W, Kohlmann T. Back pain in the German adult population. *Spine* 2007; 32: 2005–11.
- Schneider S, Randall D, Buchner M. Why do women have back pain more than men?. A representative prevalence study in the federal republic of Germany. *Clin J Pain* 2006; 22: 738–47.
- Schubert I, Ihle P, Sabatowski R. Zunahme der Opioidverordnungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010: Eine Studie auf der Basis von Krankenkassendaten. *Dtsch Ärztebl* 2013; 110: 45–51.
- Staal JB, de Bie R, de Vet HC, Hildebrandt J, Nelemans P. Injection therapy for subacute and chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 16;(3):CD001824. doi: 10.1002/14651858.CD001824.pub3.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen): Appropriateness and Efficiency. Band III, 2000/2001. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-eng101.pdf>.
- Volinn E, Fargo JD, Fine PG. Opioid therapy for nonspecific low back pain and the outcome of chronic work loss. *Pain* 2009; 142: 194–201.
- Weiner DK, Kim YS, Bonino P, Wang T. Low back pain in older adults: are we utilizing healthcare resources wisely? *Pain Med* 2006; 7: 143–50.
- Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain* 2009; 13: 280–6.
- White AP, Arnold PM, Norvell DC, Ecker E, Fehlings MG. Pharmacologic management of chronic low back pain: synthesis of the evidence. *Spine* 2011; 36: S131–43.
- Witt CM, Jena S, Selim D, Brinkhaus B, Reinhold T, Wruck K, Liecker B, Linde K, Wegscheider K, Willich SN. Pragmatic randomized trial evaluating the clinical and economic effectiveness of acupuncture for chronic low back pain. *Am J Epidemiol* 2006; 164: 487–96.