

Kongressbericht

61. VSOU-Tagung in Baden-Baden

Etwa 3000 Besucher kamen zur 61. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. vom 01.–04. Mai nach Baden-Baden. Der Kongress bot einen Querschnitt durch das Fach, Kontroversen waren eher die Ausnahme.

Baden-Baden bleibt an erster Stelle Forum der konservativen Orthopäden. Und die, das machte die 61. VSOU-Jahrestagung klar, fühlen sich zunehmend in der Defensive. Fast noch mehr als die Jahre zuvor warnten Standesvertreter in Baden-Baden vor dem drohenden Verlust an Themen und Teilgebieten für die konservative Orthopädie, weil ihnen andere Disziplinen die Patienten abjagten.

Mit Dr. Hermann Locher hatte der Kongress dieses Jahr zugleich einen ausgesprochen kunstsinnigen Präsidenten. Der niedergelassene Orthopäde aus Tettmang zeigte bei seiner Festrede zur Eröffnungsfeier seinem Publikum erst mal ein Foto der berühmten Laokoon-Gruppe: Jene Marmorstatue vermutlich aus dem ersten Jahrhundert nach Christus, Kopie eines älteren Vorbilds, das den trojanischen Priester Laokoon mit seinen zwei Söhnen im Würgegriff von Schlangen zeigt. Laokoon, der laut Sage seine lieben Mitbürger aus Troja vor dem hölzernen Pferd warnte, das die Griechen am Strand nach vergeblicher Belagerung zurückgelassen hatten. Die Folgen sind bekannt: Zunächst schickt

Pallas Athena ein paar Schlangen vorbei, die den Warner und seine zwei Söhne töten. Das Holzpferd kommt in die Stadt, und wenig später öffnet die im Bauch versteckte Vorhut den Griechen doch noch die Tore, Troja fällt.

Und auch Locher fuhr mal ganz kurz schweres Geschütz auf: An dieser Stelle könne man ja jetzt mal Assoziationen herstellen, dann sähe man doch glatt die Unfallchirurgen im Bauch des Pferdes warten. Bereit zum Angriff auf die Orthopäden.

Für einen Augenblick sah mancher im voll besetzten und gediegenen Bénazet-Saal des Kurhauses Baden-Baden tatsächlich schon Orthopäden gegen Unfallchirurgen im Kampfgetümmel verschwinden, doch Locher beließ es bei der „assozierten“ Attacke. Ganz abwegig sei der Vergleich nicht, wenn man sähe wie ganze orthopädische Abteilungen in Krankenhäusern komplett in der Unfallchirurgie aufgegangen seien.

Am Ende überwog sein Appell zur gemeinsamen Zukunftsplanung. Noch kön-

ne man sich zwischen „Frontkampf in der Rettungschirurgie“ und „therapeutischem Gespräch“ bewusst sein, dass das gemeinsame Fach vermutlich die größte thematische Spannweite unter allen medizinischen Fächern aufweise. Es sei aber entscheidend, Felder wie die konservative Schmerztherapie, die Sonografie der Säuglingshüfte, medikamentöse Rheumatherapie, manuelle Medizin im Fach zu halten, damit keine „Metallwüste“ aus Endoprothesen übrig bleibt. Orthopäden und Unfallchirurgen müssten zum Beispiel unbedingt die Neuropharmakologie systematisch in die Ausbildung holen. „Sonst ist der Verlust von Rheumatologie und Schmerztherapie vorbestimmt.“

Kämpferische Töne gab es noch von anderen Referenten, allen voran zum Thema Rückenschmerzen. Erneut wurde die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz (im Internet: www.kreuzschmerz-versorgungsleitlinie.de) kritisch kommentiert. Sie rückt bekanntlich den „nicht spezifischen“ Kreuzschmerz in den Mittelpunkt, mahnt zur Zurückhaltung bei Diagnostik und Therapie (siehe auch das Interview auf S. 214). Auf einer Pressekonferenz betonte hingegen IGOSt-Chefin Dr. Cordelia Schott, der unspezifische Rücken- oder Kreuzschmerz stelle letztlich nur das „Spiegelbild einer unzulänglichen Diagnostik“ dar. Die NVL Kreuzschmerz weise den psychologischen Behandlungen die größte Evidenz zu, sekundierte Locher. Alle anderen Dinge, Injektionen, manuelle Medizin fielen bei den „Scharfrichtern der evidenzbasierten Medizin“ durch. Die Weichen seien dadurch falsch gestellt, die psychosoziale Komponente habe eindeutig überhand genommen. Hoffnungen richtete nicht nur er auf eine neue DGOOC-Leitlinienkommission zum „Spezifischen Kreuzschmerz“.

IGOSt, die Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie feierte während des Kongresses ihren 20. Geburtstag. Schott kritisierte heftig die neue Sachlage bei CT/MRT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistungen, für die gerade IGOSt Schulungen anbietet. Der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) hatte bereits 2011 in einer Richtlinie festgelegt, dass solche Leistungen nur noch Ärzte mit der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erbringen oder Überweisungen dafür ausstellen dürfen. Mit Wirkung zum 01. April 2013 hatte Ende 2012 auch der Be-



© VSOU



wertungsausschuss dies nun in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingearbeitet. Das Ergebnis sei ein künstlich verursachter Versorgungsengpass, wettete Schott, da jetzt nur noch etwa 300 Spezialisten bundesweit diese Eingriffe machen dürften.

BVOU-Präsident Helmut Mälzer differenzierte: Es habe bei der interventionellen Radiologie in den letzten Jahren „enorme Wachstumsraten“ gegeben, der Beschluss des G-BA sei prinzipiell in Ordnung. Zumal der BVOU hier eine Chance zur Profilierung sieht. Bei guter Kenntnis in der Anatomie, so Mälzer, könnte ein Experte, alias Orthopäde, die Injektionen auch ohne Bildgebung durchführen, was nicht nur Kosten, sondern auch ein Risiko durch die Röntgenstrahlung spare. Der BVOU plant eine Kampagne: „Es geht auch ohne Radiologie“.

Vier Hauptthemen hatte Locher, zugleich wissenschaftlicher Koordinator der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin und Gründungsmitglied der IGOST, unter dem Kongressmotto „Heute war gestern noch morgen“ zusammengefasst: „Low Back Pain“, „Orthopädie und Traumatologie bei Kindern und Jugendlichen“, „Degenerative und metabolische Veränderungen und Erkrankungen an Knochen, Gelenken und Muskeln“ sowie „Epidemiologie und Versorgungsforschung“.

Politisch wahrte die Tagung nicht unbedingt die Überparteilichkeit. Eine Hauptveranstaltung Special Lecture 1 zum Thema „Tragfähige Gesundheitsversorgung“ brachte an Politikern lediglich Lothar Rietschen von der CDU und Ulrike Flach von der FDP auf das Podium.

Zwei weitere Special Lectures dienten der Diskussion zwischen Grundlagenforschern und Klinikern zur Schmerztherapie. Schon zuvor erwiesen sich allerdings einige der Positionen zur Frage, wann Erkenntnisse der Grundlagenforschung in die Klinik dürfen, als unvereinbar.

Dr. Wolfgang von Heymann, niedergelassener Orthopäde aus Bremen, warb für ein neues Verständnis translationaler Forschung. Patienten, so von Heymann, forderten zwar zunehmend die randomisierte, kontrollierte Studie als Beleg für die Wirksamkeit von Verfahren. Doch diese Studien seien oft so aufwendig, dass sie kaum mehr zu leisten sind. Eine mögliche Alternative, so von Heymann: „Wir können direkt auf Daten aus Tierversuchen zurückgreifen“ – mithilfe dieser translationalen Forschung sei es möglich, Erkenntnisse bei ausreichender Wiederholung gleichartiger Ergebnisse auf den Menschen zu „übertragen“.

Balanciert wurde diese Sicht bei der Pressekongferenz durch eine Präsentation der derzeit einzigen klinischen Studie zur Stammzelltherapie von Arthrose, bei der ein Studienzentrum auch in Deutschland liegt. 12 Mio. Euro zahlt die EU für das Projekt ADIPOA. Es beinhaltet eine Phase-I-Studie, bei der insgesamt 18 Patienten in Montpellier und Würzburg mesenchymale Stammzellen in ein arthrotisches Gelenk erhalten. Die Studie dient dem erhofften Nachweis von Unbedenklichkeit des Verfahrens, eine Phase-II-Studie zum Wirksamkeitsnachweis würde gegebenenfalls 2014 starten. Studienleiter Prof. Maximilian Rudert aus Würzburg warnte vor Euphorie: „Die Effektivität einer Stammzelltherapie muss durch lange Fol-

low-up-Phasen mit Vergleichskollektiven belegt werden, und bis dahin ist es noch ein weiter Weg.“

Endoprothetik: Optimale Versorgung noch zu definieren

Aktiver Player sind die Fachgesellschaften heute auch bei der Versorgungsforschung. Es ist die von einigen Orthopäden mit aufs Gleis gehobene Zusammenarbeit mit der AOK, die beim Versorgungsatlas den Pool an Routinedaten der großen Krankenkasse für eigene Analysen erschließt. Prof. Fritz Niethard, Aachen, präsentierte auch in Baden-Baden aktuelle Zahlen, die manch derzeit medial überhöhte Zuspitzung relativieren.

Zuletzt war es die OECD, die Anfang April 2013 in ihrem Paper „Managing Hospital Volumes“ zum Ergebnis kam, dass Deutschland bei Krankenhausbehandlungen im Ländervergleich Spitze ist. 240 Entlassungen, alias Krankenhausaufenthalte, im Jahr je 1000 Einwohner, der Durchschnitt der OECD-Länder liegt bei 155. Bei künstlichen Hüftgelenken hat Deutschland ebenfalls den Spitzenplatz. Und hält nach dieser Statistik auch einen zweiten Platz bei der stationären Behandlung von Krebskranken. Ersteres, monierte Niethard, habe unter dem Schlagwort Überversorgung seinen Niederschlag in den Medien gefunden, letzteres hingegen gar nicht. Ein Grund mehr für ihn, sich in den eigenen Reihen um diese Fragen zu kümmern.

Und die Analyse der AOK-Daten fächert das Bild deutlich auf. Danach ist die Zahl der Implantationen von Hüft-Endoprothesen zwischen 2005 und 2011 um 3% gesunken. Wie andere Experten betonte auch Niethard, dass obendrein noch völlig offen sei, welche Zahlen bei Endoprothesen überhaupt für eine gute Versorgung angemessen sind: „Das müssen wir ganz neu diskutieren.“

Prof. Klaus-Peter Günther, Dresden, analysierte parallel die seiner Meinung nach wackelige Datenbasis der OECD-Studie. So gibt die OECD für Deutschland 237 555 Implantationen von Hüft-Totalendoprothesen im Jahr 2008 an. Das Statistische Bundesamt kommt im gleichen Jahr auf 209 487. Es sei „spannend“, meinte Günther, dass „30 000 Operationen einfach verschwinden“. Für ihn ein Beispiel für methodische Probleme, die einen Länder-

vergleich à la OECD-Studie heikel machen. Günther empfahl, zuvor dafür zu sorgen, dass überall gleiche Kodiersysteme verwendet werden, eine klare Unterscheidung von Indikationen, eine Trennung Erst- und Revisionsoperation und eine einheitliche Altersstandardisierung. Ohne Zweifel stünde Deutschland zwar bei der Endoprothetik auch international zusammen mit anderen Ländern, etwa der Schweiz, oben bei der Versorgung. Die öffentliche Diskussion hierzulande stimme trotzdem nicht. Günther: „Wir haben sicher eine gute Versorgung, aber nicht eine, die jenseits von Gut und Böse ist.“

Kritisch sehen DGOOC und AOK die Zahl der Eingriffe an der Wirbelsäule. Hier zeigt der Versorgungsatlas zwischen 2005 und 2011 einen Anstieg der operativen Eingriffe um 227% allein bei den Repositionen. Da sei ein falscher ökonomischer Fehlanreiz gegeben, betonte Niethard: „Das finden wir als Fachgesellschaft nicht gut.“

Besonders aufschlussreich ist der Vergleich einzelner Landkreise – die Streuung ist enorm, der Maximalwert liegt bei 736 Eingriffen an der Wirbelsäule je 100 000 Einwohner pro Jahr, das Minimum bei 124. Die massiven Unterschiede in vielen benachbarten Kreisen, vor allem an der Grenze zwischen Bayern und Baden-Württemberg, lassen sich auch für Niethard nicht durch Unterschiede im Versorgungsbedarf erklären. „Sie haben da in Bayern eine sechsmal höhere Chance, an der Wirbelsäule operiert zu werden als in Baden-Württemberg.“ Zu analysieren sind seiner Ansicht nach dafür jetzt vor allem die kooperationsärztlichen Strukturen, die Selbsteinweisungen und die Honorarstrukturen, vor allem bei Honorarärzten. Für pauschale Ärzteschelte böten auch diese Zahlen trotzdem wenig Anlass. Niethard: „Eine angebotsinduzierte Nachfrage ist in Deutschland nicht nachweisbar, dort wo mehr niedergelassene Orthopäden sind, gibt es weniger Operationen.“

Zerebralpareesen bei Kindern: Strengere Indikationsstellung



Etwa 1400 Kinder kommen jährlich hierzulande mit einer Hirnschädigung zur Welt, die sich vor allem in einer Vielzahl an Störungen der willkürlichen Bewegungen manifestiert. Die Therapie bleibt bis heute hoch individuell, gerade weil die

Symptome so vielfältig sind. Je früher und intensiver, desto besser: „Die zugrunde liegende Idee moderner Neurorehabilitation ist die Vorstellung einer Plastizität des Gehirns“, erklärte PD Dr. Richard Placzek vom Universitätsklinikum Bonn. Die charakteristischen Spastiken – Ursache sind fehlende oder zerstörte Nervenbahnen in Gehirn und Rückenmark, die normalerweise einen Dauertonus der Muskeln verhindern – lockern die Spezialisten heute oft mit Botulinumtoxin. Die mehrwöchige Wirkung der Injektionen bietet ein Zeitfenster für besonders intensive Physiotherapie, bei der eine Vielzahl an Geräten und Trainingsverfahren zum Einsatz kommt. „Denkbar ist auch die Reittherapie, es gibt sogar Stimmen, die behaupten mit einem Kamel ginge es noch besser als mit einem Pferd“, berichtete Placzek nicht ohne Augenzwinkern. Auch Orthesen hätten in der Behandlung ihren festen Platz.



© VSOU

Bei denen sei die Marktlage fast unüberschaubar geworden und erfordere den Spezialisten, wie Dr. Maya Salzmann von der Orthopädischen Kinderklinik Aschau berichtete. Bei den unteren Gliedmaßen überprüft diese Klinik ihre Arbeit mit Orthesen bei komplexeren Fällen durch spezielle Analysen im Ganglabor. Mehrere Experten mahnten breitere Wirkungsnachweise an. „Wir brauchen mehr belastbare Daten für die Therapien“, meinte PD Dr. Martina Westhoff vom Universitätsklinikum Düsseldorf.

Das gelte mindestens ebenso für operative Verfahren. Etwa für die sogenannte perkutane Myofasziotomie nach dem russischen Mediziner Valeri Borisovich Ulzibat

(1946–2003). Der Chirurg verlässt sich hier allein auf seinen Tastsinn, da er über winzige Schnitte in der Tiefe von Muskeln verhärtete, fibrosierte Stränge erspürt und mit einem speziellen Skalpell durchschneidet. Das Skalpell erfasse elastische Strukturen, Nerven und intakte Muskelfasern nicht, erklärte Dr. Peter Bernius von der Schön-Klinik München, die das Verfahren als einzige hierzulande seit 2009 anbietet. 2012 wurden bereits fast 500 Kinder operiert. Ohne Zweifel sei die Technik in gewisser Weise ein „Stochern im Dunkeln“, erklärte der Chirurg. Vorteile seien die relative Schmerzfreiheit und kaum sichtbaren Narben.

Viele Orthopäden sind generell zurückhaltender mit Operationen geworden. Denn die chirurgische Verlängerung von Muskeln und Sehnen führe am Ende immer auch zur weiteren Schwächung von Muskeln bei einer Krankheit, für die Mus-

kelschwäche ohnehin schon ein Charakteristikum sei, wie Bettina Westhoff betonte.

Vergleichsweise gut dokumentiert scheinen hingegen Erfolge einer neurochirurgischen Methode, der selektiven dorsalen Rhizotomie. Bei ihr werden Reflexbahnen durchtrennt, deren ungebremste Aktivität die Dauerkontraktion der Muskeln mitbewirkt. Vorteil der Methode sei, dass sie näher an den Ursachen der Krankheit ansetze als die Orthopädie, erklärte Dr. Andrea Bevo, Tübingen. Ein Nachteil ist die Irreversibilität des Eingriffs. Nötig, so Bevo, sei eine strenge Indikationsstellung. „Meistens kommen die heute via Internet informierten Eltern mit dem Wunsch nach

Operation ihrer Kinder zu uns, aber etwa 90% weisen wir ab.“ In anderen Ländern mit weniger strenger Indikation sehe man leider entsprechend schlechte Ergebnisse.

Und was sagen die Betroffenen? Da hapert es, wie Dr. Julia Funk von der Charité Berlin berichtete, noch an vernünftigen Befragungstools, um die Kinder und Jugendlichen standardisiert um ihre eigene Einschätzung zu den Behandlungsmöglichkeiten zu bitten. Funk, die an einem entsprechenden Assessment arbeitet, sah nach Analyse der bislang vorliegenden eher spärlichen Publikationen trotzdem einen Trend: Wenn, dann erklären die Kinder, dass sie mehr Lebensqualität vor allem durch gute Physiotherapie erhalten haben. Funks Fazit: „Wir müssen unsere Messer mehr liegen lassen.“

Was noch?

- ▶ Rund 160 Firmen präsentierten in Baden-Baden. Ein Teil der Branche bekam einen „Tag der technischen Orthopädie“. Man stelle leider fest, dass das Fachwissen über technische Orthopädie immer mehr wegbricht, betonte Klaus-Jürgen Lotz, Präsident des Bundesinventionsverbandes für Orthopädie-Technik und freute sich über die neue Plattform.
- ▶ Ein exzellentes Percussionsensemble der Zürcher Hochschule der Künste spielte während der Eröffnungsveranstaltung.
- ▶ Es gab Kinderbetreuung und ein spezielles Programm für Assistenten.
- ▶ Etwa 250 Besucher kamen zum Patiententag Arthrose.

- ▶ Posterpreise gingen an Andreas Bosse, Bad Füssing, Dr. Jürgen Hettfleisch, Darmstadt-Weiterstadt, und Prof. Alexander Schuh, Neumarkt. Den Preis für die beste Veröffentlichung in der Zeitschrift „Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis – OUP“ erhielt Prof. Jörg Jerosch, Neuss. Nachwuchsförderpreise gingen an den Assistenzarzt Dr. Florian Schmidutz, München, Tobias Grossner, Heidelberg, und Alexander Paulus, München.

Die nächste VSOU-Jahrestagung findet statt vom 01.–03. Mai 2014, Präsidentin ist Prof. Andrea Meurer, Frankfurt/Main.

Dr. Bernhard Epping, Tübingen

Interview

Rückenschmerzen: „Versorgung heute vielerorts auf gutem Weg“

Einer der Referenten auf der diesjährigen VSOU-Jahrestagung war Prof. Thomas Kohlmann von der Uni Greifswald. Hier erklärt er, was er von der aktuellen Versorgungslage zu Rückenschmerzen hält und warum er einen neuen Vorschlag für das bundesdeutsche Fernsehprogramm hat.

? Was macht ein Soziologe auf einer Tagung von Orthopäden und Unfallchirurgen wie jetzt in Baden-Baden?

Ich schätze Orthopäden und Unfallchirurgen durchaus. Diejenigen, mit denen ich zu tun habe, haben sich immer offen gezeigt, wenn es um Fragen geht, die berufs- und fachpolitisch gelegentlich ein wenig delikate sind.

? Was meinen Sie?

Nehmen Sie die Frage des unspezifischen Rückenschmerzes. Da gibt es in der Literatur und bei einigen Fachleuten die Annahme, dass sich bei 60–80% der Rückenschmerzen keine spezifische Ursache findet, auch wenn man die Patienten genauer untersucht. Von Orthopäden wird dagegen mitunter ins Feld geführt, dass diese Zahl zu hoch gegriffen sei – dass es

vielleicht gar keine unspezifischen Rückenschmerzen gibt, sondern dass diese Fälle nur nicht gut genug diagnostiziert werden.

? Und wie sehen Sie das?

Zunächst mal bin ich kein Mediziner, ich kann nur auf den Stand der Evidenz schauen, wie alle anderen auch. Und auch ich gehe deshalb davon aus, dass es bei der Mehrzahl der Patienten, die mit akuten Rückenschmerzen zu einem Hausarzt oder Orthopäden kommen, keinen Sinn hat, frühzeitig mit womöglich gar invasiven diagnostischen Methoden nach einer Ursache zu suchen.

? So steht es auch in der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz.

Sie hält das sehr gut fest, ja. Ein sehr gro-



Der Soziologie Prof. Thomas Kohlmann ist seit 2002 Lehrstuhlinhaber am Institut für Community Medicine der Universität Greifswald. Der gebürtige Karlsruher (Jahrgang 1953) ist Spezialist für die Epidemiologie und Versorgungsforschung von muskuloskelettalen Erkrankungen, vor allem der Wirbelsäule. Von 1990–2002 war er Mitarbeiter unter Heiner Raspe am Institut für Sozialmedizin an der Universität Lübeck.

ßer Teil von Rückenschmerzepisoden ist nach zwei, drei, spätestens vier Wochen von selber wieder verschwunden. Daher steht in der Leitlinie klipp und klar drin – so lange keine roten Flaggen zu erkennen sind, bleibt eine zentrale Therapiemaßnahme die Versicherung an den Patienten, dass er mit großer Wahrscheinlichkeit nichts Gravierendes hat und dass er sich bestmöglich einfach weiter bewe-

gen soll. Wenn Sie als Arzt stattdessen hingehen und sagen, oh, da müssen wir ein Röntgenbild machen und genauer schauen, dann kann es durchaus sein, dass Sie damit mehr schaden als nützen.

Und in dem Punkt herrscht heute bei Orthopäden und Allgemeinmedizinern Einigkeit?

Da gibt es natürlich Interpretationsspielräume. Der Bertelsmann Gesundheitsmonitor aus dem Jahr 2009 hat Patienten, die zum Arzt wegen Rückenschmerzen gingen, nach der Diagnostik und Therapie befragt. Und von denen, die beim Orthopäden waren, hat 71 % Diagnostik mit bildgebenden Verfahren bekommen. Bei den Allgemeinmedizinern war es 42 %.

Also noch ein erkleckliches Versorgungsproblem?

Das ist für mich eine Praxisvariation, hinter die man ein Fragezeichen setzen sollte. Ganz klar, Orthopäde und Allgemeinmediziner sollten nach Leitlinie agieren. Genauere Zahlen, wie viele Ärzte sich danach richten, haben wir leider nicht. Ich muss sagen, dass auch der oben erwähnte Bertelsmann-Monitor nur kleine Fallzahlen hatte.

Ein paar Zahlen zu Rückenschmerzen bitte. Wie viele Tage der Arbeitsunfähigkeit gehen derzeit auf die Diagnose Rückenschmerzen zurück?

Rund zwei Tage im Jahr bei jedem gesetzlich Versicherten hierzulande.

Und wie viele Menschen leiden aktuell an Rückenschmerzen?

Die Punktprävalenz ist 30%. Wenn Sie heute auf der Straße Erwachsene im Alter zwischen 18 und 74 Jahren fragen, wird jeder Dritte sagen, dass er Rückenschmerzen hat. Die Lebenszeitprävalenz ist ungleich höher, bei 80%.

Anders gesagt, nur jeder Fünfte hat nie Rückenschmerzen im Leben?

Ja. Und das ist eigentlich die Gruppe, die uns besonders interessieren sollte. Von ihr könnte man lernen, welche Prävention wirklich gut ist. Solche Untersuchungen fehlen uns.

Bis dahin hilft vielleicht der Ländervergleich? Ein aktuelles Heft der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes zu Rückenschmerzen nennt Zahlen, nach denen Rückenschmerzen in Holland weniger Probleme machen als hierzulande. Dort nahmen nach einer Studie 81 % aller Patienten, die aufgrund von Rückenschmerzen ein Vierteljahr arbeitsunfähig war, ihre Arbeit in den folgenden zwei Jahren grundsätzlich wieder auf. In Deutschland hingegen nur 54%. Holland macht es besser.

Das kann man so natürlich nicht vergleichen. Wie schnell und ob und wie man wieder an den Arbeitsplatz zurückkehrt, hängt von ganz unterschiedlichen Faktoren ab. Dazu gehören die Behandlungsmöglichkeiten, die in Holland kaum besser sind als bei uns. Dann gibt es die sozialrechtliche Seite. Und es könnten auch methodische Verzerrungen hinter solchen Unterschieden stecken. Auch bei uns schwanken die Diagnoseraten im Laufe der Jahre – und das hat überwiegend keine medizinischen Ursachen.

Wieso?

Die umfassendste Statistik zu Arbeitsunfähigkeitszeiten ist die der AOK. Danach hat die Diagnose Rückenschmerzen als Grund für Arbeitsunfähigkeit von 1995–2000 leicht zugenommen und ist seither wieder rückläufig (Abb. 1). Eine Ursache dafür sind Variationen bei den, ich sage mal, Lieblingsdiagnosen der Ärzte. Etwas, was früher mal als vegetative Dystonie behandelt wurde, ist später zum Rückenschmerzsyndrom geworden. Wir wissen auch, dass die Arbeitslosenquote und Krankschreibungen wegen Rückenschmerzen immer eine leicht gegenläufige Bewegung zeigen.

„Über den Verlauf von Rückenschmerzen wissen wir in Deutschland gegenwärtig so gut wie gar nichts“, haben Sie noch 2001 gesagt. Sehen Sie das immer noch so?

Nein, die Lage ist heute viel besser. Auch unsere damals gestartete epidemiologische Längsschnittstudie, die im Deutschen Forschungsverbund für Rückenschmerz durchgeführt worden ist, hat dazu ja Zahlen geliefert.

Und?

Wir sehen drei Gruppen von Betroffenen. Zum einen die, die mit leichten bis mittelgradigen Schmerzen in das Beobachtungsgeschehen hineingehen. Die haben sehr gute Karten, dass das auch so bleibt. Bei leichten bis mittelgradigen Rückenschmerzen, die beim niedergelassenen Orthopäden oder Allgemeinmediziner in Behandlung sind, haben wir meiner Meinung nach heute, anders als noch vor zehn Jahren, eine relativ gute Versorgungssituation. Es gibt ausreichend Behandler und gute Leitlinien in diesem Bereich. Da denke ich, sind wir auf einem guten Weg.

Auf der anderen Seite gibt es Patienten, die einen sehr hohen Schweregrad haben und bei denen ist die Wahrscheinlichkeit, dass das so bleibt, leider nicht gering. Von denen, die mit schweren Rückenschmerzen in die Beobachtungsphase hineingehen, bleiben etwa 50 % auf diesem Niveau stehen. Die meiste Bewegung spielt sich aber in der Mitte ab, bei denen, die mit moderaten Schmerzen in das Beobachtungsgeschehen hineinkommen, da stellt sich besonders die Frage ...

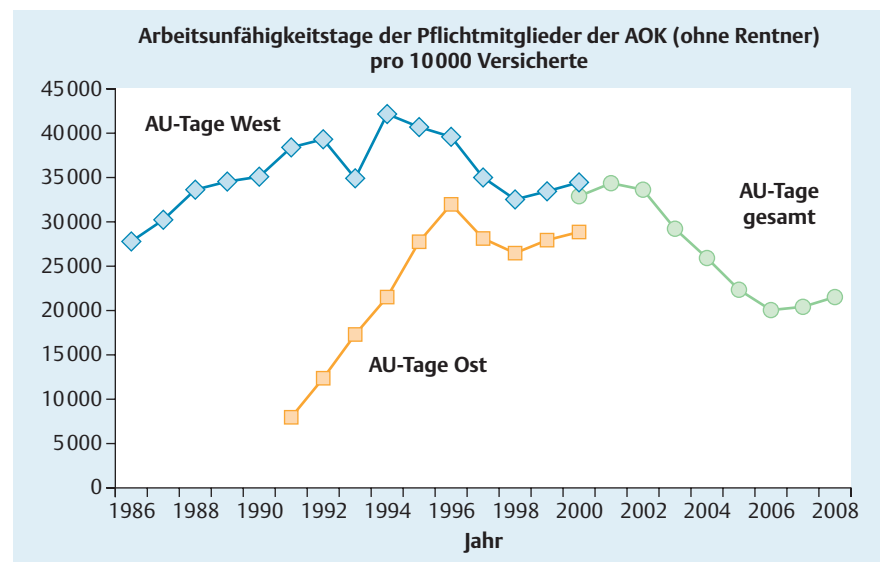


Abb. 1 Arbeitsunfähigkeitszeiten: Statistik der AOK.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

? ...welche Behandlung sinnvoll ist?

Ja. Zunächst einmal. Und ich halte es schon mal für sehr positiv, möchte ich noch betonen, dass sich die unterschiedlichen Schweregrade vergleichsweise rational verhalten, was die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen betrifft.

? Was meinen Sie?

Aus der Gruppe, die nur geringe Schweregrade angibt, gehen auch nur höchstens 20% überhaupt zum Arzt. Aus der Gruppe mit dem höchsten Schweregrad hingegen 80%. Der Schweregrad erhöht also die Wahrscheinlichkeit, dass man den Weg in die medizinische Versorgung wählt – was absolut sinnvoll ist. Allerdings landen Patienten aller Schweregrade gleichermaßen bei Allgemeinmedizinern und Orthopäden. Beide Gruppen teilen sich die Versorgungslast. 40% der Patienten sind beim Allgemeinmediziner, weitere 40% beim Orthopäden und die restlichen 20 sind bei anderen Ärzten.

? Und was haben wir von dieser Erkenntnis für die Versorgungsoptimierung?

Die Frage bleibt, ob wir bei der großen Zahl an Patienten, die einen niedrigen Schweregrad hat, nicht versuchen sollten, genauer zu steuern.

? Sie meinen, diese Gruppe könnte vorrangig beim Allgemeinmediziner versorgt werden?

Zumindest sollte auch der Orthopäde, wenn solche Patienten sich bei ihm vorstellen, in der ersten Zeit nur sehr zurückhaltend agieren.

Vor allem aber haben wir in der Gruppe mittlerer Belastung auch gesehen, dass sie deutlich öfter von Problemen, von Stress am Arbeitsplatz berichtet, dass sie sich durch Vorgesetzte und Kollegen nicht gut unterstützt fühlt. Hier sind offenkundig überproportional viele Menschen, die das Leben eher Grau in Grau sehen. Es geht also insbesondere um Faktoren, die psychosozial bedingt sind. Und da sehe ich Defizite in der Versorgung.

? Welche?

Bei diesen Patienten wird von der Nationalen Leitlinie eine zusätzliche psychologische Beratung als wichtig und sinnvoll empfohlen. Das aber lässt sich oft mangels Therapeuten derzeit gar nicht realisieren. Die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie hat 400 Mitglieder. Wenn wir diese gleichmäßig

auf einer Deutschlandkarte verteilen, dann sind das relativ wenige Punkte, einfach zu wenige – zumal die meisten in Ballungsräumen sind. Hier auf dem Land in Mecklenburg-Vorpommern müssten Sie eventuell lange unterwegs sein, bis Sie einen Spezialisten finden.

? Müssen es wirklich gerade solche Spezialisten sein?

Es gibt Problemfelder für Schmerzkrankheiten, die ganz sicher mehr spezialisierte Psychotherapie erfordern.

? Die von Ihnen skizzierte Mangelversorgung kontrastiert auf der anderen Seite mit einem deutlichen Anstieg bei der Zahl der Wirbelsäulenoperationen, den auch die Fachgesellschaft DGOOC mit Sorge beobachtet. Sehen Sie auch da womöglich finanzielle Fehlanreize?

Ich bin da ein bisschen vorsichtig, denn die Statistik der operativen Eingriffe steigt insgesamt in den letzten Jahren an, nicht nur bei den Wirbelsäulenoperationen. Es wird, plakativ gesagt, eher generell zu viel gestochen und geschnitten.

? Was tun?

Grundsätzlich finde ich es sehr sinnvoll, wenn sich Ärzte auch zur Behandlung von Rückenschmerzen zu Ärztenetzen mit klar strukturierten Behandlungswegen zusammenschließen. Das Lübecker Ärztenetz ist ein gutes Modell. Ich verspreche mir auf diese Weise eine Rationalisierung der Behandlung und eine Verminderung von Schnittstellenproblemen in der schmerztherapeutischen Versorgung insgesamt. Auch Modelle zur integrierten Versorgung bei Rückenschmerz sind ein guter Ansatzpunkt.

? Die Anschubfinanzierung dafür ist abgeschafft ...

Klar, aber gerade bei Rückenschmerzen führen ja einige große Krankenkassen wie AOK, TK, die Programme weiter. Ich fordere solche Selektivverträge von allen Kassen. Beim Inhalt der Programme brauchen wir auch keinen Wettbewerb mehr. Wenn wir jetzt sehen, dass bestimmte Konzepte zur integrierten Versorgung gut sind, sollten deren Inhalte allen Kassen zu Verfügung stehen, damit die ebenfalls danach eigene Programme auf den Weg bringen.

? Gibt es eigentlich belastbare Daten für Prävention? Oder ist dieses „Ein starker Rücken kennt keinen Schmerz“ nur gutes Marketing?

Da ist die Evidenzlage nicht ganz klar. Aber alles, was man aus anderen Bereichen der Gesundheitsförderung auch kennt, ist, dass Bewegung gleich welcher Art für den Rücken gut ist.

? Was ist mit Rückenschule?

Das ist zwiespältig. Früher war Rückenschule, dass man gesagt hat, wenn du einen Kasten Mineralwasser vom Boden in das Auto hievst, dann geh unbedingt in die Hocke. Oder wenn du bügelst, musst du das Kreuz durchdrücken. Es hat sich gezeigt, dass das genau das Falsche ist.

? Wie, also den Kasten Sprudel gleich mit einem einzigen großen Wupp mit Schwung in den Kofferraum?

Nein, machen Sie es so, wie es für Sie am besten geht. Es hat sich gezeigt, dass man mit Ratschlägen „Vermeide dies, tue das“ den Menschen nur Angst macht. Rückenschule nach dem altmodischen Prinzip von Gesundheitserziehung bringt nichts. In Australien gab es da ein viel besseres Programm zur Prävention.

? Welches?

Der Bundesstaat Victoria hat ab 1997 für einige Jahre und für relativ viel Geld, umgerechnet etwa 5 Mio. Euro, zur Primetime Werbespots im Fernsehen geschaltet. Die waren professionell gemacht und vor allem lustig. Die Kernbotschaft war: „Einfacher Rückenschmerz ist nicht dramatisch, kehre sobald wie möglich zu normalen Tätigkeiten zurück“.

Entwickelt wurde die Kampagne von einem Team um Prof. Rachele Buchbinder von der Monash University. Sie hat parallel eine kontrollierte Studie gemacht, einen Vergleich der Einstellung zu Rückenschmerzen bei der Bevölkerung in Victoria und im Nachbarstaat New South Wales, wo die Spots nicht erschienen. Das Ergebnis war eindeutig: Die Ausfallszeiten wegen Arbeitsunfähigkeitsverschreibungen gingen in Victoria zurück. Das Programm war effektiv, auch kosteneffektiv. Das Dumme ist nur, dass es dann nicht weitergeführt worden ist.

? So etwas könnte man hierzulande auch auflegen?

In der Tat. Ich habe Bertelsmann einmal vorgeschlagen, solch eine Kampagne über RTL zu fahren, der Sender gehört ja zum Konzern. Daraus wurde leider nichts, bleibt aber sehr wünschenswert.

Das Interview führte B. Epping