
Fragenkatalog / Antworten

Name / Organisation:

Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)

Korrespondenzadresse:

Alt-Moabit 101 b
10559 Berlin
Tel. 030 / 2 88 67 260
Fax 030 / 2 88 67 261
bgst@bv-schmerz.de
www.bv-schmerz.de

1. Auf welche chronische Erkrankung bezieht sich Ihr Antrag?

Chronischer und chronisch rezidivierender nichtspezifischer Kreuzschmerz mit und ohne Ausstrahlung sowie chronifizierungsgefährdete subakute lumbale Rückenschmerzen

2. Auf welche Krankheitsdefinition und ggf. welchen Schweregrad bezieht sich ihr Antrag?

Kreuzschmerz ist definiert als Schmerz im Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten mit oder ohne Ausstrahlung. Krankheitsauslösend und -unterhaltend können körperliche, seelische und soziale Faktoren sein.

Subakute Rückenschmerzen liegen bei anhaltenden Beschwerden über 6 Wochen vor. Chronischer Kreuzschmerz besteht nach einer Symptombdauer von 12 Wochen. Chronisch rezidivierende Kreuzschmerzen liegen vor, wenn das beschwerdefreie Intervall zwischen zwei Episoden weniger als 6 Monate anhält.

3. Wie hoch ist die Prävalenz/Inzidenz der Erkrankung in Deutschland?

Im Bundes-Gesundheitssurvey von 2003 (18) berichteten 22% der befragten Frauen und 15% der Männer, im Laufe des vergangenen Jahres an täglichen oder nahezu täglichen Kreuzschmerz von mindestens 3 Monaten Dauer gelitten zu haben. Eine repräsentative Umfrage in fünf deutschen Städten zwischen 2003 und 2006 (22) ergab eine Punktprävalenz von 37%, eine Jahresprävalenz von 76% und eine Lebenszeit-Prävalenz von Kreuzschmerzen von 85,5%. Die Umfrage erfasste zudem den Schweregrad von Kreuzschmerzen über den von 0 bis IV graduierten von Korff-Index, wonach in 8% schwere (Grad II) und in 11.2 % behindernde (Grad III-IV) Kreuzschmerzen bestanden. Nach Angaben der BARMER Ersatzkasse wurden in Deutschland in 2008 mehr als 16 Millionen Menschen ambulant wegen Rückenschmerzen behandelt.

4. Benennen Sie krankheitsbedingte/assoziierte Begleit/Folgeerkrankungen, einschließlich Angaben zu Häufigkeiten.

Chronische und chronisch wiederkehrende Kreuzschmerzen sind in hohem Maß von körperlichen und seelischen Erkrankungen begleitet und werden von diesen unterhalten. Als körperliche Erkrankungen bestehen am häufigsten degenerative Gelenkerkrankungen sowie kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen, zudem treten gehäuft Kopfschmerzen bzw. Migräne, Erschöpfungssyndrome, Atemwegs- und andere thorakale Symptome auf. Auf seelischer Ebene besteht eine hohe Korrelation mit depressiven Störungen, Angststörungen und somatoformen Störungen. Aus einer schmerztherapeutischen Einrichtung in Deutschland werden depressive Störungen in 59%, Angststörungen und Somatoforme Störungen in je 27,5% sowie Belastungsstörungen in 10% der Rückenschmerzpatienten angegeben (19).

5. Wie hoch ist die Mortalität der Erkrankung

Die Mortalität chronischer und chronisch wiederkehrender Kreuzschmerzen ist sehr gering, die Erkrankung ist nicht lebensbedrohlich. Angaben zur Suizidalität infolge intolerabler Schmerzen oder im Rahmen psychischer Komorbiditäten fehlen.

6. Beschreiben Sie den Krankheitsverlauf inklusive patientenbezogene Aspekte zur Lebensqualität.

Akute Kreuzschmerzen gehen in einem niedrigen zweistelligen Prozentbereich auf diagnostisch fassbare und ursächlich therapiebedürftige Erkrankungen zurück. Zu diesem Aspekt besteht erhebliche Unsicherheit, da keine epidemiologischen Untersuchungen vorliegen, die moderne diagnostische Möglichkeiten mit einbeziehen.

Der restliche Anteil an Kreuzschmerz-Patienten weist einen hohen Anteil an Spontanheilungen innerhalb weniger Wochen auf, der in internationalen Studien mit bis zu 90% angegeben wird, sowie eine hohe Rückkehrate an den Arbeitsplatz. Allerdings erleiden 60% der Patienten Rezidive, ein Drittel wird erneut arbeitsunfähig.

Ein nicht genauer zu beziffernder, vermutlich ebenfalls im niedrigen zweistelligen Bereich liegender Anteil der an akuten Kreuzschmerzen Erkrankten weist prognostisch ungünstige Faktoren eines erhöhten Risikos der Chronifizierung von Kreuzschmerzen auf, sogenannte Yellow Flags. Diese können mit geeigneten Instrumentarien (z.B. Heidelberger Kurzfragebogen HKF-10 (17) oder RISK-R (11) erfasst und als Steuerungsinstrument für therapeutische Maßnahmen genutzt werden.

Der Übergang in chronische Kreuzschmerzen betrifft etwa ein Fünftel der Erkrankten (18). Der Anteil an therapiebedürftigen schweren und beeinträchtigenden Kreuzschmerzen kann anhand der epidemiologischen Untersuchungen nicht exakt beziffert werden, ist aber auf etwa 10% der Betroffenen zu schätzen.

Chronische Rückenschmerzen stellen den häufigsten Anlass für Arbeitsunfähigkeit und medizinische Rehabilitation [6] dar sowie die dritthäufigste Ursache vorzeitiger Berentung. Die durch Rückenschmerzen bedingten Kosten wurden von der Bundesregierung in 2003 mit insgesamt ca. 25 Mio. Euro angegeben, davon ca. 10 Mio. Euro als unmittelbare Kosten der Krankenversorgung (5). Nach einer Berechnung auf Basis einer Multi-Center-Befragung zwischen 2003 und 2006 (23) liegen die durch Rückenschmerzen pro Jahr bedingten wirtschaftlichen Gesamtkosten in Deutschland bei 48,96 Milliarden Euro, davon 22,67 Milliarden Euro direkte Therapiekosten, entsprechend etwa 8 %

des jährlichen Gesamtumsatzes des deutschen Gesundheitswesens. Dabei weisen die Kosten erhebliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Chronifizierung auf: während unproblematische Rückenschmerzen pro Jahr Gesamtkosten von 414,4 Euro verursachen, liegen hoch chronifizierte Patienten bei 7115,7 Euro Gesamtkosten jährlich. Der Vermeidung der Chronifizierung kommt damit eine erhebliche gesundheitsökonomische Bedeutung zu.

7. Beschreiben Sie in Bezug auf Über-, Unter-, und Fehlversorgung und untermauern Sie Ihre Aussagen mit validen Belegen, auch unter Berücksichtigung sonstiger Aspekte der Erkrankung.

Realdaten zur Versorgung von Rückenschmerzen können für den stationären Versorgungssektor aus den Datenveröffentlichungen des InEK seit 2005 gewonnen werden, Daten zur ambulanten Versorgung werden auf Anfrage z.B. durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Verfügung gestellt. Nach diesen Daten nahm zwischen 2005 und 2011 die Zahl interventioneller Behandlungen des Rückens (OPS-Ziffern 8-910, 8-911, 8-914, 8-917) im stationären Sektor um 60,7 % zu, die Zahl der Bandscheibenoperationen (OPS-Ziffer 5-831) um 70% und die Zahl der Versteifungsoperationen der Wirbelsäule (OPS-Ziffern 5-834, 5-835, 5-836) um knapp 200%. Diese Steigerungsraten können nicht durch Veränderungen der Morbidität bedingt sein, sondern folgen wirtschaftlichen Anreizen. Im ambulanten Sektor nahm die Zahl der Leistungspunkte für interventionelle Behandlungen an der Wirbelsäule zwischen 2007 und 2012 um 55,7% zu. Zu beachten ist, dass nach der NVL Kreuzschmerz sowohl für operative als auch für interventionelle Verfahren bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen ein Effektivitätsnachweis nicht erbracht wurde. Es werden also in hohem Umfang Leistungen erbracht, deren Wirksamkeit nicht belegt ist, die aber gleichwohl abrechenbar und vor allem im stationären Sektor wirtschaftlich interessant sind.

Demgegenüber wird die in der NVL Kreuzschmerz vor allem für chronische nichtspezifische Kreuzschmerzen empfohlene multimodale Therapie weitaus seltener erbracht. In 2011 erreichte im stationären Sektor die Zahl interventioneller Verfahren der Wirbelsäule das Elfache gegenüber multimodaler Schmerztherapie.

Ein wesentliches Steuerungselement zur frühzeitigen multidisziplinären Betreuung chronifizierungsgefährdeter Rückenschmerzpatienten, die regelhafte Erfassung entsprechender Risikofaktoren („yellow flags“) durch vorhandene geeignete Instrumentarien wird so gut wie überhaupt nicht genutzt.

Multidisziplinäre Therapieverfahren unter Einbeziehung psychotherapeutischer und physio-/ergotherapeutischer Kompetenz mit enger inhaltlicher Therapieabsprache ist darüber hinaus in der ambulanten Regelversorgung nicht umsetzbar, da der erforderliche Zeitaufwand nicht abrechenbar ist. Der EBM sieht dieses Vorgehen nicht vor. Entsprechend erfolgt die ambulante Versorgung nahezu ausschließlich monodisziplinär. Für den ambulanten Sektor ist zudem eine erhebliche medikamentöse Fehlversorgung anhand von Daten der BARMER GEK in Form von Überversorgung mit potenten Opioiden belegt, vor allem mit den in der NVL Kreuzschmerz negativ bewerteten transkutan applizierten Opioiden (15).

8. Welche prioritären krankheitsspezifischen Therapieziele sollen durch ein DMP erreicht werden und wie kann die Zielerreichung gemessen werden?

1. Akute Rückenschmerzen: Bei nachweisbaren organisch-strukturellen Veränderungen als Ursache der Beschwerden, insbesondere bei potentiell gefährlichen Verläufen (sog. Red flags) sollen die

Patienten einer suffizienten kausalen Therapie durch die entsprechenden Fachdisziplinen zugeführt werden.

2. Akute Rückenschmerzen: Bei fehlendem klinischen Nachweis potentiell gefährlicher Ursachen ist das primäre Therapieziel der Erhalt eines möglichst normalen Aktivitätsniveaus, zu erreichen z.B. durch medikamentös-analgetische Therapie und aktivierende Bewegungstherapie

3. Subakute Rückenschmerzen (länger als 6 Wochen anhaltend): Bei dieser Patientengruppe ist zu differenzieren zwischen Patienten ohne erhöhtes Chronifizierungsrisiko und solchen mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko. Erstere sind weiter wie akute nichtspezifische Rückenschmerzen zu sehen, bei letzteren ist ein zentrales Therapieziel die Information über Wesen, mögliche Ursachen und Bedeutung nichtspezifischer Rückenschmerzen mit dem Ziel einer subjektiven Neubewertung des Beschwerdebildes durch den Patienten, Aufgabe von gesundungshemmenden Verhaltensweisen wie Überforderung oder Vermeidungsverhalten und Aufnahme aktiver Maßnahmen zur Beeinflussung der Beschwerden.

4. Chronische Rückenschmerzen: Hier stehen die Verbesserung der Lebensqualität, die Steigerung der Eigenkompetenz des Patienten und die Verbesserung der subjektiven und objektiven Funktionsfähigkeit als Folge veränderter Bewertung der und Umgangs mit den Schmerzen im Vordergrund der Zielsetzung, die Linderung der Schmerzen dagegen an nachgeordneter Stelle. Erreicht werden soll ein eigenständig geführtes Leben mit Erhalt der körperlichen, geistigen und sozialen Leistungsfähigkeit.

9. Beschreiben Sie die Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung.

In der Gesamtzahl an Rückenschmerzpatienten, die ärztliche Hilfe suchen, verbergen sich klar zu trennende Subpopulationen:

- Ein Anteil im niedrigen ein- bis zweistelligen Bereich mit potentiell gefährlichen (red flags) und/oder kurativ zu behobenden Schmerzursachen (z.B. extravertebrale Ursachen)
- Ein hoher Anteil (ca. 60% und mehr) unkomplizierter akuter oder rezidivierender Rückenschmerzen mit Spontanheilung, der passager medizinisch konservative Unterstützung (analgetisch, ggf. Bewegungstherapie) benötigt
- Patienten mit erhöhtem Risiko der Chronifizierung von Rückenschmerzen, Anteil im niedrigen einstelligen Bereich
- Bereits chronisch-rezidivierende oder chronische Rückenschmerzen, ebenfalls im niedrigen einstelligen Bereich

Zentraler Schritt zur Versorgungsverbesserung ist die Einführung von Maßnahmen zur Identifikation der einzelnen Subgruppen und die Definition therapeutischer Konsequenzen aus dieser Zuordnung:

- Gruppe 1: rasche Weitervermittlung zu fachärztlicher ambulanter, ggf. stationärer Versorgung anhand klinischer und anamnestischer Identifikation von Warnhinweisen
- Gruppe 2: Restgruppe ohne Zuordnung zu den anderen Gruppen
- Gruppe 3: Identifikation z.B. durch den Fragebogen HKF-10 (Heidelberger Kurzfragebogen [4] oder RISK-R [5]), Konsequenz: Erweiterung des Therapieangebots durch edukative und/oder (schmerz-)psychotherapeutische Intervention

- Gruppe 4: Identifikation durch Instrumentarien wie Mainzer Schmerzstadium MPSS oder v. Korff-Index. Konsequenz: Multidisziplinär-integrative Diagnostik (mindestens Arzt, Psychotherapeut, Physiotherapeut) mit zwingend vorgesehenem inhaltlichen Austausch und gemeinsamer Therapiefestlegung, ggf. gefolgt von multimodaler Therapie im integriert-interdisziplinären Setting mit strukturierten umfangreichen (über 100 Stunden Therapie) Therapieprogrammen, bevorzugt teilstationär.

10. Sind für die Erkrankung evidenzbasierte Leitlinie und/oder einschlägige Studien verfügbar?

Nationale VersorgungsLeitlinie „Kreuzschmerz“ (3)

COST B13 European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific Low Back Pain (1, 2)

Interventional Therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain. An evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society.(6)

11. Welche Versorgungsebenen (z.B. Hausarzt, Facharzt, Krankenhäuser) sind bei der Behandlung der Erkrankung beteiligt? Wann und wie häufig ist ein Wechsel der Versorgungsebene notwendig?

Zurzeit sind alle Versorgungsebenen an der Behandlung von Kreuzschmerzen beteiligt. Allerdings besteht zwischen den Versorgungsebenen keine interdisziplinäre Zusammenarbeit, noch wird in den verschiedenen Versorgungsebenen konsequent nach der existierenden nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz vorgegangen. Vor allem werden die psychosozialen Risikofaktoren so gut wie überhaupt nicht erfasst. Dies bedingt nicht notwendige diagnostische Untersuchungen, Doppeluntersuchungen, nicht evidenzgesicherte Therapien, eine Förderung der Chronifizierung von Rückenschmerzen und damit die unter 6 dargestellten wirtschaftlichen Gesamtkosten für Rückenschmerzen von fast 50 Milliarden Euro in Deutschland.

Wie unter 9 ausgeführt bedarf ein Anteil im niedrigen zweistelligen Bereich (ungefähr 12 %) mit potentiell gefährlichen Schmerzursachen des sofortigen Wechsels der Versorgungsebene (Krankenhaus zum Beispiel zur operativen Therapie eines Bandscheibenvorfalles bei eindeutiger neurologischer Symptomatik).

Ungefähr 60% der Patienten mit unkomplizierten, nicht spezifischen Rückenschmerzen, die einer passageren medizinisch konservativen Therapie bedürfen können auf der primären Versorgungsebene (Hausarzt/Facharzt für Orthopädie) verbleiben. Bei rezidivierenden Rückenschmerzen muss aber in dieser Gruppe auf psychosoziale Belastungsfaktoren geachtet werden und dann eine Überweisung zum Facharzt mit der Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ verbunden mit der Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie der kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Patienten mit erhöhtem Risiko der Chronifizierung von Rückenschmerzen und Patienten mit bereits chronifizierten oder chronisch rezidivierenden Rückenschmerzen bedürfen eines Wechsels in die fachärztliche Versorgungsebene mit der Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ und dem Nachweis der Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie der

kassenärztlichen Bundesvereinigung, wo dann eine multimodale ambulante Schmerztherapie eingeleitet wird.

12. Gibt es Verbesserungsmöglichkeiten in der Kooperation der Versorgungsebenen? Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte.

Die Verbesserungen beziehen sich vor allem auf mehr Kommunikation, Auf- und Ausbau interdisziplinärer Zusammenarbeit auf allen Versorgungsebenen und einem gemeinsamen einheitlichen Krankheitskonzept (Hausarzt/Facharzt/Krankenhaus). Grundvoraussetzung dafür ist die Vereinheitlichung der Diagnostik, der zeitlichen Abfolge der Diagnostik gemäß der NVL Kreuzschmerz, Vereinheitlichung der therapeutischen Ansätze gemäß der nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz

13. Kann der Krankheitsverlauf beispielsweise durch den persönlichen Lebensstil und/oder Verhaltensänderung (z.B. Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Gewichtsmanagement) sowie Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstmonitoring positiv beeinflusst werden? Wenn ja, beschreiben Sie diese Maßnahmen bitte.

Durch Änderung des Lebensstils, des Verhaltens und durch Erlernen von Entspannungstechniken kann der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden. Die Prävalenz für Rückenschmerzen ist signifikant höher für Übergewichtige, Raucher, bei körperlicher Inaktivität, ausgeprägter Somatisierungstendenz, schlechter sozialer Unterstützung und Arbeitslosigkeit. Bei übergewichtigen Patienten gehören die Ernährungsberatung und das Gewichtsmanagement zum Therapiekonzept.

Bewegung stellt einen elementaren Bestandteil in der Therapie von Rückenschmerzen dar. Neben aktivierender Physiotherapie muss der Patient aber auch Eigenübungen erlernen, um den Behandlungserfolg zu sichern. Diese Eigenübungen werden durch den Physiotherapeuten vermittelt.

Entspannungstechniken wie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson haben sich in der Therapie von Rückenschmerzen bewährt und werden von der NVL ausdrücklich empfohlen. Spezielle Schmerztherapeuten, algesiologische Fachassistenten und Psychotherapeuten beherrschen diese Technik und führen diese Entspannungstechniken mit den Patienten durch und unterweisen sie darin.

14. Gibt es zielgruppenorientierte, strukturierte und insbesondere evaluierte Patienten-Schulungsprogramme? Wenn ja, benennen Sie diese und fügen Sie Belege für deren Wirksamkeit bezüglich der Therapieziele bei.

Eine nachhaltige Wirkung bei der Therapie chronischer Rückenschmerzen im Langzeitverlauf wird nach randomisierten kontrollierten Studien allein durch eine multimodale multidisziplinäre Schmerztherapie erreicht (6, 8, 9, 13, 14, 16, 19, 21). Körperlich aktivierende Module werden hoch dosiert mit psychologischen Interventionen unter einem gemeinsamen Störungskonzept (biopsychosoziales Krankheitskonzept) kombiniert mit möglicher temporärer medikamentöser Begleitung. Auf passive Maßnahmen wird gänzlich verzichtet.

Ziel dieser Therapie ist eine Steigerung der Selbstwirksamkeit. Der Patient soll also erlernen wie er eigenverantwortlich Schmerzen beeinflussen und regulieren kann, vor allem auch durch Abbau von Verhaltensweisen, die durch Angst und Vermeidung bedingt sind.

Multimodale multidisziplinäre Schmerztherapie bedeutet Behandlung durch ein festes Team aus Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten und Physiotherapeuten, die ein übereinstimmendes Krankheitskonzept und eine gleiche Zielsetzung haben.

Monodisziplinäre Konzepte haben sich als nicht wirksam erwiesen (10, 12, 21).

15. Beschreiben Sie die Höhe der durchschnittlichen Behandlungskosten und ggf. Folgekosten (z.B. Angaben zu ambulanten und stationären Behandlungskosten, Arzneimittelausgaben, krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitstagen, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder zur Pflegebedürftigkeit) Umsetzbarkeit eines DMP zur vorgeschlagenen Erkrankung:

Wie schon unter 6 beschrieben, steigen die Kosten von Patienten mit Rückenschmerzen mit zunehmendem Schmerzstadium an. Für den hoch chronifizierten Patienten müssen 7116 Euro im Jahr angesetzt werden. Die Steigerung der operativen und invasiven Eingriffe haben in den letzten Jahren zu Mehrausgaben von ungefähr 2,5 Milliarden Euro pro Jahr geführt (Spondylodesen 1,5 Milliarden, invasive Eingriffe an der Wirbelsäule 750 Millionen). Die multimodale ambulante Schmerztherapie ist derzeit im EBM nicht abgebildet. Nach den derzeitig laufenden integrierten Versorgungsprogrammen chronischer Rückenschmerz, muss für ein intensives sechs Wochen-Programm (Arzt, Psychotherapeut, Physiotherapeut) mit 2800-3500 Euro gerechnet werden. Die tagesklinischen Sätze liegen momentan zwischen 290 und 330 Euro. Die vollstationäre multimodale Schmerztherapie wird im Moment über die DRG-Ziffer I42Z vergütet (ungefähr 3750 Euro).

Die Kosteneffektivität der multimodalen Schmerztherapie ist sowohl durch Krankenkassen als auch durch wissenschaftliche Untersuchungen nachgewiesen (15, 16).

16. Für eine rechtssichere Einschreibung in ein DMP ist es von entscheidender Bedeutung, dass eindeutige Diagnosekriterien bestehen, die die Erkrankung unmissverständlich klassifizieren und sie von möglichen ähnlichen Erkrankungen eindeutig abgrenzen. Geben Sie bitte eindeutige Kriterien für die Diagnose der Erkrankung in Bezug auf Ihre Definition an.

Gemeinsame Diagnosekriterien

- Ausschluß möglicher gefährlicher Schmerzursachen (Red Flags) durch Anamnese und ausführliche körperliche Untersuchung. Red Flags sind Tumoranamnese, Infektionen, Osteoporose, Unfallanamnese, Immunsuppression, Paresen.
- Schmerzen im unteren Rücken mit und ohne Ausstrahlung ohne Lähmungserscheinungen und Sensibilitätsstörungen
- Schweregrad 3 und 4 nach Korff

Diagnosekriterien für chronifizierungsgefährdete Patienten mit Rückenschmerzen

- Ähnliche Schmerzepisode in der Anamnese
- Psychosoziale Risikofaktoren (Yellow Flags)

- Arbeitsunfähigkeit oder Unfähigkeit für alltägliche Verrichtungen über 14 Tage

Diagnosekriterien für chronische Rückenschmerzen

- Rückenschmerzen länger als drei Monate
- Arbeitsunfähigkeit oder Unfähigkeit für alltägliche Verrichtungen über 28 Tage

17. Erwarten Sie mögliche Vorbehalte der Betroffenen gegen die Teilnahme an einem DMP, z.B. Angst vor Stigmatisierung und/oder Akzeptanz-Probleme?

Angst vor Stigmatisierung ist bei Teilnahme am DMP Rückenschmerz nicht zu erwarten, da die bisherigen Erfahrungen mit integrierten Versorgungsprogrammen Rückenschmerz eher eine hohe Annahmefähigkeit solcher Programme bei den betroffenen Patienten aufzeigt haben. Akzeptanzprobleme könnten sich aber dahingehend ergeben, daß bisherige Erwartungshaltungen von Patienten bezüglich frühzeitiger radiologischer Diagnostik mittels Magnetresonanztomographie bei nicht vorliegender neurologischer Symptomatik und frühzeitiger, nicht indizierter invasiver Injektionstherapien durch ein DMP Rückenschmerz nicht abgedeckt ist

18. Inwieweit gibt es Überschneidungen zu existierenden DMP bei bestehender Komorbidität?

Überschneidungen eines DMP Rückenschmerz zu existierenden DMP (Diabetes, KHK, COPD/Asthma, Brustkrebs) ist wegen der unter 13 ausgeführten Prävalenz wahrscheinlich.

Erfahrungen mit DMP aus dem In-und Ausland

19.

Gibt es zur vorgeschlagenen Erkrankung bereits Erfahrungen aus dem In-und Ausland mit einem DMP oder mit einem vergleichbaren Programm? Nennen Sie beispielhaft Programme und ggf. deren Evaluationsergebnisse.

Die Effektivität der multimodalen Schmerztherapie bei der Behandlung des nicht spezifische Rückenschmerzes bezüglich Verbesserung der Schmerzintensität, Verbesserung der Funktionalität, Senkung der Fehltage am Arbeitsplatz, Vermeidung nicht notwendiger, kostentreibender Operationen und interventioneller Eingriffen ist in der Literatur nachgewiesen. Ein momentan laufendes Rückenschmerzprogramm in Deutschland steht zur Evaluation an. Die ersten Ergebnisse sind vielversprechend.

Literatur

1. Airaksinen O et al (2006) European guideline for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J 15, Suppl 2: 192-300
2. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C et al. (2004) European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific Low Back Pain
http://www.backpaineurope.org/web/files/WG2_Guidelines.pdf [cited: 22.04.2014]

3. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz –Langfassung. Version 4. 2010, zuletzt verändert: August 2013. Available from: <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>; [cited: 22.04.2014]; DOI: 10.6101/AZQ/000149
4. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2011) Rehabilitation 2010. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/89948/publicationFile/24983/statistikband_reha_2010.pdf;jsessionid=FF5BF970961301DB6F88BBE975D731A2.cae01
5. Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode Drucksache 15/2295 vom 22. 12. 2003
6. Chou R et al (2009) Interventional Therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain. An evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society. *Spine* 34: 1066-77
7. Engers A et al. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008
8. Flor H et al (1992) Efficacy of multidisciplinary pain treatment-centers: a meta analytic review. *Pain* 42: 221-30
9. Guzman J et al. (2001) Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 322:1511-16
10. Haines T (2009) A Cochrane Review of patient education for neck pain. *The Spine Journal* 9:859-871
11. Hallner D, Hasenbring M. Classification of psychosocial risk factors (yellow flags) for the development of chronic low back and leg pain using artificial neural network. *Neurosci Lett* 2004;361(1-3):151-4
12. Hayden J et al. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005
13. Koes BW (2006) Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*, 332:1430
14. Koes BW, van Tulder MW (2006) Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* 334: 1313
15. Marschall U, L'hoest H (2011) Opioidtherapie in der Versorgungsrealität. Ein Beitrag zur Diskussion um ein weitverbreitetes Arzneimittel. *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell* 2011: 242-269
16. Nagel B, Korb J (2009) Multimodale Therapie. Nachhaltig wirksam und kosteneffektiv. *Orthopäde* 38: 907-8, 910-12
17. Neubauer E, Junge A, Pirron P, Seemann H, Schiltenswolf M. HKF-R 10 - screening for predicting chronicity in acute low back pain (LBP): a prospective clinical trial. *Eur J Pain* 2006;10(6):559-66
18. Robert Koch Institut (RKI). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: RKI; 2006
http://www.gbebund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech?tk=200&tk2=240&p_uid=gast&p_aid=58690113&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=240
19. Pöhlmann K, Tonhauser T, Joraschky P, Arnold B. Die multimodale Schmerzbehandlung im Klinikum Dachau. *Schmerz*. 2009; 23: 40-6
20. Scheer SJ et al (1997) Randomized controlled trials in industrial low back pain. *Arch Phys Med Rehabil* 78: 414-423
21. Schiltenswolf M et al (2006) Comparison of biopsychosocial Therapy (BT) with conventional biomedical therapy (MT) of subacute low back pain in the first episode of leave: an randomized controlled trial. *Eur Spine J* 15: 1083-1092
22. Schmidt CO, Raspe H, Pflingsten M, Hasenbring M, Basler HD, Eich W, Kohlmann T. Backpain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine* 2007;32(18):2005-11
23. Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B (2009) Costs of back pain in Germany. *European Journal of Pain* 13 (2009) 280–286