

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz

**Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission
im April 2020**

Impressum

Fachliche Begleitung durch Expertinnen/Experten der Fachgruppe Versorgungsprozesse und der Projektgruppe Qualitätsstandards

Mitglieder der Projektgruppe Qualitätsstandards (Reihung alphabetisch):

Ernst Fürthaller, MSc (Oberösterreichischer Gesundheitsfonds für intramurale Angelegenheiten)
Dr. Theresa Geley (Tiroler Gesundheitsfonds)
Petra Kozisnik, BSc (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds)
Dr. Anita Offenthaler (Österreichische Gesundheitskasse)
DDr. Irmgard Schiller-Frühwirth (Dachverband der Sozialversicherungsträger)
Dr. Ulrike Stark (Gesundheitsfonds Steiermark)
Mag. Patrizia Theurer (BMSGPK)
SC Dr. Silvia Türk (BMSGPK, Leitung der Projektgruppe)

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Dr. Alexander Eisenmann
Dr. Astrid Füzsl
Dr. Brigitte Piso

Projektassistenz:
Romana Landauer

Externe Begutachtung

Dr. Daniela Gattringer (Abt. f. Physikal. Medizin u. Rehabilitation, Ordensklinikum Barmherzige Schwestern Linz)
Dr. Wolfgang Mückstein (Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin Mariahilf, Wien)
Dr. Waltraud Stromer (Abt. f. Anästhesie u. allg. Intensivmed. Landeskrankenhaus Horn, Sektion Schmerzmedizin ÖGARI)

Zitiervorschlag:

BMSGPK 2020: Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch SL Türk (BMSGPK, Sektion VIII)

Erscheinungsdatum:

April 2020

Allgemeiner Hinweis: Medizinisches Wissen unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess. Alle Angaben in diesem Qualitätsstandard, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, können somit nur den gültigen veröffentlichten Empfehlungen/Leitlinien der jeweils zuständigen medizinischen Fachgesellschaft(en) zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Qualitätsstandards entsprechen. Ein Abweichen der im Qualitätsstandard enthaltenen Empfehlungen ist in begründeten Einzelfällen möglich bzw. erforderlich.

Übergeordnete Empfehlungen

Empfehlung 1:

Leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie



Diagnostik und Therapie von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen sollen konsequent leitlinienkonform erfolgen.

Empfehlung 2:

Abgestuftes Versorgungskonzept



Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen soll gemäß eines abgestuften Versorgungskonzeptes erfolgen.

Empfehlung 3:

Koordination



Für den gesamten Versorgungsprozess von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen soll die/der behandelnde Ärztin/Arzt die Koordination übernehmen.

Empfehlung 4:

Standardisierte Dokumentation



Um eine koordinierte Zusammenarbeit zu ermöglichen, soll eine standardisierte Dokumentation erfolgen.

Empfehlungen Versorgungsebene I: Basisversorgung



Empfehlung 5: Erst-Assessment

Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen sollen im Rahmen der Basisversorgung ein ärztliches Erst-Assessment (Anamnese und klinische Untersuchung) erhalten.

Empfehlung 6:

Patientenaufklärung und -beratung



Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen sollen bereits im Rahmen der Basisversorgung eine adäquate Aufklärung (Patientenedukation) in Bezug auf ihre Beschwerden und Therapieoptionen erhalten (u. a. zur Bedeutung von Maßnahmen, um die körperliche Aktivität bei unspezifischen Rückenschmerzen zu erhalten sowie zur Prävention einer Chronifizierung).

Empfehlung 7:

Bildgebende Diagnostik I



Bei Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen, d.h. ohne neurologische Begleitsymptomatik, ohne Hinweis auf eine extravertebrale Ursache sowie ohne Hinweis auf eine spezifische Pathologie („red flags“) soll keine bildgebende Diagnostik durchgeführt/eingeleitet werden.

Empfehlung 8:

Bildgebende Diagnostik II



Bei Patientinnen/Patienten mit anhaltenden aktivitätseinschränkenden oder progredienten Rückenschmerzen trotz leitlinienkonformer Therapie soll vier bis sechs Wochen nach Symptombeginn die Indikation für eine bildgebende Diagnostik geprüft werden.

Empfehlung 9:

Risikofaktoren für Chronifizierung

Nach spätestens vier Wochen Schmerzdauer und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitlinienkonformer Therapie sollen psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren für eine Chronifizierung durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt mit einem standardisierten Screeninginstrument erfasst werden.

Empfehlung 10: Weiterleitung an spezialisierte Versorgung



Bei Fortbestehen der unspezifischen Rückenschmerzen länger als sechs Wochen trotz leitlinienkonformer Therapie soll die/der Patient/in im Sinne einer abgestuften Versorgung von der Basisversorgung (Versorgungsebene I) durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt an eine spezialisierte Versorgung (Versorgungsebene II) überwiesen werden.

Empfehlungen Versorgungsebene II: Spezialisierte Versorgung

Empfehlung 11: Fachärztliches/ interdisziplinäres Assessment



Zu Beginn der Behandlung in der spezialisierten Versorgung (Versorgungsebene II) soll leitlinienkonform ein fachärztliches bzw. ein interdisziplinäres Assessment erfolgen.

Empfehlung 12: Weiterleitung an hochspezialisierte Versorgung



Bei Fortbestehen der Rückenschmerzen länger als 12 Wochen, alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und unzureichendem Therapieerfolg sollte die/der Patient/in an eine hochspezialisierte Versorgung (Versorgungsebene III) überwiesen werden.

Empfehlungen Versorgungsebene III: Hochspezialisierte Versorgung

Empfehlung 13: Interdisziplinäres Assessment/ Behandlungsplan



Zu Beginn der hochspezialisierten Versorgung (Versorgungsebene III) soll ein interdisziplinäres Assessment erfolgen und auf Basis der Ergebnisse zügig ein individueller, multimodaler Behandlungsplan erstellt werden.

Empfehlungen Langzeitbetreuung/ Nachsorge

Empfehlung 14: Langzeitbetreuung



Die Langzeitbetreuung von Patientinnen/Patienten mit chronischen (oder rezidivierenden) unspezifischen Rückenschmerzen sollte durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt wohnortnah im Sinne einer Basisversorgung (Versorgungsebene I) erfolgen.

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Rückenschmerzen verursachen sowohl eine enorme Krankheitslast für die einzelnen Betroffenen (u. a. Beeinträchtigung der Lebensqualität, Funktionseinschränkungen, Arbeitsunfähigkeit, psychosoziale Folgen) als auch einen erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden (u. a. aufgrund von Arbeits- und Berufsunfähigkeit, Produktionsverlust, sowie Kosten für Therapie, Rehabilitation, Pflege- und Hilfsdienste). Ziel ist ein bundesweiter, evidenzbasierter Standard für die Versorgung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen, dessen Umsetzung gemäß der regionalen Gegebenheiten erfolgt.

Methode/Methoden

Der vorliegende Qualitätsstandard wurde auf Basis der aktualisierten *Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards* (Version 2.0, BMASGK 2019) unter fachlicher Begleitung von Expertinnen/Experten der Fachgruppe Versorgungsprozesse sowie der Projektgruppe Qualitätsstandards und mit Unterstützung der Gesundheit Österreich GmbH erstellt. Fünf Leitlinien und Standards bilden die medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen für diesen Qualitätsstandard: Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen (BMASGK 2018), Behandlungspfad: Nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärversorgungsebene (Medizinische Universität Graz und HVB 2019), Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz (Bundesärztekammer et al. 2017), Quality standard Low back pain and sciatica in over 16s (NICE 2019) und Quality standard Low back pain (HQO 2019).

Der vorliegende Qualitätsstandard wurde sowohl einer externen Begutachtung durch drei Fachexpertinnen/Experten sowie einer öffentlichen Konsultation unterzogen. Die Ergebnisse der externen Begutachtung und der öffentlichen Konsultation werden zusammen mit der Endfassung des Qualitätsstandards veröffentlicht.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 14 Empfehlungen basierend auf einem Konzept zur abgestuften Versorgung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen formuliert (siehe Übersicht Seite III und IV). Für jede Empfehlung sind der Hintergrund, die Bedeutung für Leistungserbringer/innen, für Patientinnen/Patienten und für Leistungsanbieter/innen, sowie die Evidenzbasis, die Evidenzstärke, der Empfehlungsgrad und mögliche Qualitätsindikatoren dargestellt.

Schlüsselwörter

Qualitätsstandard, unspezifischer Rückenschmerz

Inhalt

Kurzfassung	V
Abkürzungen.....	IX
Glossar.....	X
1 Hintergrund und Ausgangslage.....	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Kurzübersicht zur Ausgangslage	1
1.3 Kernelemente des QS Rückenschmerz	2
1.3.1 Krankheitsbild.....	2
1.3.2 Betroffene Patientengruppe (Zielgruppe).....	3
1.3.3 Priorisierte Versorgungsbereiche mit besonderem Interventionsbedarf (Handlungsfelder)	3
1.3.4 Leitlinien, Standards und Behandlungspfade	3
1.3.5 Spezifische Adressatinnen/Adressaten	4
1.3.6 Ziel	4
1.3.7 Nichtziele.....	5
1.3.8 Potentieller Nutzen.....	5
2 Methode.....	6
3 Abgestuftes Versorgungskonzept	8
3.1 Versorgungsebenen, zentrale Aufgaben, Ort der Leistungserbringung	8
3.1.1 Versorgungsebene I: Basisversorgung.....	8
3.1.2 Versorgungsebene II: Spezialisierte Versorgung	9
3.1.3 Versorgungsebene III: Hochspezialisierte Versorgung	9
3.1.4 Zusammenfassende Darstellung einer abgestufte Versorgung von Rückenschmerzpatientinnen/-patienten	10
4 Spezifische Empfehlungen für Versorgungsaspekte.....	12
4.1 Übergeordnete Empfehlungen	12
4.1.1 Empfehlung 1 – Leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie	12
4.1.2 Empfehlung 2 – Abgestuftes Versorgungskonzept	13
4.1.3 Empfehlung 3 – Koordination	14
4.1.4 Empfehlung 4 – Standardisierte Dokumentation	15
4.2 Empfehlungen Versorgungsebene I: Basisversorgung	16
4.2.1 Empfehlung 5 – Erst-Assessment	16
4.2.2 Empfehlung 6 – Patientenaufklärung und -beratung	18
4.2.3 Empfehlung 7 – Keine Bildgebung bei fehlendem Hinweis auf gefährlichen Verlauf	20
4.2.4 Empfehlung 8 – Prüfung der Indikation für bildgebende Diagnostik	22
4.2.5 Empfehlung 9 – Risikofaktoren für Chronifizierung	24
4.2.6 Empfehlung 10 – Weiterleitung an spezialisierte Versorgung.....	26
4.3 Empfehlungen Versorgungsebene II: Spezialisierte Versorgung.....	27
4.3.1 Empfehlung 11 – Fachärztliches bzw. interdisziplinäres Assessment....	27
4.3.2 Empfehlung 12 – Überweisung an hochspezialisierte Versorgung.....	29
4.4 Empfehlungen Versorgungsebene III: Hochspezialisierte Versorgung	31
4.4.1 Empfehlung 13 – Interdisziplinäres Assessment und Behandlungsplan.	31
4.5 Empfehlungen Langzeitbetreuung / Nachsorge	33
4.5.1 Empfehlung 14 – Langzeitbetreuung	33
5 Gültigkeitsdauer	35

6 Aktualisierungsbedarf und Evaluierung	36
7 Quellen	37
Anhang	45

Abbildung

Abbildung 3.1: Abgestuftes Versorgungskonzept bei unspezifischen Rückenschmerzen.....	11
---	----

Abkürzungen

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGK	Bundesgesundheitskommission
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie
BQRL	Bundesqualitätsrichtlinie
CT	Computertomographie
DELBI	Deutsches Leitlinien-Bewertungsinstrument
FA	Fachärztin/Facharzt
ggf.	gegebenenfalls
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GuKP	Gesundheits- und Krankenpflege
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICPC	International Classification of Primary Care
LL	Leitlinie
MRT	Magnetresonanztomographie
MMST	Multimodale Schmerztherapie
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PVE	Primärversorgungseinheit
QS	Qualitätsstandard
RCT	Randomised controlled trial / Randomisiert kontrollierte Studie
VE	Versorgungsebene

Glossar

Akuter, subakuter bzw. chronischer Rückenschmerz	Je nach Dauer des Bestehens der Symptomatik werden akute (Schmerzdauer 1 bis 4 Wochen), subakute (Schmerzdauer 5 bis 12 Wochen) und chronische Rückenschmerzen (Schmerzdauer länger als 12 Wochen oder episodisch innerhalb von 6 Monaten) unterschieden (LL Kreuzschmerz, BMASGK 2018). Von akuten rezidivierenden Schmerzen ist auszugehen, wenn eine neue Episode nach sechs Monaten Symptomfreiheit auftritt; von chronisch rezidivierenden, wenn eine neue Episode innerhalb eines Jahres nach Symptomfreiheit auftritt. Die zeitlichen Angaben sind jedoch nicht als scharfe Grenzen, sondern als fließende Übergänge zu betrachten, da besonders hinsichtlich der Chronifizierung erhebliche interindividuelle Unterschiede bekannt sind (siehe LL Kreuzschmerz, (BMASGK 2018).
Akutstationäre Versorgung	Behandlung von Patientinnen/Patienten aufgrund einer akut eingetretenen Erkrankung mit Bedarf einer stationären Aufnahme in eine bettenführende Akut-Krankenanstalt (siehe ÖSG 2017, S. 189)
„blue flags“ / „black flags“ (arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren)	Neben den psychosozialen Risikofaktoren („yellow flags“, siehe unten) können auch arbeitsplatzbezogene Faktoren die Entstehung chronischer Rückenschmerzen beeinflussen; diese Risikofaktoren werden als sogenannte „blue and black flags“ bezeichnet. Dabei werden von den Beschäftigten subjektiv empfundene Belastungen am Arbeitsplatz (physisch oder psychosozial) den „blue flags“ zugeordnet, während objektifizierbare soziale Rahmenbedingungen seitens der Arbeitgeber/Versorgungssysteme bzw. objektiv messbare Arbeitsplatz-Faktoren in den Bereich der „black flags“ fallen. Grundsätzlich kann in Bezug auf berufsbezogene Faktoren zwischen physischen (Körperbelastungen, ungünstige Haltungen, Arbeitsschwere) einerseits und berufs- bzw. arbeitsplatzspezifischen psychischen Faktoren (Unzufriedenheit, mentaler Stress, Zeitdruck) unterschieden werden (vgl. LL Kreuzschmerz, BMASGK 2018, S. 16).
Empfehlungsgrad	Der Empfehlungsgrad spiegelt das Vertrauen in den vermuteten Effekt wider und berücksichtigt u. a. die Konsistenz der Studienergebnisse, die Relevanz der Endpunkte und Effektstärken, das Nutzen-Risiko-Verhältnis, ethische, rechtliche, ökonomische Erwägungen, Patientenrelevanz bzw. Patientenpräferenzen, die Anwendbarkeit auf die Patientenzielgruppe und das österreichische Gesundheitssystem, die Umsetzbarkeit im Alltag / in verschiedenen Versorgungsbereichen. Der Empfehlungsgrad schließt damit auch explizit subjektiv wertende Elemente ein. Klassifizierung des Empfehlungsgrads im vorliegenden Qualitätsstandard: starke Empfehlung („soll“), Empfehlung („sollte“) bzw. offene Empfehlung („kann“) (siehe Methodenhandbuch Qualitätsstandards 2019, S. 11, vgl. AWMF 2012).

Evidenzstärke (Evidenzgrad, level of evidence)	Die Evidenzstärke (level of evidence) beschreibt die Belastbarkeit der Studienergebnisse und damit das Ausmaß an Sicherheit / Unsicherheit der beschriebenen Effekte (vgl. AMWF 2012). Für den vorliegenden Qualitätsstandard erfolgte eine dreistufige Graduierung der Evidenzstärke (Evidenzgrad): hoch, mäßig, schwach.
Extramuraler Bereich	(Ambulanter) Versorgungsbereich außerhalb von bettenführenden Krankenanstalten (extramural = außerhalb der (Krankenanstalten-Mauern): selbstständige Ambulatorien (inklusive eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger), Gruppenpraxen, Einzelpraxen (Ärztinnen/Ärzte oder zur freiberuflichen Tätigkeit berechnigte Angehörige anderer Gesundheitsberufe, siehe ÖSG 2017, S. 190)
Interdisziplinäres Assessment	Das interdisziplinäre Assessment dient der Klärung der Indikation für eine multimodale Therapie mit dem Ziel, eine Chronifizierungsgefährdung zu erkennen und ein intensives, interdisziplinäres Therapieprogramm mit verbesserter Prognose einzuleiten (vgl. Casser et al. 2013). Teilnehmende Untersucher/inner sind mindestens ein/e Fachärztin/-arzt sowie ein/e nicht-ärztliche/r Gesundheitsdiensteanbieter/in (u. a. Psychologin/Psychologe, Psychotherapeut/in, Physiotherapeut/in), möglichst jeweils mit schmerztherapeutischer Qualifikation.
Intramuraler Bereich	(Stationärer und spitalsambulanter) Versorgungsbereich in bettenführenden Krankenanstalten (intramural = innerhalb der Krankenanstaltenmauern, siehe ÖSG 2017, S. 193)
Invasive Verfahren	Vgl. hierzu LL Kreuzschmerz 2018, Kap. 7, S. 73 ff. Im Rahmen der Versorgung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen ist bei den invasiven Verfahren zwischen bildgebend gezielten (v. a. Röntgenkontrolle mittels C-Bogen bzw. CT) und Verfahren ohne Röntgenkontrolle zu unterscheiden. Infiltrationen schmerzhafter Strukturen mit Lokalanästhetika können beispielsweise sowohl mit als auch ohne Röntgenkontrolle erfolgen.
Multimodale Schmerztherapie	Die gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patientinnen/Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen, in die verschiedene somatische, körperlich übende, klinisch-psychologische und/oder psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel eingebunden sind. Die Behandlung wird von einem Therapeutenteam aus Ärzten einer oder mehrerer Fachrichtungen, klinischen Psychologen bzw. Psychotherapeuten und weiteren Disziplinen (wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten u. a.) erbracht. Unter ärztlicher Leitung stehen die beteiligten Therapieformen und Disziplinen gleichberechtigt nebeneinander. Obligat ist eine gemeinsame Beurteilung des Behandlungsverlaufs innerhalb regelmäßiger vorgeplanter Teambesprechungen unter Einbindung aller Therapeuten (vgl. Arnold et al. 2009, S. 112).

unspezifischer / spezifischer Rückenschmerz	Unspezifische Rückenschmerzen liegen definitionsgemäß vor, wenn für die Schmerzen keine spezifisch zu behandelnde Ursache gefunden werden konnte, wohingegen bei spezifischen Rückenschmerzen (eindeutige) verursachende somatische Korrelate identifiziert wurden. Die Unterscheidung basiert zunächst auf klinischen Kriterien im Sinne von Alarmsymptomen (sogenannte red flags) (vgl. LL Kreuzschmerz, BMASGK 2018)
„red flags“	Im Kontext von Rückenschmerzen weisen sogenannte „red flags“ auf mögliche zugrundeliegende (schwerwiegende) Erkrankungen hin (z. B. Frakturen, bakterielle Infektionen, neurologische Defizite oder Tumore). Red flags erfordern ein umgehendes Handeln, u. a. diagnostische Abklärung und/oder eine spezifische Therapie (LL Kreuzschmerz, BMASGK 2018).
Selbständige Ambulatorien	Die selbstständigen Ambulatorien bilden ein wichtiges Segment der ambulanten Gesundheitsversorgung in Österreich. Aus rechtlicher Sicht Krankenanstalten, umfassen selbständige Ambulatorien ein breites Spektrum zwischen (Fach)–Arztpraxen–ähnlichen Einrichtungen, ambulanten Behandlungseinrichtungen und ambulanten Spitälern mit teilweise operativem Leistungsspektrum. Das Gesundheitsressort (BMASGK) führt ein unverbindliches Verzeichnis der selbstständigen Ambulatorien in Österreich (siehe https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten_und_selbststaendige_Ambulatorien_in_Oesterreich/Selbststaendige_Ambulatorien_in_Oesterreich)
„yellow flags“ (psychosoziale Risikofaktoren)	Sogenannte „yellow flags“ sind psychosoziale Faktoren (insbesondere kognitiv/emotionale und verhaltensbezogene Merkmale), die das Risiko für Auslöser und das Risiko einer Chronifizierung von Rückenschmerzen erhöhen können und für den Krankheitsverlauf eine entscheidende Rolle spielen. Ziel ist es, Personen mit einem hohen Chronifizierungsrisiko durch psychosoziale Faktoren frühzeitig zu identifizieren und sie ggf. einer spezifischen Behandlung zuzuführen, um damit das Risiko eines langwierigen, komplizierten und kostenintensiven Krankheitsverlaufes abzuwenden (vgl. LL Kreuzschmerz, BMASGK 2018, S. 16).
Interventionelle Verfahren	

1 Hintergrund und Ausgangslage

1.1 Hintergrund

Rückenschmerzen verursachen sowohl eine enorme Krankheitslast für die einzelnen Betroffenen (u. a. Beeinträchtigung der Lebensqualität, Funktionseinschränkungen, Arbeitsunfähigkeit, psychosoziale Folgen) als auch einen erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden (u. a. aufgrund von Arbeits- und Berufsunfähigkeit, Produktionsverlust, sowie Kosten für Therapie, Rehabilitation, Pflege- und Hilfsdienste, vgl. u. a. Großschädl et al. 2016).

Im Rahmen der Bundeszielsteuerung Gesundheit (2016) erfolgte eine Beauftragung der GÖG zur Erstellung eines Bundesqualitätsstandards für die Verbesserung der Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten. Von der Fachgruppe Versorgungsprozesse (31. 5. 2016) wurde eine Eingrenzung des Themas auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akuten, subakuten, chronischen und rezidivierenden (unspezifischen) Rückenschmerzen vorgenommen und festgestellt, dass für die Erstellung des Qualitätsstandards unspezifischer Rückenschmerz jedenfalls eine gültige medizinische Leitlinie als Grundlage erforderlich ist (Sitzung 6. 3. 2017). Unter dem Vorsitz des BMASGK in Zusammenarbeit mit den betroffenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und unter Mitarbeit der Österreichischen Ärztekammer wurde die österreichische Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen (kurz: LL Kreuzschmerz) erstellt, einstimmig verabschiedet und im August 2018 veröffentlicht.

1.2 Kurzübersicht zur Ausgangslage

Gemäß aktualisiertem Methodenhandbuch Version 2.0 (BMASGK 2019) wurde als Grundlage für die weitere Konzeption des vorliegenden Qualitätsstandards eine sogenannte Kurzübersicht erarbeitet (GÖG 2019). Diese Kurzübersicht bietet eine überblicksmäßige Darstellung mit essenziellen Informationen zum Themenbereich unspezifischer Rückenschmerz (u. a. Definition der Erkrankung, betroffene Patientengruppe, Versorgungssituation und Behandlungspfade, Leitlinien und Standards inklusive Qualitätsbewertung, Datengrundlagen und -quellen, gesetzliche Bestimmungen, betroffene Stakeholder). Zusätzlich wurden Bereiche mit potenziellem Handlungsbedarf (sogenannte „Handlungsfelder“) identifiziert, die zur Weiterentwicklung einer flächendeckenden, qualitätsgesicherten, abgestuften Versorgung von (Rücken-)Schmerzpatienten in Österreich beitragen können. Die Kurzübersicht wird gemeinsam mit der finalen Version der Qualitätsstandards veröffentlicht.

1.3 Kernelemente des QS Rückenschmerz

Auf Basis der Kurzübersicht wurden die Kernelemente für den Qualitätsstandard unspezifischer Rückenschmerz (u. a. betroffene Patientengruppe, Adressatinnen/Adressaten, Ziele und Nicht-Ziele, zugrundeliegende Leitlinien und Standards, Datengrundlagen, priorisierte Handlungsfelder) – wie im Methodenhandbuch Version 2.0 empfohlen – von der Projektgruppe Qualitätsstandards am 4. 6. 2018 festgelegt und von der Fachgruppe Versorgungsprozesse am 17. 6. 2019 abgenommen.

Diese Kernelemente sind nachfolgend dargestellt:

1.3.1 Krankheitsbild

Gemäß ICD 10 (www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/) umfassen Rückenschmerzen (englisch: back pain) den Bereich vom siebten Halswirbel (vertebra prominens) bis zur Glutealfalte (sulcus glutealis). Schmerzen im Bereich des unteren Rückens werden auch als Kreuzschmerzen (englisch: low back pain) bezeichnet. Die weitere Klassifikation der Rückenschmerzen kann u. a. nach Ursache, Dauer, Schweregrad und Chronifizierungsstadium erfolgen.

Unspezifische und spezifische Rückenschmerzen

Da spezifische und unspezifische Rückenschmerzformen ein völlig unterschiedliches Vorgehen verlangen, kommt der Abgrenzung dieser beiden Entitäten besondere Bedeutung zu (LL Kreuzschmerz 2018). Unspezifische Rückenschmerzen liegen definitionsgemäß vor, wenn keine spezifisch zu behandelnde Ursache gefunden werden konnte, wohingegen bei spezifischen Rückenschmerzen (eindeutige) verursachende somatische Korrelate identifiziert wurden. Die Unterscheidung basiert zunächst auf klinischen Kriterien im Sinne von Alarmsymptomen (sogenannte red flags). Red flags weisen auf mögliche zugrundeliegende (schwerwiegende) Erkrankungen hin (z. B. Frakturen, bakterielle Infektionen, neurologische Defizite und Tumore). Red flags erfordern ein umgehendes Handeln (u. a. diagnostische Abklärung, spezifische Therapie) (LL Kreuzschmerz, BMASGK 2018).

Akute, subakute, chronische und rezidivierende Rückenschmerzen

Je nach Dauer des Bestehens der Symptomatik werden akute (Schmerzdauer 1 bis 4 Wochen), subakute (Schmerzdauer 5 bis 12 Wochen) und chronische Rückenschmerzen (Schmerzdauer länger als 12 Wochen oder episodisch innerhalb von 6 Monaten) unterschieden (LL Kreuzschmerz, BMASGK 2018). Von akuten rezidivierenden Schmerzen ist auszugehen, wenn eine neue Episode nach 6 Monaten Symptomfreiheit auftritt; von chronisch rezidivierenden, wenn eine neue Episode innerhalb eines Jahres nach Symptomfreiheit auftritt. Die zeitlichen Angaben sind jedoch nicht als scharfe Grenzen, sondern als fließende Übergänge zu betrachten, da besonders hinsichtlich der Chronifizierung erhebliche interindividuelle Unterschiede bekannt sind (siehe LL Kreuzschmerz, (BMASGK 2018).

1.3.2 Betroffene Patientengruppe (Zielgruppe)

Patientinnen und Patienten mit akuten, subakuten, chronischen oder rezidivierenden unspezifischen Rückenschmerzen bilden die Zielgruppe des geplanten Qualitätsstandards.

1.3.3 Priorisierte Versorgungsbereiche mit besonderem Interventionsbedarf (Handlungsfelder)

Für den vorliegenden Qualitätsstandards wurden folgende Versorgungsbereiche mit besonderem Interventionsbedarf (sogenannte Handlungsfelder) priorisiert (Fachgruppe Versorgungsprozesse 17.6.2019):

- » Definition eines abgestuften Versorgungskonzepts
- » Optimierung des Nahtstellenmanagements (Übergänge zwischen verschiedenen schmerzmedizinischen Versorgungsebenen und -einrichtungen)
- » Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zum Thema Rückenschmerz (u. a. Bedeutung von Maßnahmen, um die körperliche Aktivität bei unspezifischen Rückenschmerzen zu erhalten und zur Prävention einer Chronifizierung; Erstellen einer Patientenbroschüre zum Thema Rückenschmerz)

1.3.4 Leitlinien, Standards und Behandlungspfade

Leitlinien und Standards

Die fünf nachfolgend genannten Leitlinien und Standards bilden die medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen für diesen Qualitätsstandard. Auf Basis der Bewertungen mit dem Deutschen Leitlinienbewertungsinstrument (DELBI) (AWMF/ÄZQ 2008) wurde für diese Leitlinien und Standards eine insgesamt hohe methodische Qualität festgestellt (vgl. Kurzübersicht zum QS Rückenschmerz, GÖG 2019, S. 11)

- » BMASGK (2018) Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen (Kurzbezeichnung: LL Kreuzschmerz 2018)
- » Medizinische Universität Graz und HVB (2019) Behandlungspfad: Nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärversorgungsebene
- » Bundesärztekammer et al. (2017) Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz
- » NICE (2019) Quality standard Low back pain and sciatica in over 16s
- » HQO (2019) Quality standard Low back pain. Care for adults with acute low back pain

Behandlungspfade

Für Österreich wurden zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Qualitätsstandards vier evidenzbasierte Pfade zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen identifiziert (Abbildungen und Beschreibungen der Pfade finden sich in den nachfolgend angegebenen Originalpublikationen):

- » Zwei Behandlungspfade für den gesamten Versorgungsbereich für Patientinnen/Patienten mit akuten bzw. fortbestehenden unspezifischen Kreuzschmerzen sind in der oben genannten Österreichischen LL Kreuzschmerz dargestellt (BMASGK 2018, S. 35 und S. 38).
- » Zwei Behandlungspfade für Personen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz ausschließlich auf Primärversorgungsebene finden sich in der oben genannten Publikation der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger (MedUniGraz 2019; siehe: www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.674366&version=1551778914 sowie Infoboxen zum Behandlungspfad: www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.674367&version=1551778914)

1.3.5 Spezifische Adressatinnen/Adressaten

Spezifische Adressatinnen/Adressaten des vorliegenden Qualitätsstandards sind:

- » Sämtliche Gesundheitsdienstleister/innen, die an der Versorgung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen beteiligt sind
- » Strategische Entscheidungsträger und Stakeholder, die für die Versorgung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen verantwortlich sind

1.3.6 Ziel

Ziel ist ein bundesweiter, evidenzbasierter Standard für die Versorgung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen, dessen Umsetzung gemäß der regionalen Gegebenheiten erfolgt. Der Qualitätsstandard Rückenschmerz beinhaltet hierfür Empfehlungen zu/zum:

- » Ort der Leistungserbringung im Sinne einer abgestuften Versorgung
- » (Qualitäts-)Indikatoren zur Messung und Evaluierung (der Empfehlungen) des Qualitätsstandards
- » frei zugänglichen, IT-gestützten Assessment-Tools
- » Patientinnen/Patienten-Empowerment (z. B. Patientenbroschüre)
- » Nahtstellenmanagement

1.3.7 Nichtziele

Nichtziele des vorliegenden Qualitätsstandards Rückenschmerz sind:

- » Empfehlungen für Patientinnen und Patienten mit anderen Schmerzen als unspezifischen Rückenschmerzen
- » Empfehlungen zum Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung der involvierten Gesundheitsdienstleister
- » Empfehlungen zum „best point of service“

1.3.8 Potentieller Nutzen

Für Patientinnen/Patienten wird u. a. folgender potenzieller Nutzen durch den vorliegenden Qualitätsstandard erhofft:

- » Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen
- » Reduktion der Häufigkeit der Chronifizierung von akuten unspezifischen Rückenschmerzen
- » Reduktion von nicht-indizierten bildgebenden Diagnoseverfahren bei Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen
- » Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen
- » Reduktion der unangemessenen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Koordination der Behandlungsschritte und Optimierung des Nahtstellenmanagements

Für Gesundheitsdienstleister/innen sowie für Strategische Entscheidungsträger/-innen und Stakeholder soll der vorliegende Qualitätsstandard eine inhaltliche Grundlage im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen bilden.

2 Methode

Die aktualisierte *Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards* (Methodenhandbuch Version 2.0, BMASGK 2019) bildet die methodische Grundlage für den vorliegenden Qualitätsstandard, der unter fachlicher Begleitung von Expertinnen/Experten der Fachgruppe Versorgungsprozesse sowie der Projektgruppe Qualitätsstandards und mit Unterstützung der Gesundheit Österreich GmbH erstellt wurde.

Medizinische Empfehlungen

Qualitätsstandards enthalten u. a. von Fachgesellschaften empfohlene Regelungen und Ablaufbeschreibungen, die in der jeweils gültigen Version unverändert übernommen/empfohlen werden. Die ausgewählten Leitlinien und Standards (siehe Kap. 1.3.4) bilden die medizinisch-inhaltliche Grundlage für den vorliegenden Qualitätsstandard. Die medizinischen Empfehlungen werden nicht im Qualitätsstandard wiedergegeben, sondern sind den Originalpublikationen zu entnehmen.

Abgestuftes Versorgungskonzept

Das abgestufte Versorgungskonzept für Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen (siehe Kap.3) wurde von der Projektgruppe Qualitätsstandards auf Basis der Grundlagendokumente erarbeitet.

Spezifische Empfehlungen zu Versorgungsaspekten

Die Projektgruppe Qualitätsstandards formuliert Empfehlungen zu Versorgungsaspekten unter Berücksichtigung der als Grundlagen festgelegten Leitlinien und Standards (siehe Kap. 1.3.4) sowie auf Basis des abgestuften Versorgungskonzepts (siehe Kap.3). Die Inhalte dieser Arbeiten wurden strukturiert aufgelistet. Die daraus entstandene Liste wurde von der Projektgruppe Qualitätsstandards bewertet und über die Aufnahme der Inhalte in den Qualitätsstandard entschieden. Im Anschluss wurden zusammenhängende Inhalte entlang der definierten Versorgungsphasen zusammengeführt und die Empfehlungen für den Qualitätsstandard formuliert.

Für die Evidenzbasis, die für jede einzelne Empfehlung im vorliegenden Qualitätsstandard ausgewiesen ist, wurden die entsprechenden Angaben aus den Grundlagendokumenten (siehe Kap. 1.3.4) übernommen. Bei fehlenden Angaben zur Evidenzbasis in den Grundlagendokumenten erfolgte eine selektive Suche ausschließlich nach systematischen Übersichtsarbeiten (systematic reviews) in den Datenbanken Cochrane Library (cochranelibrary.com/), TRIP-Database (tripdatabase.com/) und Pubmed (ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/). Als Selektionskriterien wurden hierfür festgelegt, dass sich die systematische Übersichtsarbeit auf die jeweilige Empfehlung bei erwachsenen Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen bezieht, dass die systematische Übersichtsarbeit in deutscher oder englischer Sprache vorliegt, in Europa, Nordamerika

oder Australien/Neuseeland erstellt bzw. herausgegeben wurde und dass die systematische Übersichtsarbeit maximal zehn Jahre alt ist. Die Selektion der systematischen Übersichtsarbeiten erfolgte unabhängig durch zwei GÖG-Mitarbeiter/innen. Bei Dissens wurde durch Diskussion eine Einigung hergestellt. Die Einschätzung der Stärke der Evidenz („level of evidence“) für die jeweilige Empfehlung erfolgte ebenfalls unabhängig durch zwei GÖG-Mitarbeiter/innen anhand a priori festgelegter Kriterien (siehe Anhang XX). Falls keine externe Evidenzbasis identifiziert wurde, kann die Projektgruppe ein Konsensus-Statement abgeben. Der Empfehlungsgrad („grade of recommendation“) für die einzelnen Empfehlungen wurde von der Projektgruppe Qualitätsstandards festgelegt.

Sicherstellung der methodischen Qualität

Der vorliegende Qualitätsstandard wurde einer externen Begutachtung unterzogen, wozu die Projektgruppe Qualitätsstandards vier externe Fachexpertinnen/Fachexperten ausgewählt hat. Anhand eines standardisierten Dokuments (mit Leitfaden für die Begutachtung) konnten die ausgewählten Expertinnen und Experten Stellung nehmen. Die Anmerkungen und Korrekturvorschläge der externen Gutachter/innen wurden in Abstimmung mit der Projektgruppe in den Qualitätsstandard eingearbeitet beziehungsweise mit Begründung abgelehnt. Die Ergebnisse der externen Begutachtung (Kommentare der externen Stellungnahmen) werden zusammen mit der Endfassung des Qualitätsstandards veröffentlicht.

Zusätzlich wurde der vorliegende Qualitätsstandard einer öffentlichen Konsultation unterzogen. Die Rückmeldungen aus der öffentlichen Konsultation wurden analog zur externen Begutachtung in Abstimmung mit der Projektgruppe Qualitätsstandards in den Qualitätsstandard eingearbeitet oder mit Begründung abgelehnt. Die Ergebnisse der öffentlichen Konsultation werden ebenfalls mit der Endfassung dieses Qualitätsstandards auf den Internetseiten der GÖG veröffentlicht. Die Endversion dieses Qualitätsstandards wurde nach Abnahme durch die Fachgruppe Versorgungsprozesse vom ständigen Koordinierungsausschuss (StäKA) und der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) beschlossen und zur Publikation freigegeben.

3 Abgestuftes Versorgungskonzept

Um eine bestmögliche Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen flächendeckend, wohnortnah und effizient zu gewährleisten, haben sich in zahlreichen europäischen Ländern (u. a. in Niederlande, Deutschland, Großbritannien, Schweden, vgl. Musculoskeletal Health in Europe 2018) sogenannte abgestufte Versorgungskonzepte bewährt. Diese Versorgungskonzepte unterscheiden in der Regel drei Versorgungsebenen:

- » Basisversorgung (Versorgungsebene I)
- » Spezialisierte Versorgung (Versorgungsebene II)
- » Hochspezialisierte Versorgung (Versorgungsebene III).

3.1 Versorgungsebenen, zentrale Aufgaben, Ort der Leistungserbringung

Nachfolgend sind zentrale Aufgaben und Leistungen im Rahmen der Versorgung von Rückenschmerzpatientinnen/-patienten den drei Versorgungsebenen zugeordnet und mögliche Orte der Leistungserbringung benannt.

3.1.1 Versorgungsebene I: Basisversorgung

Im Rahmen der Basisversorgung werden leitlinienkonform vor allem die Anamnese und körperliche Untersuchung durchgeführt (Erst-Assessment), das Vorliegen von „red flags“ erfasst und ggf. weiterführende Diagnose- und Therapiemaßnahmen eingeleitet. Auf dieser Versorgungsebene erfolgt ein erstes Screening nach psychosozialen Risikofaktoren („yellow flags“) und sowie arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren und ggf. eine daran adaptierte abgestufte Behandlung zur Vermeidung einer Chronifizierung des Schmerzgeschehens. Im Rahmen der Basisversorgung können bei Bedarf bereits kurze, verhaltensmedizinisch orientierte Interventionen im Sinne einer psychosomatischen Grundversorgung niederschwellig stattfinden. Die Einleitung einer konsequent leitlinienkonformen Therapie sowie die Patientenaufklärung und -beratung sind ebenso zentrale Aufgaben der Basisversorgung. Auf Versorgungsebene I erfolgt zudem eine Evaluation der Therapieergebnisse und bei Bedarf die Einleitung von spezialisierten Versorgungsangeboten und die Zuweisung in der Versorgungsebene II.

Die Basisversorgung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen erfolgt extramural durch Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (unabhängig von der Organisationsform) und ggf. weiteren nicht-ärztlichen Gesundheitsdiensteanbietern (GDA).

3.1.2 Versorgungsebene II: Spezialisierte Versorgung

Auf der Versorgungsebene II erfolgt im Sinne einer spezialisierten Versorgung die Behandlung von Patientinnen/Patienten, die entweder nicht für die erste Versorgungsebene geeignet sind (z. B. bei Vorliegen stark ausgeprägter Chronifizierungsfaktoren) sowie von Patientinnen/Patienten, die innerhalb eines definierten Zeitfensters auf der ersten Versorgungsebene keinen zufriedenstellenden Therapieerfolg aufweisen (siehe LL Kreuzschmerz 2018). Zentrale Aufgaben der spezialisierten (Rücken-)Schmerzversorgung sind die Durchführung eines fachärztlichen (bzw. ggf. interdisziplinären) Assessments unter besonderer Berücksichtigung etwaiger psychosozialer Chronifizierungsfaktoren („yellow flags“) und arbeitsplatzbezogener Risikofaktoren („blue flags“). Bei Bedarf erfolgt eine leitlinienkonforme Anpassung der Therapie („Therapieoptimierung“) sowie ggf. eine weiterführende Diagnostik. Die Schmerztherapie erfolgt auf dieser Versorgungsebene ggf. interdisziplinär, bei Bedarf wird eine multimodale Schmerztherapie (ohne invasive Verfahren unter Röntgenkontrolle) eingeleitet und durchgeführt. Die Patientenschulung bleibt auch im Rahmen der spezialisierten Versorgung eine zentrale Aufgabe. Leitlinienkonform erfolgt zudem eine Evaluation des Therapieerfolgs und ggf. eine Überleitung an die Versorgungsebene III (hochspezialisierte Versorgung).

Die spezialisierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen (Versorgungsebene II) erfolgt extramural durch niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte und weitere nicht-ärztliche Gesundheitsdiensteanbieter (GDA), in Gruppenpraxen, selbständigen Ambulatorien oder Reha-Einrichtungen.

3.1.3 Versorgungsebene III: Hochspezialisierte Versorgung

Zentrale Aufgaben der hochspezialisierten Versorgung sind die Durchführung eines interdisziplinären Assessments mit ggf. weiterführender Diagnostik und darauf basierend die Planung bzw. Durchführung einer leitlinienkonformen interdisziplinären und ggf. multimodalen Schmerztherapie unter Berücksichtigung der individuellen Patientenpräferenzen und -bedürfnisse sowie unter besonderer Berücksichtigung etwaiger psychosozialer Chronifizierungsfaktoren. Ggf. weitere Therapieoptimierung gemäß LL Kreuzschmerz 2018 und bei Bedarf invasive Maßnahmen können auf dieser Versorgungsebene stattfinden. Die Therapieergebnisse werden evaluiert. Die Patientenedukation (Information/Schulung) wird intensiviert, ggf. werden schmerz-psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen durchgeführt. Bei Bedarf werden arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren (erneut) erfasst und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die Ergebnisse der Therapie werden evaluiert.

Die hochspezialisierte Versorgung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen kann intramural oder extramural erfolgen, z. B. in einem interdisziplinären Schmerzzentrum, in einer Reha-Einrichtung oder Tagesklinik. Die multimodale Schmerztherapie erfolgt nicht im akutstationären Bereich.

3.1.4 Zusammenfassende Darstellung einer abgestuften Versorgung von Rückenschmerzpatientinnen/-patienten

Die nachfolgende Abbildung zeigt zusammenfassende Eckdaten des abgestuften Versorgungskonzepts für Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen.

Abbildung 3.1:
Abgestuftes Versorgungskonzept bei unspezifischen Rückenschmerzen

Hochspezialisierte Versorgung (Versorgungsebene III)

Zeitachse: 12 Wochen ab Symptombeginn

Aufgaben:

- Interdisziplinäres Assessment mit ggf. weiterführender Diagnostik
- weitere Therapieoptimierung und bei Bedarf invasive Verfahren
- Multimodale Schmerztherapie (erfolgt nicht im akutstationären Bereich)
- intensivierte Patientinnen-/Patienten-Edukation (Information/Schulung)
- Evaluation der Therapieergebnisse

Ort der Leistungserbringung: intramural oder extramural, z. B. interdisziplinäres Schmerzzentrum, Reha-Einrichtung, Tagesklinik

Spezialisierte Versorgung (Versorgungsebene II)

Zeitachse: 6 – 12 Wochen ab Symptombeginn bzw. >12 Wochen ab Symptombeginn, wenn eine hochspezialisierte Versorgung auf Basis der Evaluation des Therapieerfolgs nicht benötigt wird

Aufgaben:

- Fachärztliches Assessment unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer ('yellow flags') und arbeitsplatzbezogener Faktoren für Chronifizierung, ggf. interdisziplinäres Assessment
- Therapieoptimierung
- ggf. weiterführende Diagnostik und/oder interdisziplinäre, bei Bedarf multimodale Schmerztherapie (ohne invasive Verfahren unter Röntgenkontrolle)
- Patientinnen-/Patienten-Edukation
- Evaluation der Therapieerfolgs
- bei Persistenz der Symptomatik ggf. Überleitung an Versorgungsebene III

Ort der Leistungserbringung: extramural: niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte und weitere nicht-ärztliche GDA, Gruppenpraxis, selbständige Ambulatorien oder Reha-Einrichtungen

Basisversorgung (Versorgungsebene I)

Zeitachse: 0 – 6 Wochen ab Symptombeginn

Aufgaben:

- Erst-Assessment (Anamnese, klinische Untersuchung und Erfassen von 'red flags')
- leitlinienkonforme Behandlung
- Screening psychosoziale ('yellow flags') und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren
- Patientinnen-/Patienten-Aufklärung und -Beratung
- bei Vorliegen von 'red flags' und/oder bei Aggravierung unverzügliche weitere Abklärung und Überleitung zur spezialisierten Versorgung
- Evaluation der Therapieergebnisse, bei Bedarf Einleitung von spezialisierten Versorgungsangeboten und Zuweisung in der Versorgungsebene II

Ort der Leistungserbringung: extramural: Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (unabhängig von der Organisationsform) und weitere nicht-ärztliche GDA

GDA = Gesundheitsdiensteanbieter, ggf = gegebenenfalls, PVE = Primärversorgungseinheit

Quelle: Projektgruppe Qualitätsstandards 2020

4 Spezifische Empfehlungen für Versorgungsaspekte

4.1 Übergeordnete Empfehlungen

4.1.1 Empfehlung 1 – Leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie



Diagnostik und Therapie von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen sollen konsequent leitlinienkonform erfolgen.

Hintergrund: Leitlinien stellen evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnose und Behandlung definierter Erkrankungen zur Verfügung. Durch leitlinienkonformes Vorgehen seitens der Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) sollen eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung unterstützt und eine Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden (vgl. Lugtenberg 2009, Ollenschläger 2002). Für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Rückenschmerzen liegt in Österreich die *Leitlinie Kreuzschmerz 2018* (BMSAGK 2019) vor. Ausschließlich auf Primärversorgungsebene sind gegebenenfalls zusätzliche Empfehlungen im *Behandlungspfad: Nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärversorgungsebene* (Medizinische Universität Graz / HVB 2019) dargestellt.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Leitlinien bieten einen evidenzbasierten Handlungsleitfaden für qualitätsgesicherte diagnostische und therapeutische Maßnahmen in der Patientenversorgung.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Durch leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie erhalten Patientinnen/Patienten eine Behandlung auf Basis der besten aktuell verfügbaren Evidenz. Eine Standardisierung des Behandlungsprozesses kann zur Verbesserung von Patientenoutcomes beitragen. Qualitätsgesicherte, laienverständliche Informationen sollten für Patientinnen und Patienten daher verfügbar sein.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Es soll sichergestellt werden, dass gültige Leitlinien zum Management von unspezifischen Rückenschmerzen den betroffenen Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) bekannt und zugänglich sind.

Evidenzbasis: Systematische Übersichtsarbeiten (Lugtenberg 2009, Ollenschläger 2002)

Evidenzstärke: hoch

Starke Empfehlung

Möglicher Qualitätsindikator: –

Anmerkung: Bei entsprechender Verlaufsdocumentation wäre die Überprüfung der Leitlinienkonformität ausgewählter Behandlungsschritte (und damit einzelner, spezifischer Leitlinienempfehlungen) ggf. messbar (Prozessindikator).

4.1.2 Empfehlung 2 – Abgestuftes Versorgungskonzept



Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen soll gemäß eines abgestuften Versorgungskonzeptes erfolgen.

Hintergrund: Für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen hat sich eine abgestufte Versorgung in zahlreichen europäischen Ländern bewährt (u. a. in Niederlande, Deutschland, Großbritannien, Schweden, vgl. Back Pain Europe 2004, Baker et al. 2010, Kamper et al. 2014, Musculoskeletal Health in Europe 2018). Diese Schmerzversorgungskonzepte unterscheiden in der Regel drei Versorgungsebenen (siehe Kap. 3).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Ein leitlinienkonformes, abgestuftes Versorgungskonzept bietet GDA u. a. transparente und nachvollziehbare Kriterien für die Überleitung/Zuweisung von Patientinnen/Patienten mit Rückenschmerzen an unterschiedlich spezialisierte Versorgungsangebote.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Ein abgestuftes Versorgungskonzept kann dabei unterstützen, dass die Behandlung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort (Versorgungseinrichtung) erfolgt.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Auf Basis regionaler Gegebenheiten sollen Leistungsanbieter/innen dafür Sorge tragen, dass die strukturellen Anforderungen für eine abgestufte Versorgung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen gewährleistet sind. Abgestufte Versorgungskonzepte können dabei unterstützen, die Versorgung der Patientinnen/Patienten mit bestmöglicher Qualität gesamtwirtschaftlich kostengünstig zu erbringen.

Evidenzbasis: Nicht-systematische Übersichtsarbeiten auf Basis von Beobachtungsstudien (Back Pain Europe 2004, Kamper et al. 2014)

Evidenzstärke: mäßig

Starke Empfehlung

Möglicher Qualitätsindikator: –

Anmerkung: Bei entsprechender Diagnose- bzw. Verlaufsdokumentation und Einsicht in Patientenakten könnte stichprobenweise überprüft werden, ob sich Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen im aktuellen Anlassfall auf der entsprechend „richtigen“ Versorgungsebene befinden (Prozessindikator). Mittels Patientenbefragungen beispielsweise auf Versorgungsebene III ließen sich vorangehende Erfahrungen von Patientinnen/Patienten abfragen (Prozess-/ Ergebnisindikator). Mittels Routinedaten lassen sich Patientenpfade aktuell nur retrospektiv (z. B. von einem stationären Aufenthalt mit einer spezifischen Leistung ausgehend) nachzeichnen, wobei ohne Diagnosedokumentation im niedergelassenen Bereich der Grund der vorangehenden Arztbesuche nicht eindeutig zuordenbar ist (Prozessindikator).

4.1.3 Empfehlung 3 – Koordination



Für den gesamten Versorgungsprozess von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen soll die/der behandlungsführende Ärztin/Arzt die Koordination übernehmen.

Hintergrund: In Österreich besteht das Recht auf freie Arztwahl. Dies bedeutet, dass Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen sich grundsätzlich aussuchen können, welchen (niedergelassene/n) Ärztin/Arzt sie konsultieren bzw. von welcher Gesundheitseinrichtung sie behandelt werden möchten. Für die Versorgung von Schmerzpatientinnen/patienten können sich komplexe Anforderungen ergeben, da bei Bedarf neben medizinischen Maßnahmen auch beratende, edukative, klinisch-/schmerz-psychologische, gesundheitspsychologische, psycho-/sozialtherapeutische und/oder rehabilitative Therapiemaßnahmen indiziert sein können (vgl. Taylor 2014). Um den Behandlungsprozess zu steuern und eine effiziente interdisziplinäre Zusammenarbeit zu ermöglichen, ist eine Koordination sämtlicher Behandlungsschritte erforderlich.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Die/der behandlungsführende Ärztin/Arzt ist neben der Erstellung eines individuellen Therapieplans auch für die Koordination der an der Behandlung beteiligten GDA zuständig und stellt sicher, dass ein kontinuierlicher Informationsaustausch stattfindet.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Patientinnen und Patienten erhalten mit einem/r Ärztin/Arzt als Koordinator eine zentrale Ansprechperson, die sie über die angezeigten Behandlungsmaßnahmen informiert und von der erforderliche (administrative) Maßnahmen (z. B. Zuweisung zur spezialisierten Versorgung) zielgerichtet und effizient eingeleitet/durchgeführt werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Das Management von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen kann mit komplexen medizinischen, therapeutischen und organisatorischen Anforderungen verbunden sein. Damit betroffene Patientinnen und Patienten effizient versorgt werden können, ist sicherzustellen, dass die Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsnetzen ermöglicht, gefestigt und intensiviert wird.

Evidenzbasis: Expertenkonsens

Evidenzstärke: schwach

Starke Empfehlung

Möglicher Qualitätsindikator: –

Anmerkung: Die Umsetzung der Empfehlung lässt sich nicht auf Basis von Routinedaten überprüfen. Eine standardisierte Verlaufs- und Befunddokumentation würde eine gewisse Nachvollziehbarkeit erlauben (Prozessindikator). Alternativ könnte die Befragung betroffener Patientinnen/Patienten Hinweise auf deren Zufriedenheit mit der Koordination bzw. Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheitssystem bieten (Ergebnisindikator).

4.1.4 Empfehlung 4 – Standardisierte Dokumentation



Um eine koordinierte Zusammenarbeit zu ermöglichen, soll eine standardisierte Dokumentation erfolgen.

Hintergrund: Eine bestmögliche Behandlung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen findet häufig unter Beteiligung verschiedener ärztlicher Fachdisziplinen und mehrerer Berufsgruppen sowie in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen statt (multi- und interdisziplinäre, ggf. multimodale Behandlung im Rahmen einer abgestuften Versorgung). Für eine effiziente multi- und interdisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten GDA ist eine standardisierte Dokumentation relevanter Patienten- und Behandlungsdaten sowie eine standardisierte Datenübertragung erforderlich. Nach Möglichkeit soll die standardisierte Dokumentation IT-unterstützt erfolgen.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Eine standardisierte Dokumentation ermöglicht es Ärztinnen/Ärzten und anderen GDA, den Behandlungsprozess systematisch zu erfassen.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Durch eine standardisierte Dokumentation versorgungsrelevanter Informationen kann eine qualitätsgesicherte und effiziente Behandlung von Patientinnen und Patienten unterstützt werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Es sollte sichergestellt werden, dass handelnden Ärztinnen/Ärzten geeignete Tools zur standardisierten Dokumentation zur Verfügung stehen.

Evidenzbasis: Expertenkonsens

Evidenzstärke: schwach

Starke Empfehlung

Möglicher Qualitätsindikator: –

Anmerkung: Ob eine standardisierte Dokumentation tatsächlich erfolgt, kann nur mittels Einblick in individuelle Patientenakten überprüft werden (Prozessindikator). Die Verfügbarkeit bzw. der Umsetzungsgrad von standardisierten Tools bzw. Schnittstellen und Kommunikationssystemen ließe sich ggf. über Softwarehersteller und Betreiber von Kommunikationsschnittstellen (z. B. ELGA, IT Sozialversicherung) erheben (Strukturindikator).

4.2 Empfehlungen Versorgungsebene I: Basisversorgung

4.2.1 Empfehlung 5 – Erst-Assessment



Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen sollen im Rahmen der Basisversorgung ein ärztliches Erst-Assessment (Anamnese und klinische Untersuchung) erhalten.

Hintergrund: Das ärztliche Erst-Assessment bei akuten Rückenschmerzen (Basisdiagnostik) erfolgt zunächst anhand einer sorgfältigen Anamnese und körperlichen Untersuchung (LL Kreuzschmerz 2018). Wichtige Fragestellungen/Ergebnisse dieses Assessments sind: Schmerzlokalisierung, Schmerzstärke, Funktionseinschränkung, psychischer Distress, gesundheitsbezogene Lebensqualität, ggf. Screening nach psychosozialen Risikofaktoren für eine Chronifizierung („yellow flags“) sowie Ausschluss bzw. Erfassung ernstzunehmender Pathologien („red flags“, z. B. Frakturen, bakterielle Infektionen, neurologische Defizite oder Tumore, Cochrane Sys Rev Williams 2013, Cochrane Sys Rev Henschke 2013). Bei Vorliegen von „red flags“ wird je nach Verdachtsdiagnose eine weiterführende diagnostische Abklärung eingeleitet. Liegen keine Hinweise auf zugrundeliegende (schwerwiegende) Erkrankungen vor, kann die Diagnose „unspezifischer Rückenschmerz“ gestellt werden (LL Kreuzschmerz 2018).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen:

Da unspezifische und spezifische Rückenschmerzen ein völlig unterschiedliches Vorgehen verlangen, ist die diagnostische und therapeutische Abgrenzung dieser Entitäten auf Basis eines Assessments bereits möglichst früh nach Symptombeginn von entscheidender Bedeutung (vgl. LL Kreuzschmerz 2018, S. 18 ff.)

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten:

Ein ärztliches Assessment der akuten Rückenschmerzen ermöglicht die (vorläufige) Diagnosestellung sowie die Auswahl der am besten geeigneten Maßnahmen (z. B. Therapieplan). Zusätzlich können mit Hilfe eines ärztlichen Assessments bereits früh nach Beginn der Beschwerden ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko sowie ein etwaiges Risiko für einen schwerwiegenden Verlauf erkannt werden, um ggf. entsprechende weitere Diagnose- und Behandlungsschritte einzuleiten (vgl. LL Kreuzschmerz S. 18 ff.).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen:

Es sollte sichergestellt sein, dass niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte bei Bedarf geeignete Assessment-Tools zur Verfügung stehen, die sie dabei unterstützen, standardisiert, rasch und möglichst früh nach Symptombeginn, eine vorläufige Diagnose und einen Behandlungsplan zu erstellen bzw. weiterführende Maßnahmen (z. B. Überweisung zur weiteren fachärztlichen Abklärung) einzuleiten.

Evidenzbasis: Systematische Reviews und Metaanalysen (Williams 2013, Henschke 2013)

Evidenzstärke: hoch

Starke Empfehlung

Mögliche Qualitätsindikatoren:

1. Anteil der Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen, bei denen ein Erst-Assessment (siehe oben, insbesondere bezüglich „red flags“) durchgeführt wurde (Prozessqualität).
 - » Zähler: Anzahl an Patientinnen/Patienten, bei denen ein Erst-Assessment durchgeführt wurde
 - » Nenner: Anzahl der Patientinnen/Patienten, die aufgrund akuter Rückenschmerzen eine/n Ärztin/Arzt aufsuchen
 - » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar; für die Beurteilung der Angaben im Zähler wäre eine Prüfung von Patientenakten erforderlich, für den Nenner zumindest eine standardisierte Diagnosedokumentation.

2. Anzahl an Tagen vom Erstbesuch einer Patientin/eines Patienten aufgrund akuter Rückenschmerzen bei einer Ärztin/einem Arzt bis zur Durchführung eines umfassenden Erst-Assessments (vgl. Quality standard low back pain, Health Quality Ontario 2019, S. 11).
 - » Anmerkung: Kann als Mittelwert oder Median angegeben werden
 - » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar; Prüfung von Patientenakten und standardisierte Verlaufsdokumentation erforderlich

3. Anteil an Patientinnen/ Patienten mit „red-flags“ beim Erst-Assessment, welche umgehend einer fachärztlichen Versorgung zugewiesen werden (vgl. Quality standard low back pain, Health Quality Ontario 2019, S. 11).
 - » Zähler: Anzahl an Patientinnen/Patienten mit Überweisung zur Fachärztin/zum Facharzt innerhalb von sechs Wochen ab Symptombeginn
 - » Nenner: Anzahl der Patientinnen/Patienten, die aufgrund akuter Rückenschmerzen eine/n Ärztin/Arzt aufsuchen und bei welchen „red-flags“ in den ersten sechs Wochen ab Symptombeginn identifiziert wurden
 - » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar; für die Beurteilung der Angaben wäre eine standardisierte Verlaufs-/Diagnosedokumentation und Prüfung von Patientenakten erforderlich.

4.2.2 Empfehlung 6 – Patientenaufklärung und -beratung



Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen sollen bereits im Rahmen der Basisversorgung eine adäquate Aufklärung (Patientenedukation) in Bezug auf ihre Beschwerden und Therapieoptionen erhalten (u. a. zur Bedeutung von Maßnahmen, um die körperliche Aktivität bei unspezifischen Rückenschmerzen zu erhalten sowie zur Prävention einer Chronifizierung).

Hintergrund: In der Mehrzahl der Fälle zeigen akute unspezifische Rückenschmerzen ohne adäquate Intervention keinen selbstlimitierenden Verlauf (Hesbaek 2003, Itz 2013). Eine entsprechende Aufklärung und Beratung der Patientinnen/Patienten soll im Rahmen der Basisversorgung erfolgen (Hestbaek 2003, Itz 2013), u.a. zur Bedeutung von Maßnahmen, um die körperliche Aktivität bei unspezifischen Rückenschmerzen zu erhalten sowie zur Prävention einer Chronifizierung. Ebenso wichtig ist die Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells, da psychosoziale Risikofaktoren einen maßgeblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf ausüben. Es liegt Studienevidenz vor, die zeigt, dass eine adäquate Patientenaufklärung sowie eine motivierende Gesprächsführung die Krankheitswahrnehmung und das Verhalten der Betroffenen positiv beeinflussen können, und dass in weiterer Folge die Dauer der Schmerzsymptomatik verkürzt sowie ggf. eine raschere Rückkehr an den Arbeitsplatz ermöglicht werden kann (Engers 2008, Träger 2015, Clarke 2011, Liddle 2007, Holden 2014)

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Inhalte einer adäquaten Beratung umfassen die Aufklärung hinsichtlich der (in der Regel guten) Prognose bei akuten unspezifischen Rückenschmerzen, das Vermeiden körperlicher Schonung, den fehlenden Nutzen von bildgebender Diagnostik ohne Verdacht auf schwerwiegende Pathologien ("red flags") und die Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Durch adäquate, individuelle Information und Beratung kann der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden. Die öffentliche Apotheke kann Patientinnen/ Patienten im Rahmen der Selbstmedikation, insbesondere im Hinblick auf richtige Dosierung, Neben- und Wechselwirkungspotential, unterstützen.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Es soll gewährleistet sein, dass Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) ausreichend Zeit für eine qualitativ hochwertige Patienteninteraktion/-beratung zur Verfügung steht. Qualitätsgesicherte Patienteninformationen sollen den GDA als Unterstützung bei der Patientenaufklärung /-beratung zur Verfügung gestellt werden.

Evidenzbasis: Systematische Übersichtsarbeiten (Hestbaek et al. 2003, Itz et al. 2013, Dahm et al. 2010, Clarke et al. 2011, Engers et al. 2008, Holden et al. 2014, Liddle et al. 2007, Träger et al. 2015)

Evidenzstärke: hoch

Starke Empfehlung

Mögliche Qualitätsindikatoren:

1. Anteil von Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen, welche eine Patientenedukation und Anleitung zum Selbstmanagement erhalten (Prozessindikator, vgl. Quality standard low back pain, Health Quality Ontario 2019, S. 19).
 - » Zähler: Anzahl der (im Nenner definierten) Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen, die eine Patientenedukation und Anleitung zum Selbstmanagement erhalten
 - » Nenner: Anzahl der Patientinnen/Patienten, die aufgrund akuter Rückenschmerzen bei einer/einem Ärztin/Arzt behandelt werden
 - » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar, standardisierte Verlaufs-/ Diagnose-dokumentation und Einsicht in Patientenakten erforderlich

2. Anteil von Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen, bei welchen der Beratungsinhalt körperlich aktiv zu bleiben und die Aktivitäten des täglichen Lebens fortzusetzen (ggf. mit Anpassungen)* dokumentiert wurde (Prozessindikator, vgl. Quality standard low back pain, Health Quality Ontario 2019, S. 23)
 - » Zähler: Anzahl der (im Nenner definierten) Patientinnen/Patienten mit dokumentierter Beratung körperlich aktiv zu bleiben und die Aktivitäten des täglichen Lebens fortzusetzen
 - » Nenner: Anzahl der Patientinnen/Patienten, die aufgrund akuter Rückenschmerzen bei einer/einem Ärztin/Arzt behandelt werden
 - » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar, (erweiterte) standardisierte Verlaufs-/ Diagnosedokumentation und Einsicht in Patientenakten erforderlich

Anmerkung: *Ggf. Fokus auf andere Beratungsinhalte, z. B.: Fortsetzung/Rückkehr zum Arbeitsplatz, mit ggf. erforderlichen Anpassungen

3. Anzahl der Tage vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Krankenstandsbeginn) aufgrund akuter Rückenschmerzen bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz. (Prozess-/Ergebnisindikator, vgl. Quality standard low back pain, Health Quality Ontario 2019, S. 23)
 - » Datenquelle/n: ggf. Krankenstandsdaten in Verbindung mit einer Verlaufs-/Diagnosedokumentation

4.2.3 Empfehlung 7 – Keine Bildgebung bei fehlendem Hinweis auf gefährlichen Verlauf



Bei Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen, d. h. ohne neurologische Begleitsymptomatik, ohne Hinweis auf eine extravertebrale Ursache sowie ohne Hinweis auf eine spezifische Pathologie („red flags“) soll keine bildgebende Diagnostik durchgeführt/eingeleitet werden.

Hintergrund: Bei Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen ohne Hinweise auf „red flags“ ergeben sich durch bildgebende Verfahren (u. a. konventionelles Röntgen, CT, MRT, Nuklearmedizinische Untersuchung) in der Regel keine zusätzlich relevanten Informationen für die Diagnosestellung und den Behandlungsplan sowie kein zusätzlicher Nutzen für die Patientinnen/Patienten hinsichtlich Krankheitsverlauf und/oder Behandlungsergebnis (Chou 2009, Jarvik 2015, Maher 2017, Institute for Health Economics 2015). Bildgebende Verfahren zeigen häufig (altersbezogene) Veränderungen, die keine (hinreichende) Ursache der Beschwerden der/des Patientin/Patienten darstellen (Cochrane SysRev French 2010). Die Durchführung bildgebender Verfahren bzw. die Untersuchungsergebnisse können mit Risiken/Schaden für die/den Patientinnen/Patienten assoziiert sein (u. a. zusätzliche Strahlenbelastung, Überdiagnosen, Erzeugen medizinisch nicht begründeter Sorgen auf Seiten der Patientinnen/Patienten aufgrund des Untersuchungsergebnisses, Einleiten medizinisch nicht begründeter nachfolgender Untersuchungsmaßnahmen) (Chou 2009, French 2010).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen:

Solange keine Hinweise für eine schwerwiegende Erkrankung vorliegen, sollen für Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen keine bildgebenden diagnostischen Verfahren eingeleitet werden.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten:

Bildgebende Verfahren können die Beschwerden bei Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen in der Regel nicht erklären und ergeben somit für die Erstellung der Diagnose und des Behandlungsplans keine relevanten Informationen. Durch einen leitlinienkonformen Diagnoseprozess können unnötige Belastungen für Patientinnen/Patienten aufgrund nicht erforderlicher bildgebender Diagnostik (u. a. Strahlenbelastung, organisatorischer Aufwand) vermieden werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen:

Es ist sicherzustellen, dass sämtlichen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten klare Leitlinien/SOPs vorliegen bezüglich der Abklärung von akuten Rückenschmerzen (bei fehlenden Hinweisen auf eine zugrundeliegende schwere Erkrankung) ohne den Einsatz bildgebender Verfahren. Leistungsanbieter sollten den Einsatz bildgebender diagnostischer Verfahren bei der Abklärung akuter Rückenschmerzen erfassen, damit ein etwaiger unangemessener Einsatz bildgebender Verfahren vermieden werden kann.

Evidenzbasis: Systematische Reviews und Metaanalysen (Chou 2009, French 2010)

Evidenzstärke: hoch

Starke Empfehlung

Möglicher Qualitätsindikator:

Anteil der Patientinnen/Patienten mit neu aufgetretenen, akuten unspezifischen Rückenschmerzen, bei welchen innerhalb der ersten sechs Wochen ab Symptombeginn ein bildgebendes diagnostisches Verfahren (Röntgen, CT, MRT) bzw. kein bildgebendes diagnostisches Verfahren eingesetzt wurde (Prozessindikator).

- » Zähler: Anzahl an Patientinnen/ Patienten, bei denen innerhalb der ersten sechs Wochen ab Symptombeginn ein bzw. kein bildgebendes diagnostisches Verfahren eingesetzt wurde
- » Nenner: Anzahl der Patientinnen/Patienten, die im definierten Zeitraum aufgrund akuter unspezifischer Rückenschmerzen von einer/m Ärztin/Arzt behandelt wurden.
- » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar; für den Zähler wären ggf. Abrechnungsdaten heranzuziehen, für den Nenner bedarf es zumindest einer standardisierten Diagnosedokumentation (und ggf. zusätzlich einer Prüfung von Patientenakten, um das Fehlen von „red flags“ verifizieren zu können)

4.2.4 Empfehlung 8 – Prüfung der Indikation für bildgebende Diagnostik



Bei Patientinnen/Patienten mit anhaltenden aktivitätseinschränkenden oder progredienten Rückenschmerzen trotz leitlinienkonformer Therapie soll vier bis sechs Wochen nach Symptombeginn die Indikation für eine bildgebende Diagnostik geprüft werden.

Hintergrund: Wenn weder Anamnese noch körperliche Untersuchung einen Hinweis auf eine ernstzunehmende Pathologie als Ursache für die akuten Rückenschmerzen ergeben („red flags“), ist eine bildgebende Diagnostik innerhalb der ersten vier Wochen nach Symptombeginn nicht indiziert, da sie in der Regel keinen positiven Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat (siehe Empfehlung 4.2.2). Bei Fortbestehen der Beschwerden oder Beschwerdeprogredienz trotz leitlinienkonformer Therapie nach vier bis sechs Wochen ist erneut zu überprüfen, ob Ursachen vorliegen, die eine spezifische Therapie erfordern (Chou 2011, Chou und Quaseem 2011). Bei potentiell therapeutischer Konsequenz kann eine bildgebende Diagnostik einmalig durchgeführt werden. Gleichzeitig ist zu erheben, ob andere Risikofaktoren (insbesondere psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Faktoren) vorliegen, die die Symptomatik und den Beschwerdeverlauf (hinreichend) erklären können, da der Nutzen eines routinemäßigen Einsatzes von bildgebender Diagnostik selbst bei bereits chronischen unspezifischen Rückenschmerzen nicht eindeutig belegt ist (Chou 2011).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Ergibt sich bei fehlendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Behandlung nach vier bis sechs Wochen im Zuge der Evaluation ein Hinweis auf eine spezifische Ursache der Rückenschmerzen, soll von der/dem behandelnden Ärztin/ Arzt eine bildgebende Diagnostik veranlasst werden.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Es soll sichergestellt werden, dass eine bildgebende Diagnostik nur dann zum Einsatz kommt, wenn sich damit ein Nutzen für die/den Patientin/Patienten ergibt.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Durch den rationalen Einsatz bildgebender diagnostischer Verfahren wird ein effizientes Ressourcenmanagement unterstützt.

Evidenzbasis: Systematische Übersichtsarbeiten auf Basis von RCT und prospektive Kohortenstudien (Chou 2009, Chou 2011, Chou und Quaseem 2011, Kendrick 2001, Jarvik 2015)

Evidenzstärke: hoch

Starke Empfehlung

Möglicher Qualitätsindikator:

Anteil der Patientinnen/Patienten, bei welchen die Beschwerden vier bis sechs Wochen nach Symptombeginn trotz leitlinienkonformer Therapie anhalten bzw. zu Aktivitätseinschränkung führen bzw. progredient sind und bei welchen die Indikation für eine bildgebende Diagnostik überprüft wurde (Prozessindikator).

- » Zähler: Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen/Patienten, bei welchen nach vier bis sechs Wochen Beschwerdedauer die Indikation für eine bildgebende Diagnostik überprüft wird.
- » Nenner: Gesamtanzahl der Patientinnen/Patienten, bei welchen die akuten Rückenschmerzen trotz leitlinienkonformer Therapie seit vier bis sechs Wochen anhalten bzw. zu einer Aktivitätseinschränkung führen bzw. progredient sind.
- » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar; standardisierte Verlaufs-/Diagnosedokumentation und Prüfung von Patientenakten erforderlich.

4.2.5 Empfehlung 9 – Risikofaktoren für Chronifizierung



Nach spätestens vier Wochen Schmerzdauer und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitlinienkonformer Therapie sollen psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren für eine Chronifizierung durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt mit einem standardisierten Screeninginstrument erfasst werden.

Hintergrund: Der Krankheitsverlauf bei akuten unspezifischen Rückenschmerzen wird durch psychosoziale Risikofaktoren („yellow flags“) und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren („blue flags“/“black flags“) maßgeblich beeinflusst: So erhöhen u. a. anhaltender Distress, Depressivität und eine ungünstige Schmerzverarbeitung (z. B. schmerzbezogenes Angst-Vermeidungsverhalten) sowie Unzufriedenheit am Arbeitsplatz oder körperliche Schwerarbeit signifikant das Risiko einer Chronifizierung von unspezifischen Rückenschmerzen (Andrews et al. 2012, Bernal et al. 2015, Burstrom et al. 2015, Coenen et al. 2014, Grotle et al. 2006, Hasenbring et al. 2012, Janwantanakul et al. 2012, Jellema et al. 2007, Linton et al. 2000, Pincus et al. 2002, Ramond et al. 2011, Taylor et al. 2014, Wertli et al. 2014).

Zur standardisierten Erfassung von psychosozialen und arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren für eine Chronifizierung bei Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen liegen validierte Assessment-Verfahren vor (siehe Anhang mit Quellenangaben zu frei zugänglichen, validierten deutschsprachigen Assessment-Tools).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Gibt es anamnestisch Hinweise auf das Vorliegen psychosozialer oder arbeitsplatzbezogener Risikofaktoren bei Patientinnen/Patienten mit akuten unspezifischen Rückenschmerzen, sollen Ärztinnen/Ärzte und ggf. weitere GDA über deren Bedeutung für den weiteren Schmerzverlauf informieren und eine adäquate Hilfestellung zu deren Management anbieten.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Werden psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren zur Chronifizierung frühzeitig erfasst und in der Behandlung berücksichtigt, kann dadurch der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst und das Chronifizierungsrisiko reduziert werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Es sollte sichergestellt werden, dass behandelnden Ärztinnen/Ärzten bzw. weiteren GDA geeignete Assessment-Instrumente zur Erfassung von psychosozialen und arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung zur Verfügung stehen.

Evidenzbasis: Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen (Andrews et al. 2012, Burstrom et al. 2015, Bernal et al. 2015, Coenen et al. 2014, Hasenbring et al. 2012, Janwantanakul et al. 2012, Ramond et al. 2011, Taylor et al. 2014, Wertli et al. 2014)

Evidenzstärke: hoch

Starke Empfehlung

Möglicher Qualitätsindikator:

Anteil der Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenrückenschmerzen, bei welchen nach vier Wochen Schmerzdauer trotz leitlinienkonformer Therapie psychosoziale und/oder arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren mittels standardisierter Screeninginstrumente erhoben wurden (Prozessindikator).

- » Zähler: Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen/Patienten, bei welchen nach vier Wochen Schmerzdauer und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitlinienkonformer Therapie psychosoziale und/oder arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren mittels standardisierter Screeninginstrumente erhoben wurden.
- » Nenner: Gesamtanzahl der Patientinnen/Patienten, die aufgrund akuter Rückenschmerzen von einer/m Ärztin/Arzt in einem definierten Zeitraum behandelt werden.
- » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar; standardisierte Verlaufs-/Diagnosedokumentation und Prüfung von Patientenakten erforderlich.

Anmerkung: Darüber hinaus könnten Ärztinnen/Ärzte befragt werden, ob sie entsprechende standardisierte Screeninginstrumente kennen bzw. anwenden.

4.2.6 Empfehlung 10 – Weiterleitung an spezialisierte Versorgung



Bei Fortbestehen von akuten unspezifischen Rückenschmerzen länger als sechs Wochen trotz leitlinienkonformer Therapie sollte die/der Patient/in im Sinne einer abgestuften Versorgung von der Basisversorgung (Versorgungsebene I) durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt an eine spezialisierte Versorgung (Versorgungsebene II) überwiesen werden.

Hintergrund: Ein zentrales Ziel der Behandlung von akuten unspezifischen Rückenschmerzen ist die Vermeidung der Chronifizierung der Beschwerden. Wesentlicher Bestandteil eines leitlinienkonformen Managements akuter Rückenschmerzen ist die Evaluation der Therapieergebnisse. Bei Persistieren der Rückenschmerzen bzw. bei nicht ausreichendem Therapieerfolg trotz leitlinienkonformer Behandlung können spezialisierte Versorgungsangebote und die Zuweisung in der Versorgungsebene II für die weiterführende diagnostische Abklärung, die Therapieplanung und die Therapiedurchführung erforderlich werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Die/der im Rahmen der Basisversorgung behandelnde Ärztin/Arzt ist dafür verantwortlich, dass eine gemäß der Leitlinien-Empfehlungen ggf. angezeigte Überweisung an eine spezialisierte Versorgung rechtzeitig eingeleitet wird.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Die Behandlung der Rückenschmerzen, die leitlinienkonform im Rahmen einer spezialisierten Versorgung erfolgt, kann dazu beitragen eine Chronifizierung der Beschwerden zu vermeiden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Auf Basis regionaler Gegebenheiten sollen Leistungsanbieter/innen dafür sorgen, dass ausreichend spezialisierte Versorgungsangebote zur Verfügung stehen.

Evidenzbasis: Expertenkonsens

Evidenzstärke: schwach

Empfehlung

Möglicher Qualitätsindikator:

Anteil der Patientinnen/Patienten mit Fortbestehen der akuten Rückenrückenschmerzen länger als sechs Wochen trotz leitlinienkonformer Therapie, die durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt an eine spezialisierte Versorgung (Versorgungsebene II) überwiesen wurden (Prozessindikator).

- » **Zähler:** Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen/Patienten, die durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt an eine spezialisierte Versorgung (Versorgungsebene II) überwiesen wurden.
- » **Nenner:** Anzahl der Patientinnen/Patienten mit Fortbestehen der akuten Rückenschmerzen länger als sechs Wochen trotz leitlinienkonformer Therapie
- » **Datenquelle/n:** keine Routinedaten verfügbar; standardisierte Verlaufs-/Diagnosedokumentation und Prüfung von Patientenakten erforderlich.

4.3 Empfehlungen Versorgungsebene II: Spezialisierte Versorgung

4.3.1 Empfehlung 11 – Fachärztliches bzw. interdisziplinäres Assessment



Zu Beginn der Behandlung in der spezialisierten Versorgung (Versorgungsebene II) soll leitlinienkonform ein fachärztliches bzw. ein interdisziplinäres Assessment erfolgen.

Hintergrund: Die Ergebnisse eines umfassenden fachärztlichen bzw. interdisziplinären Assessments bilden die Grundlage, um eine effiziente Therapiestrategie zu entwickeln (ggf. in Verbindung mit klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen oder psychotherapeutischen Interventionen), die Behandlung durchzuführen und den Therapieerfolg im weiteren Krankheitsverlauf zu evaluieren. Gemäß dem biopsychosozialen Krankheitsmodell sollten durch Anamnese, körperliche Untersuchung und ggf. unter Einsatz standardisierter Testverfahren neben Hinweisen auf eine spezifische, behandlungswürdige organische Ursache („red flags“) auch psychosoziale sowie arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren („yellow“ bzw. „blue flags“) erfasst werden. Im Bedarfsfall erfolgt eine leitlinienkonforme Therapieanpassung (Therapieoptimierung) sowie ggf. eine weiterführende Diagnostik. Ziel ist es, durch rechtzeitige (spezialisierte) Maßnahmen einer Chronifizierung der Beschwerden vorzubeugen. Als kritisches Zeitfenster für eine (beginnende) Chronifizierung von unspezifischen Rückenschmerzen werden in der Literatur sechs bis zwölf Schmerzdauer trotz leitlinienkonformer Behandlung genannt (siehe LL Kreuzschmerz 2018).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Die Ergebnisse des Assessments zu Beginn einer spezialisierten Versorgung ermöglichen die Planung der weiteren diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweise. Der Vergleich von Assessmentergebnissen im Krankheits- und Behandlungsverlauf ermöglicht eine valide Beurteilung (Evaluation) des Therapieerfolgs.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Durch ein fachärztliches bzw. interdisziplinäres Assessment kann ein individueller Behandlungsplan erstellt und eine optimale Therapiestrategie gewählt werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Die erforderlichen Ressourcen für die beteiligten GDA zur Durchführung eines fachärztlichen bzw. interdisziplinären Assessments sicherzustellen.

Evidenzbasis: Expertenkonsens

Evidenzstärke: schwach

Starke Empfehlung

Möglicher Qualitätsindikator:

Anteil der Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen in der spezialisierten Versorgung (Versorgungsebene II), bei welchen zu Beginn der spezialisierten Versorgung ein fachärztliches bzw. ein interdisziplinäres Assessment durchgeführt wurde (Prozessqualität).

- » Zähler: Anzahl an Patientinnen/ Patienten, bei denen zu Beginn der spezialisierten Versorgung (Versorgungsebene II) ein fachärztliches bzw. ein interdisziplinäres Assessment durchgeführt wurde
- » Nenner: Anzahl der Patientinnen/Patienten, die sich aufgrund akuter Rückenschmerzen in der spezialisierten Versorgung (Versorgungsebene II) befinden.
- » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar; für die Beurteilung der Angaben im Zähler wäre eine Prüfung von Patientenakten erforderlich, für den Nenner zumindest eine standardisierte Diagnosedokumentation

4.3.2 Empfehlung 12 – Überweisung an hochspezialisierte Versorgung



Bei Fortbestehen der Rückenschmerzen länger als 12 Wochen, alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und unzureichendem Therapieerfolg sollte die/der Patient/in an eine hochspezialisierte Versorgung (Versorgungsebene III) überwiesen werden.

Hintergrund: Für Patientinnen/Patienten, bei denen die (unspezifischen) Rückenschmerzen trotz leitlinienkonformer Therapie bereits länger als zwölf Wochen bestehen, die alltagsrelevante Aktivitätseinschränkungen zeigen und bei denen durch die bisherige Behandlung insgesamt kein ausreichender Therapieerfolg erzielt werden konnte, ist grundsätzlich eine hochspezialisierte Versorgung (Versorgungsebene III) vorgesehen.

Wie u. a. in der LL Kreuzschmerz 2018 sowie im abgestuften Versorgungskonzept des vorliegenden Qualitätsstandards (Kap. 3) dargestellt, ist die Evaluation der Therapieergebnisse für ein leitlinienkonformes Management unspezifischer Rückenschmerzen wesentlich. Wenn auf Basis der Evaluation eine hochspezialisierte Versorgung nicht erforderlich ist, kann die/der Patientin/Patient auch länger als zwölf Wochen im Rahmen einer spezialisierten Versorgung (Versorgungsebene II) leitlinienkonform versorgt werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Die/der im Rahmen der spezialisierten Versorgung behandelnde Ärztin/Arzt ist dafür verantwortlich, dass bei Bedarf (siehe LL Kreuzschmerz 2018) eine Überweisung an eine hochspezialisierte Versorgung zeitgerecht eingeleitet wird.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Hochspezialisierte Versorgungsangebote (u. a. interdisziplinäres Assessment und ggf. weiterführende Diagnostik, akutmedizinische,-invasive Verfahren, intensivierete Schulungsmaßnahmen, intensivierete klinisch-psychologische/schmerzpsychologische und psychotherapeutische Interventionen) können bei zunehmendem Chronifizierungsrisiko erforderlich werden. Die aktive Mitarbeit seitens der Patientinnen/Patienten i. R. hochspezialisierter Therapiemaßnahmen kann dazu beitragen, dass eine Schmerzchronifizierung verhindert wird.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Auf Basis regionaler Gegebenheiten sollen Leistungsanbieter/innen dafür sorgen, dass bedarfsgerecht hochspezialisierte Versorgungsangebote zur Verfügung stehen.

Evidenzbasis: Expertenkonsens

Evidenzstärke: niedrig

Empfehlung

Möglicher Qualitätsindikator:

Anteil der Patientinnen/Patienten mit Fortbestehen der Rückenschmerzen länger als 12 Wochen, alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und unzureichendem Therapieerfolg, die an eine hochspezialisierte Versorgung (Versorgungsebene III) überwiesen wurden (Prozessindikator).

- » Zähler: Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen/Patienten, die an eine hochspezialisierte Versorgung (Versorgungsebene II) überwiesen wurden.
- » Nenner: Anzahl der Patientinnen/Patienten mit Fortbestehen der Rückenschmerzen länger als 12 Wochen, alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und unzureichendem Therapieerfolg
- » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar; standardisierte Verlaufs-/Diagnosedokumentation und Prüfung von Patientenakten erforderlich.

4.4 Empfehlungen Versorgungsebene III: Hochspezialisierte Versorgung

4.4.1 Empfehlung 13 – Interdisziplinäres Assessment und Behandlungsplan



Zu Beginn der hochspezialisierten Versorgung (Versorgungsebene III) soll ein interdisziplinäres Assessment erfolgen und auf Basis der Ergebnisse zügig ein individueller, ggf. multimodaler Behandlungsplan erstellt werden.

Hintergrund: Gemäß LL Kreuzschmerz (siehe BMASGK 2018, S. 28) werden bei einem interdisziplinären Assessment möglichst umfassend und ganzheitlich die Beschwerden der/des Patientin/Patienten erfasst, die Ergebnisse in einer interdisziplinären Fallkonferenz gewichtet und für die weitergehende diagnostische und therapeutische Planung berücksichtigt. Zusätzlich zur allgemeinen fachärztlichen Beurteilung ist die Beurteilung durch andere GDA wesentlicher Bestandteil des interdisziplinären Assessments. Zum Nutzen eines interdisziplinären Assessments als Grundlage für die Planung einer multimodalen Therapie liegt Evidenz vor (u. a. Rothman et al. 2013, Casser et al. 2013).

Ziel des interdisziplinären Assessments ist das Festlegen der weiteren Therapie, u. a. anderem mit den Möglichkeiten einer intensivierten Behandlung oder einer multimodalen Schmerztherapie. Bei gegebener Indikation sind Vorteile einer multimodalen Schmerztherapie im Vergleich zu usual care bzw. gegenüber monomodalen Therapieansätzen (u. a. ausschließlich Pharmakotherapie, Physikalische Therapie oder klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlung) hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte (u. a. Häufigkeit der Schmerzchronifizierung, subjektives Schmerzerleben, Rückkehr in den Arbeitsprozess) anhand von systematischer Studienevidenz beschrieben (u. a. Cochrane Systematic Reviews: Kamper et al. 2014, Marin et al. 2017).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Das interdisziplinäre Assessment kann je nach regionaler Gegebenheiten auf unterschiedliche Weise erfolgen. Neben dem gemeinsamen Assessment z. B. in einer multidisziplinären, schmerztherapeutischen Einrichtung, können auch moderne Kommunikationstechnologien (z. B. Videokonferenz) zur gemeinsamen Fallbesprechung zum Einsatz kommen.

Neben dem gemeinsamen Assessment z. B. einer in einer multidisziplinären, schmerztherapeutischen Einrichtung,

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Mit der Erstellung eines interdisziplinären Assessments wird für die/den Patientin/Patienten gewährleistet, dass gemäß bio-psycho-sozialem Krankheitsmodell neben den körperlichen Aspekten der Schmerzproblematik u. a. auch emotionale, kognitive, soziale und/oder arbeitsplatzbezogene Faktoren berücksichtigt werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Auf Basis der regionalen Gegebenheiten sind geeignete Einrichtungen/Strukturen zur Durchführungen einer multimodalen Schmerztherapie erforderlich. Die multimodale Schmerztherapie soll nicht im akutstationären Bereich erfolgen.

Evidenzbasis:

- » Nutzen interdisziplinäres Assessment: RCT (Rothman et al. 2013)
- » Wirksamkeit interdisziplinärer, multimodaler Behandlungsprogramme bei subakuten oder chronischen Rückenschmerzen: Cochrane Systematische Reviews (Kamper et al. 2014, Marin et al. 2017)

Evidenzstärke: mäßig

Starke Empfehlung

Mögliche Qualitätsindikatoren:

Anteil der Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen in der hochspezialisierten Versorgung (Versorgungsebene III), bei welchen zu Beginn der hochspezialisierten Versorgung ein interdisziplinäres Assessment durchgeführt wurde (Prozessqualität).

- » Zähler: Anzahl an Patientinnen/Patienten, bei denen zu Beginn der hochspezialisierten Versorgung (Versorgungsebene III) ein interdisziplinäres Assessment durchgeführt wurde
- » Nenner: Anzahl der Patientinnen/Patienten, die sich aufgrund akuter Rückenschmerzen in der hochspezialisierten Versorgung (Versorgungsebene III) befinden
- » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar; für die Beurteilung der Angaben im Zähler wäre eine Prüfung von Patientenakten erforderlich, für den Nenner zumindest eine standardisierte Diagnosedokumentation

Anteil der Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen in der hochspezialisierten Versorgung (Versorgungsebene III), bei welchen auf Basis des interdisziplinären Assessments ein individueller, ggf. multimodaler Behandlungsplan erstellt wurde (Prozessqualität).

- » Zähler: Anzahl an Patientinnen/ Patienten, bei denen auf Basis des interdisziplinären Assessments ein individueller, ggf. multimodaler Behandlungsplan erstellt wurde
- » Nenner: Anzahl der Patientinnen/Patienten, bei welchen ein interdisziplinäres Assessment in der hochspezialisierten Versorgung (Versorgungsebene III) durchgeführt wurde.
- » Datenquelle/n: keine Routinedaten verfügbar; standardisierte Dokumentation und Prüfung von Patientenakten erforderlich

4.5 Empfehlungen Langzeitbetreuung / Nachsorge

4.5.1 Empfehlung 14 – Langzeitbetreuung



Die Langzeitbetreuung von Patientinnen/Patienten mit chronischen (oder rezidivierenden) unspezifischen Rückenschmerzen sollte durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt wohnortnah im Sinne einer Basisversorgung (Versorgungsebene I) erfolgen.

Hintergrund: Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen benötigen im Rahmen einer Langzeitbetreuung u. a. regelmäßige Verlaufskontrollen, ggf. eine Anpassung der Therapie und die Gewährleistung einer raschen ärztlich Versorgung bei einer möglichen akuten Verschlimmerung der Beschwerden. Diese Versorgungsangebote sollen – entsprechend regionaler Gegebenheiten – wohnortnah durch die/den hauptverantwortlich behandelnde/n Ärztin/Arzt im niedergelassenen Bereich stattfinden. Dabei ist ein kontinuierlicher Informationsaustausch mit ggf. weiteren behandelnden Ärztinnen/Ärzten anderer Fachdisziplinen sowie allen an der Behandlung beteiligten GDA wichtig. Ziel ist es, die Kontinuität der Versorgung der betroffenen Patientinnen/Patienten zu sicherzustellen.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Für die Langzeitbetreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen bzw. rezidivierenden unspezifischen Rückenschmerzen ist in der Regel die/der behandelnde/n niedergelassene Allgemeinmediziner/in geeignet. Die Langzeitbetreuung von chronischen Schmerzpatientinnen/-patienten umfasst auch die Koordination aller ggf. weiteren, an der Behandlung beteiligten GDA.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Eine wohnortnahe Betreuung durch eine/n niedergelassene/n behandelnde/n Arzt/Ärztin als zentraler/zentralem Ansprechpartner/in kann eine niederschwellige, kontinuierliche Langzeitbetreuung von betroffenen Schmerzpatientinnen/-patienten gewährleisten.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Sobald eine spezialisierte bzw. hochspezialisierte Versorgung (Versorgungsebene II und III) nicht mehr erforderlich oder nicht mehr zielführend ist, soll auf Basis der regionalen Gegebenheiten sichergestellt sein, dass die Langzeitbetreuung der betroffenen Patientinnen und Patienten mit chronischen (bzw. rezidivierenden) Rückenschmerzen möglichst niederschwellig auf Versorgungsebene I erfolgen kann.

Evidenzbasis: Expertenkonsens

Evidenzstärke: schwach

Empfehlung

Qualitätsindikator: –

Anmerkung: Bei entsprechender Diagnose- bzw. Verlaufsdokumentation und Einsicht in Patientenakten könnte stichprobenweise überprüft werden, ob sich Patientinnen/Patienten mit chronischen (oder rezidivierenden) unspezifischen Rückenschmerzen im aktuellen Anlassfall auf der

entsprechend „richtigen“ Versorgungsebene befinden (Prozessindikator). Mittels Routinedaten lassen sich Patientenpfade aktuell nur z. B. von einem stationären Aufenthalt mit einer spezifischen Leistung ausgehend retro- bzw. prospektiv nachzeichnen, wobei ohne Diagnosedokumentation im niedergelassenen Bereich der Grund der vorangehenden/nachfolgenden Arztbesuche nicht eindeutig zuordenbar ist.

5 Gültigkeitsdauer

Die Gültigkeit dieses Qualitätsstandards wird auf fünf Jahre ab Veröffentlichung festgelegt. Rechtzeitig vor dem Ablauf soll auf Basis der Überprüfung der möglicherweise veränderten Grundlagen (z. B. der Leitlinien) sowie auf Basis der Evaluierungsergebnisse (sofern eine bundesweite Evaluierung anhand der definierten Qualitätsindikatoren erfolgt ist), der Aktualisierungsbedarf des vorliegenden Qualitätsstandards überprüft werden. In der Folge kann gegebenenfalls eine etwaige Verlängerung der Gültigkeit bzw. die Aktualisierung des Qualitätsstandards eingeleitet werden.

6 Aktualisierungsbedarf und Evaluierung

Der Auftraggeber des vorliegenden Qualitätsstandards (B-ZK) ist für die Evaluierung des Qualitätsstandards zuständig. Rechtzeitig vor Ablauf des vorliegenden Qualitätsstandards soll auf Basis der Überprüfung der möglicherweise veränderten Grundlagen (z. B. der Leitlinien) und von Evaluierungsergebnissen, sofern eine bundesweite Evaluierung anhand definierter Qualitätsindikatoren erfolgt ist, der Aktualisierungsbedarf des Qualitätsstandards überprüft werden. In der Folge kann eine etwaige Verlängerung der Gültigkeit bzw. die Aktualisierung des Qualitätsstandards eingeleitet werden.

7 Quellen

- Andrews NE, Strong J, Meredith PJ (2012). Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 93(11): 2109–21.
- AWMF; ÄZQ (2008): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006 und Domäne 2008. Hg. v. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
- AWMF (2012): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften / Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk Leitlinien. 1. Auflage 2012. <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> [Zugriff am 1. 10. 2019]
- Baker M, Collet B, Fischer A et al. (2010). Improving the current and future management of chronic pain. A European Consensus Report. https://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Pain_Proposal_European_Consensus_Report.pdf [Zugriff am 4. 8. 2019]
- Becker et al. (2013): Chronischer Schmerz. Nr. AWMF-Registernr. 053/036 Klasse S1, 09/2018
- Bernal D, Campos-Serna J, Tobias A, et al. (2015). Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 52(2): 635–48
- Brown TV et al. (2016). Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. *Cochrane Sys. Review*
- BMASGK (2019): Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGK (2018): Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen 2018 – Kurzbezeichnung Leitlinie Kreuzschmerz 2018. Version 1. Aufl. 1. Auflage, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), (2017): Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz
- Burstrom L, Nilsson T, Wahlstrom J (2015). Whole-body vibration and the risk of low back pain and sciatica: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health* 88(4): 403–18

- Caroll C, Rick J., Pilgrim H, Cameron J, Hillage J (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term. *Disability and Rehabilitation* 32, 607-621
- Casser HR et al. (2013). Interdisziplinäres Assessment zur multimodalen Schmerztherapie. *Schmerz* 27: 363-370
- Chou R, Fu R, Carrino JA, et al. (2009). Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 373(9662): 463-72
- Chou D, Samartzis D, Bellabarba C, et al. (2011). Degenerative magnetic resonance imaging changes in patients with chronic low back pain: a systematic review. *Spine* 36(21 Suppl): 43-53
- Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. (2011). Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 154(3): 181-9
- Clarke CL, Ryan CG, Martin DJ (2011). Pain neurophysiology education for the management of individuals with chronic low back pain: systematic review and meta-analysis. *Man Ther* 16(6): 544-9
- Coenen P, Gouttebarga V, van der Burght AS et al. (2014). The effect of lifting during work on low back pain: a health impact assessment based on a meta-analysis. *Occup Environ Med* 71(12): 871-7
- Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, et al. (2010). Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(6): Cd007612.
- Demoulin C, Grosdent S, Capron L et al. (2010). Effectiveness of a semi-intensive multidisciplinary outpatient rehabilitation program in chronic low back pain. *Joint Bone Spine* 77, 58-63.
- Downie A, Williams CM, Henschke N, et al. (2013). Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ* 347: 7095.
- Eisenmann A, Röhrling I, Füszi A, Piso B (2019). Kurzübersicht über die Ausgangslage des Qualitätsstandards Rückenschmerz. Im Auftrag des Bundesministeriums Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Endel G (2013): Schmerzversorgung in Österreich. In: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Reihe Soziale Sicherheit 1/2013
- Engers A, Jellema P, Wensing M, et al. (2008). Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(1): Cd004057

- European Guidelines for the management of non-specific low back pain (2004). www.backpai-neurope.org/web/files/WG2_Guidelines.pdf [Zugriff am 4. 8. 2019]
- Franche R, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation* 15, 607-631
- French SD, Green S, Buchbinder R, Barnes H (2010). Interventions for improving the appropriate use of imaging in people with musculoskeletal conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010(1) CD006094
- Großschädl et al. (2014): A 35-Year Trend Analysis for Back Pain in Austria: The Role of Obesity. In: *PLOS ONE*, 9/9
- Großschädl et al. (2016): Rising prevalence of back pain in Austria: considering regional disparities. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* 128:6-13
- Grotle M, Vollestad NK, Brox JI (2006). Screening for yellow flags in first-time acute low back pain: reliability and validity of a Norwegian version of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire. *Clin J Pain* 22(5): 458-67
- Hallegraef et al. (2012): Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review. In: *J Physiother* 58(3): 165-72
- Hasenbring MI, Hallner D, Klasen B, et al. (2012). Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *Pain* 153(1): 211-7
- Health Quality Ontario (2019): Quality standard low back pain. Care for adults with acute low back pain. Quality Standard. Health Quality Ontario
- Henschke N, Maher CG, Ostelo RW, et al. (2019). Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(2): Cd008686
- Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J* 2003. 12(2): 149-65
- Holden J, Davidson M, O'Halloran PD. (2014). Health coaching for low back pain: a systematic review of the literature. *Int J Clin Pract* 68(8): 950-62
- ICSI – Institute for Clinical Systems Improvement (2018): Health Care Guideline: Adult Acute and Subacute Low Back Pain. Sixteenth Edition. Hg. v. Institute for Clinical Systems Improvement

- Institute for Health Economics (2015). Toward Optimized Practice. Evidence-informed primary care management of low back pain. Clinical practice guideline [Internet]. Edmonton (AB): Available from: http://www.topalbertadoctors.org/download/1885/LBPguide-line.pdf?_20170428143409
- Itz CJ, Geurts JW, van Kleef M, et al. (2013). Clinical course of non-specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain* 17(1): 5-15
- Jaksch W et al. (2017): Qualitätssicherung der schmerzmedizinischen Versorgung in Österreich. In: *Wien Med Wochenschr*: 167(15-16): 349-358
- Jaksch W (2015): Schmerztherapeutische Versorgungsdefizite in Österreich. In: *Der Schmerz* 29: 593-594
- Janwantanakul P, Sitthipornvorakul E, Paksaichol A. (2012). Risk factors for the onset of nonspecific low back pain in office workers: a systematic review of prospective cohort studies. *J Manipulative Physiol Ther* 35(7): 568-77
- Jarvik J, Gold LS, Comstock BA, et al. (2015). Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. *Jama* 313(11): 1143-53
- Jarvik J, Hollingworth W, Heagerty P, Haynor DR, Deyo RA (2001). The Longitudinal Assessment of Imaging and Disability of the Back (LAIDBack) Study: baseline data. *Spine* 26(10):1158-66
- Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, et al. (2007). Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. *Br J Gen Pract* 57(534): 15-22
- Joanneum Research (2011): Versorgungssituation bei Schmerz in Österreich
- Kamper et al. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis, *BMJ* 350: 444
- Karjalainen K., Malmivaara A., van Tulder M., Roine R., Jauhiainen M., Hurri H., Koes B. (2001). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 26: 262-269
- Karstens S, Krug K, Hill JC, et al. (2015). Validation of the German version of the STarT-Back Tool (STarT-G): a cohort study with patients from primary care practices. *BMC Musculoskelet Disord* 16: 346
- Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. (2001) Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 322(7283): 400-405

- Lang E et al. (2000): Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. In: Schmerz 19/: 146–159
- Liddle SD, Gracey JH, Baxter GD (2007). Advice for the management of low back pain: a systematic review of randomised controlled trials. Man Ther 12(4): 310–27
- Linton SJ. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine 25(9): 1148–56
- Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP (2009). Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. BMJ Quality & Safety 18:385–392
- Marin TJ et al. (2017). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. Cochrane Systematic Review. CD002193
- Medizinische Universität Graz / HVB (2019): Behandlungspfad: Nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärversorgungsebene. Endbericht – Version 1.1. Hg. v. Medizinische Universität Graz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- Nationalrat (2015): Entschließung des Nationalrates vom 23. April 2015, 76/E XXV. GP Bundesqualitätsleitlinie für Schmerztherapie (768/A(E)) Parlament Republik Österreich
- NICE (2016): Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. Guideline
- NICE (2017): Low back pain and sciatica over 16s. Quality standard. NICE
- Ollenschläger G. (2002). Möglichkeiten und Grenzen von Leitlinien zur Reduktion von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Arzneimittelforschung 52:334–6
- Österreichische Schmerzgesellschaft (2018): Schmerzeinrichtungen nach Bundesländern. Schmerzeinrichtungen in Österreich [Online] [Zugriff am 07.08.2019]
- Pain Proposal (2010): Improving the Current and Future Management of Chronic Pain.
- Pincus T, Burton AK, Vogel S, et al. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine 27(5): E109–20
- Qaseem et al. (2017): Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians
- Ramond A, Bouton C, Richard I et al. (2011). Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care – a systematic review. Fam Pract 28(1): 12–21

- Rothman MG, Ortendahl M, Rosenblad A, et al. (2013). Improved quality of life, working ability, and patient satisfaction after a pretreatment multimodal assessment method in patients with mixed chronic muscular pain: a randomized-controlled study. *Clin J Pain*. 29(3): 195–204.
- Schaarschmidt U, Fischer A. (1997). AVEM–ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. *Z Differ Diagn Psychol* 18(3): 151–63
- Schmidt CO, Lindena G, Pfingsten M et al. (2014). Vergleich zweier Screening-Fragebogen für Patienten mit Rückenschmerzen. Erfassung von Risikofaktoren für eine Chronifizierung. *Schmerz* 28(4): 365–73
- Schmidt CO, Kohlmann T, Pfingsten M, et al. (2016). Construct and predictive validity of the German Orebro questionnaire short form for psychosocial risk factor screening of patients with low back pain. *Eur Spine J* 25(1): 325–32
- Statistik Austria/Bundesministerium für Gesundheit (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit
- Szilagyi et al. (2015): Schmerztherapeutische Versorgung österreichischer Gesundheitszentren. In: *Schmerz* 29: 616–624
- Taylor JB, Goode AP, George SZ et al. (2014). Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a Systematic Review and Meta-analysis. *Spine J* 14(10): 2299–319
- Traeger AC, Hubscher M, Henschke N et al. (2015). Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 175(5): 733–43
- Überall MA et al. (2009): Das Projekt zur integrierten Versorgung Rückenschmerz. In: *Schmerztherapie* 25/4:3–7
- Van Wambeke et al. (2017): Low back pain and radicular pain. Assessment and management. KCE
- Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U et al. (2014). Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *Spine J* 14(11): 2658–78
- Wertli MM, Eugster R, Held U et al. (2014). Catastrophizing—a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review. *Spine J* 14(11): 2639–57
- Wertli MM, Burgstaller JM, Weiser S et al. (2014). Influence of catastrophizing on treatment outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine* 39(3): 263–73

Widder et al. (2017): Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen. AWMF-Registernummer 094 - 003

Williams CM, Henschke N, Maher CG et al. (2013). Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(1): Cd008643

World Health Organisation/WHO (2020). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification (ICD-10-GM Version 2020)

Wynne-Jones et al. (2014): Absence from work and return to work in people with back pain: A systematic review and meta-analysis. In: *Occup Environ Med* 71(6): 448-56

Anhang

Exemplarische, frei zugängliche Assessment-Tools

Nachfolgend sind Quellen (Links) sowie allgemeine Informationen für frei zugängliche, deutschsprachige, validierte Assessment-Tools zur Abschätzung des Chronifizierungsrisikos bei Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen gelistet.

STarT-Rückenschmerz Fragebogen

Link: <http://public.hochschule-trier.de/~gruegerj/onepage/index.html>

Allgemeine Information:

Der STarT-Fragebogen wurde an der Keele-University (Großbritannien) entwickelt, um für Rückenschmerz-patientinnen/-patienten das Risiko länger anhaltender Beschwerden zu bestimmen. Die nachfolgend verlinkte Interviewversion ist eine Modifikation der deutschen Fragebogenversion (Karstens et al. 2015). Auf Grundlage der Fragebogenergebnisse werden die Patientinnen/Patienten in drei Gruppen eingeteilt, für die jeweils passende Therapieansätze erarbeitet wurden (vgl. Hill et al. 2011).

Schmerzfragebögen der Deutschen Schmerzgesellschaft

Link: <https://www.dgss.org/form/>

Anmerkung: Nach Abschicken des elektronischen Anforderungsformulars werden PDF-Fassungen des Deutschen Schmerzfragebogens umgehend automatisiert per Email zugesendet.

Allgemeine Information:

Auf Basis eines bio-psycho-sozialen Schmerzmodells werden mit den Schmerzfragebögen der Deutschen Schmerzgesellschaft somatische, psychische und soziale Faktoren standardisiert erfasst, die das Erleben und Verhalten des Schmerzpatientinnen/-patienten modulieren und wesentliche aufrechterhaltende und verstärkende Bedingungen für das Schmerzgeschehen darstellen können.

Als generisches Instrument erfasst der Deutsche Schmerzfragebogen (DSF) diese Aspekte und kann so im Vorfeld der individuellen Schmerzanamnese durch den GDA (Ärztin/Arzt, klinische Psychologin/Psychologe, Gesundheitspsychologin/Gesundheitspsychologe usw.) die Analyse der Schmerzsituation und die systematische Therapieplanung erleichtern sowie eine standardisierte Verlaufsdocumentation unterstützen. Der Deutsche Schmerzfragebogen soll folgende Funktionen erfüllen:

- » (Vorab)-Screening neu vorstelliger Patientinnen/Patienten mit chronischen Schmerzen

- » Informationsbasis für die erweiterte ärztliche und klinisch-psychologische und/oder gesundheitspsychologische Anamnese
- » Datenbasis für spätere Verlaufsuntersuchungen (follow-up)
- » Grundlage einer internen und externen Qualitätssicherung

Heidelberger Kurzfragebogen zur Erfassung eines Chronifizierungsrisikos von akuten Rückenschmerzen (HKF-R10)

Link: https://www.smart-q.de/fileadmin/media/Software/Heidelbergerkurzfragebogen_Rueckenschmerz.pdf

Allgemeine Information:

Der Heidelberger Kurzfragebogen umfasst 27 Fragen, die von der/dem Patientin/Patienten selbstständig in wenigen Minuten beantworten werden können. Anhand eines errechneten Summenscores kann das Risiko für eine Chronifizierung von akuten Rückenschmerzen eingeschätzt werden.

Selbsttest Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index)

Link: <https://fit2work.at/artikel/selbsttest>

Allgemeine Information:

Der Selbsttest Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index, WAI) dient zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Er kann u. a. im Rahmen der betriebsärztlichen Betreuung, flankierend bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und in Forschungsprojekten eingesetzt. Der WAI kann dazu beitragen, dass frühzeitig Handlungsbedarf identifiziert wird und dass auf dieser Grundlage Präventionsmaßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Arbeitsfähigkeit getroffen werden.

Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)

Link: <http://physiotherapie-heide.com/wp-content/uploads/2016/03/Fragebogen-Angst-Vermeidungsverhalten.pdf>

Allgemeine Information:

Der Fear Avoidance Beliefs Questionnaire umfasst insgesamt 16 Fragen und dient dazu, Angstvermeidungsverhalten, das die Chronifizierungsgefahr erhöhen kann, frühzeitig zu entdecken. Gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell untersucht dieser Fragebogen den Glauben von Patientinnen/Patienten bezüglich des Einflusses physischer Aktivität und Arbeit auf die Rückenschmerzen.

Das Mainzer Stadiensystem der Schmerzchronifizierung (Mainz Pain Staging System; MPSS)

Link: https://www.drk-schmerz-zentrum.de/mz-wAssets/docs/downloads/mpss_deu.pdf








Allgemeine Information:

Mithilfe der Mainzer Chronifizierungsstadien können der Chronifizierungsprozess einer Schmerzerkrankung beschrieben und das Ausmaß einer Schmerzstörung erfasst werden.

Das MPSS beinhaltet Fragen zum Schmerzverlauf, zur Schmerzlokalisierung, zum Medikamenteneinnahmeverhalten und zur Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Urheber- und Rechteangaben Symbolbilder

Die im vorliegenden Dokument verwendeten Symbolbilder (icons) stammen aus dem "The Noun Project" (<https://thenounproject.com/>). Nachfolgend sind für die einzelnen Symbolbilder die Urheber- und Rechteangaben betreffend die nicht kommerzielle Nutzung dargestellt.

	<p>"Information" von Gregor Cresnar, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/grega.cresnar/uploads/?i=225910</p>
	<p>„Customer journey“ von Stephen JB Thomas, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=pathway&i=1258738</p>
	<p>„Team management“ von Vectors Point, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=coordination&i=2389760</p>
	<p>„Documentation“ von Shashank Singh, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=documentation&i=884718</p>
	<p>"Assessment" von Eucalyp, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=assessment&i=2779718</p>
	<p>"Talk" von Hrbon, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=talk&i=2979118</p>
	<p>"X Ray" von Priyanka, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=x-ray&i=2684649</p>