

# **Vertrag**

zur

"Integrierten hausarztbasierten Versorgung für  
Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen"

**nachfolgend "Integrationsversorgung" genannt**

zwischen der

**AOK Baden-Württemberg<sup>1</sup>  
Heilbronner Str. 184  
70191 Stuttgart**

und der

**Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg<sup>2</sup>  
Vogelrainstraße 25  
70199 Stuttgart**

nachfolgend "Krankenkassen" genannt

und der

**Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V.<sup>3</sup>  
Birkenwaldstraße 151  
70191 Stuttgart**

und der

**Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e.G.<sup>4</sup>  
Theodor-Heuss-Ring 14  
50668 Köln**

als Managementgesellschaft

und dem

**Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie e.V.<sup>5</sup>  
Landesverband Baden-Württemberg  
als Gemeinschaft von Leistungserbringern  
sowie**

**den diesem Vertrag beigetretenen Krankenhäusern, Fachärzten  
und Rehabilitationseinrichtungen**

---

<sup>1</sup> Nachfolgend AOK genannt

<sup>2</sup> Nachfolgend LKK genannt

<sup>3</sup> Nachfolgend BWKG genannt

<sup>4</sup> diese unterstützt durch den **Deutschen Hausärzteverband LV Baden-Württemberg e.V.,  
Austraße 107, 70376 Stuttgart**

<sup>5</sup> Nachfolgend BVO genannt

## **Präambel**

Rückenschmerzen zählen zu den häufigsten Beschwerdebildern und Behandlungsanlässen. Die Vernetzung und Verzahnung der unterschiedlichen Versorgungssektoren auf der Basis spezifischer hausärztlicher Behandlungs- und Koordinationsleistungen sind zentrale Elemente für eine wirtschaftliche Integrationsversorgung.

### **§ 1**

#### **Gegenstand der Vereinbarung**

Ziel der Integrationsversorgung ist die Vernetzung und Verzahnung von

- Präventionsleistungen,
- hausärztlichen Leistungen,
- fachärztlichen Leistungen,
- Krankenhausleistungen,
- Leistungen zur Teilhabe (medizinische Rehabilitation), einschließlich ergänzender Leistungen.

### **§ 2**

#### **Versorgungsauftrag**

1. Der Versorgungsauftrag beinhaltet
  - die medizinische Therapie auf der Basis des Behandlungsalgorithmus,
  - die Qualitätssicherungsmaßnahmen und
  - die Zusammenarbeit der Leistungserbringer.
2. Erstrangig sollen in der Versorgung diagnostische und therapeutische Verfahren mit evidenzbasierter Wirksamkeit bzw. Nützlichkeit eingesetzt werden. Die Anlage 1 beschreibt den derzeitigen Stand von Leitlinienempfehlungen bzw. von Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin zur Behandlung von Rückenerkrankungen. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen mit mäßiger oder starker Evidenz der Unwirksamkeit werden nicht angewandt.
3. Die Leistungsansprüche des Patienten werden auf der Grundlage von geschlossenen Verträgen und Vereinbarungen auf der Grundlage des SGB V vergütet.

### **§ 3**

#### **Teilnahme des Versicherten an der Integrierten Versorgung**

1. An Rückenschmerz leidende Versicherte der Krankenkassen können an der Integrationsversorgung freiwillig teilnehmen.
2. Der Hausarzt motiviert den Versicherten zur Teilnahme. Er klärt ihn umfassend über die Ziele, Inhalte, teilnehmende Leistungserbringer und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf, bestätigt die Diagnose und damit die Teilnahmevoraussetzung. Der Versicherte erhält vom Hausarzt eine Teilnahmeerklärung (Anlage 5) und unterschreibt diese. Der Hausarzt leitet eine Mehrfertigung an die HÄVG

weiter. Diese informiert die Krankenkassen in einer noch näher zu bestimmenden Form über die teilnehmenden Versicherten.

3. Die Krankenkassen informieren ihren Versicherten über seine Teilnahme und die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten.
4. Suchen an Rückenschmerz leidende Versicherte der Krankenkassen direkt einen Facharzt gem. § 6 Abs. 1 auf, so informiert er sie über die Integrationsversorgung. Erklärt der Versicherte sein Interesse an der Teilnahme, überweist der Facharzt den Versicherten an einen teilnehmenden Hausarzt seiner Wahl.

Der Versicherte erhält vom gewählten, teilnehmenden Hausarzt unverzüglich einen Konsultationstermin mit dem Ziel, den Versicherten zur Teilnahme zu motivieren und umfassend über die Integrationsversorgung aufzuklären.

5. Liegen "Red Flags" (Anlage 1) vor und ist der Patient nicht in der Lage, den Hausarzt aufzusuchen, kontaktiert der Facharzt den gewählten Hausarzt. Diese vereinbaren, in Abstimmung mit dem Versicherten, ein Verfahren der Aufklärung und Einschreibung. Dabei ist jedoch zu gewährleisten, dass die sich aus § 4 ergebenden Grundsätze eingehalten werden.

#### **§ 4**

#### **Rechte und Pflichten der Vertragsparteien**

1. Die HÄVG, der BVO und die BWKG erklären unwiderruflich ihre Zustimmung im Sinne von § 140 b Abs. 5 SGB V zum Beitritt von Leistungserbringern gemäß §§ 4 – 7 zu diesem Vertrag.

Die teilnehmenden Leistungserbringer stimmen dem Beitritt weiterer Leistungserbringer nach den §§ 5 – 8 zu diesem Vertrag durch ihre Beitrittserklärung ebenfalls unwiderruflich zu.

2. Die HÄVG, der BVO und die BWKG informieren die AOK über die teilnehmenden Leistungserbringer. Die AOK informiert die LKK entsprechend. Die AOK ihrerseits informiert die HÄVG, den BVO und die BWKG regelmäßig über alle diesem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer.

#### **§ 5**

#### **Hausärztliche Leistungen**

1. Basis der Diagnostik und Therapie in der hausärztlichen Versorgung ist die DEGAM-Leitlinie "Kreuzschmerz". Einen besonderen Schwerpunkt bildet dabei die Diagnose und Behandlung von noch nicht chronifizierten Rückenschmerzen. Der besondere Versorgungs- und Koordinierungsauftrag des Hausarztes besteht in einer individuell auf die Lebenssituation des Patienten abgestimmten Versorgungsebenen- und leistungssektorenübergreifenden Behandlung.

## 2. Aufgaben des Hausarztes sind insbesondere

- die bei ihm eingeschriebenen Patienten allgemein und fortgesetzt bei Kenntnis des häuslichen und familiären Umfelds zu betreuen,
  - diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen zu koordinieren,
  - die Dokumentation zusammenzuführen, zu bewerten, aufzubewahren und den beteiligten Leistungserbringern, dem Versicherten und einem von der AOK oder der LKK beauftragten medizinischen Sachverständigen auf Anforderung zur Verfügung zu stellen und
  - präventive und rehabilitative Maßnahmen einzuleiten oder durchzuführen sowie nichtärztliche Hilfen und flankierende Dienste in die Behandlungsmaßnahmen zu integrieren.
3. Die HäVG sichert durch Verträge mit an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten nach § 73 Abs. 1 a SGB V die hausärztlichen Elemente der Integrationsversorgung.
  4. Bei Beendigung des Vertragsverhältnisses unterrichtet der Hausarzt die bei ihm eingeschriebenen Versicherten darüber.
  5. Durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK können Hausärzte dieser Vereinbarung zu den gleichen Bedingungen und Prozessabläufen, wie sie für die Hausärzte gelten, die ihren Beitritt auf Seiten der HäVG erklären, auch unmittelbar beitreten. Die AOK informiert die LKK über die beigetretenen Hausärzte.
  6. Die gem. Abs. 5 beigetretenen Hausärzte können ihre Teilnahme an der Integrierten Versorgung durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres kündigen. Die AOK informiert die LKK entsprechend. Die Teilnahme eines Hausarztes endet außerdem bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.
  7. Als Teilnahmevoraussetzungen gelten folgende Kriterien bzw. zukunftsgerichtete Verpflichtungen:
    - a) Praxisausstattung mit Faxgerät und EDV, in der Regel einschließlich eines Internetanschlusses.
    - b) Teilnahme an regelmäßigen - mindestens viermal im Kalenderjahr - hausärztlichen Fortbildungen, einschließlich Qualitätszirkelarbeit, wobei mindestens eine Veranstaltung nach der DEGAM-Leitlinie zum vertragsspezifischen Indikationsbereich "Rückenschmerz" besucht werden muss<sup>1</sup>. Die Integration nicht hausärztlicher Leistungserbringer wird für den Qualitätszirkel "Rückenschmerz" empfohlen.
    - c) Mitwirkung an den Befragungen der Leistungserbringer.

---

<sup>1</sup> Der Deutsche Hausärzteverband e.V. bietet den Hausärzten zur Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Fortbildungspflichten ein Fortbildungskonto Hausärzte an.

- d) Wirtschaftliche Pharmakotherapie auf der Grundlage der DEGAM-Leitlinie und die Verordnung von preisgünstigen, wirkstoffgleichen Arzneimitteln, sofern Krankenkassen entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen haben.

## **§ 6 Fachärztliche Leistungen**

1. Diesem Vertrag können durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Baden-Württemberg

- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Radiologie
- Wirbelsäulenchirurgische Fachambulanzen an Krankenhäusern<sup>1</sup>, auch von ermächtigten Krankenhausärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzte für Neurologie,
- Psychotherapeuten oder Ärzte für Psychotherapeutische Medizin,
- Psychiater oder Nervenärzte, jeweils mit Zusatz "Psychotherapie",

beitreten. Die AOK informiert die LKK entsprechend.

Für eine spezielle ambulante Schmerztherapie sollen die in der Schmerzkonzeption Baden-Württemberg beschriebenen Versorgungsstrukturen einbezogen werden.

2. Fachärzte für Orthopädie erklären ihren Beitritt zu diesem Vertrag entweder gegenüber dem BVO oder durch schriftliche Erklärung gegenüber den Krankenkassen. Der BVO informiert die Krankenkassen über die beigetretenen Fachärzte .
3. Der Facharzt muss über die erforderliche Praxisausstattung, einschließlich Faxgerät, EDV und in der Regel eines Internetanschlusses, verfügen.

Der Facharzt soll

- kurzfristig, d.h. spätestens am dritten Werktag nach Vorlage der Überweisung mit der Behandlung zu beginnen und
- mit den Patientinnen und Patienten bzw. dem behandelnden Hausarzt verbindliche Behandlungstermine (Tag und Uhrzeit) zu vereinbaren.

Die beigetretenen Fachärzte können ihre Teilnahme an der Integrierten Versorgung durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende jedes Kalenderhalbjahres kündigen. Die AOK informiert die LKK entsprechend. Die gem. Abs. 2 beigetretenen Orthopäden können ihre Teilnahme auch durch schriftliche Erklärung direkt gegenüber dem BVO kündigen. Die Teilnahme eines Facharztes endet außerdem bei Wegfall der Beitrittsvoraussetzungen.

---

<sup>1</sup> Wirbelsäulenchirurgische Fachambulanzen können im Rahmen ihres jeweiligen Beteiligungsstatus wie z. B. als Poliklinik, Hochschulambulanz, Institutsambulanz oder durch ermächtigte Krankenhausärzte der genannten Fachrichtungen am Versorgungskonzept teilnehmen. Es ist nicht beabsichtigt, den bestehenden Zulassungsstatus durch die Integrierte Versorgung zu verändern.

## **§ 7**

### **Krankenhausleistungen**

1. Der vorliegende Vertrag gilt für Krankenhäuser, die gegenüber der BWKG schriftlich ihren Beitritt erklärt haben.
2. Beitrittsberechtigt sind zugelassene Krankenhäuser, die über die erforderlichen wirbelsäulenchirurgischen, unfallchirurgischen bzw. orthopädischen, neurochirurgischen oder neurologischen Abteilungen verfügen.
3. Zur Umsetzung der Schmerztherapie können Krankenhäuser beitreten, die als regionale oder überregionale Schmerzzentren im Krankenhausplan ausgewiesen sind.
4. Die Krankenhäuser vereinbaren mit den an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Patienten kurzfristig, in der Regel binnen drei Werktagen nach Überweisung durch den Haus- oder Facharzt, oder nach Vorliegen der Zweitmeinung, einen Termin zur Aufnahmeuntersuchung. Soweit stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, bemühen sich die Krankenhäuser um einen schnellstmöglichen Behandlungsbeginn.
5. Alle teilnehmenden Krankenhäuser erbringen Leistungen nach § 10 Abs. 4 im Auftrag des behandelnden Krankenhauses. Die Zweitmeinung soll unverzüglich, spätestens am 7. Werktag nach Auftragserteilung, abgegeben werden.
6. Das Krankenhaus kann seine Teilnahme an der Integrierten Versorgung durch schriftliche Erklärung gegenüber der BWKG mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende kündigen. Die Teilnahme eines Krankenhauses endet außerdem bei Wegfall der Beitrittsvoraussetzungen.

## **§ 8**

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe**

1. Die Kosten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation übernehmen die Krankenkassen nur, wenn und soweit sie von den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden. Die Aufnahme erfolgt spätestens 14 Kalendertage nach der Bewilligung durch die Krankenkassen, nach akutstationärer Behandlung unmittelbar daran anschließend.
2. Die AOK bindet die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in das Konzept zur Integrierten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen ein. Alle Anträge auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Teilhabe sind mit dem Zusatz "Integrierte Versorgung Rücken" zu kennzeichnen.

## **§ 9**

### **Wirtschaftlichkeit**

1. Die Leistungserbringer sichern den Krankenkassen eine qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu.
2. Die Leistungserbringer erfüllen, soweit in diesem Vertrag nichts Abweichendes vereinbart ist, die Leistungsansprüche der Patienten nach den Bestimmungen des SGB V.
3. Die Leistungserbringer verpflichten sich, dass sie
  - die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschrittes sowie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung erfüllen und
  - eine an dem Versorgungsbedarf der Patienten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten auf der Grundlage dieses Vertrages gewährleisten.

## **§ 10**

### **Qualitätssicherung**

1. Instrumente der Qualitätssicherung sind insbesondere
  - a) Befragungen der Patienten und Patientinnen,
  - b) Befragungen der Leistungserbringer,
  - c) Qualitätszirkel,
  - d) Integrationskonferenzen,
  - e) Zweitmeinung vor planbaren Eingriffen und
  - f) die Erhebung und Auswertung von Indikatoren zur Messung der Qualität der Koordinationsprozesse- und der Behandlung.
2. Die Leistungserbringer nehmen an den Maßnahmen nach Buchstabe b) teil und sind damit einverstanden, dass aus den Prozessdaten der AOK Baden-Württemberg die Indikatoren nach Buchstabe f) gewonnen werden. Alle kooperierenden Leistungserbringer sollen an den vom HÄVG organisierten Integrationskonferenzen teilnehmen. Die HÄVG verpflichtet die Hausärzte zur Teilnahme an den Maßnahmen nach Buchstabe b) und c).
3. Befragungen der Patienten und Leistungserbringer werden jährlich, erstmalig sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Vertrages, durchgeführt.
4. Patienten können vor planbaren Eingriffen (Operationen) eine Zweitmeinung einholen. Die Krankenhäuser klären die Patienten darüber auf. Der Patient erhält eine Aufstellung über alle Personen und Institutionen, die Zweitmeinungen erstellen. Er kann aus der Liste auswählen, wen er für die Zweitmeinung in Anspruch

nehmen will. Sofern er darauf verzichtet, dokumentiert die Klinik die Entscheidung des Patienten.

5. Die Zweitmeinung wird aufgrund eines persönlichen Kontaktes zwischen Patient und dem die Zweitmeinung erbringenden Arzt auf der Grundlage der vorhandenen, für den geplanten Eingriff bedeutsamen Unterlagen und Befunde erstellt. Die Unterlagen werden dem Patienten zur Vorlage beim Zweitbegutachter ausgehängt.

Neben den teilnehmende Krankenhäusern können im Einvernehmen mit der BWKG weitere geeignete Personen von den Krankenkassen für Leistungen nach Absatz 4 benannt werden.

6. Qualitätszirkel finden regelmäßig; Integrationskonferenzen einmal jährlich statt.
7. Die Indikatoren zur Messung der Prozess- und Behandlungsqualität sowie die Inhalte der Befragungen nach Absatz 3 entwickelt und implementiert die AOK mit Unterstützung des MDK Baden-Württemberg im Einvernehmen mit der BWKG und der HÄVG. Die AOK informiert die LKK entsprechend.

## **§ 11**

### **Behandlungsdokumentation**

1. Die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung aller relevanten Behandlungsdaten, Befunde und Berichte ist wesentlicher Bestandteil der integrierten Versorgung. Die Behandlungsdaten und Befunde können von den Leistungserbringern, dem Versicherten oder in begründeten Einzelfällen von einem von der AOK/LKK beauftragten medizinischen Sachverständigen mit einer Begründung abgerufen werden. Voraussetzung ist, dass die Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall bzw. die Evaluation oder die sich aus dem SGB V ergebenden Aufgaben genutzt werden sollen.
2. Die teilnehmenden Patienten erhalten bei Wechsel des Behandlers eine Mehrfertigung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte vom jeweiligen Leistungserbringer. Satz 1 findet keine Anwendung, wenn und soweit medizinische Gründe dagegen sprechen.
3. Die Dokumentation der Leistungserbringer muss den berufsrechtlichen Anforderungen und den Vorgaben aus der Anlage 1 genügen.

## **§ 12**

### **Haftungsregelungen**

1. Die HÄVG, die BWKG und der BVO übernehmen die in diesem Vertrag vorgesehenen Aufgaben. Weitergehende Verpflichtungen bestehen nicht. Die vorgenannten Vertragsparteien tragen keine Verantwortung für die Erfüllung der Aufgaben der jeweils anderen Vertragsparteien. Sie sind weder gegenüber den Krankenkassen, noch gegenüber den jeweils anderen Vertragsparteien oder den diesem Vertrag beigetretenen Leistungserbringern für die flächendeckende Sicherstellung



des integrierten Versorgungsangebotes verantwortlich. Für das Handeln der diesem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer übernehmen die HÄVG, der BVO und die BWKG keine Verantwortung.

2. Im Falle einer Kündigung dieses Vertrages, gleich durch welchen Vertragspartner, stehen den jeweils anderen Vertragspartnern und den diesem Vertrag beigetretenen Leistungserbringern Ansprüche auf Schadensersatz, gleich aus welchem Rechtsgrund, nicht zu.

### **§ 13 Laufzeit des Vertrages**

Der Vertrag beginnt am 01.01.2005. Er kann von der AOK, der LKK, der BWKG, der HÄVG oder dem BVO mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende jedes Kalenderhalbjahres gekündigt werden, erstmals zum 31.12.2005. Eine fristlose Kündigung aus wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung bzw. Wegfall der gesetzlichen Grundlage, bei aufsichtsrechtlichen Maßnahmen oder bei einem schwerwiegenden Verstoß gegen Vertragspflichten, bleibt davon unbenommen.


### **§ 14 Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung sonstiger rechtlicher Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

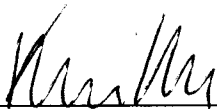
Stuttgart, den 01.01.2005



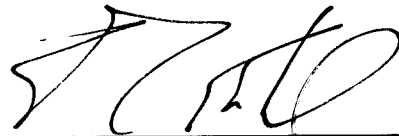
Dr. Christopher Hermann  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender  
der AOK Baden-Württemberg



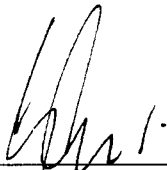
Dr. Josef Siebig  
Verbandsdirektor der BWKG



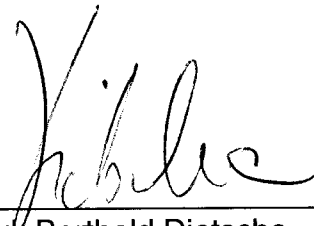
Reinhold Knittel  
Geschäftsführer  
der LKK Baden-Württemberg



Eberhard Mehl  
Vorstandsmitglied der HÄVG



Joachim Schütz  
Vorstandsmitglied der HÄVG



Dr. med. Berthold Dietsche  
1. Vorsitzender des  
Deutschen Hausärzteverbandes  
LV Baden-Württemberg e.V.



Dr. med. Rainer Freyschmidt  
BVO  
LV Baden-Württemberg



Dr. med. Klaus Schatton  
BVO  
LV Baden-Württemberg

## Anlage 1

# **Integrierte Versorgung für Patientinnen und Patienten (nachfolgend Patienten genannt) mit Rückenschmerzen**

### **Beschwerdebild "Rückenschmerz"**

Rückenschmerz ist ein Symptom. Ursächlich können die verschiedensten Erkrankungen der Wirbelsäule und Störungen außerhalb der Wirbelsäule sein. Er lässt sich nach seiner

- ✓ Lokalisation (z.B. tiefer Rückenschmerz = Kreuzschmerz),
- ✓ Ursache (z.B. Bandscheibenvorfall),
- ✓ zeitlichen Dynamik (z.B. chronischer Rückenschmerz) und
- ✓ Art (spezifisch [identifizierte ursächliche morphologische Läsion] oder unspezifisch)

differenzieren.

Rückenleiden zählen zu den häufigsten Beschwerdebildern in der Bevölkerung. Zugleich stellen sie einen der häufigsten Behandlungsanlässe in der ambulanten und rehabilitativen Versorgung dar. Die Jahresprävalenz beträgt ca. 70 %, die Lebenszeitprävalenz ca. 80 %; der Anteil der chronischen Beschwerden liegt bei ca. 8 bis 10 % der Bevölkerung in Deutschland<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8</sup>. Die individuelle und die sozialökonomische Belastung hierdurch ist enorm.

---

<sup>1</sup> Nachemson A, Waddeell G, Norlund AI: Epidemiology of Neck and Low Back Pain. In: Nachemson AL, Jonsson E (eds): Neck and Back Pain. Lippincott, Philadelphia, 2000

<sup>2</sup> Andersson, GBJ. The epidemiology of spinal disorders. In: Frymoyer JW (ed). The Adult Spine. Principles and Practice. USA: Raven Press Ltd, New York, 1991

<sup>3</sup> Berger-Schmidt R, Kohmann T, Raspe H: Rückenschmerzen in Ost- und Westdeutschland. Gesundheitswesen 1996; 58:519-52

<sup>4</sup> Clinical Standards Advisory Group. Epidemiological review. The epidemiology and cost of back pain. In: The annex to the CSAG report on back pain. London: Her Majesty's Stationery Office, 1994

<sup>5</sup> Härter M, Reuter K, Weisser B, Schreuzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J: A Descriptive Study of Psychiatric Disorders and Psychosocial Burden in Rehabilitation Patients With Musculoskeletal Diseases. Arch Phys Med Rehabil 2002; Vol 83:461

<sup>6</sup> Sohn W, Hein A, Horlemann J: Schmerzranke in der Allgemeinpraxis. In: Egle UT, Hoffann SO, Lehman K, Nix WA (Hsg): Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer, Stuttgart, 2002

<sup>7</sup> Coste J, Delecoeuillerie G, Cohen, de Lara A, le Parc JM, Paolaggi JB: Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. BMJ 1994; 308:577

<sup>8</sup> Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, Thomas E, Silman AJ: Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. BMJ 1998; 316:1356

## **Grundsätze und Ziele**

Mit diesem integrierten Versorgungsangebot orientieren sich die Vertragsparteien insbesondere an folgenden Prinzipien und Zielen:

- ✓ Koordination und Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer.
- ✓ Selbstverpflichtung zur evidenzbasierten und leitliniengerechten Medizin mit der Möglichkeit abweichenden Handelns im Einzelfall und Begründungspflicht gegenüber dem Patienten, den mitwirkenden Therapeuten und auf Anforderung gegenüber von der AOK genannten Sachverständigen.
- ✓ Konzeptbindung; d.h. erstrangig sollen nur diagnostische und therapeutische Verfahren mit evidenzbasierter Wirksamkeit bzw. Nützlichkeit eingesetzt werden.
- ✓ Diagnostische und therapeutische Maßnahmen mit mäßiger oder starker Evidenz der Unwirksamkeit werden nicht angewandt.

### **Medizinische Eckpunkte der integrierten Versorgung "Rückenschmerz"**

1. Der Behandlungsalgorithmus hat folgende Auswirkungen:

- ✓ Verbesserung der Behandlungscoordination
- ✓ Adäquate und flexible Festlegung des Behandlers/der Behandlungsstätte
- ✓ Parallele Komplexbehandlung anstatt Monotherapie
- ✓ Transferregelungen beim Wechsel des Behandlers/der Behandlungsstätte
- ✓ Vermeidung von Überversorgung durch mangelnde Systemdurchlässigkeit
- ✓ Standardisierung durch Therapiealgorithmus
- ✓ Erhöhung von Effektivität und Effizienz
- ✓ Verbesserte Information von Patienten und von teilnehmenden Leistungserbringern

**Wirksamkeit konservativer Behandlungsmaßnahmen  
beim akuten und chronischen Kreuzschmerz  
(Feststellungen aufgrund des Reviews relevanter Literatur) <sup>1, 2</sup>**

	<b>Akuter Kreuzschmerz</b>	<b>Chronischer Kreuzschmerz</b>
<b>Starke Evidenz der Wirksamkeit</b>	Rat, aktiv zu bleiben NSAIDs (nicht-steroidale Antiphlogistika) Muskelrelaxanzien	Multidisziplinäre Programme Übungstherapie
<b>Mäßige Evidenz der Wirksamkeit</b>	Verhaltenstherapie	NSAIDs, Rückenschule
<b>Unklare Evidenz</b>	Akupunktur Analgetika TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation) Physikalische Therapie Bänderinjektionen	
	Verhaltenstherapie Rückenschule Lumbalorthesen Triggerpunkt-Injektionen	Rat, aktiv zu bleiben Antidepressiva Bettruhe epidurale Kortikosteroidinjektion Chirotherapie
<b>Mäßige Evidenz der Unwirksamkeit</b>	epidurale Kortikosteroidinjektion Übungstherapie Traktionsbehandlung	Akupunktur Biofeedback-Therapie Facetteninjektionen
<b>Starke Evidenz der Unwirksamkeit</b>	Bettruhe (länger als 1-2 Tage)	Traktionsbehandlung

2. Das als Therapiealgorithmus formulierte Konzept der integrierten Versorgung beim Rückenschmerz basiert neben für die Gesamtproblematik lückenhaft vorhandenen Leitlinien auf verfügbaren Reviews<sup>3, 4</sup>.

<sup>1</sup> Deyo RA, Ciol MA, Cherkin DC, Loeser JD, Bigos SJ: Lumbar Spinal Fusion – A Cohort Study of Complications, Reoperations, and Resource Use in the Medicare Population. Spine 1993; Vol 18:1463

<sup>2</sup> Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM: Conservative treatment of acute and chronic non-specific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. Spine 1997; 22:2128

<sup>3</sup> Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM: Conservative treatment of acute and chronic non-specific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. Spine 1997; 22:2128

<sup>4</sup> Van Tulder MW: Die Behandlung von Rückenschmerzen – Mythen und Fakten. Schmerz 2001; 15:499

3. Rückenschmerzen sind wie alle Schmerzen individuellen und subjektiven Wahrnehmungseinflüssen unterworfen. Das Symptom "Rückenschmerz" ist in mehr als 50% der Fälle bei seiner Wahrnehmung durch nicht-somatische Gegebenheiten beeinflusst oder sogar verursacht<sup>1, 2, 3, 4</sup>. In entsprechenden Fällen ist heute eine frühzeitige und parallele Anwendung von herkömmlichen somatischen und biopsychosozialen Therapieansätzen allgemein anerkannt und gefordert. Bei der integrierten Versorgung „Rückenschmerz“ wird daher die nicht-somatische Schmerzkomponente frühzeitig in Diagnostik und Therapie einbezogen.

### Integrierte Versorgung "Rückenschmerz": Akteure und Funktionen

Akteure	Spezielle Funktionen
AOK	Prävention (AOK-Rückenprogramm)
<b>Hausärztliche Versorgung – ambulant</b>	
Hausarzt	Anamnese, klinische Untersuchung, Diagnose, Differentialdiagnose, Medikation, Heilmittel, ggf. Chirotherapie, Prävention, Beratung, Nachsorge
<b>Fachärztliche Versorgung – ambulant</b>	
Orthopäde	Röntgen, andere apparative Untersuchungen, fachspezifische Diagnostik (inkl. Veranlassung spezifischer Konsiliaruntersuchungen) und Therapie (Injektionen, Chirotherapie, Heilmittel, Orthesen, Beratung)
Wirbelsäulenchirurgische Fachambulanz	
Psychotherapeut oder Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychiater oder Nervenarzt, jeweils mit Zusatz Psychotherapie	Psychotherapeutische Diagnostik und Therapie
Fachärzte für Radiologie	Bildgebende Verfahren
Schmerztherapeut, Schmerztherapeutische Konferenz	Spezielle Schmerztherapie (Injektionen, Katheter, Medikation, evtl. Psychotherapie), interdisziplinäres Konsilium
<b>Stationäre Akutversorgung<sup>5</sup></b>	
Wirbelsäulenchirurgische Fachklinik	Röntgen/CT/MR/Neurologie, Therapieindikation, ggf. stat. kons. oder operative Therapie
Schmerztherapie Fachklinik	Stationäre multimodale Schmerztherapie
<b>Rehabilitation und Nachsorge</b>	
ambulante/stationäre Rehabilitation und Nachsorge	Ganzheitliche Therapie von Behinderungen und Fähigkeitsstörungen zur Verbesserung der Teilhabe

<sup>1</sup> Härter M, Baumeister H, Reuter K, Wunsch A, Bengel J: Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. Rehabilitation 2002; 41:367

<sup>2</sup> Härter M, Weißer B, Reuter K, Benel J: Prävalenz und Risikofaktoren psychischer Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen – ein Review empirischer Studien. Schmerz 2003; 17:50

<sup>3</sup> Härter M, Reuter K, Weisser B, Schreuzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J: A Descriptive Study of Psychiatric Disorders and Psychosocial Burden in Rehabilitation Patients With Musculoskeletal Diseases. Arch Phys Med Rehabil 2002; Vol 83:461

<sup>4</sup> Sohn W, Hein A, Horlemann J: Schmerzranke in der Allgemeinpraxis. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehman K, Nix WA (Hsg): Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer, Stuttgart, 2002

<sup>5</sup> Fachabteilungen entsprechend § 7 Abs. 2 des Vertrages zur "Integrierten hausarztbasierten Versorgung für Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen"

Die erste Diagnosestellung erfolgt durch den Hausarzt. Er ist der primäre Ansprechpartner und Versorgungsmanager.

Die integrierte Versorgung "Rückenschmerz" erfolgt auf drei Behandlungsebenen:

- ✓ der allgemein/hausärztlichen Behandlung,
- ✓ der ambulanten fachärztlichen Behandlung
- ✓ sowie der Versorgung in Klinik, Rehabilitation und durch spezielle Facharzt-disziplinen (u. a. spezielle Schmerztherapie).

Die Einbeziehung der Versorgungsebene erfolgt patientenzentriert und problemorientiert ebenso wie die Rückführung von spezialärztlicher zu allgemeinärztlicher Behandlung.

### **Hausarztebene**

1. Der Hausarzt diagnostiziert und behandelt den Patienten mit Rückenschmerzen. Bei chronischen oder chronisch-rezidivierenden Rückenschmerzen veranlasst er unmittelbar – soweit nicht vorhanden – eine fachspezifische Beurteilung bzw. Behandlungsempfehlung durch einen Facharzt für Orthopädie. Er gewährleistet, dass nach höchstens vier Wochen Dauer einer "erfolglosen" Behandlung eine solche fachspezifische Beurteilung terminiert ist.
2. Der Hausarzt überprüft initial das Vorliegen von somatischen Warnsymptomen und spätestens nach 4 Wochen auch Hinweise auf psychosoziale Komorbiditäten.
3. Sobald die fachärztliche Versorgung nicht mehr notwendig ist, überweist der Facharzt den Patienten "standardisiert" und mit Therapieempfehlung an den Hausarzt.

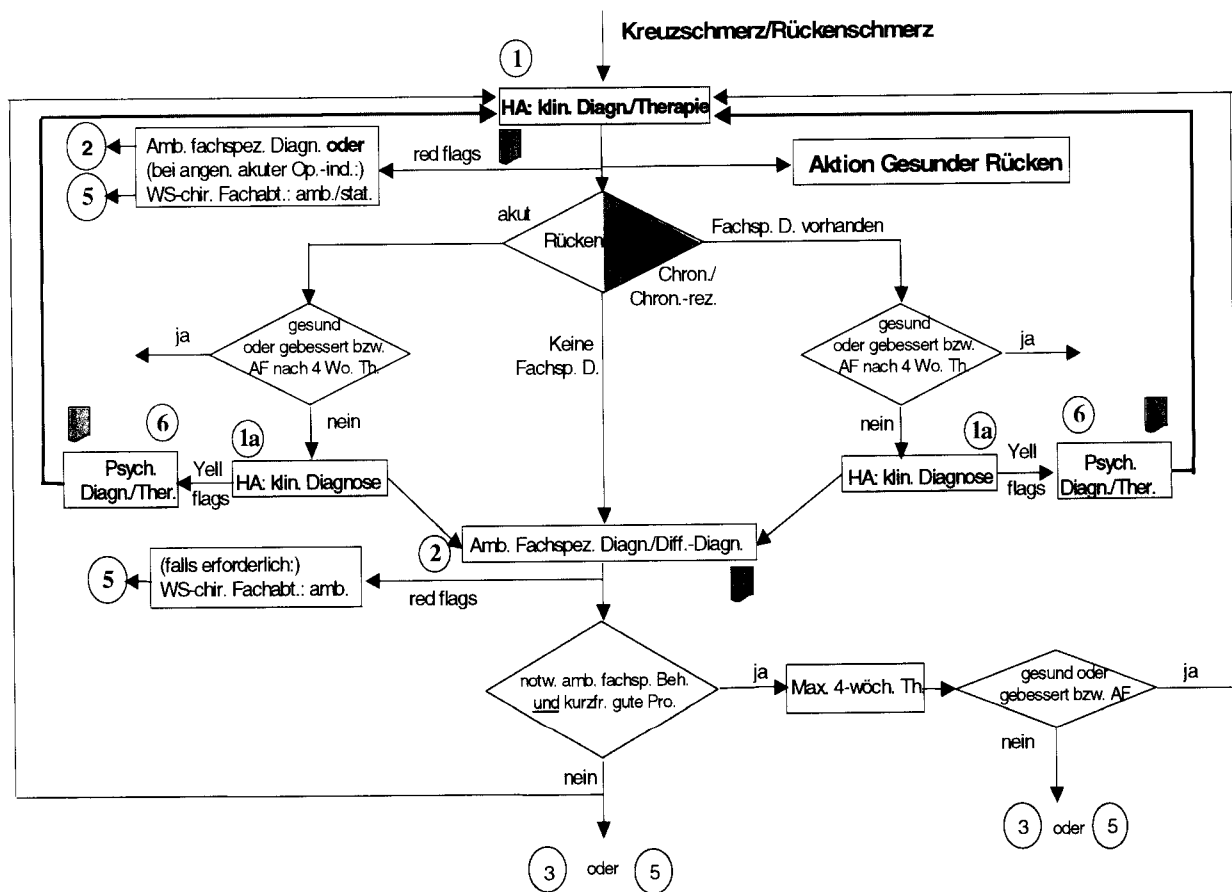
### **Facharztebene**

1. Der Patient wird vom Hausarzt an den Facharzt für Orthopädie überwiesen.
2. Nach der ambulanten fachspezifischen Diagnostik (inklusive Überprüfung somatischer Warnsymptome und psychosozialer Komorbiditäten) einschließlich ggf. veranlasster spezieller Untersuchungen (u. a. fachneurologische Beurteilung, radiologische Untersuchung) erfolgt problemorientiert
  - die Weiterbehandlung durch den Hausarzt mit einer Therapieempfehlung,
  - eine zeitlich limitierte ambulante fachärztliche Behandlung,
  - soweit erforderlich eine ambulante Vorstellung in einer wirbelsäulenchirurgischen Fachambulanz oder
  - die Einleitung einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme.

Auf Empfehlung einer wirbelsäulen-chirurgischen Fachambulanz ist in bestimmten Fällen eine fachspezifische ambulante Behandlung über maximal 12 Wochen angezeigt.

## Klinik, Rehabilitation und spezielle Schmerztherapie

1. Nach nicht erfolgreicher allgemein-hausärztlicher bzw. ambulant-fachärztlicher Behandlung oder erforderlichenfalls bei somatischen Warnsymptomen setzt die wirbelsäulen-chirurgische Fachambulanz die Behandlung fort.
2. Sobald die Untersuchung und Behandlung in der wirbelsäulenchirurgischen Fachambulanz nicht mehr notwendig ist, überweist sie den Patienten "standardisiert" und mit Therapieempfehlung an den Hausarzt. Die notwendige akutstationäre Behandlung/Operation erfolgt zeitnah bzw. gemäß Dringlichkeit.
3. Die Nachversorgung mündet - ggf. über eine Rehabilitationsmaßnahme oder eine ambulante fachärztliche Therapie - beim Hausarzt.



Integrierte Versorgung Rückenschmerz: hausärztliche und fachärztliche Ebenen



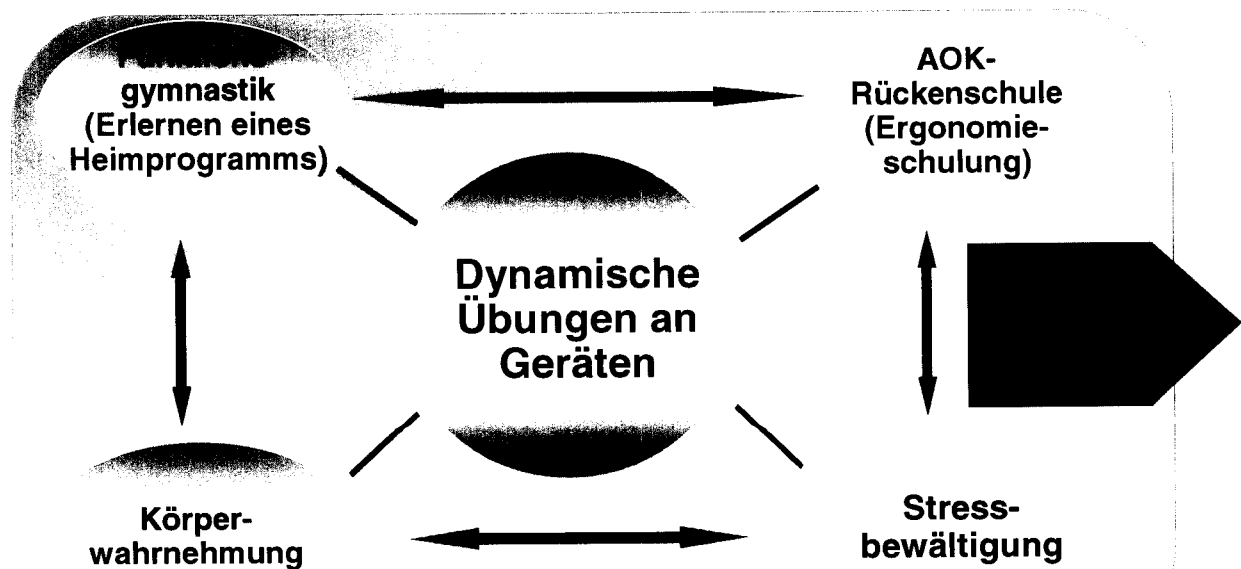


## Prävention - AOK Rückenkonzept

Grundlage sind die "Kooperationsverträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg über die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Sekundär- und Tertiärprävention im Rahmen des § 43 SGB V." Der behandelnde Arzt motiviert seinen Patienten zur Teilnahme am AOK-Rückenkonzept.

Der behandelnde Arzt kann Patienten die Teilnahme an dem AOK-Rücken-Konzept auf dem Formblatt "Präventionsempfehlung für AOK-Angebote" empfehlen. Voraussetzung ist, dass kurative Maßnahmen (z.B. KG) abgeschlossen wurden.

Das AOK-Rücken-Konzept ist eine Weiterentwicklung der AOK-Rückenschulen. Zentraler Bestandteil des multimodalen Programms ist ein funktionelles dynamisches Muskel- und Krafttraining für die Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur an speziell hierfür entwickelten mechanischen Trainingsgeräten mit variablem Widerstand. Dies erfolgt auf der Grundlage einer ausführlichen Anamnese und einer standardisierten biomechanischen Funktionsanalyse.



Schematische Darstellung des AOK-Rücken-Konzepts zur Prävention

## Hausärztliche Versorgung

Der hausärztlichen Grundversorgung von Patienten mit Rückenschmerzen kommt eine große Bedeutung zu: Statistisch sind 90% der Patienten mit akuten Rückenschmerzen (die bei der Erstkonsultation bis drei Tage lang bestanden) nach vier Wochen beschwerdefrei<sup>1</sup>. Patienten mit chronischen Rückenschmerzen beenden in 90% drei Monate nach der initialen Arztkonsultation ihre diesbezüglichen Arztbesuche, aber nur in 25% sind sie nach einem Jahr ohne Rückenbeschwerden<sup>2</sup>. Die Verbesserung dieser ausschlaggebenden Erstbehandlungsergebnisse durch die Implementierung standardisierter und evidenzbasierter Vorgehensweisen wurde mehrfach dargelegt, beispielsweise nach Anwendung der Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain (Royal College of General Practitioners 1996, Review: Dezember 2001)<sup>3</sup>.

Eine Entscheidungshilfe für die Behandlung von Rückenschmerzen in der hausärztlichen Versorgung ist die Leitlinie Nr. 3 "Kreuzschmerzen" der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin<sup>4</sup>. Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf dieser Leitlinie.

Für die Behandlung der Kreuzschmerzen sind drei Fragen erstrangig:

- ✓ Liegt eine gefährliche Erkrankung zugrunde?
- ✓ Werden Nerven oder Rückenmark komprimiert?
- ✓ Gibt es Faktoren (z.B. depressive Verstimmung, Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz), welche die Prognose des Patienten verschlechtern?

Die Anamnese und eine klinische Untersuchung genügen in der Regel, um diese Initialfragen zu klären<sup>5</sup>.

Der wichtigste Baustein der hausärztlichen Therapie ist das Beratungsgespräch. Ziel ist es, die Patienten aktiv in die Behandlung einzubeziehen, um sie so früh wie möglich zur Wiederaufnahme ihrer üblichen Aktivität zu bewegen. Das bedeutet für Patienten mit akuten Kreuzschmerzen, schnellstmöglichst wieder ihren gewohnten Tagesablauf aufzunehmen, bzw. für Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen, sportlich aktiv zu werden.

---

<sup>1</sup> Coste J, Delecoeuillerie G, Cohen, de Lara A, le Parc JM, Paolaggi JB: Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. BMJ 1994; 308:577

<sup>2</sup> Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, Thomas E, Silman AJ: Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. BMJ 1998; 316:1356

<sup>3</sup> Royal College of General Practitioners: Clinical Guidelines for the management of Acute Low Back Pain. <http://www.rcgp.org.uk/> (Zugriff am 28.02.2004)

<sup>4</sup> Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin: "Kreuzschmerzen" - DEGAM-Leitlinie Nr. 3. <http://www.degam.de/> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>5</sup> van den Hoogen, H.M.M. Koes, B.W. van Eijk, J.T.M. Bouter, I. On the accuracy of history, physical examination, and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice. A criteria based literature review, Spine 1995; 20(33):20318

## Therapie der Wahl bei akuten unkomplizierten und radikulären Kreuzschmerzen

- ✓ Aufklärung und Beratung des Patienten im Hinblick auf die Harmlosigkeit der Erkrankung und die Bedeutung von Aktivität für Heilung und Prävention der Beschwerden
- ✓ Frühzeitig Ermunterung des Patienten zur Wiederaufnahme der üblichen Aktivität und der Arbeit
- ✓ Initial einfache Analgetika (Paracetamol oder ASS), alternativ NSAR (nicht steroidale Antirheumatika) oral
- ✓ Unkomplizierte Kreuzschmerzen: optional Manipulationsbehandlung, nach Ausschluss bestehender Kontraindikationen durch bildgebende Verfahren
- ✓ Bei Patienten mit hohem Risiko für einen chronischen Verlauf (persistierende unspezifische Beschwerden trotz Therapie, die mit Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als 3 Monaten einhergehen): Frühe Einleitung multimodaler Behandlungskonzepte mit verhaltenstherapeutischen Anteilen<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11</sup>.

## Therapie der Wahl bei chronischen Kreuzschmerzen

- ✓ Während Phasen starker Schmerzen symptomatische Therapie, wie bei unkomplizierten Kreuzschmerzen, ggf. ergänzt durch Physiotherapie.

---

<sup>1</sup> van den Hoogen, H.M.M. Koes, B.W. van Eijk, J.T.M. Bouter, I. On the accuracy of history, physical examination, and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice. A criteria based literature review, Spine 1995; 20(33):20318

<sup>2</sup> van den Hoogen, H.M.M. Koes, B.W. van Eijk, J.T.M. Bouter, I. On the accuracy of history, physical examination, and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice. A criteria based literature review, Spine 1995; 20(33):20318

<sup>3</sup> Harreby, M, Hesseøe, G, Kjer, J, Neergaard, K. Low back pain and physical exercise in leisure time in 38-year-old women: a 25-year cohort study, Spine 1997; 6(3):181

<sup>4</sup> Indahl A, Velund L, Reikeraas O (1995) Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. Spine 20:473

<sup>5</sup> Koes, B.W. Assendelft, W.J.J. van der Heijden, G. Bouter, L.M. Spinal manualtherapy for low back pain. An updated systematic review of randomised controlled trials. Spine 1996; 21(24):2860

<sup>6</sup> Lahad, A. Malter, A.D. Berg, A.O. Deyo, R.A. (1994), The effectiveness of four interventions for the prevention of low back pain, JAMA ; 272(16):1286

<sup>7</sup> Leboeuf-Yde, C. (1999), Smoking and low back pain. A systematic literature review of 41 journal articles reporting 47 epidemiologic studies, Spine; 24(14):1463

<sup>8</sup> Leino, P.I. Does leisure time physical activity prevent low back disorders? Spine 1993; 18(7):863

<sup>9</sup> Malmivaara A, Haakinen U, Aro T et al. (1995) The treatment of acute low back pain- bed rest, exercises. or ordinary activity? N Engl J Med 332:351

<sup>10</sup> Preyde, M. Effectiveness of massage therapy for subacute low-back pain: a randomized controlled trial. CMAJ 2000; 162(13):1815-20. 29. Underwood, M.R. & Dawes, P. Inflammatory back pain in primary care. Br J Rheumatol 1995; 34(11):1074

<sup>11</sup> Moffett, J.K. Torgerson, D. Bell-Syer, S. Jackson, D. Llewlyn-Phillips, H. Farrin, A. Barber, J., Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs and preferences. BMJ 1999; 319(7205):279

- ✓ Physiotherapie, ggf. in Kombination mit Verhaltenstherapie, möglichst aber als Bestandteil multiprofessioneller Behandlung.
- ✓ Rückenschulen
- ✓ Frühzeitig Ermunterung des Patienten zur Wiederaufnahme der üblichen Aktivität und der Arbeit.

### **Abzulehnende (obsolete) Therapien**

- ✓ Bettruhe von mehreren Tagen
- ✓ Alle Therapieverfahren, die deaktivierend wirken oder zu einem verstärkten Krankheitserleben führen.
- ✓ Intramuskuläre oder intravenöse Injektionen von NSAR
- ✓ Orale Glukokortikoide

### **Ambulante fachspezifische orthopädische Versorgung**

Die fachspezifischen Maßnahmen umfassen eine extensive Exploration (Anamnese, klinischer und röntgenologischer Befund, Screening auf nicht-somatische Ursachen, Diagnose und Differenzialdiagnose) sowie die fachärztliche Behandlung (Guideline der American Association of Orthopedic Surgeons<sup>1</sup>, Guideline der Agency for Healthcare Research and Quality<sup>2</sup>, New Zealand Acute Low Back Pain Guide<sup>3</sup>, Guideline „Diagnosis, Management and Follow-up of Patients With Chronic Low Back Pain“ der Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé<sup>4</sup>, Guideline „Diagnosis and Management of Acute Low Back Pain (<3 months) With or Without Sciatica“ der Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé<sup>5</sup>).

---

<sup>1</sup> American Academy of Orthopaedic Surgeons: Clinical guideline on low back pain 1999. <http://www.aaos.org/wordhtml/research/guidelin/guide.htm> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>2</sup> Agency for Healthcare Policy and Research AHCP: Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline No. 14, 1994. <http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>3</sup> National Advisory Committee on Health and Disability: New Zealand Acute Low Back Pain Guide, Revised May 1999. <http://www.nzgg.org.nz/> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>4</sup> Agence Nationale d'accréditation et d'Évaluation en Santé, Guidelines Department, December 2000. <http://www.anaes.fr/ANAES/> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>5</sup> Agence Nationale d'accréditation et d'Évaluation en Santé, Guidelines Department, February 2000. <http://www.anaes.fr/ANAES/> (Zugriff am 20.02.04)

Die Anamnese umfasst wesentliche Informationen zur Vorgeschichte (siehe Tabelle A).

*A – relevante Vorgeschichte*

- Beschwerdelokalisation (Rücken, Beine)
- Bisherige Beschwerdedauer
- Beschwerdebeginn (schleichend, auslösende Ursache)
- Schmerzcharakter (unspezifisch, belastungsabhängig, radikulär, Schmerzlinken u. a.)
- Neurologisch (Schmerzausstrahlung, Blasen-/Mastdarmstörungen, Schwächen, Gefühlsstörungen)
- Allgemeinsymptome (z. B. Fieber, Gewichtsverlust)
- Voroperationen an der Wirbelsäule

Der klinische Befund umfasst die körperlichen Untersuchungsergebnisse (siehe Tabelle B).

*B – wesentliche körperliche Befunde*

- Körperhaltung, Stehfähigkeit, Gangbild
- Beweglichkeitsprüfung von Wirbelsäule, Hüften und unteren Extremitäten
- Spezifische Tests (z. B. Lasègue, gekreuzter Lasègue, umgekehrter Lasègue)
- Neurologisch (Muskelschwächen, -atrophie, Sensibilitätsstörungen, Muskeleigenreflexe, spezifische Reflexe wie Babinski und Cloni)
- Manuelle Untersuchung (Druckschmerz, Rüttelschmerz u. a.)

Die röntgenologische Untersuchung umfasst Aufnahmen der Lendenwirbelsäule bzw. Brustwirbelsäule in zwei Ebenen, gegebenenfalls zusätzlich eine zentrierte Aufnahme seitlich.

Die Indikation zur Röntgenuntersuchung soll kritisch gestellt werden; einerseits im Wissen um die mögliche Erfassung von schwerwiegenden Pathologien (Tumordestruktion, entzündliche Destruktion u.a.) und andererseits wegen der häufigen therapeutischen Irrelevanz röntgenologischer Befunde bei unspezifischen Rückenschmerzen. In diesen Fällen soll die Befundinterpretation gesicherten Zusammenhängen mit geklagten Beschwerden genügen, um Betroffene nicht unbegründet zu verunsichern<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>.

<sup>1</sup> Espeland A, Korsbrette K, Albrechtsen G et al: Observer variation in plain radiography of the lumbosacral spine. Br J Radiol 1998; 71:366

<sup>2</sup> Waddell G: An approach to backache. Br J Hosp Med 1982; 3:187

<sup>3</sup> Brolin I: Product control of lumbar radiographs (in Schwedisch, persönlich kommentiert von A Nachemson). Lakartidningen 1975; 72:1793

<sup>4</sup> Deyo RA, Diehl AK: Lumbar spine films in primary care: current use and effects of selective ordering criteria. J Gen Intern Med 1986; 1:20

<sup>5</sup> Boden SD: The use of radiographic imaging studies in the evaluation of patients who have degenerative disorders of the lumbar spine. J Bone Joint Surg-Am 78(1):114

<sup>6</sup> Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M: Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. BMJ 2001; 322:400

<sup>7</sup> The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment: Routine referral for radiography of patients presenting with low back pain: is patients' outcome influenced by GPs' referral for plain radiography? 2000. <http://www.nchta.org> (Zugriff am 20.02.04)

Die Diagnose eines unspezifischen oder spezifischen Rückenschmerzes wird gestellt bzw. bestätigt. "Red flags" werden ausgeschlossen oder festgestellt. Liegen Warnsymptome ("red flags") vor, erfolgt – soweit erforderlich -eine entsprechende Überweisung (ambulant oder stationär) an eine wirbelsäulenchirurgische oder sonstige fachzuständige klinische Abteilung bzw. einen fachzuständigen niedergelassenen Facharzt.

Ein Screening auf psychiatrische/psychosoziale Störungen erfolgt anhand einer eigenen Exploration und - sofern hausärztlich noch nicht geschehen - eines Fragebogen-Interviews; bei positivem Ergebnis wird eine Überweisung an den Psychotherapeuten/Psychiater ausgestellt.

#### C – red flags

- Cauda equina-Syndrom (akuter, schwerer Kreuzschmerz, Reithosenanästhesie [Gefühlsstörungen im Anogenitalbereich], schweres und progressives neurologisches Defizit, Blasen-/Mastdarmstörungen)
- Progressive neurologische Störungen und/oder schwere progressive Symptome
- Neurologisches Defizit (Muskelschwäche und/oder Reflexverlust)
- Fraktur
- Tumor
- Infektion
- Frühere Wirbelsäulenoperation mit anhaltendem Schmerz
- Chronisches Schmerzsyndrom
- Extraspinale Störungen (z. B. Darmerkrankungen, Gefäßerkrankungen, urogenitale Erkrankungen)

Eine ambulante fachspezifische Therapie erfolgt dann, wenn fachärztlich eine kurzfristig gute Prognose gestellt wird und "red flags", die eine Behandlung anderenorts erfordern, ausgeschlossen wurden. Sie umfasst Maßnahmen, deren Nutzen evidenzbasiert belegt ist und besteht aus:

- ✓ Einfache Analgetika oral (Paracetamol, NSAR [nicht-steroidale Antirheumatika])
- ✓ Aufklärung über die Harmlosigkeit des Leidens
- ✓ Motivation zur Aktivität
- ✓ Bettruhe bis max. 2 Tage
- ✓ Manipulation
- ✓ Physiotherapie
- ✓ Selbsttätige Anwendung von Kälte/Wärme
- ✓ Bei radikulären Symptomen gegebenenfalls wirbelsäulennahe Injektionen

Andere Verfahren sollten nur bei Versagen/Kontraindikationen der Genannten erfolgen, wenn sie nicht in der Liste potenziell ungünstiger oder erwiesenermaßen unwirksamer Maßnahmen stehen:

- ✓ Opioide, Tranquilizer (länger als 2 Wochen)
- ✓ Bettruhe mit Traktion länger als 2 Tage
- ✓ Gipskorsett
- ✓ TENS [transkutane elektrische Nervenstimulation]
- ✓ Traktion
- ✓ Beweglichkeitsübungen

Die ambulante fachspezifische orthopädische Behandlung ist in der Regel auf 4 Wochen Dauer limitiert – Ausnahmen müssen begründbar sein; eine neuerliche Behandlung maximal dieses Zeitintervalls erfordert die Neuüberweisung durch den Hausarzt oder die Zuweisung durch eine wirbelsäulenchirurgische Fachambulanz. Bei Besserung/Gesundung ist die weitere hausärztliche Betreuung zu veranlassen.

Bei Nichtbesserung unspezifischer Beschwerden ist eine ambulante oder stationäre Reha-Maßnahme zu initiieren oder eine Beurteilung einer wirbelsäulenchirurgischen Fachabteilung ambulant einzuholen. Bei Nichtbesserung spezifisch verursachter Rückenschmerzen innerhalb von 4 Wochen ist die Beurteilung und weitere Verfahrensfestlegung in einer wirbelsäulenchirurgischen Fachambulanz bei ambulanter Vorstellung einzuholen (siehe dort).

#### *D – Kriterien des Behandlungserfolges*

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Abschluss der Rückenschmerz-bezogenen ärztlichen Behandlung</li><li>▪ Schmerzlinderung (visuelle Analogskala: 50% Besserung)</li><li>▪ Reduzierter Analgetikakonsum</li><li>▪ Verringerte Alltagsbeeinträchtigung</li><li>▪ Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit</li><li>▪ Rückläufige Heilmittel-Anwendungen</li></ul> |
|--|

### **Konsiliaruntersuchungen**

Da sowohl akute als auch insbesondere chronische Rückenschmerzen oft Symptome einer komplexen Erkrankung sind, ist gegebenenfalls die konsiliarische Beurteilung anderer Fachdisziplinen erforderlich, um zu einer abgesicherten Diagnosestellung zu kommen. Bei dem Verdacht auf schwerwiegende strukturelle Pathologien oder auch bei schillernder Symptomatik sind in erster Linie neuroradiologische Spezialuntersuchungen und fachneurologische Befundbeurteilungen zu nennen.

Es obliegt dem Facharzt, in Abhängigkeit vom Beschwerdebild die erforderlichen weiteren diagnostischen Maßnahmen zu initiieren. Ziel ist es, eine abgesicherte Diagnose, ein schlüssiges eigenes Behandlungskonzept bzw. Empfehlungen an den Hausarzt zu erhalten. Bei dem Verdacht auf die Betroffenheit anderer Organsysteme (Urogenitalsystem, Abdomen, Lunge, kardiovaskuläres System u. a.) sind in selteneren Fällen auch Überweisungen an niedergelassene Ärzte der entsprechenden Disziplinen notwendig.

Eine fachneurologische Konsiliarbeurteilung ist erforderlich, wenn eine neurologische Auffälligkeit nicht mit dem fachspezifisch erhobenen Befund vereinbar ist, der Verdacht auf eine neurologische Erkrankung besteht oder der Ausprägungsgrad einer Störung oder deren Verlauf detailliert auch mit elektrophysiologischer Diagnostik erhoben werden muss (zum Beispiel Verlaufsbeurteilung einer Restparese, sofern der Orthopäde nicht über die Möglichkeiten der elektrophysiologischen Diagnostik verfügen).

Nach erfolgloser hausärztlicher Initialbehandlung überprüft der Orthopäde die Indikation zur Röntgenuntersuchung und führt diese gegebenenfalls durch (Röntgen der LWS in 2 Ebenen, eventuell ergänzt durch eine zentrierte seitliche Aufnahme).



Fehlen "red flags" ist beim *akuten* Rückenschmerz eine röntgenologische, computer-tomographische oder kernspintomographische Untersuchung in den ersten 4 Wochen in der Regel nicht indiziert<sup>1</sup>.

Beim *chronischen* Rückenschmerz sind die genannten Untersuchungen dann erforderlich, wenn keine Befunde aus dem laufenden bzw. Vorjahr vorliegen bzw. wesentliche Befundveränderungen eingetreten sind. Indikation und Durchführung erfolgen durch den Orthopäden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nur 15 – 20 % der Röntgenuntersuchungen der Lendenwirbelsäule therapeutische Konsequenzen haben.<sup>2, 3, 4, 5</sup>

Sind aus der Kernspintomographie (MRT) oder Computertomographie notwendige diagnostische bzw. therapeutische Konsequenzen zu erwarten, veranlasst der Orthopäde die Maßnahme.

Bei der Indikationsstellung und bei der Beurteilung der kernspintomografischen Untersuchung ist zu berücksichtigen, dass auch die MRT (inkl. Gadolinium-Kontrast-MRT) - in Analogie zur Röntgenuntersuchung - in einem hohen Prozentsatz für die klinische Symptomatik irrelevante Auffälligkeiten (falsch-positive Befunde) zeigt, Schmerzen nicht darstellen kann und bei inadäquater Befundkorrelation zum Beschwerdebild unergiebige Behandlungen und eine unbegründete Verunsicherung der Betroffenen verursachen kann.<sup>6, 7, 8, 9, 10, 11, 12</sup>

Vorzugsweise ist die Kernspintomographie mit ihrer überragenden Weichteildarstellungsmöglichkeit indiziert; Kontraindikationen, Nicht-Verfügbarkeit oder fragliche knöcherne Prozesse können eine Computertomographie erfordern. Dabei ist die exakte Angabe der zu untersuchenden Segmente und die Existenz einer Röntgenuntersuchung obligat.

---

<sup>1</sup> Ärztliches Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin, ÄZQ: Leitlinienreportingbericht Rückenschmerz 2001. <http://www.aeqz.de/> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>2</sup> Brolin I: Product control of lumbar radiographs (in Schwedisch, persönlich kommentiert von A Nachemson). *Lakartidningen* 1975; 72:1793

<sup>3</sup> Deyo RA, Diehl AK: Lumbar spine films in primary care: current use and effects of selective ordering criteria. *J Gen Intern Med* 1986; 1:20

<sup>4</sup> Boden SD: The use of radiographic imaging studies in the evaluation of patients who have degenerative disorders of the lumbar spine. *J Bone Joint Surg-Am* 78(1):114

<sup>5</sup> Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M: Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322:400

<sup>6</sup> Boden SD, David DO, Dina TS et al: Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects: a prospective investigation. *J Bone Joint Surg-Am* 1990; 72:403

<sup>7</sup> Boos N, Rieder R, Schade V et al: The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, work perception, and psychosocial factors in identifying symptomatic disc herniations. *Spine* 1995; 20:2613

<sup>8</sup> Lane JI, Koeller KK, Atkinson JD: Contrast-enhanced radicular veins on MR of the lumbar spine in an asymptomatic study group. *AJNR Am J Neuroradiol* 1996; 16:269

<sup>9</sup> Deyo RA: Cascade Effects of Medical Technology. *Annu Rev Public Health* 2002; 23:23

<sup>10</sup> Staiger TO, Paauw DS, Deyo RA, Jarvik JG: Imaging studies for acute low back pain – When and when not to order them. *Imaging* 1999; 105:161

<sup>11</sup> Jarvik JG, Deyo RA: Diagnostic Evaluation of Low Back Pain with Emphasis on Imaging. *Ann Int Med* 2002; 137:586

<sup>12</sup> Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B et al: Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289(21):2810

Bildkopien (evtl. auf CD-ROM) und Befundbeurteilungen werden dem überweisenden Arzt unverzüglich übermittelt oder besser dem Patienten zur dortigen Vorlage mitgegeben.

### **Versorgung in der wirbelsäulenchirurgischen Fachambulanz**

Nach der ambulanten fachspezifischen Diagnostik und gegebenenfalls Therapie (Orthopäde) erfolgt, wenn notwendig, die Überweisung zur ambulanten Diagnostik/Beurteilung/Therapie an eine wirbelsäulenchirurgische Fachambulanz. Sie führt spezielle bildgebende und/oder konsiliarische Untersuchungen durch bzw. veranlasst sie und legt das weitere Therapieverfahren fest. Dazu gehören

- ✓ die Weiterbehandlung durch den Haus- bzw. Facharzt,
- ✓ ambulante bzw. stationäre Maßnahmen durch die Fachabteilung oder
- ✓ eine Rehabilitationsmaßnahme.

Eine ambulante Behandlung durch die wirbelsäulenchirurgische Fachambulanz ist angezeigt, wenn spezielle Mittel eines Krankenhauses (z.B. spezielle Injektionen, Orthesenversorgung) oder die Abklärung einer Operationsindikation dies erfordern (z.B. probatorische Rumpforthese, medikamentöse Behandlung).

### **Krankenhausbehandlung**

Bei einer erforderlichen stationären Behandlung ist zwischen einer operativen oder konservativen Maßnahme zu unterscheiden. Der Verfahrensalgorithmus ist von der vorliegenden Diagnosegruppe abhängig und bei den häufigen Erkrankungen im Allgemeinen in Leitlinien dargelegt,<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>. Eine kritische Indikationsstellung ist notwendig, weil

- ✓ sowohl die europäische als auch die amerikanische Literatur von weiterhin steigenden Eingriffszahlen von Nukleotomien und Laminektomien berichtet,
- ✓ regionale Schwankungsbreiten der Eingriffshäufigkeiten von bis zum 15-fachen beobachtet werden und

---

<sup>1</sup> Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie (BVO): Bandscheibenbedingte Ischialgie, Erstellungsdatum: 26.11.1998, Überarbeitung: 01.04.202

<sup>2</sup> North American Spine Society Phase III: clinical guidelines for multidisciplinary spine care specialists. Spinal stenosis version 1.0. <http://www.guideline.gov/summary/> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>3</sup> North American Spine Society Phase III: clinical guidelines for multidisciplinary spine care specialists. Spondylolysis, lytic spondylolisthesis and degenerative spondylolisthesis. <http://www.guideline.gov/summary> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>4</sup> Royal College of General Practitioners: Clinical Guidelines for the management of Acute Low Back Pain. <http://www.rcgp.org.uk/> (Zugriff am 28.02.2004)

<sup>5</sup> Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin: „Kreuzschmerzen“ – DEGAM-Leitlinie Nr. 3. <http://www.degam.de/> (Zugriff am 20.02.04)

- ✓ die Misserfolgsraten dieser Eingriffe immerhin zwischen 10 - 30 % liegen<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>.

## **Bandscheibenvorfall**

Bei vorfallbedingter schwerer Schmerzsymptomatik und/oder neurologischen Ausfallserscheinungen ist befundabhängig

- ✓ ein stationärer/konservativer Behandlungsversuch oder
- ✓ die operative Therapie angezeigt.

Bei erheblichen motorischen Schwächen oder bei einem Cauda-Syndrom ist dies eine absolute OP-indikation.

Als relative Indikationen zur Operation gelten allgemein:

- ✓ Starke Schmerzen, Leidensdruck
- ✓ Neurologische Symptomatik
- ✓ Beschwerdepersistenz trotz konservativer Therapie

Die Operationsindizierung erfolgt bei fachneurologisch dokumentierter Korrelation der radikulären Symptomatik mit dem neuroradiologischen Befund. Als Operationsverfahren werden angegeben:

- ✓ Diskotomie (konventionell)
- ✓ Mikrodiskotomie (Operationsmikroskop, Lupenbrille)
- ✓ Endoskopische manuelle Diskotomie
- ✓ Perkutane automatisierte Nukleotomien (nur noch selten indiziert, z. B. unter endoskopischer Kontrolle oder PE bei Verdacht auf Diszitis)
- ✓ Laserdiskektomie (eingeschränkte Indikation)

Die konventionelle, offene Diskotomie und die Mikrodiskotomie gelten heute als Standardverfahren; obgleich prinzipiell die letztgenannte vorteilhaft erscheint, ist ihre Überlegenheit nicht generell objektiviert. Die Standardverfahren sind optimalerweise gemäß der Methodenerfahrung des Operateurs und befundabhängig einzusetzen.

---

<sup>1</sup> Hägg O, Fritzell P, Ekselius L, Nordwall A: Predictors of outcome in fusion surgery for chronic low back pain. A report from the Swedish Lumbar Spine Study. *Er Spine J* 2003; 12:22

<sup>2</sup> Hägg O, Fritzell P, Nordwall A, Swedish Lumbar Spine Study Group: Characteristics of Patients with Chronic Low Back Pain Selected for Surgery. *Spine* 2002; Vol 27:1223

<sup>3</sup> Goldberg HI, Deyo RA, Taylor VM et al: Can Evidence Change the Rate of Back Surgery? A Randomized Trial of CommunityBased Education. *Effective Clinical Practice* 2001. <http://www.acponline.org/> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>4</sup> Larequi-Lauber T, Vader JP, Burnand B: Appropriateness of indications for surgery of lumbar disc hernia and spinal stenosis. *Spine* 1997; 22(2):203

<sup>5</sup> Keller RB, Atlas SJ, Soule DN et al: Relationship Between Rates and Outcomes of Operative Treatment for Lumbar Disc Herniation and Spinal Stenosis. *J Bone Joint Surg-A* 1999; 81:752

<sup>6</sup> Cherkian DC, Deyo RA, Loeser JD et al: An International Comparison of Back Surgery Rates. *Spine* 1994; Vol 19:1201

<sup>7</sup> Fritzell P, Hägg O, Wessberg P et al: 2001 Volvo Award Winner in Clinical Studies: Lumbar Fusion Versus Nonsurgical Treatment for Chronic Low Back Pain. A Multicenter Randomized Controlled Trial From the Swedish Lumbar Spine Study Group. *Spine* 2001; Vol 26:2521

## **Spondylolyse, lytische oder degenerative Spondylolisthese**

Nach der Leitlinie des National Guideline Clearinghouse<sup>1</sup> kann die Operationsindikation bei folgenden Befundkonstellationen gestellt werden:

- ✓ Dokumentierte Therapieresistenz mit Symptomen auf Grund voraussichtlich chirurgisch behandelbarer Läsionen
- ✓ Untersuchungsbefunde einer chirurgisch behandelbaren Läsion (z.B. positives Lasègue-Zeichen, Gefühlsstörungen, Muskelschwächen)
- ✓ Bildgebende Befunde (MRT, CT, Myelographie), die einer Beschwerden verursachenden und chirurgisch behandelbaren Läsion entsprechen. Eine Operation sollte nicht ohne objektive Nachweise struktureller Läsionen erfolgen.

Die Operationstechnik besteht in einer instrumentierten posterior lumbar interbody fusion (PLIF) oder in einer instrumentierten dorsoventralen Fusion gegebenenfalls kombiniert mit einer Wurzeldekompression.

## **Spinalkanalstenose**

Bei der Spinalkanalstenose sind die führenden Symptome die Claudicatio spinalis, neurologische Defizite und invalidisierende Schmerzen. Nach der Leitlinie des National Guideline Clearinghouse kann die Operationsindikation bei folgenden Befundkonstellationen gestellt werden<sup>2</sup>:

- ✓ Dokumentierte Therapieresistenz mit Symptomen auf Grund voraussichtlich chirurgisch behandelbarer Läsionen.
- ✓ Untersuchungsbefunde einer chirurgisch behandelbaren Läsion (z.B. positives Lasègue-Zeichen, Gefühlsstörungen, Muskelschwächen). Das positive Lasègue-Zeichen ist bei diesem Patientengut weniger typisch.
- ✓ Bildgebende Befunde (MRT, CT, Myelographie), die einer Beschwerden verursachenden und chirurgisch behandelbaren Läsion entsprechen. Eine Operation sollte nicht ohne den Nachweis struktureller Läsionen erfolgen.

Die Operationstechnik besteht in einer Spinalkanaldekompression mit oder ohne instrumentierte Fusion (PLIF). Die gegenwärtige klinische Forschung lässt keine evidenzbasierte Entscheidung zu, ob die zusätzliche Fusion vorteilhaft ist, sodass der Operateur auf Grund von Befund und persönlicher Kompetenz vorgeht<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> North American Spine Society Phase III: clinical guidelines for multidisciplinary spine care specialists. Spondylolysis, lytic spondylolisthesis and degenerative spondylolisthesis. <http://www.guideline.gov/summary> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>2</sup> North American Spine Society Phase III: clinical guidelines for multidisciplinary spine care specialists. Spinal stenosis version 1.0. <http://www.guideline.gov/summary/> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>3</sup> Hägg O, Fritzell P, Ekselius L, Nordwall A: Predictors of outcome in fusion surgery for chronic low back pain. A report from the Swedish Lumbar Spine Study. *Er Spine J* 2003; 12:22

## **Therapieresistenter Rückenschmerz**

In einem Reassessment sind schwerwiegende Ausschlussdiagnosen zu überprüfen (Tabelle E). Bei deren Abwesenheit ist ein Langzeit-Therapieplan aufzustellen (Tabelle F) und die tolerierten Aktivitäten sollten wieder aufgenommen werden. Alternativ können zusätzlich diagnostische Tests erfolgen (Tabelle G), um eine Operationsindikation hierauf zu gründen oder den oben genannten Langzeit-Therapieplan aufzustellen.

## **Infektionen, Tumore, entzündlich-rheumatische Wirbelsäulenerkrankungen, Deformitäten, Frakturen und posttraumatische Läsionen**

Für diese Krankheitsgruppen sind - offenbar wegen ihrer Vielfalt - keine standardisierten Therapieempfehlungen anzugeben, weswegen deren Management auf der individuellen Erfahrung und dem Wissen des wirbelsäulenchirurgischen Spezialisten basiert.

*Tabelle E: Kritische Ausschlussdiagnosen*

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cauda equina Syndrom</li><li>▪ Progrediente neurologische Ausfallserscheinungen und/oder schwere progrediente Beschwerden</li><li>▪ Neurologisches Defizit</li><li>▪ Fraktur</li><li>▪ Tumor</li><li>▪ Infektion</li><li>▪ Frühere Wirbelsäulenoperation mit anhaltenden Schmerzen</li><li>▪ Chronisches Schmerzsyndrom</li><li>▪ Systemische Gelenkerkrankung</li><li>▪ Erkrankungen von Hüften und Beinen</li><li>▪ Primär neurologische Erkrankung</li><li>▪ Gefäßerkrankung</li><li>▪ Urogenitale Erkrankungen</li><li>▪ Zervikale Pathologie</li><li>▪ Degenerative Skoliose</li><li>▪ Nichtorganisches Schmerzsyndrom</li><li>▪ Darmerkrankungen</li></ul> |
|--|

*Tabelle F: Langzeittherapieplan*

Zu beachten sind folgende Punkte:

- Rückengerechtes Verhalten
- Aktivität und sinnvolle Lebensstilmodifikation
- Bewegungsübungen und Muskelkräftigungsübungen
- Intermittierende Medikation mit nichtsteroidalen Antiphlogistika
- Vermeidung von Sedativa
- Periodische ärztliche Befundkontrolle
- Kurzintervall-Schmerztherapie
- Psychosoziale Unterstützung nach Bedarf
- Arbeitsplatzalternativen

*Tabelle G: Identifikation von Schmerzauslösern beim Rückenschmerz*

- Diagnostische Facetteninfiltration
- Diskographie
- Selektive Wurzelblockaden
- Elektrodiagnostik (Elektromyographie und Nervenleitungsgeschwindigkeit, somatosensorisch evozierte Potenziale)

### **Schmerzpsychotherapie**

Bei Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen in einem Rehabilitationssetting beträgt die Prävalenzrate von aktuellen psychischen Störungen 31 %<sup>1</sup>. Diese Rate ist gegenüber anderen Erkrankungsgruppen<sup>2</sup> wesentlich höher. Bei nicht somatisch Erkrankten beträgt die Prävalenzrate in der Bevölkerung für einen längeren 6-monatigen Beobachtungszeitraum "nur" 17,5 %<sup>3, 4, 5, 6</sup>

Bei chronischen Rückenschmerzpatienten bestehen

✓ depressive Symptome in 62 - 95 %<sup>7, 8</sup> und

<sup>1</sup> Härter M, Baumeister H, Reuter K, Wunsch A, Bengel J: Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. Rehabilitation 2002; 41:367

<sup>2</sup> zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen: 20%

<sup>3</sup> Härter M, Weißer B, Reuter K, Benel J: Prävalenz und Risikofaktoren psychischer Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen – ein Review empirischer Studien. Schmerz 2003; 17:50

<sup>4</sup> Härter M, Reuter K, Weisser B, Schreuzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J: A Descriptive Study of Psychiatric Disorders and Psychosocial Burden in Rehabilitation Patients With Musculoskeletal Diseases. Arch Phys Med Rehabil 2002; Vol 83:461

<sup>5</sup> Wells KB, Golding JM, Burnam MA: Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. Am J Psychiatry 1988; 145:976

<sup>6</sup> Wells KB, Golding JM, Burnam MA: Affective, substance use, and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or chronic lung conditions Gen Hosp Psychiatry 1989; 11:320

<sup>7</sup> Sullivan MJL, Reesor K, Mikail S, Fisher R: The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations Pain 1992; 50:5

<sup>8</sup> Wittchen HU: Schlussbericht Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (Bundesgesundheitsurvey '98) Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. Bonn Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2000

- ✓ Persönlichkeitsstörungen in 51 % der Fälle. Beide Diagnosen wurden im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung mehrfach häufiger gefunden<sup>1</sup>.

Demgegenüber beklagen Patienten mit manifesten Depressionen initial oft nur körperliche Symptome. Rückenschmerzen sind hier am häufigsten.

Für eine erfolgreiche Rückenschmerzbehandlung sind deshalb Frühdiagnose und -behandlung komorbider psychischer Störungen überaus wichtig. Gründe dafür sind u.a.:

- ✓ Komorbide psychische Störungen können die Behandlung ungünstig beeinflussen (z.B. mangelnde Compliance)
- ✓ Gleichzeitig vorliegende psychische Störungen beeinträchtigen die Lebensqualität zusätzlich
- ✓ Zusätzliche psychosoziale Belastungen führen zu erhöhter Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen
- ✓ Übersehene oder unerkannte psychische Komorbiditäten sind erstrangige Chronifizierungsfaktoren von Rückenschmerzen

Nach 4 bis 6 Wochen nicht erfolgreicher Therapie sollte deshalb ein psychotherapeutisches Assessment erfolgen (z.B. New Zealand Acute Low Back Pain Guide)<sup>2</sup>.

Der Orthopäde führt bei der ersten Untersuchung bei Bedarf ein Screening<sup>3, 4, 5, 6, 7</sup> (Fragebogeninterview) durch. Die Instrumente sind gängig, evaluiert und lassen vergleichende Verlaufserfassungen zu. Bei auffälligem Ergebnis ist zum Facharzt mit psychotherapeutischer Kompetenz zu überweisen. Der Psychotherapeut oder Arzt mit psychotherapeutischer Kompetenz überprüft die Indikation und führt bei Bedarf eine Therapie durch.

Die Schmerzpsychotherapie besteht entweder in einer Gruppentherapie von 10 x 2 Stunden innerhalb von 10 Wochen oder in 25 Stunden innerhalb eines Jahres. Die durchzuführenden Maßnahmen bestehen in einem Schmerzbewältigungstraining (Information, Eigendiagnostik, Etablierung von Lösungsmaßnahmen und Eigenüberprüfung, jeweils mit der emotionalen, kognitiven, motorischen und Sozialverhaltenskomponente). Als Erfolgsparameter sind evaluierbar: eine stabile Stimmungslage, kein Schonverhalten, Medikamentenreduktion, weniger Arztbesuche / Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen. Mit Hilfe der Erfassungsinstrumente der Schmerzchronifizierung sind die psychopathologischen Parameter im Behandlungsverlauf zu erfassen.

---

<sup>1</sup> Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ et al: Psychiatric illness and chronic low back pain. The mind and the Spine – which goes first? Spine 1993; 18:66

<sup>2</sup> National Advisory Committee on Health and Disability: New Zealand Acute Low Back Pain Guide, Revised May 1999. <http://www.nzgg.org.nz/> (Zugriff am 20.02.04)

<sup>3</sup> Kieler Schmerzinventar, Acute Low Back Pain Screening Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Score oder Heidelberger Kurzfragebogen Rückenschmerz).

<sup>4</sup> Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67:361

<sup>5</sup> Linton SJ, Hallden BH: Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. Clin J Pain 1998; 14:1

<sup>6</sup> Hasenbring M, Marienfeld G, Kuhlendahl D, Soyka D: Risk factors of chronicity in lumbar disc patients. Spine 1994; 19:2759

<sup>7</sup> Internationale Gesellschaft für Orthopädische Schmerztherapie e.V.: Heidelberger Kurzfragebogen Rückenschmerz 2003. <http://www.igost.de/> (Zugriff am 20.02.04)

Bei der Indizierung einer Operation bei chronischen Rückenschmerzen ohne neurologische Ausfallserscheinungen ist in jedem Fall ein Screening auf Schmerzchronifizierung und psychosoziale Störungen mittels Fragebogen (Hospital Anxiety and Depression Score [HADS], Kieler Schmerzinventar o.ä.) durchzuführen; gegebenenfalls ist eine psychotherapeutische Evaluierung und Mitbehandlung zu veranlassen.

### **Ambulante Schmerztherapie und Schmerztherapie-Fachklinik**

Die ambulante Schmerztherapie ist Aufgabe von Fachärzten, die über die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" verfügen. Diese Behandlung zielt auf das Symptom Schmerz, wobei der Organbezug zurück tritt. Demnach stellt der Hausarzt einen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (unspezifisch, weniger häufig auch spezifisch) dem ambulanten Schmerztherapeuten vor, wenn die organbezogene Behandlung (Hausarzt, Facharzt, akutklinische und rehabilitative Behandlung) nicht zu einer zufriedenstellenden Beschwerdebesserung bzw. zur Arbeitsfähigkeit führt.

Die ambulante spezielle Schmerztherapie umfasst vor allem folgende Komponenten:

- ✓ Allgemein-/Muskelaktivierung und Gewichtsreduktion
- ✓ Transkutane Elektrostimulation
- ✓ Medikamentöse Schmerztherapie
- ✓ Zuwendung
- ✓ Therapeutische Regionalanästhesien
- ✓ Periduralkatheter und Schmerzpumpen
- ✓ Rückenmarksnahe Elektrostimulation

Die Behandlungsziele sind die Verbesserung der Fähigkeitsstörungen, die Anhebung des Aktivitätsniveaus, die Arbeitsfähigkeit und nicht zuletzt die subjektive Beschwerdebesserung, die gleichermaßen als operationalisierbare Qualitätsindikatoren der Behandlung dienen können.

Zur speziellen Schmerztherapie, die vornehmlich von Anästhesisten, Orthopäden oder Neurologen angeboten wird, gehört bedarfsweise die Fallanalyse in der schmerztherapeutischen Konferenz oder die Mitbetreuung durch die regionalen und überregionalen Schmerzzentren gemäss der Schmerzkonzeption von Baden-Württemberg<sup>1, 2</sup>. Allgemein- und Fachärzte erstellen hier einen multimodalen Therapieplan, der unter hausärztlicher Organisation umgesetzt wird. Die spezielle Schmerztherapie erfolgt zunächst über einen Zeitraum von 3 Monaten; bei unzureichender Beschwerdebesserung bzw. Nichterreichung der Arbeitsfähigkeit nach 3 Monaten ist ein stationäres schmerztherapeutisches Reassessment und eine entsprechende Therapieeinleitung in einer Schmerzfachklinik das Mittel der Wahl.

Das Diagnostik- und Therapiespektrum der Schmerzfachklinik ist umfassender als das der ambulanten speziellen Schmerztherapie und es vereinigt multi- und interdisziplinäre Therapieansätze in einem stationären Setting.

---

<sup>1</sup> <http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de> (Zugriff: 30.10.2004)

<sup>2</sup> <http://sozialministerium-bw.de/> (Zugriff: 30.10.2004)



Nach der Entlassung wenden sich die Patienten an den Hausarzt. Dieser setzt die Behandlung befundabhängig mit oder ohne den ambulanten speziellen Schmerztherapeuten fort.

### **Medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung**

Die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V bezieht sich nur auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit ist die Rehabilitation - sofern sie unter der Trägerschaft der gesetzlichen Krankenversicherung stattfindet - eingebunden in die integrierte Versorgung. Die Rentenversicherung hat - im Vergleich zu anderen Rehabilitationsträgern - die besondere Rehabilitationsaufgabe, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen. Damit wird dem Grundsatz "Rehabilitation vor Rente" Rechnung getragen.

Durch die Einbeziehung der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung in die integrierte Versorgung werden ganz konkret folgende Vorteile erwartet:

- ✓ Eine frühere Identifikation des Rehabilitationsbedarfs und dadurch eine verbesserte Steuerung der Rehabilitation,
- ✓ eine genauere Definition von Rehabilitationszielen und dadurch eine verbesserte Erfolgsqualität der Rehabilitation,
- ✓ ein zielgerichteter Einsatz von Ressourcen und dadurch eine Reduzierung von Kosten
- ✓ und schließlich eine insgesamt verbesserte Versorgungsqualität und dadurch eine erhöhte Patientenzufriedenheit.

Die Leistungspflicht und Kostenträgerschaft der Rentenversicherung sind jedoch an das Vorliegen bestimmter Voraussetzungen geknüpft.

Insbesondere muss die Erwerbsfähigkeit des Patienten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung gemindert oder wenigstens erheblich gefährdet sein (Rehabilitationsbedürftigkeit) und durch medizinische Rehabilitationsleistungen bei erheblich gefährdeter Erwerbsfähigkeit eine Minderung abgewendet oder bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden (positive Rehabilitationsprognose). Der Patient muss darüber hinaus für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme ausreichend belastbar sein (Rehabilitationsfähigkeit).

Für den Übergang in die Rehabilitationsphase der gesetzlichen Rentenversicherung ist es außerdem mindestens notwendig, dass eine Chronifizierung des Leidens droht. Dies kann - muss aber nicht zwangsläufig - nach acht Wochen Behandlung durch den behandelten Arzt der Fall sein

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in stationärer oder ambulanter Form, auch als Anschlussrehabilitation im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenbehandlung, erbracht.

Eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme kann bei folgenden Voraussetzungen anstelle einer stationären Maßnahme durchgeführt werden:

- ✓ Art und Ausmaß der Funktionseinschränkungen sind ambulant behandelbar.
- ✓ Eine stark ausgeprägte Multimorbidität, die unterschiedliche Indikationen betrifft, liegt nicht vor.
- ✓ Eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ist gegeben.
- ✓ Eine ständige ärztliche und pflegerische Betreuung ist nicht notwendig.
- ✓ Die zumutbare Fahrtzeit beträgt nicht mehr als 45 Minuten.
- ✓ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nicht indiziert.
- ✓ Die häusliche Versorgung ist gesichert.

## **Medizinische Rehabilitation der Krankenversicherung**

### **Grundsätze**

Die medizinische Rehabilitation hat die Aufgabe, den Folgen der Krankheit in Form von Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder deren wesentliche Verschlechterung abzuwenden. Unter dem Aspekt einer funktions- und ergebnisorientierten Versorgungsstruktur ist die medizinische Rehabilitation innerhalb der Integrierten Versorgung Rückenschmerz immer dann erforderlich, wenn die Behandlung vorgelagerter Versorgungssektoren (Haus- und Fachärzte) einschließlich der Heilmittelversorgung nicht mehr ausreicht, um das aus der individuellen Rehabilitationsbedürftigkeit abgeleitete Rehabilitationsziel zu erreichen.

Im gestuften Versorgungssystem sind Rehabilitationsleistungen angezeigt, wenn das Ziel nur durch eine komplexe interdisziplinäre Maßnahme zu erreichen ist. Sie sind dann indiziert, wenn die individuelle

- ✓ Rehabilitationsbedürftigkeit,
- ✓ Rehabilitationsfähigkeit,
- ✓ positive Rehabilitationsprognose und
- ✓ ein realistisches alltagsrelevantes Rehabilitationsziel

festgestellt bzw. eingeschätzt wurden.

## **Indikationsstellung/Medizinische Voraussetzungen**

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation sind folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch zu prüfen:

- ✓ die Rehabilitationsbedürftigkeit,
- ✓ die Rehabilitationsfähigkeit,
- ✓ die Rehabilitationsprognose.

Diese Voraussetzungen sind wie folgt definiert:

### **Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose**

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn - als Folge einer Schädigung - bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist, um die o.g. Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage

- ✓ auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials / der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotential einschließlich psychosozialer Faktoren)
- ✓ über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels
- ✓ durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme
- ✓ in einem notwendigen Zeitraum.

### **Individuelle Rehabilitationsvoraussetzungen**

Neben den medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine stationäre Rehabilitation motiviert und aufgrund seiner geistigen Aufnahmefähigkeit und psychischen Verfassung in der Lage sein, aktiv in der Rehabilitation mitzuarbeiten.

### **Rehabilitationsziele**

#### **Allgemeines Rehabilitationsziel**

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist, voraussichtlich nicht nur vorübergehende schädigungsbedingte Fähigkeitsstörungen oder drohende oder bereits manifeste Be-

eintrüchtigungen in der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als "normal" erachtet werden. Dieses Ziel kann erreicht werden durch

- ✓ vollständige Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Fähigkeiten und der sozialen Rolle,
- ✓ größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Fähigkeiten und der sozialen Rolle,
- ✓ Einsatz von "Ersatzstrategien" bzw. Nutzung verbliebener Funktionen bzw. Fähigkeiten (Kompensation),
- ✓ Anpassung der Umweltbedingungen an die Fähigkeitsstörungen bzw. Beeinträchtigungen des Rehabilitanden (Adaptation).

Das individuelle Rehabilitationsziel wird auf der Grundlage sozialmedizinischer Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose des Rehabilitanden bestimmt.

### **Individuelle Rehabilitationsziele Rückenschmerz**

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind, voraussichtlich nicht nur vorübergehende schädigungsbedingte Fähigkeitsstörungen oder drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen in der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Diese Ziele können in der Rehabilitation von Rückenschmerzpatienten erreicht werden durch:

- ✓ Behebung oder Verminderung der Schädigungen,
- ✓ Verminderung des Schweregrads der Fähigkeitsstörungen oder Wiederherstellung gestörter Fähigkeiten,
- ✓ Kompensation (Ersatzstrategien),
- ✓ Adaptation/Krankheitsverarbeitung.

Ausgehend von den trägerspezifischen Rehabilitationszielen sind die Rehabilitationsziele bei Rückenschmerz unter Bezug auf die drei Dimensionen von Krankheitsauswirkungen sowie die Kontextfaktoren nach ICF zu beschreiben.

## **Rehabilitationsziele bezogen auf Schädigungen / Funktionsstörungen**

Ziele sind die Beseitigung, Besserung, Verhütung einer Verschlimmerung von Schädigungen des Rückens und die Vermeidung oder Verminderung sekundärer Schäden an den primär nicht betroffenen Abschnitten bezüglich

- ✓ Deformationen, Fehlstellungen,
- ✓ Instabilität,
- ✓ Bewegungseinschränkungen, Kontrakturen,
- ✓ Schmerzzuständen durch Verminderung der Krankheitsaktivität,
- ✓ Förderung der Durchblutung und der Trophik,
- ✓ Verbesserung der Muskelfunktionen,
- ✓ Versorgung mit Hilfsmitteln und Gebrauchsschulung,
- ✓ Schmerzlinderung.

## **Rehabilitationsformen**

Rehabilitation wird ambulant oder stationär durchgeführt. Anschlussrehabilitation ist dabei eingeschlossen (sofern unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung eine Rehabilitationsmaßnahme erforderlich ist, handelt es sich um Anschlussrehabilitation).

### **Ambulante Rehabilitation**

Sind Rehabilitationsleistungen zur Beseitigung oder Verminderung nicht nur vorübergehender Fähigkeitsstörungen oder Vermeidung, Beseitigung oder Verminderung von Beeinträchtigungen angezeigt, ist zu prüfen, ob das Rehabilitationsziel durch ambulante Rehabilitationsleistungen zu erreichen ist.

Eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme soll unter folgenden Voraussetzungen einer stationären vorgezogen werden:

- ✓ Patient verfügt über die erforderliche Mobilität.
- ✓ Patient ist physisch und psychisch für die Leistung belastbar.
- ✓ Die Einrichtung kann in einer zumutbaren Fahrzeit (bis 45 Minuten) erreicht werden.
- ✓ Keine Notwendigkeit zur Herausnahme aus dem sozialen Umfeld.
- ✓ Die häusliche Versorgung ist sichergestellt.
- ✓ Das formulierte Rehabilitationsziel ist durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme erreichbar.

## **Stationäre Rehabilitation**

Ist das Rehabilitationsziel durch eine wohnortnahe ambulante Rehabilitation nicht zu erreichen oder ist diese nicht durchführbar, so kann eine stationäre Rehabilitationsleistung indiziert sein.

Stationäre Rehabilitationsleistungen werden ausschließlich in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, mit denen ein Versorgungsvertrag nach §111 SGB V besteht.

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme kommt in Betracht, wenn eines der folgenden Kriterien (zusätzlich zu den allgemeinen Indikationskriterien) erfüllt ist:

- ✓ Es liegen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen vor, die durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden können,
- ✓ mangelnde psychische Belastbarkeit (psychiatrische Erkrankungen, Orientierungsstörungen, Abhängigkeitsprobleme - Alkohol, Drogen, Medikamente),
- ✓ Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung, auch außerhalb der Therapiezeiten,
- ✓ Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld.

## **Verfahren**

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden auf Antrag des Patienten erbracht. Der behandelnde Arzt verordnet Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Bei Arbeitnehmern und Arbeitslosen richtet sich der Antrag an die gesetzliche Rentenversicherung, bei anderen Personen an die Krankenkasse. Hierfür erstellt er einen ärztlichen Befundbericht. Bei einer Anschlussrehabilitation verordnet der Krankenhausarzt die Rehabilitationsmaßnahme. Auf dem Antrag ist die Teilnahme an der Integrationsversorgung zu kennzeichnen. Der Versicherte erhält alle erforderlichen Dokumentationen und übergibt sie in der Rehabilitationseinrichtung dem behandelnden Arzt.

## **Rehabilitationsnachsorge in der Renten- und Krankenversicherung**

Chronische Erkrankungen und Behinderungen erfordern in der Regel eine kontinuierliche Behandlung. Das bedeutet, dass häufig nachsorgende Maßnahmen zur Ergänzung der stationären Rehabilitationsleistungen notwendig sind, um das Ziel der Rehabilitationsmaßnahme überhaupt zu erreichen bzw. den längerfristigen Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme zu sichern. Sollte im Einzelfall eine solche notwendig werden, wird diese vom Arzt in der Rehabilitationseinrichtung initiiert.

## **Zweitmeinung**

Jeder operative Eingriff ist mit unterschiedlichen Erfolgsaussichten und diversen Risiken verbunden. Deshalb können Patienten auf ihren Wunsch eine Zweitmeinung einholen. Der Zweitbeurteiler hat sein Ergebnis kurz schriftlich zu begründen und gegenüber dem Patienten und dem behandelnden Hausarzt zu kommunizieren. Die Zweitmeinung setzt einen persönlichen Kontakt zwischen Patient und dem die Zweitmeinung erbringenden Arzt voraus.

## **Qualitätssicherung**

Die Sicherung der Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen ist Voraussetzung für die Akzeptanz jeder Maßnahme. Qualitätsbewertung ist dabei der Vergleich zwischen Ausgangszustand und dem Ergebnis. Die Vielzahl der Ausgangszustände ist dabei jedoch nur sehr bedingt mit dem Endzustand zu vergleichen. Deshalb ist die Messung der Ergebnisqualität extrem schwierig.

Neben den in der Versorgungslandschaft bereits heute eingesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen deshalb zu Beginn nur wenige integrationsspezifische Instrumente eingesetzt werden. Dazu gehören

- ✓ die von der HÄVG organisierten regionalen Integrationskonferenz (in der Regel unter Einbeziehung der Leistungserbringer),
- ✓ die hausärztlichen Qualitätszirkel,
- ✓ Befragungen der Versicherten und Leistungserbringer sowie
- ✓ die Messung der Koordinations- und Behandlungsqualität auf der Grundlage vorliegender Prozessdaten.

## **Befragungen von Versicherten und Leistungserbringern**

Ziel ist es, die Versorgung effizienter zu gestalten. Dies muss für die Beteiligten erlebbar werden. Dafür und zum Qualitätssicherungsinstrument sind regelmäßige Befragungen das Mittel der Wahl.

Themenfelder für die Befragung wären einerseits auf das Funktionieren der integrierten Integrationsversorgung (1) und andererseits auf die medizinische Behandlung selbst (2) bezogen:

### **1. Funktionieren der Integrationsversorgung**

- ✓ Wartezeit bei Überweisungsterminen
- ✓ Dauer bis zum Eingang der Befundberichte
- ✓ Wartezeit bis zur stationären Aufnahme
- ✓ Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung
- ✓ Länge der Zufahrtswege zu den Behandlern

## **2. Medizinische Behandlung**

- ✓ Allgemeine Beschwerdeverbesserung seit Eintritt in das integrierte Versorgungssystem (Erhebung mit dem "Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Funktionsdiagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen" [Kohlmann und Raspe 1996])
- ✓ Schmerzmessung mittels der Visuellen Analogskala (VAS)
- ✓ Beendigung der rüschenschmerzbezogenen ärztlichen Behandlung
- ✓ Medikamentenverbrauch seit Eintritt in die IV
- ✓ Arbeitsfähigkeit seit Eintritt in die IV
- ✓ Rentenantragstellung seit Eintritt in die IV
- ✓ Zufriedenheit mit integrierter Versorgung der Rückenschmerzen besser als mit anderen Arztleistungen?

### **Hausärztliche Qualitätszirkel**

Qualitätszirkel sind evaluierte und wirksame Instrumente zur Qualitätsverbesserung. Sie sind bereits in vielen Bereichen implementiert. Dieses Instrument soll auch für die Integrationsversorgung genutzt werden. Der HÄVG entwickelt,, plant und implementiert Qualitätszirkel für die "Integrierte Hausarztbasierte Versorgung - Rückenschmerz". Er informiert die Krankenkassen, den BVO und die BWKG über die Inhalte und Ziele.

**Einheitliche, allen Leistungserbringern einem von der AOK Baden-Württemberg beauftragten Sachverständigen und den Patienten zugängliche Behandlungsdokumentation**

### **Grundsätze**

Jeder Leistungserbringer dokumentiert aus berufsrechtlichen Gründen bereits heute sein Handeln. Im Rahmen der Integrierten Versorgung wird darauf zurückgegriffen.

Die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung aller relevanten Behandlungsdaten, Befunde und Berichte ist wesentlicher Bestandteil der integrierten Versorgung. Zu den Aufgaben des Hausarztes in der hausärztlichen Versorgung und in der integrierten Versorgung gehören insbesondere die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen und die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung.

Die Behandlungsdaten und Befunde können von den Leistungserbringern, dem Versicherten und von einem Sachverständigen der AOK beim Hausarzt abgerufen werden. Voraussetzung ist, dass die Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall bzw. die Evaluation oder die sich aus dem SGB V ergebenden gesetzlichen Aufgaben genutzt werden sollen.



## Einbindung des Patienten

Die teilnehmenden Patienten erhalten bei Wechsel des Behandlers eine Mehrfertigung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte vom jeweiligen Leistungserbringer bzw. stationärem Aufenthalt. Satz 1 findet keine Anwendung, wenn und soweit medizinische Gründe dagegen sprechen.

## Dokumentationsstruktur

Der Hausarzt übermittelt dem Facharzt für Orthopädie beim Wechsel des Patienten folgende Informationen:

### ✓ Hausärztliche Dokumentation:

Kurzangaben zu Anamnese, Befund, Diagnose, Behandlungsmaßnahmen (Art und Zahl) neben den Identifikationsangaben. Die medizinische Dokumentation durch den Hausarzt erfolgt auf der Basis eines Formblattes mit folgendem Inhalt:

*Patienten- und Praxisdaten zur Identifikation – Datum der Feststellung*

*Basisdokumentation<sup>1</sup>*

Alter

Geschlecht

Größe

Gewicht

Rückenschmerzen seit (Tage, Wochen etc.)

Falls erwerbstätig: AU-Dauer in den letzten 12 Monaten

Voroperationen an Brust- oder Lendenwirbelsäule

Akut-stationäre Behandlung wegen Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten

Stationäre/ambulante Rehabilitationsmaßnahmen wegen Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten

Bisherige psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung in Zusammenhang mit Rückenschmerzen

Hat Patient bisher am AOK-Rückenprogramm teilgenommen?

*Aktuelle Dokumentation<sup>2</sup>*

(Zwischen-) Anamnese

Befund (im Wesentlichen)

Externe Befundberichte (Ergebnisse)

Visuelle Analogskala (VAS), ggf. Screeningfragebogen zur Erfassung psychosozialer Komorbiditäten

Diagnose

Therapie

Falls erwerbstätig: besteht Arbeitsunfähigkeit?

Überweisung (Fachgebiet)

Weiterbehandlung wegen Rückenschmerzen erforderlich?

---

<sup>1</sup> bei jeder Erstvorstellung im Quartal zu erheben

<sup>2</sup> bei jeder Hausarztkonsultation zu erheben

- ✓ **Fachärzte/wirbelsäulenchirurgische Fachambulanz:**  
 Spezielle Anamnese, klinischer und röntgenologischer Befund, Diagnose, Behandlungsempfehlungen und ggf. Behandlungsmaßnahmen (Art und Zahl) neben den Identifikationsangaben, visuelle Analogskala (VAS), ggf. Screeningfragebogen zur Erfassung psychosozialer Komorbiditäten; also Darstellung im Sinne eines Arztbriefes, Mitgabe von Röntgenbildern (oder Bildkopien).
- ✓ **Konsiliarärzte/Psychotherapie:**  
 Spezielle Anamnese, klinischer und ggf. apparativer Befund, Diagnose, Behandlungsempfehlungen und ggf. -maßnahmen (Art und Zahl) neben den Identifikationsangaben; also Darstellung im Sinne eines Arztbriefes, Mitgabe von apparativen Untersuchungsergebnissen, ggf. in Kopie (zum Beispiel MR-Kopien).
- ✓ **Rehabilitation:**  
 Ambulanter oder stationärer Behandlungsbericht.
- ✓ **Akutklinik:**  
 Stationärer Behandlungsbericht, Mitgabe der wesentlichen bildgebenden Befunde, ggf. in Kopie.
- ✓ **Schmerztherapie:**  
 Ambulanter Bericht einschließlich Art und Anzahl der durchgeführten Maßnahmen sowie Schmerztherapie-spezifischen Angaben zu Befund- und Beschwerdeverlauf neben den Identifikationsangaben bzw. stationärer Behandlungsbericht, Mitgabe der wesentlichen bildgebenden Befunde, ggf. in Kopie.

## **Anlage 2**

### **Meldeverfahren über die teilnehmenden Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen**

**Ist noch zu entwickeln. Vorgesehen ist eine internetbasier-  
te Lösung.**

## **Anlage 3**

# **Vergütungen**

### **§ 1**

#### **Vergütungen der Managementleistungen und ärztlichen Leistungen**

1. Die AOK erstattet der HÄVG für die Entwicklung, Planung und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach diesem Vertrag vierteljährlich 130.000 Euro; für das 4. Quartal 2004 anteilig 80.000 Euro. Die vierteljährlichen Zahlungen sind jeweils zum 15. des ersten Monats des jeweiligen Quartals fällig; die anteilige Zahlung der 80.000 Euro für das 4. Quartal 2004 ist sofort nach Unterzeichnung des Vertrages fällig. Über Kosten und Maßnahmen der Evaluation und Kundenbefragungen verständigen sich die Vertragspartner Krankenkassen und HÄVG in einer gesonderten Vereinbarung.
2. Die teilnehmenden Hausärzte / die HÄVG für die jeweils auf ihrer Seite beigetretenen und an der Integrationsversorgung teilnehmenden Hausärzte erhalten von den Krankenkassen im 1. Quartal der Teilnahme 120,00 Euro und in den Folgequartalen jeweils 60,00 Euro als Grundpauschale. Voraussetzung ist, dass mindestens ein eingeschriebener Versicherter der Krankenkasse vom Hausarzt betreut wird.
3. Die Krankenkassen vergüten den teilnehmenden Hausärzten/der HÄVG für die jeweils auf ihrer Seite beigetretenen und an der Integrationsversorgung teilnehmenden Hausärzte für die im Zusammenhang mit der Einschreibung nach § 3 des Vertrages anfallenden Aufgaben 10,00 Euro. Für die besonderen Aufgaben des Hausarztes in der Integrationsversorgung vergüten die Krankenkassen den teilnehmenden Hausärzten / der HÄVG für die jeweils auf ihrer Seite beigetretenen und an der Integrationsversorgung teilnehmenden Hausärzte 15,00 Euro je Behandlungsfall i. S. des § 21 Bundesmantelvertrag-Ärzte. Voraussetzung ist, dass im Kalendervierteljahr mindestens ein Arzt/Patientenkontakt wegen Rückenschmerzen stattgefunden hat.

4. Die Leistungen nach Abs. 2 und 3 sind wie folgt abrechnungsfähig:

<b>GOP-Nr.</b>	<b><i>Hausärztliche Leistungen in der Integrationsversorgung „Rückenschmerz“</i></b>	<b>€</b>
02001	Ersteinschreibung des Hausarztes und Teilnahme im 1. Quartal / einmalig	120,00
02002	Teilnahme des Hausarztes ab dem 2.Quartal / Quartal	60,00
02003	Einschreibepauschale für die Einschreibung des Patienten / einmal im Behandlungsfall	10,00
02004	Integrationspauschale für die besonderen Leistungen des Hausarztes in der Ingerationsversorgung „Rückenschmerz“/ je Behandlungsfall / neben der GOP 02003 im gleichen Quartal abrechnungsfähig	15,00
02005	Integrationspauschale bei quartalsübergreifendem Behandlungsfall / Quartal / nicht neben der GOP 02003 und 02004 abrechnungsfähig	15,00

5. Im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrages veranlasste Leistungen, die von Leistungserbringern außerhalb der hier vereinbarten Integrierten Versorgung erbracht werden, sind durch die Vergütung nach Abs. 2 und 3 nicht abgegolten. Dies gilt entsprechend für im Bereich der Regelversorgung (EBM) selbsterbrachten Leistungen der teilnehmenden Hausärzte und weiterer an der hier vereinbarten Integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, soweit nicht in diesem Vertrag ausdrücklich etwas anderes geregelt ist.
6. Ein weitergehender Vergütungsanspruch der teilnehmenden Hausärzte aus der Integrationsversorgung gegenüber den Krankenkassen ist ausgeschlossen.
7. Die HÄVG berechnet für die von den beigetretenen Hausärzten erbrachten und abgerechneten Leistungen nach Abs. 2 und 3 gegenüber den Krankenkassen auf maschinell lesbarem und weiterverarbeitbarem Datenträger. Die Krankenkasse AOK/LKK begleicht die Forderung nach sachlicher und rechnerischer Prüfung spätestens am 28. Tag nach Rechnungseingang. Die HÄVG ist berechtigt, vor Auszahlung der Honorare an die auf ihrer Seite beigetretenen Hausärzte einen angemessenen Verwaltungskostenanteil für das Abrechnungswesen und Controlling in Abzug zu bringen.
8. Die Rechnungsspezifikationen, der Zahlungszeitpunkt, der Zahlungsfluss und der Aufbau des Datensatzes sind in einer eigenen Vereinbarung zu regeln.

## **§ 2**

### **Vergütung für die Teilnahme an den Integrationskonferenzen und Terminvergabe/-einhaltung**

1. Die Krankenkassen vergüten jedem nach § 6 teilnehmenden Leistungserbringer für seine Mitwirkung bei den Integrationskonferenzen 60 Euro.
2. Die Krankenkassen vergüten den nach § 6 teilnehmenden Leistungserbringern 15,00 Euro je Behandlungsfall. Voraussetzung ist, dass im Kalendervierteljahr mindestens ein Arzt/Patientenkontakt wegen Rückenschmerzen stattgefunden hat
3. Der Leistungserbringer berechnet der Krankenkasse diese Kosten vierteljährlich. Die Krankenkassen begleichen die Forderung nach sachlicher und rechnerischer Prüfung spätestens am 28. Tag nach Rechnungseingang.

### **§ 3**

#### **Mehraufwand der Krankenhäuser, Zweitmeinungen vor Eingriffen**

1. Die Krankenkassen erstatten den teilnehmenden Krankenhäusern
  - eine Pauschale von 30 EUR je stationärem Behandlungsfall eines an der Integrationsversorgung teilnehmenden Patienten.
  - eine Pauschale von 60 EUR je Krankenhausarzt für jede Teilnahme an einer Integrationskonferenz gemäß § 10 des Vertrages.
  - für jede Zweitmeinung, die im Rahmen der Integrationsversorgung nach den §§ 7 Abs. 5, 10 Abs. 4 des Vertrages eingeholt wird, einen Betrag von 70 EUR.
  - die im Zusammenhang mit einer Zweitbegutachtung während des stationären Aufenthaltes entstehenden Fahr-/Transportkosten. Diese sind nicht als allgemeine Krankenhausleistungen anzusehen.

Im Übrigen richtet sich die Vergütung der Krankenhausleistungen nach dem gemäß den Bestimmungen des KHG jeweils anzuwendenden Entgeltsystem.

2. Das Krankenhaus übermittelt im Rahmen der maschinellen Abrechnung nach § 301 SGB V den Krankenkassen die Entgeltschlüssel für die in Absatz 1 genannten Vergütungen. Die erforderlichen Entgeltschlüssel werden von den Krankenkassen rechtzeitig beantragt und den teilnehmenden Krankenhäusern mitgeteilt.
3. Die Forderungen nach Absatz 1 werden von den Krankenkassen zusammen mit der Rechnung für die stationäre Krankenhausbehandlung nach den dafür geltenden Regelungen beglichen.

## **Anlage 4**

# **Datenschutzkonzept und Datenflüsse**

### **Erläuterungen**

"Versicherte" sind männliche und weibliche Versicherte.

### **Ziele**

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer möchten die Qualität der medizinischen Versorgung bei Rückenerkrankungen verbessern.

### **Einbindung des Versicherten**

Der Versicherte erhält vom Leistungserbringer bei Wechsel des Behandlers eine Mehrfertigung der Dokumentation für seine persönlichen Unterlagen.

### **Erläuterung zum Programmablauf und zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung**

Die Krankenkassen informieren den teilnehmenden Versicherten umfassend über

- die Inhalte der Integrationsversorgung,
- die Erhebung von Befunddaten,
- die Aufgabenteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele,
- die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm und die Möglichkeit der Kündigung der Teilnahme,
- die im Programm aufgeführten Mitwirkungspflichten,
- das Ende der Teilnahme an dem Programm bei fehlender Mitwirkung mit der schriftlichen Information durch die Krankenkasse.

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Die versichertenbezogenen Daten dürfen nur dann erhoben, gespeichert und genutzt werden, wenn die schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung der/des betroffenen Versicherten vorliegt.



### **Kündigung der Teilnahme**

Der/die Versicherte kann jederzeit, sofern er/sie keinen anderen Termin für sein/ihr Ausscheiden aus der Integrierten Versorgung bestimmt, mit sofortiger Wirkung (Tag der Unterschrift) seine/ihre Einwilligung schriftlich kündigen.

### **Löschungsfristen der Dokumentationsdaten**

Die Dokumentationsdaten werden fünf Jahre, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist gelöscht.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Erklärung zur Teilnahme an der "Integrierten Versorgung (IV) von Rückenerkrankungen"

- ☐ Ersteinschreibung  
☐ Folgeeinschreibung bei quartalsübergreifendem Behandlungsfall  
☐ Akuter Rücken-/Kreuzschmerz  
☐ Chronischer Rücken-/Kreuzschmerz  
☐ Vorbefund liegt vor

### Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein Hausarzt ausführlich und umfassend über die Integrierte Versorgung Rückenschmerzen informiert hat,
- ich darüber informiert wurde, das Recht zu haben, von meiner Krankenkasse umfassend über den Vertrag zur IV von Rückenerkrankungen, die teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser, die besonderen Leistungen und über vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden,
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen,
- ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an der IV hingewiesen wurde,
- ich darüber informiert wurde, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme bei meiner Krankenkasse kündigen kann,
- mit Zugang der Kündigung bei meiner Krankenkasse der Austritt aus der IV verbunden ist,
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als koordinierenden Arzt wähle,
- ich darüber informiert wurde, bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen, ggf. von der IV ausgeschlossen zu werden,
- dass ich darüber informiert wurde, dass mir mit Austritt oder Nichtteilnahme an der IV keine Nachteile entstehen.

**Ja**, ich möchte an der IV Rückenschmerzen teilnehmen und verpflichte mich, zur Behandlung meiner Rückenschmerzen mit Ausnahme des Hausarztes oder in Notfällen Ärzte nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen.

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

### Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Mir ist bekannt, dass

- meine Adresse gegebenenfalls von meiner Krankenkasse an eine neutrale Stelle weitergeleitet wird, damit diese mich zu meiner persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit befragen kann. Dies ist nur erforderlich, wenn ich von der neutralen Stelle zu den zufällig ausgewählten Teilnehmern gehöre, die hierzu befragt werden sollen. Die Teilnahme an diesen Befragungen ist freiwillig.
- die Daten von einem wissenschaftlichen Institut in pseudonymisierter Form, d.h. ohne Ihren Namen und ohne Ihre Adresse für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung genutzt werden. Für das Institut sind die Daten anonym, d.h. ein Bezug zu Ihrer Person ist für das Institut sowie für jede weitere Nutzung dieser Daten ausgeschlossen.
- die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann. Mit Zugang des Widerrufs bei meiner Krankenkasse ist der Austritt aus der IV verbunden.
- die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.
- mein Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer im Rahmen der IV Auskünfte über meine Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Meine Krankenkasse erhält diese Daten nicht. Ich entscheide im Einzelfall jedoch selbst, in welchem Umfang die mitbehandelnden Leistungserbringer von meinen medizinischen Daten Kenntnis nehmen.

**Ja**, ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der IV einverstanden. (Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist eine Teilnahme an der IV nicht möglich).

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

----- - nur vom Arzt auszufüllen - -----

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Behandlungsdokumentation gesichert ist und die Voraussetzungen zur IV überprüft sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung bereit ist und dass durch das integrierte Versorgungskonzept eine Qualitätsverbesserung der medizinischen Maßnahmen erreicht werden kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel

## **Anlage 6**

### **Evaluationsgrundsätze**

**Die Vertragsparteien entwickeln unter Federführung der AOK Baden-Württemberg bis 31.03.2005 die Anlage 6.**