

Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen

Hintergrund und Fragestellung

Lumbale Rückenschmerzen sind ein epidemiologisch, gesundheitsökonomisch und durch Arbeitsausfälle ein volkswirtschaftlich bedeutsames Gesundheitsproblem. Sie sind vom Sachverständigenrat 2001 explizit als ein Bereich benannt worden, in dem es ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt [1]. Daher ist die Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen prädestiniert für Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Die ersten Schritte dazu sind Monitoring und Bewertung der Qualität mit Qualitätsindikatoren (QI) in bestimmten Versorgungsbereichen. Kriterien für QIs sind in **Tab. 1** wiedergegeben [2]. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Rahmen des Projekts Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (AQUIK®) Vorschläge zur Qualitätsmessung erarbeitet [3]. Ziel des Projektes ist die Erprobung und Etablierung eines validen, transparenten Satzes von QIs und Kennzahlen für die vertragsärztliche Versorgung. Als Grundlage wurden international verfügbare Indikatorensets recherchiert, in einer Datenbank erfasst, bewertet und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem überprüft. Auf dieser Grundlage wurden 65 Indikatoren ausgewählt, die ein 2-stufiges Bewertungsverfahren durch Fachgruppenexperten (RAND/UCLA-Methode [4]) durchlaufen haben. Das so konsentrierte Set umfasst 48 sowohl fachgruppenübergreifende als auch fachgruppenspezifische Indikatoren für die ambulante Versorgung, deren Relevanz

und Machbarkeit durch die Experten bewertet wurde.

Im Folgenden sollen die drei AQUIK-Indikatoren im Bereich Rückenschmerzen kritisch in Bezug auf ihre Eignung zur Qualitätsmessung bewertet werden (**Tab. 2**, [3]). Bei den Indikatoren wurde in Anlehnung an die Leitlinien [5, 6] der Begriff Kreuzschmerzen anstatt Rückenschmerzen gewählt.

Material und Methoden

Die 3 vorgeschlagenen QIs werden in Bezug auf ihre Evidenzbasierung, Umsetzbarkeit und Epidemiologie bewertet. Dazu werden die den QIs zugrunde liegenden deutschen Leitlinien, Originallite-

ratur bzw. systematische Reviews sowie Ergebnisse von Surveys und Beobachtungsstudien zur Leitlinienadhärenz bei Rückenschmerzen herangezogen. Wenn immer möglich, werden deutsche Daten zur Versorgungsepidemiologie genutzt. Zusätzlich fließt die Erfahrung des Autors bei der Erfassung und Klassifizierung von Rückenschmerzen aus mehreren Forschungsprojekten ein. Auf den Einsatz eines formalen Instrumentes zur Evaluation von QIs, wie z. B. dem von der Bundesstelle für Qualitätssicherung (BQS) vorgeschlagenen QUALIFY-Instrument, wurde verzichtet, da mangels Studien zur Umsetzung der QIs in vielen Bereichen keine Aussage gemacht werden kann.

Tab. 1 Anforderungen an Eigenschaften von Qualitätsindikatoren [2]

Eigenschaft	Erläuterung
Valide	(Gültig) Misst das, was es messen soll Es besteht kein systematischer Fehler (keine Verzerrung)
Reliabel	(Zuverlässig) Wiederholte Anwendung auf die gleiche Situation führt zu gleichen Ergebnissen
Sensitiv	Gibt es Veränderungen im Versorgungsgeschehen, reagiert auch der Indikator (zeitlicher Zusammenhang)
Praktikabel	Leicht umsetzbar/einsetzbar Beispielsweise aus Abrechnungsdaten ableitbar
Evidenzgestützt (Leitlinien)	Der Indikator wird durch evidenzbasierte Leitlinien oder methodisch hochwertige Studien unterstützt
Reduzierung der Krankheitslast	Veränderungen des Indikators in eine gewünschte Richtung bewirken eine Reduzierung der Krankheitslast für die betroffenen Patienten
Kosteneffektiv	Veränderungen des Indikators in eine gewünschte Richtung bewirken eine Reduzierung der Krankheitskosten
Indikator-tauglichkeit	Es gibt Erfahrungen mit dem Indikator (oder aus gesundheits-systemspezifischen Gründen mit einem ähnlichen Indikator) in bereits bestehenden Indikatoren-systemen
Einbindung in Qualitätsmanagement, beeinflussbar	Kann von Ärzten beeinflusst/gesteuert werden

Tab. 2 AQUIK®-Indikatoren zum Bereich Kreuzschmerzen				
Indikator	Anteil der Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen eine fokussierte Anamnese bezüglich Alarmzeichen („red flags“) durchgeführt wurde		Anteil der Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate, für die kein bildgebendes Verfahren eingesetzt wurde	Anteil der Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate und einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 14 Tagen
Zähler	Anzahl der Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen eine fokussierte Anamnese bezüglich Alarmzeichen durchgeführt wurde		Anzahl der Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate, für die kein bildgebendes Verfahren eingesetzt wurde	Anzahl der Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate und einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 14 Tagen
Bezugsgrößen	Beginn der Schmerzepisode innerhalb der letzten 4 Wochen Definition Alarmzeichen: Leitlinien, Therapieempfehlungen		Beginn der Schmerzepisode innerhalb der letzten 4 Wochen	Schmerzepisoden von weniger als 12 Wochen Arbeitsunfähigkeitsdauer: Es handelt sich um den tatsächlichen Zeitraum (14 Tage), nicht um Werktage
Quellen	– Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2007 (S3) – Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft: Kreuzschmerzen 2007			
Daten-erhebung	Nenner	Liste aller Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate (ICD-Code)		
	Zähler	Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Eine fokussierte Anamnese bezüglich Alarmzeichen („red flags“) wurde durchgeführt	Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Ein bildgebendes Verfahren wurde nicht eingesetzt	Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 14 Tagen
Indikatorart	Prozessqualität		Ergebnisqualität	
Originalindikator vorgeschlagen von	RAND Corporation: RAND Quality Tools Indicators		National Committee for Quality Assurance, National Quality Measurement Clearinghouse	AQUA-Institut: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze 2002 (veraltet)
Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess				
Indikator relevant	Ja		Unsicher	Nein
Indikator machbar	Ja		Nein	Nein

Tab. 3 Warnhinweise („red flags“) auf komplizierte/spezifische Rückenschmerzen	
Pathologie	Anamnestischer und klinischer Hinweis
Nervenkompression – Bedeutender Bandscheibenvorfall – Spinalkanalstenose – Cauda-equina-Syndrom	– Schmerzausstrahlung in den Unterschenkel/Fuß – Schmerzausstrahlung in beide Beine – Fußheber- oder Fußsenkerschwäche – Reithosenanästhesie – Mastdarm-/Blasenschwäche
Metastase/Tumor	– Tumorerkrankung in der Anamnese – Nachtschmerz, dauerhafter Ruheschmerz – Unerklärter Gewichtsverlust – Alter >50 Jahre (?)
Infektion	– Anhaltendes Fieber – Intravenöser Drogenmissbrauch – Immunsuppression – Operation an der Wirbelsäule
Rheumatisch entzündliche Wirbelsäulenerkrankung	– Nachtschmerz – Morgensteifigkeit – Schmerzen >3 Monate – Extravertebrale Begleiterkrankungen (z. B. Uveitis, Psoriasis) – Alter <40 Jahre
Fraktur	– Trauma – Bekannte Osteoporose – Längere systemische Steroideinnahme – Alter >70 Jahre (w), >80 Jahre (m) (?)

Ergebnisse

Indikator Kreuzschmerz – Alarmzeichen

Wichtigstes Ziel der Diagnostik bei akuten Rückenschmerzen ist es, schwere Pathologien mit raschem diagnostischem oder therapeutischem Handlungsbedarf zu erkennen. Da Rückenschmerzen häufig und schwere Pathologien in der ambulanten Versorgung selten sind, ist es notwendig, weiterführende Diagnostik durch Anamnese und körperliche Untersuchung sinnvoll zu begrenzen. Eine Ausschlussdiagnostik sensu stricto ist aus prinzipiellen Gründen nicht möglich. Es kann lediglich durch den Umfang der Untersuchungen die Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Erkrankung vorliegt, verringert werden. Dazu wurde von der Clinical Standards Advisory Group das Konzept der „red flags“ entwickelt und in fast allen nationalen und internationalen Leitlinien übernommen (■ Tab. 3; [5, 6]). Daher schlägt AQUIK die Erfassung der „red flags“ als QI vor und bewertet diesen Indikator als relevant und machbar

J.F. Chenot

Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen

Zusammenfassung

Hintergrund. Lumbale Rückenschmerzen sind als epidemiologisch, gesundheitsökonomisch und volkswirtschaftlich bedeutsames Gesundheitsproblem prädestiniert für Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Rahmen des Projekts Ambulante Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen (AQUIK®) 3 Vorschläge zur Qualitätsmessung der Versorgung von Rückenschmerzpatienten erarbeitet. Ziel dieser Arbeit ist es, diese darzustellen und kritisch zu bewerten

Material und Methoden. Die 3 vorgeschlagenen QIs im Bereich Alarmzeichen („red flags“), Bildgebung und Arbeitsunfähigkeitszeiten werden in Bezug auf ihre Evidenzbasierung, Umsetzbarkeit und Epidemiologie bewertet. Dazu werden die den QIs zugrunde liegenden Leitlinien und Originalliteratur, sowie Ergebnisse von Surveys und Beobach-

tungsstudien zur Leitlinienadhärenz bei Rückenschmerzen herangezogen.

Ergebnisse. Die AQUIK®-Expertenrunde hat nur Alarmzeichen als umsetzbaren QI beurteilt. Trotz eines 2-stufigen Expertenverfahrens wurden wichtige Aspekte der Epidemiologie, Operationalisierbarkeit und Verfügbarkeit von Routinedaten nicht ausreichend berücksichtigt, sodass der Autor bei 2 QIs zu einer abweichenden Bewertung kommt. Das „Red-flag-Konzept“ wird als nicht ausreichend validiert und operationalisierbar für eine Umsetzung als QI bewertet. Bildgebung wird wegen der im internationalen Vergleich extremen Überversorgung und bereits zur Verfügung stehender Abrechnungsdaten als geeigneter QI eingestuft.

Schlussfolgerungen. Die Ableitung valider und praktikabler QIs aus den Rückenschmerzleitlinien für die Versorgung ist schwierig.

Die Kernaussagen sind nur leitende Empfehlungen, die kaum präzise zu operationalisieren und auf die Situation individueller Patienten übertragbar sind. Pragmatische Zielbereiche, definiert als Mindest- oder Höchstanteil von Patienten, die eine bestimmte Leistung erhalten, sind aufwendigen und komplizierten Einzelfallbewertungen vorzuziehen. Diese können, basierend auf versorgungs-epidemiologischen Daten, definiert werden. Wegen dieser Unschärfe sollte der Nutzen von QIs in Feldstudien gesichert sein, bevor sie zur Steuerung der Versorgung eingesetzt werden.

Schlüsselwörter

Qualitätsindikatoren · Rückenschmerzen · Leitlinien · Epidemiologie

Quality indicators for managing patients with low back pain

Abstract

Introduction. Low back pain (LBP) is an epidemiologically and economically relevant health care problem appropriate for quality assurance approaches. Therefore an expert panel (AQUIK) of the National Association of Statutory Health Insurance Physicians has proposed three quality indicators (QI) for monitoring the quality of ambulatory care for LBP. The aim of this article is to present and evaluate the proposed QIs.

Material and methods. The three proposed QIs relating to red flags, imaging and sick leave certificates were evaluated with regard to the underpinning evidence, epidemiology and feasibility. Guidelines and original research as well results from surveys and obser-

vational studies evaluating adherence to LBP guidelines were used for assessment.

Results. The expert panel concluded that only the recording of red flags is a relevant and feasible QI. Despite a two-stage expert method the epidemiology of LBP, feasibility and existing routine health care data were not sufficiently taken into account. The author's conclusion differs in two instances. The red flag concept is not sufficiently clinically validated and recordable to be used as a QI. Otherwise imaging is considered a suitable QI given the observed overuse and the availability of billing data.

Conclusion. Deriving valid and pragmatic QI from LBP guidelines for evaluating care for

LBP is difficult. The core messages of guidelines are only recommendations with limited precision and transferability to individual patients. For pragmatic reasons definition of an upper or lower proportion of patients receiving a given health care service is recommended instead of tedious individual evaluation. Reasonable estimates can be based on data from research on health care services. Because of this uncertainty QIs should be evaluated before they are used as a steering instrument.

Keywords

Quality indicators · Low back pain · Guidelines · Epidemiology

(■ **Tab. 2**). Diese Einschätzung der Experten berücksichtigt die Epidemiologie und Evidenz leider nur unzureichend.

Das Konzept der „red flags“ beruht ausschließlich auf klinischen Überlegungen und ist epidemiologisch nicht ausreichend validiert [7, 8]. Was genau zu den „red flags“ zählt und wie die Randbedingungen definiert werden, wird in den Leitlinien ohne Begründung sehr unterschiedlich definiert. Bei der Auswahl der „red flags“ in ■ **Tab. 2** handelt es sich um eine Zusammenstellung aus mehreren Leitlinien. Als Beispiel für ein problematisches „red flag“ sei das Kriterium „Alter unter 20 Jahre und Alter über 50 Jahre“ genannt. Der klinische Hintergrund hierfür ist der, dass bei Kindern Entwicklungsstörungen vorliegen könnten und bei Erwachsenen mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Metastasen oder osteoporotische Frakturen vorliegen könnten. Studien zur Qualitätsbeurteilung der Versorgung von Rückenschmerzen, die verschiedene Altersgrenzen (50 bzw. 70 Jahre) als „red flag“ streng benutzen, kamen zu dem kritisierten Schluss, dass Patienten außerhalb dieses Altersbereichs ohne Bildgebung keine ausreichende Versorgung erhalten hätten [9, 10]. Dieser Interpretation liegt die Fehlinterpretation der Leitlinien zugrunde, dass ein „red flag“ quasi automatisch zur weiterführenden Diagnostik verpflichtet. Rückenschmerzen sind sowohl bei Kindern als auch älteren Erwachsenen sehr häufig, daher ist Alter alleine als Kriterium zur Indikation weiterführender Diagnostik ungeeignet. Leitlinien empfehlen daher bei „red flags“ keinen Handlungsautomatismus, sondern nur eine erhöhte Aufmerksamkeit. Die Wertung der Befunde und Konsequenzen daraus bleibt dabei der individuellen ärztlichen Expertise überlassen.

Schwere Traumen oder gravierende Paresen werden bei uns im Regelfall sofort in spezialisierten Zentren behandelt und stellen auch kein diagnostisches Problem dar. Manche der „Red-flag-Pathologien“ sind sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung so selten, dass die meisten Hausärzte und Orthopäden diese selten oder nie sehen. Für das Cauda-equina-Syndrom wird eine Inzidenz (Neuerkrankungsrate) 1,5–

3,4:1.000.000 geschätzt [11]. Die Inzidenz für die Spondylodiszitis wird auf 1:250.000 geschätzt, dürfte aber im ambulanten Bereich deutlich niedriger liegen [12]. Die dazu im Vergleich häufige ankylosierende Spondylarthritis hat eine Inzidenz von ca. 6–7:100.000 [13]. Wichtiges Kriterium ist hier der seit 12 Wochen anhaltende Schmerz. Die Forderung nach einer generellen Abklärung von Kreuzschmerzen auf das Vorliegen einer Spondylarthritis ist insofern problematisch, als sich der QI auf Patienten mit akuten Rückenschmerzen bezieht, definiert als weniger als 4 Wochen Schmerzen. Der Nutzen der Kombination mehrerer Kriterien für ein generelles Screening auf entzündliche Spondylarthropathien bei akuten Rückenschmerzen ist wegen der geringen Spezifität nicht belegt [14].

Die einzelnen „red flags“ haben nur eine geringe Sensitivität und Spezifität, oder aber die Erkrankungen, auf die sie sich beziehen, sind teilweise so selten, dass eine Angabe der Testgütekriterien nicht möglich ist. Bei ca. 10% der Patienten in der Primärversorgung werden „red flags“ vermutet, sie bestätigen sich dann aber nur bei deutlich weniger als 1% [15, 16]. Eine systematische Dokumentation z. B. von Blasen-, Mastdarmschwäche oder Fieber bei Rückenschmerzen ist derzeit nicht Standard in der ambulanten Versorgung. Eine Erfassung für eine Qualitätsmessung wäre nur bei elektronischer Datenerhebung möglich. Selbst wenn es z. B. wie bei den etablierten Disease-Management-Programmen elektronische Formulare gäbe, auf denen eine „Red-flag-Checkliste“ abgehakt werden könnte, wäre der Nutzen für die Qualität der Versorgung im Verhältnis zum Aufwand zweifelhaft. Sie würde angesichts der Epidemiologie von den meisten Ärzten als sinnleere bürokratische Übung erlebt werden. Daher kann der Schlussfolgerung des AQUIK-Experten-Panels auch in dem Punkt Machbarkeit nur eingeschränkt zugestimmt werden.

Die „red flags“ sind wichtige diagnostische Hinweise, die in Kombination mit nur schwer zu operationalisierender ärztlicher Erfahrung und Intuition helfen können, ernste Pathologien zu erkennen. Das Vorhandensein einzelner „red flags“ ist nur eingeschränkt handlungsbegrün-

dend. Der Nutzen und die Notwendigkeit der routinemäßigen Erfassung und Dokumentation von „red flags“ sind bisher nicht ausreichend belegt.

Indikator Kreuzschmerz – Bildgebung

Ein Nutzen routinemäßiger bildgebender Untersuchungen bei Rückenschmerzen ohne klinische Warnhinweise ist aufgrund der im Allgemeinen guten Prognose und der geringen Konsequenzen für die Therapiesteuerung in den ersten 6 Wochen nicht nachweisbar [17] und wird deshalb von Leitlinien nicht empfohlen [5, 6]. Bildgebung kann den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen [18]. Aus diesen sowie ökonomischen und strahlenhygienischen Gründen ist eine sinnvolle Begrenzung notwendig. Auch nach 6 Wochen ist der Nutzen für die Steuerung der Therapie durch Bildgebung gering [19]. Das in den Leitlinien verwendete Zeitkriterium 4 bzw. 6 Wochen, innerhalb derer ohne Vorliegen von Warnhinweisen keine Bildgebung empfohlen wird, wird oft missverstanden in dem Sinne, dass nach 6 Wochen eine Bildgebung zu erfolgen hat. Dafür gibt es keine Evidenz, darum wird diese Aussage so auch von keiner Leitlinie getroffen. Hier gilt wiederum die individuelle ärztliche Expertise um den Nutzen einer Bildgebung für die Therapiesteuerung abzuschätzen.

AQUIK schlägt den Anteil von Patienten mit akuten Rückenschmerzen, die keine Bildgebung bekommen, als QI vor, ohne diesen näher zu definieren (■ **Tab. 2**). Dies muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass der Anteil der Patienten, die eine Bildgebung bei Rückenschmerzen erhalten, in Deutschland im Vergleich mit anderen westlichen Industrienationen extrem hoch liegt [20]. Unterversorgung spielt bei der Bildgebung fast keine Rolle. Bei der Umfrage des Gesundheitsmonitors 2009 gaben von 199 Patienten, die in den letzten 3 Monaten wegen Rückenschmerzen beim Arzt waren, 78% an, ein Röntgenbild, 56%, eine Computertomographie, und 11%, ein MRT bekommen zu haben [21]. Klinische Faktoren wie Schmerzstärke, -dauer oder -ausstrahlung spielen bei der Bildgebung in einer großen deut-

Hier steht eine Anzeige.



schen Beobachtungsstudie nur eine untergeordnete Rolle [20]. Zum Vergleich: In einer spanischen Beobachtungsstudie erhielten innerhalb von 4 Monaten nur 15% ein Röntgenbild und 2% eine Computertomographie bzw. Magnetresonanztomographie [22], in einer niederländischen Studien nur 2% eine Bildgebung [23], in einer kanadischen Studie mit Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nur 30% eine Bildgebung [20]. Auch unter Berücksichtigung der unterschiedlich strukturierten Gesundheitssysteme legt dies den Schluss nahe, dass eine strengere Indikationsstellung zur Bildgebung in Deutschland zu substanziellen Einsparungen führen könnte, ohne die Versorgung zu verschlechtern. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Relevanz dieses QIs von den AQUIK-Experten als unsicher eingestuft wurde.

Problematisch an diesem Indikator ist die Beschränkung auf akute Rückenschmerzen, definiert als 4 Wochen andauernde Schmerzen. Diese Schmerzdauer lässt sich in der Praxis nur schwer zuverlässig erfassen. Akute Rückenschmerzen, im engeren Sinne „erstmalig neu aufgetretene Rückenschmerzen“, sind im ambulanten Bereich extrem selten. Die Mehrheit der konsultierenden Patienten hat rezidivierende Schmerzen mit schmerzfreien Intervallen oder chronische Schmerzen mit wechselnder funktioneller Beeinträchtigung. Viele Patienten haben schon lange vor der Konsultation Schmerzen, und es ist unklar, ab welchem schmerzfreien Intervall von einer neuen Schmerzepisode ausgegangen werden soll. Für die große Patientengruppe mit chronisch rezidivierenden Rückenschmerzen gibt es keine präzise Leitlinienempfehlung, ob überhaupt oder in welchen Zeitabständen eine Bildgebung empfehlenswert ist.

Daher ist nur eine globale Erfassung des Anteils der Patienten, die eine Bildgebung bei Rückenschmerzen erhalten, sinnvoll. Die notwendigen Abrechnungsdaten stehen bereits zur Verfügung und können leicht elektronisch auf Praxisebene ausgewertet werden. Als Orientierung für einen Zielbereich für den akzeptablen Anteil von Patienten mit bestimmten ICD-Codes, die eine Bildgebung erhalten, können sowohl nationale als auch

internationale Daten der Versorgungsforschung genutzt werden. Abweichend vom AQUIK-Experten-Panel wird dieser QI als umsetzbar eingestuft. Er wird z. B. vom amerikanischen National Committee for Quality Assurance (NCQA) verwendet.

Indikator Kreuzschmerz – Arbeitsunfähigkeit

Ausfallzeiten durch Arbeitsunfähigkeit sind volkswirtschaftlich relevant, deshalb wird die Vermeidung von Arbeitsausfallzeiten als Indikator für Ergebnisqualität vorgeschlagen (■ **Tab. 2**). Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gehören in den administrativen Bereich und werden daher von Leitlinien kaum thematisiert.

Die Annahme, dass eine qualitativ hochwertige (= evidenzbasierte) Versorgung von Rückenschmerzpatienten zu einer Reduktion der volkswirtschaftlich relevanten Arbeitsunfähigkeitszeiten führt, ist nicht gut belegt [24]. Trotz der Erleichterung der Arbeitsplatzbedingungen in den Industrienationen in den letzten Jahrzehnten ist die Prävalenz von Rückenschmerzen nicht zurückgegangen [25]. Vergleichende Untersuchungen in verschiedenen Ländern zeigen deutlich, dass Rückenschmerzen überall auf der Welt häufig sind. Das Ausmaß der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit durch Rückenschmerzen wird jedoch wesentlich durch die sozialen Sicherungssysteme geprägt [26]. Die Arbeitsunfähigkeit wird neben der ärztlichen Versorgung stark von therapeutisch nicht beeinflussbaren Faktoren wie arbeitsplatzbezogenen Merkmalen, Persönlichkeitsstruktur und der gesamtwirtschaftlichen Lage sowie Geschlecht und Alter beeinflusst [27]. Im Regelfall ist es für Ärzte schwierig, die reale körperliche Leistungsfähigkeit eines Patienten, die exakten beruflichen Anforderungen und deren Verhältnis zueinander zu bestimmen. Insbesondere Arbeitsunzufriedenheit führt zu einer subjektiven Überschätzung der objektiven Arbeitsbelastung [28]. Das Behandlungsergebnis ist somit nur eingeschränkt durch Ärzte zu beeinflussen. Zu Recht wurde dieser QI von den AQUIK-Experten als nicht umsetzbar eingestuft.

Diskussion

Trotz umfangreicher Forschung auf dem Gebiet der Rückenschmerzen und mehrerer darauf aufbauender nationaler und internationaler evidenzbasierter Leitlinien ist die Ableitung valider und praktikabler QIs für die Versorgung schwierig. Die Expertenrunde hat 2 von 3 QIs als nicht umsetzbar beurteilt. Trotz des 2-stufigen Beratungsverfahrens wurden wichtige Aspekte der Epidemiologie, Operationalisierbarkeit und Nutzbarkeit von Routinedaten nicht ausreichend berücksichtigt, sodass der Autor bei 2 QIs zu einer abweichenden Bewertung kommt.

Unter Qualität der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen wird im Allgemeinen Adhärenz an evidenzbasierte Leitlinien verstanden. Die Kriterien zur Beurteilung der Leitlinienadhärenz in Surveys und Beobachtungsstudien sind heterogen, oft unklar definiert oder sehr häufig nur negativ (z. B. keine Bildgebung oder keine Physiotherapie in den ersten 4–6 Wochen). Für viele Versorgungsaspekte von Rückenschmerzen machen Kreuzschmerzleitlinien mangels Evidenz keine präzise Aussage. Der angenommene Standardpatient der Leitlinien mit akuten Beschwerden und die daraus abgeleiteten Handlungsparadigmen sind auf die Versorgungsrealität nur eingeschränkt übertragbar und nur schwer in wenige eindeutige Kategorien operationalisierbar. Klinische Daten werden bei der Beurteilung der Adhärenz in Surveys und Beobachtungsstudien kaum berücksichtigt, weil sie nur schwer gut auswertbar zu erheben sind [29]. Der schon in Studien schwierig durchzusetzende Dokumentationsaufwand ist in die Routineversorgung nur schwer zu erreichen.

So wundert es nicht, dass die Surveys und Beobachtungsstudien zur Leitlinienadhärenz bei Rückenschmerzen den Ärzten meistens ein schlechtes Zeugnis ausstellen [29]. Nur Beobachtungsstudien mit umfangreicher Erfassung klinischer Parameter, die weit über die Routinedokumentation hinausgehen, konnten eine befriedigende Leitlinienadhärenz feststellen, da Abweichungen meist als klinisch begründet nachvollzogen werden konnten [23]. Daher ist nur die Nutzung von Routinedaten, wie sie bei

der Bildgebung vorliegen, mit einem an Versorgungsdaten orientierten Zielbereich als QI für den Versorgungsprozess aussichtsreich.

Für das angestrebte Ziel des Qualitätsmanagements „Verbesserung der Versorgung von Patienten“ werden QIs, die sich auf Behandlungsergebnisse beziehen, benötigt. Zusätzlich werden Möglichkeiten für Praxen mit epidemiologischen Besonderheiten benötigt und um Sonderfälle unkompliziert als Ausnahmen („drop out“) zu markieren. Erfahrungen in Großbritannien haben gezeigt, dass Ärzte die Möglichkeit, diese Patienten so aus der Bewertung herauszunehmen, nicht missbrauchen. Der einzige von AQUIK vorgeschlagene Ergebnisindikator „Arbeitsunfähigkeitszeiten“ ist aber von den Gesundheitsversorgern nur eingeschränkt beeinflussbar. Angesichts der geringen Evidenz zur Effektivität einer leitlinienorientierten Versorgung auf andere Behandlungsergebnisse wie Schmerz und Funktionskapazität sind diese als QI nicht geeignet [24]. Einsparungen durch Reduktion von Über- und Fehlversorgung durch ein Benchmarking mit Prozessindikatoren wie Bildgebung sind ein erreichbares Ziel.

Schlussfolgerung

Die Messung der Versorgungsqualität von Rückenschmerzpatienten zur rationalen Steuerung ist angesichts der enormen Fehlversorgung und der damit assoziierten Kosten ein sinnvolles Ziel. Dies erfordert die Entwicklung von QIs, die sich auf relevante, operationalisierbare und von den Ärzten zu beeinflussende Gebiete beschränken. Pragmatische Zielbereiche mit definiertem Mindest- oder Höchstanteil sowie Basierung auf versorgungsepidemiologischen Daten sind aufwendigen und komplizierten Einzelfallbewertungen vorzuziehen. Der Nutzen von Indikatoren muss in Feldstudien gesichert sein, bevor sie zur Steuerung der Versorgung z. B. in Form von Zu- oder Abschlägen beim Honorar eingesetzt werden.

Fazit für die Praxis

- **Monitoring der Versorgungsqualität bei Rückenschmerzen ist aus versor-**

gungsepidemiologischen Gründen notwendig.

- **Valide und praktisch umsetzbare Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Rückenschmerzpatienten sind aus Leitlinien nur schwer abzuleiten.**
- **Eine Einzelfallbewertung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ist aus pragmatischen Gründen nicht sinnvoll.**
- **Alarmzeichen („red flags“) sind für einen Qualitätsindikator nicht ausreichend gut operationalisierbar und in der ambulanten Versorgung zu selten.**
- **Bildgebung bei Rückenschmerzen ist wegen der im internationalen Vergleich extremen Überversorgung und der bereits zur Verfügung stehenden Abrechnungsdaten ein geeigneter und umsetzbarer Qualitätsindikator.**

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J.F. Chenot

Abteilung Allgemeinmedizin,
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
jchenot@gwdg.de

Danksagung. Für kritische, konstruktive Kritik bedanke ich mich bei Dr. med. Günter Egidi, Hausarzt in Bremen.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehungen hin: Der Verfasser ist Autor des noch unveröffentlichten Qualitätsindikatorensets für Rückenschmerzen für QISA im Auftrag von AQUA und dem AOK-Bundesverband. Er hat an der Erstellung der Leitlinien Kreuzschmerzen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin DEGAM sowie der Therapieempfehlung Kreuzschmerzen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitgewirkt und ist Vertreter der DEGAM bei der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen.

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001) Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Nomos, Baden-Baden. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf>
2. Szecsenyi J, Stock J, Chenot R (2009) QISA stellt sich vor. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg) Band A. QISA – Das Qualitätssystem für die ambulante Versorgung. Kompart Verlagsgesellschaft, Berlin, S 27
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung. <http://www.kbv.de/themen/aquik.html>

4. Brook RH (1994) The RAND/UCLA appropriateness method. In: McCormick KA, Moore SR, Siegel RA (Hrsg) Methodology perspectives. US Department of Health and Human Services, Rockville (MD), S 59–70
5. Becker A, Chenot JF, Niebling W, Kochen MM (2003) DEGAM Leitlinie Kreuzschmerzen, Omikron Publishing, Düsseldorf
6. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (ÄkdÄ) (2007) Empfehlungen zur Therapie von Kreuzschmerzen, 3. Aufl. Arzneiverordnung in der Praxis 34, Sonderheft 2
7. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM (2007) Screening for malignancy in low back pain patients: a systematic review. Eur Spine J 16:1673–1679
8. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM (2008) A systematic review identifies five „red flags“ to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. J Clin Epidemiol 61:110–118
9. Schroth WS, Schectman JM, Elinsky EG, Panagides JC (1992) Utilization of medical services for the treatment of acute low back pain: conformance with clinical guidelines. J Gen Intern Med 7:486–491
10. Suarez-Almazor ME, Belseck E, Russell AS, Mackel JV (1997) Use of lumbar radiographs for the early diagnosis of low back pain. Proposed guidelines would increase utilization. JAMA 277:1782–1786
11. Podnar S (2006) Epidemiology of cauda equina and conus medullaris lesions. Muscle Nerve 35:529–531
12. Sobottke R, Seifert H, Fätkenheuer G et al (2008) Aktuelle Diagnostik und Therapie der Spondylodisitis. Dtsch Arztebl 105:181–187
13. Gran JT, Husby G (1993) The epidemiology of ankylosing spondylitis. Semin Arthritis Rheum 22:319–334
14. Linden S van der, Valkenburg HA, Cats A (1984) Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum 27:361–368
15. Donner Banzhof N, Roth T, Sönnichsen AC et al (2006) Evaluating a simple heuristic to identify serious causes of low back pain. Fam Pract 23:682–686
16. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM et al (2009) Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. Arthritis Rheum 60:3072–3080
17. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA (2009) Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet 373:463–472
18. Kendrick D, Fielding K, Bentley E et al (2001) Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. BMJ 322:400–405
19. Kendrick D, Fielding K, Bentley E et al (2001) The role of radiography in primary care patients with low back pain of at least 6 weeks duration: a randomised (unblinded) controlled trial. Health Technol Assess 5:1–69
20. Chenot JF, Leonhardt C, Keller S et al (2008) The impact of specialist care on health service utilization in primary care patients with low back pain: a prospective cohort study. Eur J Pain 12:275–283
21. Chenot JF, Kochen MM, Schmidt CO (2009) Das Einhalten von Leitlinien und die Qualität der ambulanten Versorgung von Rückenschmerzpatienten. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2009, 1. Aufl. Bertelsmannstiftung, Gütersloh, S 135–155

22. Kovacs FM, Fernandez C, Cordero A et al (2006) Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: a prospective study on clinical outcomes and determinants of management. *BMC Health Serv Res* 57
23. Schers H, Braspenning J, Drijver R et al (2000) Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in The Netherlands. *Br J Gen Pract* 50:640–644
24. McQuirk B, King W, Govind J et al (2001) Safety, efficacy, and cost effectiveness of evidence-based guidelines for the management of acute low back pain in primary care. *Spine* 26:2615–2622
25. Raspe H, Hueppe A, Neuhauser A (2008) Back pain, a communicable disease? *Int J Epidemiol* 37:69–74
26. Volinn E (1997) The epidemiology of low back pain in the rest of the world. A review of surveys in low- and middle-income countries. *Spine* 22:1747–1754
27. Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg) (2010) Fehlzeiten-Report 2009. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
28. Lindström I, Öhlund C, Nachemson A (1994) Validity of patient reporting and predictive value of industrial physical work demands. *Spine* 19:888–893
29. Chenot JF, Schmidt CO (2009b) Adherence to low back pain guidelines in primary care: a systematic review. *Eur J Gen Pract* 15:48–44



Eröffnung des ersten deutschen Kinderpalliativzentrums in Datteln

Die Station „Lichtblicke“ bereichert den Alltag lebensbedrohlich erkrankter Kinder

Ende April wurde das erste Kinderpalliativzentrum Deutschlands an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke eröffnet. Ab Ende Mai können in der Station „Lichtblicke“ lebensbedrohlich erkrankte Kinder behandelt werden. Dafür, dass diese Kinder und ihre Familien die wertvolle verbleibende Zeit so intensiv wie möglich miteinander verbringen können, macht sich das Palliative Care Team für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stark. Die interdisziplinäre Therapie gilt nicht nur den betroffenen Kindern, sondern berücksichtigt die Situation der ganzen Familie: Gesprächsangebote mit Psychologen, spirituelle Begleitung durch einen Seelsorger, Kunst- und Musiktherapie können Eltern und Geschwister der erkrankten Kinder in dieser schwierigen Situation eine Unterstützung bieten. Deshalb stehen neben den acht Patientenzimmern in der ersten Etage des Zentrums fünf Elternappartements zur Verfügung, in denen die Familien während der Zeit der Behandlung ihres Kindes wohnen können und in den Behandlungsprozess integriert werden. Hier können sich die Angehörigen treffen, sich austauschen, erzählen. Für die Geschwister wurde ein Spielzimmer eingerichtet mit dicken Matten zum Toben und einem Kicker, an dem Turniere ausgetragen werden können.

Die Station „Lichtblicke“ selbst besteht aus acht Einzelzimmern, von denen eins bei Bedarf zum Doppelzimmer erweitert werden kann. Hier steht, neben der Möglichkeit einer palliativmedizinischen High-Tech-Medizin, das Sich-Aufgehobenfühlen ganz oben auf der Liste der Prioritäten: Die Zimmer der Patienten jeden Alters – vom Neugeborenen bis zum jungen Erwachsenen – sind ein geschützter Bereich: Hier werden keine schmerzhaften medizinisch-pflegerischen

Maßnahmen durchgeführt. Trotzdem ist alles vorhanden, was für eine optimale pädiatrische Palliativversorgung benötigt wird: eine Isolierereinheit für immunsupprimierte oder infektiöse Patienten, ein Deckenliftersystem für Patienten und deren Beatmungsgeräte, Sauerstoff- und Druckluftanschlüsse, bedarfsgerechte Überwachungssysteme in jedem Zimmer. Zudem ist jedes Zimmer mit Laptops inklusive Webcam und WLAN ausgestattet. Wer auf der Station „Lichtblicke“ liegt, ist nicht ausgeschlossen, wer mag, kann mailen, chatten, videotelefonieren oder Freunde und Verwandte zu Hause einfach auf dem Bildschirm sehen. Ein gut durchdachtes Beleuchtungskonzept, der leicht erreichbare Sinnesgarten unter freiem Himmel und auch der Snoozelraum zur Entspannung sorgen für eine angenehme Atmosphäre und ermöglichen den Patienten, ihre Umwelt mit allen Sinnen zu erfahren.

Das „Dattelner Modell“ soll Schule machen – deswegen liegen im neuen Kinderpalliativzentrum eigene Räume für die multiprofessionelle Aus- und Weiterbildung von pädiatrischen Palliativversorgern. Schon lange richtet das Vodafone-Stiftungsinstitut mit dem angegliederten Lehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin Seminare und Kongresse aus – nun können alle Kompetenzen erstmals an einem Ort gebündelt werden.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Boris Zernikow
Chefarzt
Vodafone Stiftungsinstitut für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln

Lehrstuhlinhaber
Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin
Universität Witten/Herdecke

Dr. Friedrich-Steiner-Str. 5
45711 Datteln
Tel. 02363-975-180
Fax 02363-975-181
B.Zernikow@kinderklinik-datteln.de