

# Kreuzschmerzpatienten in der hausärztlichen Praxis: Beschwerden, Behandlungserwartungen und Versorgungsdaten

A. Becker<sup>1</sup>, K. Kögel<sup>1</sup>, N. Donner-Banzhoff<sup>2</sup>, H.-D. Basler<sup>3</sup>, J.-F. Chenot<sup>1</sup>, R. Maitra<sup>1</sup>, M.M. Kochen<sup>1</sup>

## Zusammenfassung

**Hintergrund/Ziel:** Die Kenntnis der hausärztlichen Versorgungssituation ist essentiell für die Implementierung evidenzbasierter Leitlinien. In einer Querschnittserhebung mit anschließender prospektiver Kohortenstudie wurden die Epidemiologie, Krankheitsverlauf, Behandlung sowie Krankheitsvorstellungen und Erwartungen allgemeinärztlicher Kreuzschmerzpatienten untersucht.

**Methoden:** Kreuzschmerzpatienten wurden schriftlich in Hausarztpraxen zu ihren Beschwerden und Behandlungserwartungen befragt. In zwei Telefoninterviews (nach zwei und zwölf Wochen) wurden der Schmerzverlauf und die stattgefundenen Versorgungsleistungen erfasst. Ärzte/Ärztinnen und Arzthelferinnen notierten die tägliche Gesamtzahl von Praxis- und Kreuzschmerzpatienten.

**Ergebnisse:** 17 von 35 angeschriebenen Hausärzten (49 %) im Bezirk Süldenburg nahmen an der Studie teil. 127 Patienten beteiligten sich an der schriftlichen Befragung, 49 am Telefoninterview nach zwei Wochen (40 nach zwölf Wochen). Die mittlere 1-Wochen-Prävalenz von Kreuzschmerzpatienten in der hausärztlichen Praxis betrug 7,9 %, die Inzidenz 5,5 %; 19 % der Patienten litten an Rezidiven ihrer Kreuzschmerzen. Nach zwölf Wochen klagten trotz Therapie noch 55 % der teilnehmenden Patienten unter fast täglichen bis häufigen Kreuzschmerzepisoden. 54 % von 127 Patienten hatten vor der Hausarztkonsultation bereits versucht, ihre Schmerzen mit Bewegung oder Schmerztabletten zu kurieren. Vom Arzt wünschten sie sich nicht Diagnostik, sondern die Behandlung ihrer Schmerzen, wobei 23 % Spritzen für die sinnvollste Therapie hielten. In der ärztlichen Behandlung wurden NSAR sowie physikalische und physiotherapeutische Maßnahmen eingesetzt. 28,5 % von 49 Patienten erhielten intramuskuläre Injektionen. Überweisungen erfolgten zu Orthopäden und Neurologen, nicht jedoch zu Psychotherapeuten. Bewegung wurde 62,5 % von 40 Patienten zur Linderung ihrer Kreuzschmerzen empfohlen, Bettruhe keinem.

**Schlussfolgerungen:** Kreuzschmerzpatienten in hausärztlichen Praxen leiden vor allem an rezidivierenden und chronischen Beschwerden. In evidenzbasierten Leitlinien empfohlene Basistherapien (Schmerztherapie und Bewegung) wurden von vielen Patienten bereits eigenständig eingesetzt. Hausärzte griffen vielfach auf alternative, in ihrer Wirksamkeit nicht gesicherte Therapien zu-

rück, wobei zu einem hohen Prozentsatz (29 %) auch obsolete Verfahren wie intramuskuläre Injektionen eingesetzt wurden.

## Summary

**Low back pain patients in general practice: Complaints, therapy expectations and care information**

**Aims:** To implement evidence based guidelines, it is crucial to have full information on the health care situation. We performed a cross sectional study and a subsequent prospective cohort study on patients with low back pain (LBP) in general practice to learn more about the epidemiology, history of pain, practitioners' care as well as patients' perspective and expectations.

**Design:** Patients with LBP were asked to fill out questionnaires concerning pain characteristics and their expectations of health care. In telephone interviews (after 2 and 12 weeks) we asked about pain history and actual patterns of care. Doctors and practice nurses gave the daily number of practice patients in total and those with LBP.

**Results:** 35 general practitioners (GPs) from South Oldenburg were invited, 17 (49 %) participated. 127 patients filled in questionnaires, 49 patients took part in the interview after 2 weeks (40 after 12 weeks respectively). The mean prevalence of patients with LBP in general practice during 1 week was 7,9 % (incidence: 5,5 %); 19 % of all patients showed recurrent LBP. 55 % of patients still suffered from daily or frequent pain after 12 weeks.

54 % (n=127 patients) had already tried activity or pain killers to ease their pain. They wanted their doctor to cure their pain, not to initiate further diagnostic tests. 23 % thought of injections to be the most sensible therapy. GPs used NSAIDs, physical therapy and physiotherapy. There were 28,5 % of patients who received intramuscular injection therapy. Referrals were made to orthopaedic surgeons and neurologists, not to psychotherapists. GPs recommended activity in 62,5 % of patients, bed rest was not recommended at all.

**Conclusions:** Patients with LBP in general practice mostly suffer from recurrent or chronic pain. Initial treatment (pain release and activity) as recommended in evidence based guidelines had been used already by patients when consulting their doctor. GPs often used alternative not evidence based therapies. There is a rather high percentage of GPs (29 %) using obsolete intramuscular injections.

**Dr. med. Annette Becker, MPH**

Maastrichter Str. 20, 52074 Aachen

E-Mail: abecker1@gwdg.de

<sup>1</sup> Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen

<sup>2</sup> Abteilung Allgemeinmedizin Präventive und Rehabilitative Medizin der Universität Marburg

<sup>3</sup> Institut für Medizinische Psychologie der Universität Marburg

**Key words**

Low back pain (LBP), general practice, epidemiology, care, patients' perspective, expectations

**Einleitung**

Nationale und internationale Leitlinien geben einen Überblick über diagnostische und therapeutische Behandlungsoptionen akuter und zum Teil chronischer Kreuzschmerzen (1). Nach evidenzbasierten Kriterien genügen die Anamnese und einfache klinische Zeichen, um zwischen unkomplizierten und so genannten »malignen oder komplizierten Rückenbeschwerden« zu unterscheiden. Nicht Schonung und Bettruhe tragen zur Heilung bei, sondern eine frühzeitige Aktivierung sowie eine konsequente Schmerztherapie bei Verzicht auf routinemäßige Diagnostik. Bei chronischen Kreuzschmerzen wird diese Basistherapie durch eine möglichst multiprofessionelle Behandlung unter Einbezug psychotherapeutischer Maßnahmen ergänzt (siehe Artikel zur Kreuzschmerz-Leitlinie der DEGAM in diesem Heft). Übertriebene Ursachensuche unter Einsatz bildgebender Verfahren sowie die Anwendung von in ihrer Wirksamkeit nicht gesicherten Maßnahmen kann zur Verstärkung des Krankheitserlebens führen und über eine »iatrogene Somatisierung« (2) die Entwicklung chronischer Verlaufsformen bahnen. Wichtig für den Erfolg der Behandlung ist die aktive Einbindung des Patienten über eine umfassende Beratung und Motivierung zur Aktivität.

Inwiefern diese Erkenntnisse bereits Eingang in die hausärztliche Praxis gefunden haben, ist nicht bekannt. Eine erfolgreiche Implementierung von Leitlinien ist aber nur dann möglich, wenn ihre Empfehlungen den Rahmenbedingungen der Praxis genügen (3). Wesentlich ist hierfür die Kenntnis von Krankheitshäufigkeiten, Verlaufsformen und der Versorgungssituation in hausärztlichen Praxen.

Die vorliegende Studie wurde mit dem Ziel durchgeführt, mehr über Epidemiologie, Krankheitsverlauf und Behandlung allgemeinärztlicher Kreuzschmerzpatienten sowie über Patientenvorstellungen, -wünsche und -erwartungen zu erfahren.

**Methoden**

Es wurde eine Querschnittserhebung mit anschließender prospektiver Kohortenstudie über drei Monate durchgeführt.

In die Querschnittserhebung wurden alle Patienten über 18 Jahre eingeschlossen, die innerhalb einer Woche

ihren Hausarzt wegen Kreuzschmerzen konsultierten und bereit waren, während ihrer Wartezeit einen anonymen Fragebogen auszufüllen. Dieser enthielt auf zwei Seiten neben Angaben zu Alter und Geschlecht Fragen zu den aktuellen Beschwerden und zu den Erwartungen des Patienten an die hausärztliche Konsultation. Es wurden geschlossene Fragen mit Alternativ-Antworten (ja/nein), Mehrfachauswahl-Fragen mit optionaler Ergänzung im Freitext sowie offene Fragen gestellt. Die Arzthelferinnen notierten außerdem die tägliche Gesamtzahl an Praxispatienten, die Ärztin bzw. der Arzt die Anzahl an Kreuzschmerzpatienten, unabhängig von ihrer Teilnahme an der Studie.

In die Kohortenstudie wurden Patienten eingeschlossen, die bereits einen Fragebogen ausgefüllt hatten und separat davon ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an zwei Telefoninterviews gaben. Diese umfassten nach zwei Wochen Fragen zur hausärztlichen Behandlung am Rekrutierungstermin sowie zum aktuellen Schmerzgeschehen (Stärke der Beschwerden, funktionelle Beeinträchtigung und Wohlbefinden) und nach zwölf Wochen Fragen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und zur körperlichen Aktivität im follow-up. Weiterhin wurde in beiden Interviews nach dem aktuellen Schmerzgeschehen gefragt. Abschließend wurden die Patienten gebeten, in einem Schmerztagebuch über sieben Tage täglich ebenfalls Angaben zur Schmerzcharakteristik wie im ersten Interview zu machen.

Die Querschnittsstudie und das erste Telefoninterview (nach zwei Wochen) wurden in einer Arztpraxis im Raum Vechta pilotiert.

**Stichprobe**

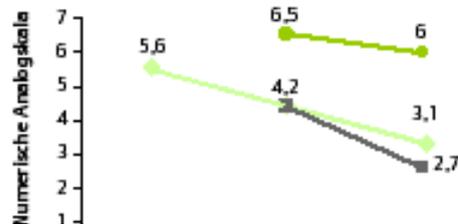
Von 35 angeschriebenen Allgemeinärzten im Bezirk Süoldenburg gaben 17 Ärzte (15 Praxen) ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie (response rate: 49 %). Als Gründe für die Nichtteilnahme wurden Zeitmangel, Unzumutbarkeit für die Patienten und Störung des Praxisablaufs genannt.

Insgesamt nahmen 127 Patienten (0–17 pro Praxis und Woche) an der schriftlichen Befragung teil. Telefonisch konnten nach zwei Wochen 49 Patienten (39 %) und nach zwölf Wochen 40 Patienten (31,5 %) befragt werden.

Das durchschnittliche Alter der Patienten lag bei 48 Jahren (17–89, Median 53 Jahre), darunter waren 54 % Frauen. Während Frauen mit Kreuzschmerzen meist zwischen 35 und 64 Jahren alt waren, zeigt die Altersverteilung der Männer einen zweigipfligen Verlauf mit fast 50 % der Männer zwischen 25 und 44 Jahren sowie einem zweiten Anstieg zwischen 55 und 74 Jahren (Abb. 1).



■ **Abbildung 1:** Häufigkeit von Kreuzschmerzpatienten nach Altersgruppen (n = 121)



■ **Abbildung 2:** Entwicklung von Schmerzstärke, funktioneller Beeinträchtigung und Wohlbefinden im follow-up.

Es erfolgte eine vorwiegend deskriptive Auswertung mit dem Statistikprogramm SAS 8.1 (SAS Institute Cary, NC, USA). Zur Analyse der Schmerzentwicklung (Schmerzstärke, funktionelle Beeinträchtigung und Wohlbefinden) wurde ein Chi<sup>2</sup>-Test durchgeführt (α = 5 %).

### Ergebnisse: Epidemiologie und Krankheitsverlauf

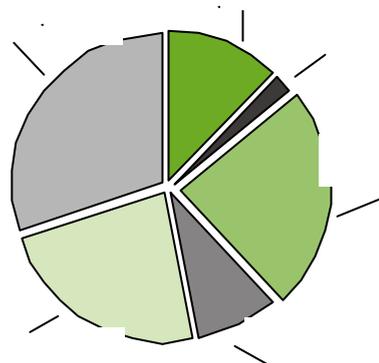
In acht Praxen machten Ärzte bzw. Arzthelferinnen Angaben zur wöchentlichen Gesamtzahl an Patienten (im Mittel 363,6) sowie zur Anzahl an Kreuzschmerzpatienten (im Mittel 24,6). Die mittlere 1-Wochen-Prävalenz von Kreuzschmerzpatienten in der Praxis beträgt somit 7,9 % (1,7–13,5 %). An erstmalig aufgetretenen Kreuzschmerzen litten sieben von 127 Patienten (Inzidenz: 5,5 %); 19 % der Patienten zeigten Rezidive nach sechs Monaten Schmerzfremheit.

Trotz Behandlung berichteten zwölf von 40 Patienten (30 %), im Beobachtungszeitraum (drei Monate) fast täglich Kreuzschmerzen gehabt zu haben. Ein Viertel klagte über Schmerzepisoden mindestens einmal pro Woche und nur 37 % gaben an, selten bzw. nie (8 %) Schmerzen verspürt zu haben.

Auf numerischen Analogskalen (NAS, 0–10) gaben die Patienten jeweils zwei und zwölf Wochen nach Rekrutierung telefonisch die Stärke ihrer Schmerzen, den Grad der daraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigung (0 = keine, 10 = maximale Schmerzen bzw. Beeinträchtigung) und ihr Wohlbefühl zum jeweiligen Zeitpunkt (0 = Unwohlsein, 10 = optimales Wohlbefinden) an. Die Schmerzstärke wurde zusätzlich über den Fragebogen erhoben. *Abb. 2* zeigt die durchschnittliche Verbesserung der drei Parameter im follow-up-Zeitraum. Eine signifikante Veränderung konnte nur für die Verbesserung der funktionellen Beeinträchtigung festgestellt werden.

### Patientenperspektive

Im Fragebogen gaben 98 % der 127 Patienten an, bereits Versuche unternommen zu haben, ihre Schmerzen eigenständig zu lindern. *Abb. 3* gibt einen Überblick über die eingesetzten Maßnahmen: An erster Stelle standen verschiedene Arten von Bewegung bzw. Sport, gefolgt von Wärmeanwendung. Nur 2 % der Patienten kamen zum Arzt, ohne bereits eine Therapie versucht zu haben. Auf die Frage, was sie für die beste Behandlung ihrer Schmerzen hielten, gaben 76 von 127 Patienten eine auswertbare Antwort (51 Antworten konnten wegen Mehrfachnennung nicht berücksichtigt werden): Hiervon hielten 22,8 % eine Spritze für die sinnvollste Therapie

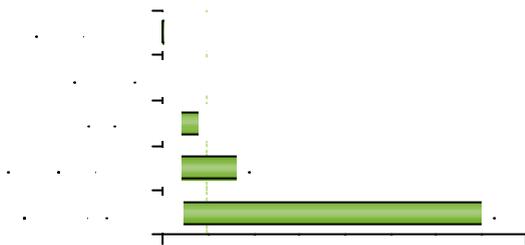


■ **Abbildung 3:** Selbstbewältigungsstrategien der befragten Patienten (n = 127)

ihrer Schmerzen (6,4 % favorisierten eine Schmerztablette). Weiterhin wurden Krankengymnastik (17,7 %), Bewegung und Sport (16,5 %), Massagen (16,4 %), Bett-ruhe (7,6 %), Quaddeln (2,6 %) und Einrenken (1,3 %) als die Therapie der Wahl angesehen.

Den Wunsch nach weiterer Diagnostik äußerten 29 % der befragten Patienten, die übrigen 71 % hielten weitere Diagnostik für nicht sinnvoll.

Auf die Frage hin, was ihnen am wichtigsten an der Arztkonsultation sei, gaben fast drei Viertel der Patienten unter fünf Optionen die Behandlung der Schmerzen an (Abb. 4). Nur 9 % der Patienten sahen weitere Diagnostik als wichtig an.



■ **Abbildung 4: Patientenwünsche** (»Was ist Ihnen an dem heutigen Arztbesuch am wichtigsten?«)

Als Ursachen für ihre Kreuzschmerzen (Frage im Freitext) wurde vorwiegend »Verschleiß« (n = 13) genannt, gefolgt von Haltungsschäden (n = 10), Bandscheibenvorfall (n = 8) sowie schlechte Arbeitsplatzbedingung, Osteoporose, Nervenblockade, Muskelverkürzungen (jeweils n = 2) und seltener vorkommende Ursachen (wie Morbus Bechterew, Rheuma, Skoliose). Drei Patienten gaben an, die Ursache ihrer Beschwerden nicht zu kennen.

Einen Einfluss der Stimmungslage auf ihre Kreuzschmerzen stellten 53 % der Befragten fest.

## Versorgung

Während des ersten Telefoninterviews machten alle 49 Patienten Angaben zur hausärztlichen Behandlung am Tag der Rekrutierung. Ein orales Schmerzmittel bekamen 42 % der Patienten. Dabei wurden vor allem nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAR, 60 % aller Verordnungen), Opioide (12 %) und andere zentral wirksame Analgetika wie Tolperison und Tizanidin (12 %) sowie Flupirtin (8 %) und Antidepressiva (4 %) verordnet. 40 % der befragten Patienten erhielten eine Injektion, davon mehr als zwei Drittel intramuskulär. An weiteren Behandlungen wurden Kurzwellentherapie (10,2 %), Krankengym-

nastik (14,3 %), Massagen (8,2 %), Reizstrom (8,2 %), Akupunktur (4,1 %), Einrenken (4,1 %) und manuelle Therapie (2 %) eingesetzt. Eine Überweisung zu einem Orthopäden erhielten fünf Patienten (10 %), zu einem Neurologen ein Patient. Bei drei Patienten (7,5 %) wurde ein Röntgenbild veranlasst. Empfehlungen für zu Hause erhielten 40 Patienten (82,5 %), davon 62,5 % sportliche Bewegung, wie z.B. Rückenschwimmen, Fitness, Walken oder Radfahren, 15 % Wärme, 5 % korrekte Sitzhaltung. Bettruhe wurde nicht empfohlen. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhielten elf der befragten Patienten (22 %), davon litten mehr als die Hälfte nach eigenen Angaben an sehr starken Schmerzen (7–10 auf der NAS). Ein Patient stellte am Tag der Arztkonsultation einen Antrag auf Berentung.

40 Patienten gaben an, wiederholt Versorgungsleistungen im Beobachtungszeitraum von drei Monaten in Anspruch genommen zu haben. Alle suchten mindestens einmal einen Arzt auf (davon 55 % ihren Hausarzt). Dabei wurden in vergleichbarer Häufigkeit wie beim ersten Arztbesuch Medikamente verordnet (47,9 % NSAR, 21,8 % Opioide und 17,4 % zentral wirksame Medikamente gegen Muskel- und Skelettprobleme). Auch diesmal erhielten mehr als die Hälfte der Patienten intramuskuläre Injektionen (n = 10,25 %). An weiteren Behandlungen wurden Krankengymnastik (30 % der Patienten), Massage (17,5 %) und Akupunktur (5 %) in Anspruch genommen.

## Diskussion

Da internationale Erfahrungen (4, 5, 6) aufgrund unterschiedlicher primärärztlicher Versorgung meist nicht übertragbar sind, es aber kaum deutsche Studien zur Epidemiologie und Versorgung von Kreuzschmerzpatienten in Hausarztpraxen gibt, ist nicht geklärt, inwiefern die aktuellen Leitlinien den Bedürfnissen unserer hausärztlichen Versorgung gerecht werden. Diese Studie gewährt einen Einblick in die Epidemiologie, den Krankheitsverlauf und die Versorgung von Kreuzschmerzpatienten in der hausärztlichen Praxis. Außerdem wurden Wünsche und Erwartungen der Patienten untersucht, die auf die Art und Effektivität ärztlichen Handelns Einfluss nehmen.

Wie in unserer Studie gezeigt, konsultiert fast jeder zwölfte Patient einer Hausarztpraxis seinen Hausarzt aufgrund von Kreuzschmerzen. Auffallend ist der geringe Anteil erstmals aufgetretener Fälle (5,5 %) unter den Beratungsanlässen. Stattdessen leiden die Patienten häufig an rezidivierenden Beschwerden (fast 20 %), die trotz Behandlung einen chronischen Verlauf zeigen. Ein hoher Anteil der Patienten (55 %) klagte im Beobachtungszeitraum über fast tägliche bzw. häufige Be-

## Originalarbeit

schwerden (mindestens einmal pro Woche). Vergleichbare Studien errechneten Rezidivraten funktionell beeinträchtigender Schmerzen von 8–14 % (3–6 Monate) (7) bzw. 45 % (1 Jahr) (8). Die Häufigkeitsverteilung nach Altersklassen zeigt, dass entgegen den üblicherweise gemachten Angaben (Mehrzahl der Patienten mit Kreuzschmerzen zwischen 35 und 50 Jahre alt), sich in Allgemeinarztpraxen auch eine Vielzahl älterer Patienten über 55 Jahre finden, die in den derzeitigen Leitlinien unter Warnhinweise fallen und auf welche die gemachten Therapievorgaben nicht zutreffen.

Kreuzschmerzpatienten erwarten von ihrem Hausarzt den Einsatz von Maßnahmen, die sie nicht bereits in Eigentherapie angewandt haben (Injektionen, Verordnung von Krankengymnastik und Massagen). Dabei weiß ein hoher Anteil der Patienten (30 %) um die Bedeutung von Bewegung für den Verlauf ihrer Beschwerden. Auffallend ist auch der relativ geringe Anteil der Patienten, die als vorrangiges Behandlungsziel weitere Diagnostik wünschen. Wesentliche Kernsätze nationaler und internationaler Leitlinien (frühzeitige Aktivierung, Verzicht auf Diagnostik, konsequente Schmerztherapie) (9) scheinen so auf Patientenseite nicht mit großen Umsetzungsschwierigkeiten verbunden zu sein. Kaum akzeptiert erscheint dagegen die ganzheitliche Betrachtungsweise der Kreuzschmerzen. Mehr als die Hälfte der Patienten negiert einen Einfluss der Stimmungslage auf den Grad der Beschwerden und hält stattdessen an somatischen Erkrankungen als Ursache der Kreuzschmerzen fest.

Die anscheinende Minderbewertung psychosozialer Komponenten für den Kreuzschmerzverlauf zeigt sich auch in den ärztlicherseits veranlassten Maßnahmen. So findet nur eine Überweisung in neurologische Behandlung und keine zu Psychotherapeuten statt. Allerdings spiegelt das Behandlungsprofil auch eine starke Betonung von Aktivität, den Verzicht auf Diagnostik und die Bedeutung der Schmerztherapie wider. Daneben bietet sich ein relativ breites Bild anderer nicht evidenzbasierter Therapieoptionen (s. Artikel zur Kreuzschmerz-Leitlinie der DEGAM in diesem Heft), die in Allgemeinarztpraxen oft verfügbar bzw. meist ohne größere Wartezeiten zu veranlassen sind (Physiotherapie). Van Tulder spricht angesichts der Inhomogenität der Behandlungsmaßnahmen von mangelnder Konsistenz der ärztlichen Therapie als Hinweis auf die Notwendigkeit evidenzbasierter Leitlinien (10). Ebenso kann das Behandlungsprofil aber auch Ausdruck von Hilflosigkeit angesichts therapieresistenter chronischer Beschwerden sein.

Auffallend ist der hohe Anteil an intramuskulären Injektionen. Möglicherweise ist dies unter anderem auf den (vom Arzt wahrgenommenen?) Wunsch von Patientenseite zurückzuführen, doch erlaubt das Design der Studie hierzu keine endgültigen Aussagen.

Aufgrund der kleinen Fallzahl insbesondere bei den Telefoninterviews müssen die Ergebnisse dieser Studie mit Vorbehalt betrachtet werden. Fragen, inwieweit die Patientenperspektive und das ärztliche Verhalten interagieren, kann durch die hier vorgestellte quantitative Befragung nicht geklärt werden, sondern sollte in zukünftigen Studien durch qualitative Erhebungen ergänzt werden.

Aspekte wie z. B. die begrenzte Verfügbarkeit psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten konnten in dieser Studie nicht berücksichtigt werden, obwohl sie vermutlich zum Behandlungsprofil gehören.

Um den Zeitaufwand zu minimieren und die Teilnahmebereitschaft der Patienten nicht zu gefährden, wurden statt validierter komplexerer Instrumente einfache Fragen – teils in Verbindung mit NAS – verwendet, um Outcome-Parameter wie das Wohlbefinden oder die funktionelle Beeinträchtigung zu erheben. Die Angaben zur hausärztlichen Behandlung und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den letzten drei Monaten unterliegen einem Erinnerungsbias; die Fragen zu Patientenwünschen, -erwartungen und Umsetzung hausärztlicher Empfehlungen sind vermutlich von erwünschtem Antwortverhalten geprägt, wenngleich die Anonymität der Angaben und die Wahrung des Datenschutzes versichert wurden.

Zwar sind die Ergebnisse dieser Studie methodisch z. T. angreifbar, doch lassen sich Hypothesen generieren: Die Versorgung von Kreuzschmerzpatienten in hausärztlichen Praxen scheint komplexer zu sein, als verschiedene Leitlinien und evidenzbasierte Empfehlungen vermuten lassen. Hausärzte sind vielfach mit rezidivierenden, chronischen und therapieresistenten Beschwerden ihrer Patienten konfrontiert, die angesichts der wenigen evidenzbasierten Empfehlungen Ärzte und Patienten hilflos zurücklassen. Es zeigt sich ein breites Bild im Einsatz sowohl nicht in ihrer Wirksamkeit bestätigter Therapien als auch obsoleter Maßnahmen (intramuskuläre Schmerzmittelinjektionen).

Der häufig als Paradigmenwechsel beschriebene Umdenkungsprozess zu einer aktivierenden statt schonenden Therapie sowie zum restriktiven Umgang mit bildgebenden Verfahren in der Kreuzschmerzbehandlung scheint zu großen Teilen stattgefunden zu haben. Zukünftige Forschung sollte vor allem auch die Subgruppen an Kreuzschmerzpatienten einschließen, die durch eine hohe Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen infolge rezidivierender und chronischer Beschwerden auffallen.

## Danksagung

Wir danken allen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten, ohne deren aktive Unterstützung diese Studie nicht hätte stattfinden können.

## Literatur

1. Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin: Leitlinien-Clearingbericht »akuter Rückenschmerz« 2001
2. Raspe H, Kohlmann T: Die aktuelle Rückenschmerz-Epidemie. In: Pfingsten M, Hildebrandt J (Hrsg.) Chronischer Rückenschmerz. Verlag Hans Huber, Bern 1998: 20–33
3. Rössignol M, Abanham L, Seguin P et al.: Coordination of primary health care for back pain. *Spine* 2000; 25: 251–259
4. Schiøtz-Christensen B, Nielsen GL, Kjaer V et al.: Long-term prognosis of acute low back pain in patients seen in general practice: a 1 year prospective follow-up study. *Fam Pract* 1999; 16: 223–32
5. Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC et al.: Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ* 1998; 316: 1356–9
6. Schers H, Braspenning J, Drijver R et al.: Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in the Netherlands. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 640–44

7. Carey TS, Mills Garrett J, Jackman A, Hadler N: Recurrence and Care Seeking after acute back pain. Results of a long-term follow-up study. *Med Care* 1999; 37: 157–164
8. Schiøtz-Christensen B, Nielsen GL, Kjaer V et al.: Long-term prognosis of acute low back pain in patients seen in general practice: a 1 year prospective follow-up study. *Fam Pract* 1999; 16: 223–32
9. Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G: Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine* 2001; 26: 2504–13
10. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM, Metzmakers JFM: Management of chronic non-specific low back pain in primary care: a descriptive study. *Spine* 1997; 22: 76–82

## Zur Person



### Dr. med. Annette Becker, MPH

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Gesundheitswissenschaftlerin. Medizin-Studium in Aachen, Studium der Public Health in Ulm, seit 1998 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin Göttingen, seit 2002 niedergelassen in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis.

## Buchtipps

### Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitung in Diagnostik und Therapie, mit Fragen zur Facharztprüfung

F.H. Mader, H. Weißgerber, Springer-Verlag, Heidelberg, 2002, 4. vollst. überarb. Aufl., 422 St., 182 Abb., 99 Tab., 49,95 Euro

Das Lehrbuch von Mader/Weißgerber liegt nunmehr in der 4. Auflage vor. Das Buch wendet sich sowohl an den Arzt in Weiterbildung als auch den bereits niedergelassenen Hausarzt. In sehr gut lesbarem Stil, unterstützt durch ein gelungenes, zeitgemäßes Layout, vermitteln die Autoren den aktuellen Stand der sinnvollen hausärztlichen Diagnostik und Therapie basierend auf ihrer langjährigen Berufserfahrung. In einem einleitenden Kapitel werden die spezifischen Grundlagen der Allgemeinmedizin dargestellt (Fälleverteilung, unausgelesenes Krankengut, abwendbar gefährlicher Verlauf etc.). Orientiert an der Fälleverteilung werden im zweiten Abschnitt häufige Beratungsprobleme ausführlich dargestellt. Es schließen sich ein Abschnitt über den Inhalt der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin und eine Übersicht über die aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) an.

Besonders gewinnbringend lesen sich für den Berufsanfänger die vielen hilfreichen Tipps aus dem Praxisalltag der Autoren

(z. B. die Unterscheidung organischer von nichtorganischen ausstrahlenden Kreuzschmerzen, s. S. 56). Diese Praxisnähe hebt dieses Lehrbuch von anderen positiv ab. Jedes Kapitel endet mit einer ausführlichen Darstellung möglicher Fragen für die Facharztprüfung. Diese Fragen stellen eine gute Überprüfung des eigenen Fachwissens dar und sind zur Prüfungsvorbereitung sehr gut geeignet. Als Defizit könnte man die häufigen Querverweise auf die diagnostischen Programme nach Prof. Braun auffassen, ohne dass auf diese näher eingegangen wird. Weiterhin wäre gerade für die primärärztliche Tätigkeit (und nicht nur für diese) eine Berücksichtigung der Methoden der Evidence Based Medicine (EBM) eine sinnvolle Ergänzung des Buches.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Studium des Buches gerade für den Berufsanfänger eine sehr gute Einführung in die spezifische Arbeitsweise der Allgemeinmedizin darstellt und den Einstieg in die praktische und rationelle Umsetzung des in der klinischen Weiterbildung erworbenen Wissens erleichtert.

Dr. Thomas Fischer, Göttingen