Forschung kompakt

Costs of Back Pain in Germany

Kosten von Rückenschmerzen in Deutschland

Wenig C, Schmidt C, Kohlmann T, Schweikert B. European Journal of Pain 2009; 12: 280–286

Zusammenfassung

Fragestellung

Wie hoch sind die durch Rückenschmerzen bedingten Kosten in Deutschland und welchen Einfluss haben soziodemografische Faktoren darauf?

Physiotherapeutischer Hintergrund

In Deutschland liegt die Punktprävalenz bei geschätzten 30–40%, die Jahresprävalenz bei 60–70% und die Lebensprävalenz über 80% [6, 7, 21]. Rückenschmerzen sind jedoch mehr als ein häufig auftretendes gesundheitliches Problem, da durch Arbeitsausfall und vorzeitige Berentung hohe Kosten entstehen [19, 22]. Viele zumeist ausländische Studien haben die durch Rückenschmerzen entstehenden Kosten analysiert [8, 17, 21, 22]. Soziodemografische Daten wurden im Zusammenhang mit den errechneten Kosten nur selten beachtet. Die Berücksichtigung dieser Variablen ist jedoch wichtig, weil dies die Identifikation von Risikofaktoren für die Entstehung von hohen Kosten ermöglicht.

Methode

Im Rahmen einer großen bevölkerungsabhängigen Studie des ***German Back Pain Research Networks*** wurden insgesamt 15750 Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft und einem Alter zwischen 18 und 75 Jahren in Bochum, Göttingen, Heidelberg/Rhein-Neckar Kreis, Lübeck und Marburg mittels Post kontaktiert [20]. 9267 beantworteten den Fragebogen, der Fragen zu Rückenschmerzen, soziodemografischen Aspekten sowie indirekten und direkten Kosten innerhalb der letzten 3 Monate beinhaltete. In der Auswertung wurden die Kosten auf 1 Jahr hochgerechnet.

Ergebnisse

5650 Teilnehmer gaben an, innerhalb der letzten 3 Monate Rückenschmerzen verspürt zu haben. Von diesen suchten innerhalb dieses Zeitraums 1683 (29,8%) einen Arzt (durchschnittliche Besuchsfrequenz: 3,5) und 1081 (19,1%) einen Physiotherapeuten (durchschnittliche Besuchsfrequenz: 9,1) auf. 1558 (27,6%) nahmen Medikamente ein (durchschnittlich an 20,5 Tagen). Zu einem kurzzeitigen Arbeitsausfall kam es bei 262 Personen (4,6%; durchschnittlich 13,53 Tage innerhalb der letzten 3 Monate), und in 19 Fällen (0,35%) resultierte aufgrund der Rückenschmerzen ein permanenter Produktivitätsverlust. 420 (7,4%) benötigten orthopädische Hilfsmittel.

Die Zusammensetzung der Kosten wird in ▶ **Tab. 1** wiedergegeben. Bei den direkten Kosten verursachten Arztbesuche und Physiotherapie 10,5% bzw. 10,3% aller Kosten. Die jährlichen Kosten für Personen mit Rückenschmerzen (n = 5650) betrugen durchschnittlich 1322 Euro.

Durch Hochrechnung der Ergebnisse auf die deutsche Gesamtbevölkerung wurden die Gesamtkosten für Rückenschmerzen in Deutschland auf jährlich 48,96 Milliarden Euro geschätzt.

Frauen, Berufstätige und Teilnehmer mit zunehmendem Chronifizierungsgrad (GCPS) nach von Korff et al. ([15]; ▶ **Abb. 1**) zeigten eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit, Kosten zu verursachen. Der mit Abstand wichtigste Vorhersagewert waren die GCPS-Gruppen II–IV mit ansteigenden Odds ratios von jeweils 3,341, 7,075 und 17,24.

Wurden Kosten verursacht, zeigten Personen mit männlichem Geschlecht, Arbeitslose, ansteigendem Alter bis zum 50. Lebensjahr, niedrigem Bildungsstand und zunehmendem GCPS signifikant höhere Ausgaben.

Eine weitere Analyse ergab, dass die GCPS-Gruppe I durchschnittlich jährlich 414,4 Euro, Gruppe II 783,6 Euro, Gruppe III 3017,2 Euro und Gruppe IV 7115,7 Euro an Kosten verursachten.

Schlussfolgerungen

In Deutschland ist Rückenschmerz eine Erkrankung mit hoher ökonomischer Bedeutung. Der GCPS nach von Korff et al. [15] korreliert deutlich mit den entstehenden Kosten. Deshalb erscheint eine Kostenreduktion durch Präventionsprogramme zur Vermeidung einer Chronifizierung als wahrscheinlich. Zusätzlich enthält diese Studie Informationen, die gegebenenfalls bei der Entwicklung innovativer Behandlungsstrategien für Rückenschmerzen berücksichtigt werden sollten.

Tab. 1 Jährliche Kosten (in Euro) im Jahr 2005 pro Patient (n = 5650).

direkte Kosten:	***612,5 (46,3%)***
▬ Medikamente	42,1 (3,2%)
▬ Arztbesuche	139,0 (10,5)
▬ Physiotherapie	135,7 (10,3%)
▬ orthopädische Hilfsmittel	30,6 (2,3%)
▬ Krankenhaus	176,2 (13,3)
▬ Rehabilitation	88,9 (6,7%)
indirekte Kosten:	***709,5 (53,7%)***
▬ kurzzeitiger Arbeitsausfall	481,3 (36,4%)
▬ permanenter Arbeitsausfall	228,2 (17,3%)
Gesamtkosten	***1322,0 (100%)***

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Der Chronifizierungsgrad nach von Korff et al. [15] wurde zuerst in Englisch publiziert (Graded chronic pain scale, GCPS), bevor er 2004 für den deutschen Sprachraum validiert wurde [14, 15]. Der Fragebogen besteht aus 7 Fragen, von denen sich insgesamt 6 Fragen auf Schmerzintensitäten (momentaner, durchschnittlicher und maximaler Schmerz in den letzten drei Monaten) und Beeinträchtigungen im Beruf, Alltag und Freizeitbereich beziehen. Die 7. Frage bezieht sich auf die Anzahl der Tage, bei denen aufgrund der Rückenschmerzen nicht der normalen Beschäftigung nachgegangen werden konnte. Anhand der auf einer 11-Punkte-Skala von 0–10 angekreuzten Antworten werden die Personen in folgende 4 Gruppen klassifiziert:

I: geringe Beeinträchtigung

II: geringe Beeinträchtigung und hohe Schmerzintensität

III: hohe Beeinträchtigung, die sich moderat auswirkt

IV: hohe Beeinträchtigung, die sich massiv auswirkt

Abb. 1 Chronfizierungsgrad nach van Korff et al. [15].

Kommentar

Diese Studie versucht 2 Fragen zu beantworten: (1) Wie hoch sind die Gesamtkosten für die Behandlung von Rückenschmerzen in Deutschland und (2) Wie beeinflussen soziodemografische Faktoren diese Kosten.

Die Antworten haben bei genauerer Betrachtung auch für den Berufsstand der Physiotherapie politische und therapeutische Relevanz.

Errechnet man 10,3 % von den 48,96 Milliarden Euro Gesamtkosten, erhält man mit 5,04 Milliarden Euro die geschätzten jährlichen Kosten für Physiotherapie. Neben dieser hohen Summe lässt die durchschnittliche Besuchsfrequenz von 9,1 aufhorchen. Warum ist diese so hoch? Gibt es einen Unterschied zwischen Selbstzahlern und Kassenpatienten? Interessant wären in diesem Zusammenhang Vergleichsstudien aus dem Ausland. Bei Vorliegen dieser Daten muss es in den Ohren der zuständigen Kostenträger wie Hohn klingen, wenn einige Physiotherapeuten wiederholt die Ausstellung von Folgeverordnungen empfehlen [9].

Dennoch müssen die Daten mit Vorsicht evaluiert werden. Es ist nicht auszuschließen, dass bei den Angaben zu Rückenschmerzen regionale Unterschiede existieren. Ob sich deshalb die Daten auf ganz Deutschland „hochrechen“ lassen, ist fraglich. So erscheint z. B. die Anzahl der Hausarztbesuche wegen Rückenschmerzen in Sachsen geringer zu sein als der Bundesdurchschnitt [3].

Die Studie zeigt, dass bestimmte Personen aufgrund ihrer Rückenschmerzen hohe Kosten verursachen. Das Erkennen dieser Personen bzw. deren Risikofaktoren sollte integraler Bestandteil jeder Therapieeinheit sein. Die meisten der Merkmale finden sich in der Literatur auch als ***Yellow flags***, d. h. psychosoziale Faktoren, die eine Schmerzchronifizierung begünstigen [4, 10, 23]. Aktuelle Leitlinien fordern daher ausdrücklich das frühe Erkennen dieser Risikofaktoren [1, 5]. Die empfohlene Behandlung bzw. Prophylaxe in Form von Edukation und aktiven Übungsprogrammen ist die logische Schlussfolgerung [1, 5].

Die GCPS-Gruppen III und IV verursachten zusammen 65 % der Gesamtkosten, obwohl sie nur 14 % der Teilnehmer mit Rückenschmerzen ausmachten. Aufgrund der guten Wirksamkeit und einem günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis befürworten Wissenschaftler bei diesen Chronifizierungsgraden ein multimodales Vorgehen [2, 11, 12, 13]. Heißt dies, dass für alle chronischen Rückenschmerzpatienten eine isolierte physiotherapeutische Einzelbehandlung nicht indiziert ist und dadurch lediglich die Kosten des Gesundheitssystems nach oben getrieben werden? Nein, denn es gibt auch bei diesen Patienten Subgruppen, die durch eine gezielte mechanische Therapie in Verbindung mit Edukation erstaunliche Ergebnisse erzielen können [16]. Weitere Forschung auf dem Gebiet ist jedoch erforderlich.

Literatur

1. *Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C et al. European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific Low Back Pain. Eur Spine J 2006; 15 (Suppl 2): S192–S300*
2. *Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. Multimodale Schmerztherapie. Konzepte und Indikation. Schmerz 2009; 23: 112–120*
3. *Bergmann A. Rückenschmerz in der hausärztlichen Praxis – eine Herausforderung? Symposium & Podiumsdiskussion – Chronischer Rückenschmerz zwischen Leitlinie und multimodalen Programmen. Ein Standortbestimmung. Dresden, 2011*
4. *Boersma K, Linton S. Screening to identify patients at risk. Clin J Pain 2005; 21: 218–225*
5. *Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz – Langfassung. Version 1.0 30, Nov. 2010. www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz*
6. *Deck R, Kohlmann T, Raspe H. Zur Epidemiologie des Rückenschmerzes. Psychomed 1993; 5: 164–168*
7. *Diemer W, Burchert H. Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. Themenheft 7/2002. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bonn: Statistisches Bundesamt, 2002*
8. *Ekman M, Jonhagen S, Hunsche E et al. Burden of illness of chronic low back pain in Sweden in 2001. Acta Orthop 2005; 76: 275–284*
9. *Goebel D, Schultz W. Ambulante Physiotherapie in Orthopädie und Unfallchirurgie: Kann der Erfolg überhaupt beurteilt werden? Z Orthop Unfall 2011; 149: 17–21*
10. *Grotle M, Vollestad NK, Brox JI. Sreening for yellow flags in first-time acute low back pain. Clin J Pain 2006; 22: 458–467*
11. *Guzman J, Esmail R, Karjalainen K et al. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2002; 1. CD000963*
12. *Haldorsen EMH, Grasdal AL, Skouen JS et al. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, an extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. Pain 2002; 95: 49–63*
13. *Jensen IB, Bergström G, Ljungquist T et al. A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. Pain 2005; 115: 273–294*
14. *Klasen BW, Hallner D, Schaub C et al. Validation and reliability of the German version of the Chronic Pain Grade questionnaire in primary care back pain patients. PSM 2004; 1: Doc07*
15. *Von Korff M, Ormel J, Keefe Fj, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. Pain 1992; 50: 133–149*
16. *Long A, Donelson R, Fung T. Does it matter which exercise? A randomized controlled trial of exercise for low back pain. Spine 2004; 23: 2593–2602*

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

17. Luo X, Pietrobon R, Sun SX et al. Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the United States. Spine 2004; 84: 95–103
18. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. Pain 2000; 84: 95–103
19. Schmidt CO, Kohlmann T. Was wissen wir über das Symptom Rückenschmerz? Epidemiologische Ergebnisse zu Prävalenz, Inzidenz, Verlauf, Risikofaktoren. Z Orthop 2005; 143: 292–298
20. Schmidt CO, Raspe H, Pfingesten M et al. Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. Spine 2007; 32: 2005–2011
21. Schumacher J, Brähler E. Prävalenz von Schmerzen in der deutschen Bevölkerung; Ergebnisse repräsentativer Erhebungen mit dem Gießener Beschwerdebogen. Schmerz 1999; 13: 375–384
22. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. Pain 1995; 62: 233–240
23. Waddell, G. The back pain revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998

AUTOR

Dr. med. Christian Schmidt
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin Sportmedizin
Dip. PT Dip. MDT McKenzieinstruktor MT
Klinik Bavaria Kreischa
christian.p.schmidt@gmx.de

BIBLIOGRAFIE

DOI 10.1055/s-0032-1304751
manuelletherapie 2012; 16: 4-6
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1433-2671

Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz Neufassung August 2011

Kommentierte Zusammenfassung der Empfehlungen für physiotherapeutische Interventionen

Am 01.08.2011 veröffentlichte die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die Neufassung der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerzen [3]. Das Dokument soll bis Oktober 2014 gültig bleiben.

Hierbei handelt es sich um eine als S3 klassifizierte Leitlinie, also ein Dokument, das allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse) entspricht. Die genauen Empfehlungen für die Entwicklung einer S3-Leitline sind auf der Website der AWMF nachzulesen [2]. Der Prozess beinhaltet eine systematische Recherche und Qualitätsbegutachtung der vorhandenen Evidenz durch ein interdisziplinäres Gremium und resultiert in konkreten evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für Kliniker und Patienten.

Die Autoren definieren die Rolle einer Versorgungsleitlinie als eine „evidenzbasierte ärztliche Entscheidungshilfe für die strukturierte medizinische Versorgung im deutschen Gesundheitssystem“ [3]. Es handelt sich also nicht um eine gesetzlich bindende Handlungsanweisung, sondern vielmehr um eine Unterstützung bei der Entscheidungsfindung im klinischen Alltag mit Rückenschmerzpatienten.

An der Erstellung der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen waren eine Reihe medizinischer Verbände aller Fachrichtungen, ein Berufsverband der Psychologen, die Deutsche Gesellschaft für das Studium des Schmerzes, der Deutsche Verband der Ergotherapeuten und stellvertretend für den Beruf der Physiotherapeuten der Deutsche Verband für Physiotherapie (ZVK) vertreten. Patientengremium ist die Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew.

Rückenschmerzen werden im Rahmen dieser Leitlinie wie folgt definiert: „Rückenschmerzen im Allgemeinen sind unterschiedlich starke Schmerzen des menschlichen Rückens, die ganz verschiedene Ursachen haben können. Die Empfehlungen dieser Leitlinie beschränken sich auf die Versorgung der Patientengruppe mit nichtspezifischem Kreuzschmerz“ [3].

Explizite Zielsetzung der NVL ist „eine beschwerdeorientierte und individuelle Therapie des Kreuzschmerzes, die auf Schmerzkontrolle und möglichst rasche funktionelle Wiederherstellung ausgerichtet sein soll“ [3].

Im Rahmen der evidenzbasierten Medizin ist eine leitliniengemäße Patientenversorgung wünschenswert, aber wie hilfreich ist die vorliegende NVL für den Beruf der Physiotherapeuten?

Bereits ein Blick auf das Inhaltsverzeichnis weckt erste Zweifel, wie gut Physiotherapeuten bei der Erstellung dieser NVL tatsächlich vertreten waren. Zwar wird Ergotherapie als nicht medikamentöse Behandlung aufgeführt, nicht jedoch Physiotherapie, die sich unter den Rubriken Bewegungstherapie, Massage, Mobilisation/Manipulation, Elektrotherapie, Thermotherapie und Rückenschule verbirgt. Da sowohl Ergo- als auch Physiotherapeuten mehrere dieser Interventionen durchführen, ist unklar, warum das Inhaltsverzeichnis auf diese Art und Weise erstellt wurde. Auch die Abschnitte zu den Therapieempfehlungen und zur zugrundeliegenden Evidenz geben keinen Aufschluss über diese Entscheidung.

Kommentierte Empfehlungen für physiotherapierelevante Interventionen

1. ***Bewegungstherapie (auch Krankengymnastik) soll zur Behandlung von akutem nicht spezifischem Kreuzschmerz nicht verordnet werden***
   Die Empfehlung, bei akuten Rückenschmerzen keine Physiotherapie zu verordnen, beruht auf 4 Übersichtsarbeiten, unter anderem den ***European Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain*** [4] und einem Cochrane Review [5], die alle bereits vor 2007 veröffentlicht wurden. Interventionsstudien, die in den Übersichtsarbeiten nicht berücksichtigt wurden und zum Teil aktueller sind als deren Literaturrecherchezeitraum, wurden nicht ausgewertet, wie z. B. die Studien von Lau et al. [7] und Wand et al. [8]. Beide Studien zeigen, dass eine frühe physiotherapeutische Intervention bei akuten Rückenschmerzen die Schmerzen reduziert und die Funktion bzw. Lebensqualität verbessert [7]. Zudem verdeutlichen die Studien zur segmentalen Stabilisation der LWS, dass gezielte physiotherapeutische Maßnahmen

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

eine wichtige Rolle bei der Sekundärprävention und damit der Vermeidung von Rezidiven spielen [6].
Zugegebenermaßen ist die Evidenzlage jedoch mangelhaft und eine klare Aufforderung an unseren Beruf, methodisch hochwertige Effektivitätsnachweise für physiotherapeutische Interventionen zu liefern, gerade im Hinblick auf die Prognose für akute Rückenschmerzpatienten.
Bei subakuten und chronischen Rückenschmerz ist die Evidenzlage eindeutig, und Bewegungstherapie wird klar empfohlen, nicht jedoch explizite Physiotherapie.

2. ***Elektrotherapie (Interferenztherapie, PENS, TENS) sollten bei akuten oder subakuten/chronischen Rückenschmerzpatienten nicht angewendet werden; das Gleiche gilt für Kurzwellendiathermie, Laser- und Magnetfeldtherapie. Wärmetherapie kann bei akuten Rückenschmerzen, soll aber nicht bei chronischen Rückenschmerzen verordnet werden***
3. ***Ergotherapie soll bei akuten Rückenschmerzen nicht, aber bei chronischen Rückenschmerzen im Rahmen multimodaler Programme durchgeführt werden***
   Aufschluss darüber, welche ergotherapeutischen Interventionen hier gemeint sind, gibt ein Blick in den nächsten Abschnitt der NVL zur Hintergrundliteratur, auf der diese Empfehlungen basieren. Die Empfehlung bezieht sich auf das Training arbeitsplatzspezifischer Bewegungsabläufe, meist ***Work conditioning*** oder ***Work hardening*** genannt. Die dieser Empfehlung zugrundeliegende Literatur erwähnt jedoch nicht, dass es sich hierbei um ergotherapeutische Maßnahmen handelt. In deutschen interdisziplinären Schmerzzentren werden diese Maßnahmen meist von Physiotherapeuten durchgeführt. Die Rubrik ist somit ungünstig gewählt und führt zu einer Konkurrenz zwischen den Berufen, anstelle einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Es wäre günstiger gewesen, auch hier die Berufsbezeichnung durch eine Beschreibung der Intervention zu ersetzen, so wie es bei allen physiotherapeutischen Interventionen geschehen ist.
4. ***Manipulation/Mobilisation kann sowohl bei akuten als auch subakuten/chronischen Rückenschmerzen (in Kombination mit Bewegungstherapie) angewendet werden***
   Die Formulierung „kann“ bedeutet, dass die Evidenzlage zu diesem Thema noch offen ist, also weder für den Einsatz manueller Techniken noch dagegen spricht. Unklar bleibt, ob es sich hier um ärztliche Manuelle Therapie, Osteopathie oder physiotherapeutische Manuelle Therapie handelt.
5. ***Massage soll bei akuten Rückenschmerzen nicht und kann bei chronischen Rückenschmerzen angewendet werden***
6. ***Rückenschule kann bei subakuten und sollte bei chronischen Rückenschmerzen angewendet werden. Betont wird, dass sie auf einem biopsychosozialen Ansatz beruht***
   Hier werden Rückenschulmaßnahmen berücksichtigt, die sowohl von Physio- als auch Ergotherapeuten und ärztlichen Fachkräften durchgeführt wurden.

Insgesamt entsteht bei der Lektüre der NVL der Eindruck, dass zwar in den Kompetenzbereich von Physiotherapeuten fallende Interventionen berücksichtigt wurden, im Gegensatz zur Ergotherapie wird jedoch Physiotherapie nicht ausdrücklich erwähnt – außer bei der Empfehlung ***gegen*** Bewegungstherapie bei akuten Rückenschmerzen (hier mit „Krankengymnastik“ bezeichnet). Als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt geht also nicht eindeutig hervor, dass bei akuten Rückenschmerzen eine Verordnung physiotherapeutischer Manueller Therapie sinnvoll sein kann und bei subakuten und chronischen Rückenschmerzen Physiotherapie als Bewegungstherapie verordnet werden sollte (dazu optional Massagen, Rückenschule, Manuelle Therapie), sondern nur, dass z. B. Bewegungstherapie im Allgemeinen empfohlen wird.

Die Empfehlungen stehen zum Teil im Widerspruch zu internationalen Guidelines, wie z. B. den Positionspapieren des Australischen Physiotherapieverbandes (APA), die Manuelle Therapie und Übungsbehandlungen bereits für akuten Rückenschmerz empfehlen [1]. Darüber hinaus werden in Deutschland primär von Physiotherapeuten durchgeführte Interventionen, wie z. B. ***Work hardening*** und Rückenschule teilweise ganz anderen Berufsgruppen zugeordnet.

Insgesamt hinterlässt die eigentlich erfreuliche Entwicklung einer aktuellen NVL aus der Sicht einer Physiotherapeutin einen etwas schalen Nachgeschmack und 2 brennende Fragen: (1) Ist die Evidenz für die physiotherapeutische Behandlung wirklich so dünn gesät und (2) Wurde die Physiotherapie bei der Erstellung der NVL überzeugend vertreten?

Literatur

1. *Australian Government National Health and Medical Research Council. APA Position Statement Back Pain. www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp95.pdf (06.12.2011)*
2. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). www.awmf.org*
3. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-007.html (06.12.2011)*
4. *European Commission Research Directorate General. Backpain Europe. www.backpaineurope.org (06.12.2011)*
5. *Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005. CD000335. DOI:10.1002/14651858.CD000335.pub2*
6. *Hides JA, Jull GA, Richardson CA. Long-term effects of specific stabilizing exercises for first-episode low back pain. Spine 2001; 26: E243–E248*
7. *Lau PMY, Chow DHK, Pope MH. Early physiotherapy intervention in an accident and emergency department reduces pain and improves satisfaction for patients with acute low back pain: a randomised trial. The Australian Journal of Physiotherapy 2008; 54: 243–249*
8. *Wand BM, BirdC, McAuley JH et al. Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. Spine 2004; 29: 2350–2356*

AUTORIN

Kerstin Lüdtke
Rückenzentrum am Michel
Ludwig-Erhard-Str. 18
20459 Hamburg
kerstin_luedtke@hotmail.com

BIBLIOGRAFIE

DOI 10.1055/s-0032-1304752
manuelletherapie 2012; 16: 6-7

© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1433-2671

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Manualtherapeutische Behandlung von Musikern

Unabhängig vom Instrument und der Musikart sind Musiker sensomotorische High-performer – insbesondere was die feinmotorische Kontrolle, Perzeption und Koordination angeht –, und damit durchaus mit Leistungssportlern zu vergleichen. Auch das zum Teil völlig unergonomische Design der (z.T. klassischen) Instrumente, die langen täglichen Übungszeiten und die wiederholte psychische Belastung (von Lampenfieber bis zur manifesten Auftrittsangst) sind wichtige Kofaktoren für die Entstehung musikerassoziierter Beschwerden [9, 10].

Große Erhebungen zeigen eindeutig, dass Musiker vor allem über (neuro-)muskuloskelettale Beschwerden klagen und nur in den seltensten Fällen auf ein musikerphysiotherapeutisch geschultes Ohr treffen [5, 8, 13, 14]. Auch wenn die ersten deutschsprachigen Quellen zum Thema Musikerbehandlung und Physiotherapie vor allem auf das Konzept der funktionellen Bewegungslehre (Functional kinetics) nach der Schweizer Physiotherapeutin Klein-Vogelbach [6, 7] zurückgehen, stellt die Manuelle Therapie in all ihren Facetten eine bedeutende Anwendungsform effektiver Physiotherapie bei Musikern dar [4, 15].

Die nachfolgende vom Autor entworfene Synopsis, die auf einer Auswertung mittels systematischem Review von Böckelmann und Schneyder [2] fußt, listet die häufigsten sich in verschiedenen Organsystemen manifestierenden Musikererkrankungen auf. Es fällt auf, dass nicht nur der Haltungs- und Bewegungsapparat am stärksten, sondern am zweitstärksten das Nervensystem [1, 3] betroffen ist; kurzum also das neuromuskuloskelettale System, die natürliche Zielregion effektiver Physiotherapie, insbesondere Manualtherapie. In ▶ **Tab. 1** wird die Bedeutung der physiotherapeutischen Intervention dargestellt und in der letzten Tabellenspalte exemplarisch erläutert.

Eine spezielle Musikerphysiotherapie – auch aus manualtherapeutischer Perspektive – ist bisher in Deutschland nicht etabliert, obwohl sich ihre Notwendigkeit aus der hohen neuromuskuloskelettalen Belastung von professionellen Musikern einerseits und den hier ansetzenden manualtherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten andererseits leicht ableiten lässt.

Weltweit zum 1. Mal wird dem gesamten Thema der Musikerbehandlung aus physiotherapeutischer Sicht (und im weiteren Sinne auch ergotherapeutischen und logopädischen Perspektive) ein internationaler Kongress gewidmet (www.musicphysio-congress.hs-osnabrueck.de; ▶ **Abb. 1**), der vom 16.–18. März 2012 an der Hochschule Osnabrück stattfindet und mit namhaften Referenten aus Europa und Übersee (USA, Australien, Kanada) und natürlich Deutschland aufwarten kann. Nutzen Sie die Gelegenheit zu einem fachlichen Dialog in wissenschaftlichen Vorträgen, Diskussionen und vor allem praktischen Workshops.

Abb. 1 Logo des MusicPhysio-Kongresses.

Die Literatur finden Sie online unter thieme connect: www.thieme-connect.de/ejournals/toc/manualletherapie

AUTOR

Prof. Dr. Christoff Zalpour
Institut für angewandte Physiotherapie und Osteopathie
INAP/O – Hochschule Osnabrück
zalpour@hs-osnabrueck.de

BIBLIOGRAFIE

DOI 10.1055/s-0032-1304753
manualletherapie 2012; 16: 8
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1433-2671

Tab. 1 Bedeutung der physiotherapeutischen Intervention.

Erkrankung (in priorisierter Reihenfolge, Einteilung nach Böckelmann u. Schneyder [2])	Bedeutung der physiotherapeutischen Intervention	Physiotherapiemethoden, Techniken (beispielhaft)
Haltungs- und Bewegungsapparat:		
▪ chronische Überlastungssyndrome	+++	▪ Manuelle Therapie, Kälte-/Wärmetherapie, Massage, Lymphdrainage, kompensatorische Trainingstherapie, Entspannungstechniken
▪ Bewegungsstörungen	+++	▪ Manuelle Therapie, Osteopathie, Kälte-/Wärmetherapie, Massage
Nervensystem:		
▪ Nervendruckschädigungen	+++	▪ Nervenmobilisation, Manuelle Therapie, Osteopathie, Entspannungstechniken
▪ fokale (Hand)Dystonie	x	▪ Bewegungstraining, Sensomotorikschulung, Entspannungstechniken
Psyche und Psychosomatik	++, x	Entspannungstechniken, Body awareness
Lärmschwerhörigkeit	x	Entspannungstechniken
Haut (Kontaktekzeme)	0	–
andere, z. B. CMD (kraniomandibuläre Dysfunktion)	+++	spezielle Manuelle Therapie, z. B. nach dem CRAFTA-Konzept [11, 12]

0 = keine Bedeutung; +++ = hohe Bedeutung; x = keine primäre Physiotherapie, aber physiotherapeutische Mitbehandlung

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.