



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Bewegungstherapie für Erwachsene mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen

Von der evidenzbasierten Empfehlung zur Heilmittelverordnung

VON PROF. DR. CORDULA BRAUN UND PROF. DR. KATJA EHRENBRUSTHOFF IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

D

Die Beratung von Menschen mit Kreuzschmerzen ist ein alltägliches Thema in der Haus- und allgemeinmedizinischen Praxis.(1) Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um „nicht-spezifische“ Kreuzschmerzen.(1) Als solche werden im Allgemeinen Kreuzschmerzen bezeichnet, denen sich keine spezifische pathologische Ursache wie z. B. ein Wirbelbruch, eine Spinalkanalstenose oder ein entzündlicher Prozess zuordnen lässt.(2) Bezüglich ihrer Dauer lassen sich Kreuzschmerzen in akute (bis zu 6 Wochen), subakute (6 bis 12 Wochen) und chronische Kreuzschmerzen (länger als 12 Wochen) unterteilen.(3)

Eine Frage, vor der Ärzt:innen im Rahmen der Betreuung von Patient:innen mit Kreuzschmerzen immer wieder stehen, ist die nach einer geeigneten Heilmittelverordnung, das heißt danach, welche Heil-

mittel geeignet sind, und wie es um die Evidenz für ihre Wirksamkeit und Sicherheit steht. Dieser Beitrag geht dieser Frage unter Berücksichtigung aktueller evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen, wissenschaftlicher („externer“) Evidenz und physiotherapeutischer Expertise („interner Evidenz“) nach. Dabei wird auch der „Brückenschlag“ zwischen der Evidenz und dem Heilmittelkatalog (4), aus dem Ärzt:innen die geeigneten Heilmittel für ihre gesetzlich versicherten Patient:innen auswählen müssen, betrachtet.

Beide Autorinnen dieses Beitrags verfügen über eine langjährige Expertise und Erfahrung sowohl in der physiotherapeutischen Betreuung von Menschen mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen als auch in der Wissenschaft und Evidenzbasierten Medizin (EbM).

LEITLINIEN FÜR DIE EVIDENZBASIERTE VERSORGUNG

Eine für alle in der Gesundheitsversorgung tätigen Ärzt:innen und Gesundheitsfachpersonen wichtige Ressource für die evidenzbasierte Versorgung von Menschen mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen ist die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“.(5) Wie alle evidenzbasierten Leitlinien wurde die NVL für eine evidenzbasierte, optimierte Versorgung entwickelt.(5)

Dass körperliche Inaktivität, insbesondere aber Bettruhe, im Allgemeinen keine geeignete Strategie zur Behandlung von nicht-spezifischen Kreuzschmer-

zen jeglicher Dauer sind, ist wissenschaftlich belegt (6). In der NVL findet sich hierzu entsprechend eine starke Negativempfehlung ((5), Empfehlung 5.3). Da akute Kreuzschmerzen zudem häufig selbstlimitierend sind (7), bedürfen diese in den meisten Fällen, vor allem bei erstmaligem Auftreten, jenseits Beratung mit der Empfehlung, aktiv zu bleiben, sowie ggf. einer kurzfristigen Schmerzmedikation, keiner weiteren Behandlung ((5), Statement 4.6). Die Frage nach weiteren geeigneten therapeutischen Maßnahmen stellt sich somit in der Regel in erster Linie bei Menschen mit länger andauernden Kreuzschmerzen.

Eine zentrale und starke Empfehlung in der NVL für die Behandlung von Menschen mit subakuten und chronischen Kreuzschmerzen ist die Durchführung einer „Bewegungstherapie“. Hierzu heißt es in der NVL ((5), Empfehlung 5.5): „Bewegungstherapie, kombiniert mit edukativen Maßnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien, soll zur primären Behandlung subakuter und chronischer nicht-spezifischer Kreuzschmerzen zur Unterstützung der körperlichen Aktivität angewendet werden.“

VON DER LEITLINIENEMPFEHLUNG ZUR HEILMITTELVERORDNUNG

Für eine Bewegungstherapie werden Patient:innen mit Kreuzschmerzen in aller Regel via Heilmittelverordnung an Physiotherapeut:innen überwiesen. Als erste Ansprechpartner:innen sehen sich Ärzt:innen

jedoch häufig mit Fragen ihrer Patient:innen konfrontiert wie: „Was genau soll ich tun?“ oder „Wird eine Bewegungstherapie mir helfen?“. Welche Antworten gibt die Wissenschaft, und welches Heilmittel ist zu wählen, wenn eine Bewegungstherapie verordnet werden soll?

Bei der Betrachtung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes ist zu beachten, dass der Begriff „Bewegungstherapie“ ein breites Spektrum von „Konzepten“ umfasst, deren Gegenstand die Anleitung zu bzw. Durchführung von spezifischen Bewegungen, Bewegungsabläufen und/oder Aktivitäten ist.(8,9) Das Ziel ist die Verringerung von Schmerzen, funktionellen Einschränkungen und weiteren patientenrelevanten Ergebniskriterien.

Physiotherapeut:innen wählen dabei in aller Regel Elemente aus unterschiedlichen Konzepten, seien es spezifisch physiotherapeutische oder globalere wie „Yoga“ oder „Pilates“, aus und kombinieren diese auf Grundlage ihrer Expertise und Erfahrung sowie der Bedürfnisse und Präferenzen ihrer Patient:innen. Dies macht aus verschiedenen Gründen Sinn. Einer ist, dass die Abgrenzung einzelner spezifischer Konzepte voneinander weniger „trennscharf“ ist als sie scheinen mag und mitunter propagiert wird, adressieren sie doch alle die motorischen Grundfähigkeiten (Kraft, Beweglichkeit, Koordination, Ausdauer oder Schnelligkeit).(10) Ihre Unterschiede liegen im Wesentlichen in ihrer spezifischen Gestaltung sowie



ggf. der zugrunde gelegten „Philosophie“. Darüber hinaus kann die Kombination von Elementen aus unterschiedlichen Konzepten dabei helfen, herauszufinden, wie Patient:innen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse und Präferenzen zu (mehr) Bewegung und körperlicher Aktivität motiviert werden können. Entsprechend macht die Frage nach der „einen besten“ Bewegungstherapie aus physiotherapeutischer Sicht wenig Sinn.

Dieser Beitrag fokussiert auf „Bewegungstherapie“ für Menschen mit chronischen Kreuzschmerzen. Weitere Behandlungsoptionen, darunter z. B. multimodale Versorgungskonzepte, werden nicht thematisiert, sind aber in der NVL (5) ebenfalls adressiert.

WELCHE ANTWORTEN GIBT DIE WISSENSCHAFT ZUR FRAGE DER WIRKSAMKEIT UND SICHERHEIT EINER BEWEGUNGSTHERAPIE FÜR MENSCHEN MIT CHRONISCHEN NICHT-SPEZIFISCHEN KREUZSCHMERZEN?

Der Blick in die wissenschaftliche Literatur ergibt eine große Zahl von Arbeiten, die sich mit dieser Frage befassen haben. Unter diesen findet sich eine große Zahl von systematischen Reviews. Systematische Reviews fassen die Evidenz aus (idealerweise allen verfügbaren) klinischen Studien zu einer spezifischen Fragestellung zusammen und sind daher eine wichtige Informationsquelle für die evidenzbasierte Entscheidungsfindung.(11)

Wer nach systematischen Reviews zu Bewegungstherapien für Menschen mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen sucht, dürfte jedoch schnell bemerken, dass viele Arbeiten auf einem spezifischen Konzept fokussieren, und dass verschiedene Reviews zu verschiedenen Konzepten häufig zur selben oder zumindest ähnlichen Aussage kommen, einem positiven Ergebnis zugunsten der interessierenden Intervention. Ein Grund hierfür könnte die beschriebene

Schwierigkeit der Abgrenzbarkeit der verschiedenen Konzepte untereinander sein.

Ein 2021 publizierter Cochrane Review hat einen breiteren Ansatz gewählt und sich der Frage nach der Wirksamkeit und Sicherheit von „Bewegungstherapie“ im Sinne „jeglicher Form von Bewegungstherapie“ für Menschen mit chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen angenommen.(8)

Es handelt sich um unser Kenntnis nach um den bislang umfassendsten systematischen Review zu diesem Thema, dazu eine Arbeit, die nach den hohen methodischen Qualitätsstandards der Cochrane Collaboration erstellt wurde.(12) Diese Arbeit wurde nach Fertigstellung der initialen Version der NVL publiziert und wurde daher für diese noch nicht berücksichtigt. Im Folgenden wird der Review zusammenfassend dargestellt. Weitere Details sind im frei zugänglichen Volltext, die Zusammenfassung in einfacher Sprache auch in deutscher Sprache verfügbar. (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009790.pub2/full>)

COCHRANE-EVIDENZ ZU BEWEGUNGSTHERAPIE FÜR ERWACHSENE MIT CHRONISCHEN KREUZSCHMERZEN

In den Review wurden 249 randomisierte kontrollierten Studien (RCTs) mit über 24.000 Teilnehmenden eingeschlossen, in denen die Wirkungen einer Bewegungstherapie bei Erwachsenen mit chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen untersucht wurde. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden betrug 43,7 Jahren; 59% waren weiblichen Geschlechts. Knapp die Hälfte der Studien stammte aus europäischen Ländern. Das Biasrisiko (Verzerrungsrisiko) der Ergebnisse wurde für die meisten Studien als „hoch“ bewertet. Ein wesentlicher Grund hierfür war die Tatsache, dass sich die Durchführung von Bewegungstherapie nicht bzw. nur sehr schwer verblinden lässt. Die Kenntnis



der Zuteilung der Teilnehmenden zur Interventions- oder Kontrollbehandlung könnte daher die Ergebnisse beeinflusst haben.

Die interessierenden Vergleiche umfassten keine Behandlung, die medizinische Regelversorgung (z. B. eine Schmerzmedikation), eine Placebo-Behandlung (im Fall dieses Reviews eine inaktive Elektrotherapie) oder eine andere konservative Behandlung ohne bewegungstherapeutische Anteile (z. B. eine Elektrotherapie

oder passive physiotherapeutische Maßnahmen). Die folgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die primären Endpunkte Schmerz und funktionelle Einschränkungen und den Nachbeobachtungszeitraum 6-12 Wochen nach Behandlungsende.

Der Review ergab, dass eine Bewegungstherapie für Erwachsene mit chronischen Kreuzschmerzen wahrscheinlich effektiver ist als keine Behandlung, die übliche Versorgung oder eine Placebo-Behandlung. Die Größe des Effekts wurde für beide Endpunkte als klein, für die Schmerzintensität jedoch als klinisch bedeutsam eingeschätzt. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für dieses Ergebnis wurde als moderat bewertet.

Der Review ergab weiter, dass eine Bewegungstherapie für Erwachsene mit chronischen Kreuzschmerzen wahrscheinlich effektiver ist als verschiedene andere konservative Behandlungen. Die Größe des Effekts wurde für beide Endpunkte als klein und klinisch nicht bedeutsam eingeschätzt. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für dieses Ergebnis wurde als moderat bewertet. Subgruppenanalysen erbrachten Hinweise darauf, dass eine Bewegungstherapie wahrscheinlich effektiver ist als einige andere konservative Behandlungen wie z. B. eine alleinige Beratung oder Elektrotherapie.

Das Auftreten unerwünschter Ereignisse, ein sekundärer Endpunkt, wurde in lediglich 12 der eingeschlossenen Studien systematisch erhoben. Daher konnten für diesen Endpunkt keine robusten Schlussfolgerungen formuliert werden.

Der Review stützt die evidenzbasierte NVL-Empfehlung für die Durchführung einer Bewegungstherapie für Menschen mit chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen.(5). Gleichzeitig zeigt er eine Reihe von Problemen der Evidenzbasis auf, zu denen insbesondere die sehr kleine Teilnehmendenzahl vieler Stu-



dien, methodische Mängel und eine defizitäre Berichterstattung zählen. Entsprechend sind die Ergebnisse weniger robust, als man bei einer Evidenzbasis dieses Umfangs erwarten könnte.

DER BRÜCKENSCHLAG ZUR HEILMITTELVERORDNUNG

Beim „Brückenschlag“ von der Leitlinienempfehlung und Evidenz zur „geeigneten“ Heilmittelverordnung wird es etwas komplizierter. Der wesentliche Grund hierfür ist, dass der Heilmittelkatalog (4) nach „Heilmitteln“, nicht nach „spezifischen Therapien“ strukturiert ist. Dies erklärt die Schwierigkeit, von der evidenzbasierten Leitlinienempfehlung und Evidenz zum „passenden Heilmittel“ zu gelangen.

Drei im Heilmittelkatalog als „vorrangig“ gelistete Heilmittel, „Allgemeine Krankengymnastik“, „Krankengymnastik am Gerät“ und „Manuelle Therapie“, können per Definition bewegungstherapeutische Maßnahmen beinhalten und kommen damit für Menschen mit chronischen Kreuzschmerzen infrage. Die drei lassen sich inhaltlich ähnlich gestalten.

Ihre Unterschiede liegen in erster Linie in Vorgaben bezüglich der fachlichen Qualifikation der betreuenden Physiotherapeut:innen und der Ausstattung der Physiotherapie-Praxen. So dürfen „Krankengymnastik am Gerät“ und „Manuelle Therapie“ nur von Physiotherapeut:innen abgegeben werden, die eine spezifische Fortbildung absolviert haben, und darf „Krankengymnastik am Gerät“ nur in Physiotherapie-Praxen abgegeben werden, die über eine bestimmte räumliche Ausstattung und eine bestimmte Mindestausstattung an Trainingsgeräten verfügen.

„Krankengymnastik am Gerät“ kann, und wird in aller Regel, zudem nicht als Einzelbehandlung, sondern in einer Gruppe mit bis zu drei Patient:innen, abgegeben, und beinhaltet, im Gegensatz zur „Allgemeinen Krankengymnastik“ und „Manuellen Therapie“ keine begleitenden passiven Maßnahmen.

Aus dieser „Gemengelage“ lässt sich nicht viel mehr Hilfestellung ableiten als die folgenden Hinweise: „Allgemeine Krankengymnastik“ und „Manuelle Therapie“ ermöglichen die Kombination einer aktiven Bewegungstherapie mit passiven Maßnahmen wie z. B. mobilisierenden Techniken zur Verbesserung der Beweglichkeit der Wirbelsäule.

Eine „Manuelle Therapie“-Verordnung stellt sicher, dass manualtherapeutischen Maßnahmen von entsprechend fortgebildeten Physiotherapeut:innen durchgeführt werden.

„Krankengymnastik am Gerät“ hingegen ist als ausschließlich aktive Therapie einzuordnen, erfolgt dafür aber in der Regel in Praxen, die durch ihre räumliche Ausstattung gute Voraussetzungen für eine aktive Bewegungstherapie bieten.

Welches der drei Heilmittel das für eine bestimmte Person zu einem bestimmten Zeitpunkt „passendste“ ist, sollte idealerweise im Austausch mit den betreuenden Physiotherapeut:innen geklärt werden. Dies betrifft auch Entscheidungen für oder gegen die Verordnung weiterer, optionaler oder ergänzender Heilmittel, die nicht Gegenstand dieses Beitrags sind (s. ggf. NVL). Die Evidenzlage für die meisten dieser Heilmittel ist sehr unsicher, entsprechend ist auch hier der Einbezug von „interner Evidenz“ unabdingbar.

EVIDENZBASIERTE LEITLINIEN UND INTERPROFESSIONELLER AUSTAUSCH FÜR EINE HOCHWERTIGE VERSORGUNG

Allen Ärzt:innen, die Erwachsene mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen betreuen, sei die Nutzung der NVL „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ (5) noch einmal explizit empfohlen.

Die derzeit verfügbare, 2017 publizierte 2. Auflage der Leitlinie wird derzeit aktualisiert. Der Aktualisierungsprozess ist bereits weit fortgeschritten. Aufgrund der von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) beschlos-

senen Schließung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zum Jahresende 2024 (13) ist die Arbeit an der Leitlinie jedoch zurzeit unterbrochen, ihre Fertigstellung und weitere Zukunft ungewiss. Es ist sehr zu hoffen, dass es gelingen wird, die Arbeit an dieser sowie an allen anderen Leitlinien aus dem NVL-Programm in derselben Qualität fortzuführen. Neben der Berücksichtigung

von Leitlinien und Evidenz und unter Berücksichtigung der dargestellten Probleme des „Brückenschlags“ zum Heilmittelkatalog ist es wünschenswert, dass Ärzt:innen bei der Auswahl des geeigneten Heilmittels zur Verordnung einer Bewegungstherapie den Austausch mit Physiotherapeut:innen suchen, die darin ausgebildet sind, eine Bewegungstherapie gemeinsam mit den Patient:innen zu gestalten. ■



PROF. DR. CORDULA BRAUN
Studiengang Physiotherapie,
Hochschule 21, Buxtehude



PROF. DR. KATJA EHRENBRUSTHOFF
Department für Pflege-, Hebammen
und Therapiewissenschaften,
Studienbereich Physiotherapie,
Hochschule für Gesundheit Bochum

Literatur

- 1) Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain*. 2021 Feb 12;25(2):275–95. doi: 10.1002/ejp.1679.
- 2) Jess M-A, Hamilton S, Ryan C, Wellburn S, Alexanders J, Spence D, et al. Exploring the origin of pain subclassification, with emphasis on low back pain: a scoping review. *JBI Evid Synth*. 2021 Feb;19(2):308–40. doi: 10.11124/JBISIR-D-19-00383.
- 3) Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low backpain. *Lancet*. 2021 Jul;398(10294):78–92. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00733-9.
- 4) Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Heilmittelrichtlinie - Heilmittelkatalog. 2024. <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/> [eingesehen 18.09.2024].
- 5) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2.Auflage. Version 1. 2017. <https://www.leitlinien.de/themen/kreuzschmerz> [eingesehen 18.09.2024].
- 6) Shaheed AC, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. Interventions available over the counter and advice for acute low back pain: Systematic review and meta-analysis. *J Pain*. 2014;15(1):2–15. doi: 10.1016/j.jpain.2013.09.016.
- 7) Itz CJ, Geurts JW, van Kleef M, Nelemans P. Clinical course of non-specific low back pain: A systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain*. 2013 Jan 28;17(1):5–15. doi: 10.1002/j.1532-2149.2012.00170.x.
- 8) Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Sep 28;2021(10). doi: 10.1002/14651858.CD009790.pub2.
- 9) Uzelberg W, Oosterhuis T, Hayden JA, Koes BW, van Tulder MW, Rubinstein SM, et al. Exercise therapy for treatment of acute non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Aug 30;2023(8). doi: 10.1002/14651858.CD009365.pub2.
- 10) Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018 Jun;391(10137):2368–83. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6.
- 11) Mulhem A. Why do we need systematic review and meta-analysis, and what are their potentials: The exponential proliferation of healthcare literature and the potential of research synthesis. Centre for Evidence-based Medicine, Oxford. 2023. <https://www.cebm.ox.ac.uk/news/views/why-do-we-need-systematic-review-and-meta-analysis> [eingesehen 18.09.2024].
- 12) Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ WV (editors), editor. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.5 (updated August 2024). Cochrane, 2024. www.training.cochrane.org/handbook [eingesehen 18.09.2024].
- 13) Deutsches Ärzteblatt [online]. Ärztliches Zentrum für Qualität wird aufgelöst. *Dtsch Arztebl*. 2024. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150717/Aerztliches-Zentrum-fuer-Qualitaet-wird-aufgeloest> [eingesehen 18.09.2024].