



# Faktencheck Rücken

Einstellungen, Erfahrungen,  
Informationsverhalten – Bevölkerungsumfrage  
zum Rückenschmerz



# Faktencheck Rücken

## Einstellungen, Erfahrungen, Informationsverhalten – Bevölkerungsumfrage zum Rückenschmerz

**Autor**

Dr. Gerd Marstedt, Bremen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die weibliche Sprachform verzichtet.  
Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.



# Inhalt

---

1	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	6
2	Ziel der Befragung und methodisches Vorgehen	12
2.1	Hintergrund	12
2.2	Inhalte und Methodik	13
3	Kurzer Literaturüberblick	15
4	Ergebnisse der Befragung	19
4.1	Meinungen zu Rückenschmerzen und Verhaltensorientierungen	19
4.2	Krankheits- und Versorgungserfahrungen	27
5	Literatur	35
6	Anhang	36
6.1	Fragebogen „Faktencheck Rücken“	36
6.2	Erläuterungen zur Skalenkonstruktion	49
	Autor	42
	Impressum	42

# 1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

---

Im Auftrag des „Faktencheck Gesundheit“ wurde im Juni 2016 eine bevölkerungsrepräsentative Befragung (n = 1.005, TNS Emnid) zu Wissen und Einstellungen über Verhaltensweisen bei Rückenschmerzen, gemachten Versorgungserfahrungen und dem Informationsverhalten durchgeführt. Dies sind die wichtigsten Ergebnisse:

## Viele Irrtümer und Wissensdefizite in der Bevölkerung über sinnvolle medizinische und persönliche Verhaltensweisen

(Abbildung 1, Seite 19)

In weiten Teilen der Bevölkerung finden sich noch viele Irrtümer und Wissensdefizite hinsichtlich eines sinnvollen medizinischen, aber auch persönlichen Umgangs mit Rückenschmerzen: So wird, um zwei Beispiele zu nennen, der in den letzten Jahren gestiegene Einsatz von Röntgenaufnahmen und von CT- und MRT-Bildern von der Bevölkerung überwiegend als diagnostisch sinnvolle medizinische Maßnahme bewertet, und entsprechend erwarten viele Betroffene vom Arzt auch deren Einsatz. Das Vertrauen in Medizintechnik ist, zumindest in Bezug auf diagnostische Leistungen, also groß, obwohl man in Studien bislang kaum Evidenz für dieses Vorgehen gefunden hat. Parallel dazu finden sich vielfach auch noch Irrtümer hinsichtlich effektiver und ineffektiver persönlicher Verhaltensweisen. Das früher durchaus gängige, jedoch kontraproduktive Motto, im Fall von Rückenschmerzen für Ruhe und Schonung zu sorgen, gilt keineswegs allenthalben als überholt und falsch. Umgekehrt wird die auch in Studien vielfach bestätigte Einsicht, dass Rückenschmerzen reversibel sind und oft von selbst verschwinden – und man daher weiter seinen normalen beruflichen oder familiären Verpflichtungen nachgehen sollte –, in der Bevölkerung nur begrenzt akzeptiert.

## „Medizinaffinität“ und „Abnormitätsdeutung von Krankheit“

(Faktorenanalyse Seite 20)

Damit sind auch bereits zwei allgemeinere Tendenzen benannt, die sich aus der Analyse der von uns angesprochenen Meinungen und Verhaltenstendenzen herauskristallisieren. Zwei Faktoren lassen sich hier analytisch trennen, „Medizinaffinität“ und „Abnormitätsdeutung“. In weiten Bevölkerungskreisen besteht einerseits eine große Tendenz zur sofortigen Inanspruchnahme medizinischer Hilfe („Bei Rückenschmerzen immer einen Arzt aufsuchen!“) und andererseits werden Rückenschmerzen als abnorme, oft irreversible Erscheinung wahrgenommen („Rückenschmerzen verschwinden nicht von alleine!“). Beide Dimensionen sind auch Elemente des biomedizinischen Krankheitsmodells, das früher vorherrschend war, um die Entstehung von Krankheiten durch externe Noxen zu erklären, die am besten durch medizinische Interventionen behoben werden können.

### Alter und Schulbildung als zentrale Einflussfaktoren

(Tabelle 1, Seite 21,  
Abbildung 2, Seite 22)

Für jüngere Bevölkerungsgruppen und solche mit geringer Schulbildung ist dieses Konzept auch heute noch maßgeblich. Während nur 17 Prozent der Älteren (60 bis 80 Jahre) mit Abitur oder Hochschulbildung stark vom biomedizinischen Modell überzeugt sind, gilt dies für über 50 Prozent der Jüngeren mit einem niedrigeren Schulabschluss. Rückenschmerzen als „normale“ und vor allem reversible Beschwerde zu deuten, ist in dieser Gruppe erheblich seltener üblich, während gleichzeitig eine größere Tendenz besteht, bei diesen Schmerzen alsbald einen Arzt um Hilfe zu bitten. Maßgeblich ist hier einerseits (als Effekt der Schulbildung) wohl die Gesundheitskompetenz, andererseits (als Effekt des Alters) wohl die unterschiedliche Krankheitserfahrung.

### Allgemeines Interesse an Gesundheitsthemen reduziert Irrtümer, spezifische Suche zu Rückenschmerzen konterkariert dies

(Tabelle 2, Seite 23)

Nicht nur sozialstatistische Merkmale wie Lebensalter und Bildungsniveau beeinflussen, ob jemand stark oder weniger vom biomedizinischen Krankheitskonzept überzeugt ist – das Informationsverhalten spielt hier ebenfalls eine Rolle. Auch wenn die Querschnittsanalyse der Daten keine zeitlichen oder gar kausalen Zusammenhänge aufzeigen kann, wird deutlich, dass das allgemeine Informationsinteresse an gesundheits- oder krankheitsbezogenen Themen einhergeht mit einer geringeren Überzeugung von traditionellen, überkommenen Annahmen hierzu. Parallel dazu zeigt sich mit zunehmender Intensität der Suche nach spezifischen Informationen zu Rückenschmerzen, dass das Ausmaß der Irrtümer größer wird. Offensichtlich gibt es beträchtliche Informationsdefizite in diesem Bereich und ein erhebliches Potenzial für Verbesserungsmöglichkeiten der Informationsvermittlung. Insofern besteht berechnete Hoffnung, dass Aufklärungs- und Informationsbemühungen nicht L'art pour l'art sind, sondern – unter der Voraussetzung einer attraktiveren Vermittlung – auch Früchte tragen können.

### Unterschiedliche Informationsquellen

(Tabelle 3, Seite 24 |  
Abbildung 3, Seite 25)

Unterschiedliche Informationsquellen zeitigen unterschiedliche Effekte: Wer sich zu Gesundheitsthemen in den letzten zwölf Monaten hauptsächlich bei Ärzten informiert hat, ist auch öfter dem biomedizinischen Krankheitsmodell verhaftet. Umgekehrt reduziert eine häufige Informationssuche in Büchern und Lexika Wissensdefizite. Die am häufigsten realisierte Informationssuche im Internet zeigt hier keinen eindeutigen Effekt – was nicht verwundert angesichts der extrem unterschiedlichen Qualität und wissenschaftlichen Fundierung von Websites. Da eine Einflussnahme auf Kommunikationsstrategien und Informationsinhalte niedergelassener Ärzte überaus schwierig, zumindest sehr zeit- und kostenintensiv sein dürfte, läge es nahe, sich bei der Informationsvermittlung wegen der großen Nachfrage vor allem auf das Internet und (parallel dazu) traditionelle Publikationsformen zu konzentrieren.

### Zusammenhänge mit Versorgungserfahrungen – Einflussrichtung unklar

(Tabelle 4, Seite 26)

In den statistischen Analysen sind viele Zusammenhänge zwischen Versorgungserfahrungen einerseits und dem biomedizinischen Krankheitsmodell andererseits zutage getreten. Die Korrelationen liegen hier zwischen 0,14 und 0,31. Um ein Beispiel zu nennen und dies in relativen Häufigkeiten auszudrücken: 52 Prozent derjenigen, die im Zusammenhang mit Rückenschmerzen geröntgt wurden, sind stark

überzeugt vom biomedizinischen Modell. In der Gruppe, die nicht geröntgt wurde, ist dies nur bei 26 Prozent der Fall. Heißt das, Ärzte verordnen vor allem dann eine Röntgenaufnahme, wenn sie merken, dass der Patient gegenüber Medizintechnik positiv eingestellt ist? Oder heißt das: Wenn Patienten geröntgt werden, verfestigt dies ihren Glauben an das biomedizinische Konzept? Diese Interpretationen sind im Rahmen der Datenanalysen nicht zu leisten; Längsschnittanalysen dazu wären jedoch überaus sinnvoll.

**Verbreitung  
Rückenschmerzen:  
Befragungsergebnisse  
wie andere Studien**

(Seite 27)

Was epidemiologische Daten betrifft, stimmen die Ergebnisse der Befragung im Rahmen des Faktencheck weitgehend überein mit Befunden anderer Erhebungen. Neun von zehn Befragten hatten früher schon einmal oder öfter Rückenschmerzen; für den Zeitraum der letzten zwölf Monate liegt diese Quote ein wenig niedriger, aber mit 70 Prozent immer noch sehr hoch. Gut die Hälfte dieser Gruppe hat medizinische Hilfe in Anspruch genommen, etwa jeder Dritte ging nur zum Hausarzt, jeder Vierte nur zum Orthopäden, knapp 40 Prozent haben beide Fachrichtungen in Anspruch genommen bzw. wurden vom Hausarzt überwiesen. Ein kleiner, hier nicht berücksichtigter Teil war stationär in einer Klinik oder Notfallambulanz.

**Ärztliche Maßnahmen:  
wenig Kommunikation  
über Stress,  
viel Bildgebung**

(Abbildung 4, Seite 28)

In der Praxis der aufgesuchten Ärzte oder in den medizinischen Einrichtungen wurden verschiedene diagnostische und kurative Maßnahmen durchgeführt. Erwähnenswert sind hier zwei Befunde. Erstens: Eine Kommunikation über potenzielle psychische Krankheitsursachen, über Stressoren und psychische Belastungen erfolgte nur bei jedem zweiten Patienten. Zweitens: Viele Befragte berichten über sehr viele Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren. Eine Untersuchung mit Computertomografie erfolgte bei 38 Prozent der Patienten, Röntgenaufnahmen bei 52 Prozent. Diese Quote erscheint auch medizinischen Fachleuten als viel zu hoch.

**Noch immer häufige  
Information: „Schonung!“  
„Ihr Rücken ist kaputt!“**

(Abbildung 4, Seite 28)

Zu den Verhaltensempfehlungen für Rückenschmerzpatienten muss hier ein ambivalentes Urteil gefällt werden. Zwar wurden einerseits der Mehrheit von etwa drei Vierteln der Befragten auch körperliche Aktivität und Sport empfohlen, aber zugleich etwas weniger als der Hälfte auch „Ruhe“ und „Schonung“. Damit wird eine Verhaltensweise nahegelegt, die nach neuerer medizinischer Auffassung und vorliegenden medizinischen Leitlinien kontraproduktiv ist, zumindest keinerlei Vorteile bietet. Dass darüber hinaus fast die Hälfte den Hinweis bekam, ihr Rücken sei „kaputt“ oder „verschlissen“, muss als besonders problematisch herausgestellt werden. Diese „Information“, oder besser Desinformation, führt bei Betroffenen zur Demotivierung und zu einer passivitätsförderlichen Einstellung, die der Rekonvaleszenz oder Beschwerdelinderung nachhaltig im Wege steht.

**Information „kaputter  
Rücken“: öfter bei  
Älteren und niedriger  
Schulbildung**

(Abbildung 5, Seite 29)

Diesen problematischen Hinweis zum „kaputten“ Rücken äußern Ärzte umso häufiger, je älter ein Patient ist und je niedriger sein Bildungsniveau ist. Die Hypothese, dass bei weniger gebildeten Patienten medizinisch nicht unproblematische Maßnahmen oder Erklärungen generell häufiger zu finden sind als bei „Gebildeten“, muss so pau-



schal allerdings verneint werden. Lediglich die demotivierenden und tendenziell paralyisierenden Verweise auf den „kaputten“ Rücken finden sich häufiger bei Volks- und Hauptschülern.

### Hausärzte vs. Orthopäden: unterschiedliche Informationsmängel

(Tabellen 5 – 6, Seite 30)

Vergleicht man das Handeln von Hausärzten und Orthopäden, so zeigt sich Folgendes: Bei der – in aller Regel nicht sinnvollen und oft kontraproduktiven – Empfehlung zu Ruhe und Schonung beherzigen Orthopäden den Stand der Forschung etwas besser. Während sie nur bei jedem vierten Patienten diesen Rat aussprechen, ist dies bei Hausärzten bei fast jedem zweiten Patienten der Fall. Doch Orthopäden sind nicht generell und konsistent „bessere“ Ärzte – die wenig produktive Erklärung zum „kaputten“ Rücken sprechen sie nämlich häufiger aus als Hausärzte.

### Stärkere Tendenz zur Bildgebung bei Orthopäden

(Tabelle 7, Seite 31)

Beim Kommunikationsverhalten zeigt sich in den Aussagen der Patienten unter dem Strich eine leicht bessere Beurteilung der Hausärzte, die mehr und verständlicher erklären. Während diese Differenzen eher gering ausfallen, zeigen sich deutliche Unterschiede beim diagnostischen Vorgehen der beiden Fachrichtungen, und zwar hinsichtlich des Einsatzes bildgebender Verfahren. Patienten, die auch zum Orthopäden gegangen sind (ausschließlich oder zusätzlich zum Hausarztbesuch), wurde etwa dreimal so oft eine Röntgenaufnahme verordnet und etwa achtmal so oft eine CT- oder MRT-Aufnahme. Ob dieser Befund ausschließlich mit wirtschaftlichen Interessen und (besseren Voraussetzungen ihrer Realisierung durch eine entsprechende Praxisausstattung) erklärbar ist, oder ob sich darin auch die stärker naturwissenschaftlich-technologische Orientierung der orthopädischen Fachärzte zeigt, wäre eine lohnende (wenngleich nicht ganz einfach empirisch zu beantwortende) Forschungsfrage.

### Gestiegene Bildungsquote: kaum auf Patientenwünsche zurückzuführen

(Abbildung 6, Seite 32)

Die hohe und in den letzten Jahren überproportional gestiegene Quote der Verordnung bildgebender Verfahren erklären Ärzte auf Workshops und Tagungen nicht selten mit dem Hinweis, dies liege an der Nachfrage von Patienten, die ausdrücklich nach sinnlich wahrnehmbaren Dokumentationen für ihre Beschwerden verlangen. Tatsächlich zeigen unsere Befragungsergebnisse jedoch etwas anderes. Für alle diagnostischen und kurativen Vorgehensweisen (einschließlich der bildgebenden Verfahren) sagen durchgängig etwa drei Viertel der Befragten, dass ausschließlich der Arzt die jeweilige Maßnahme vorgeschlagen hat. Dieser Befund hat auch dann Bestand, wenn man unterscheidet, ob der verordnende Arzt Orthopäde oder Hausarzt ist. Diese Befragungsergebnisse legen nahe, dass die hohe Quote der Verordnung bildgebender Verfahren nicht primär als Effekt einer Nachfrage von Patienten zu erklären ist, auch wenn Patienten gegenüber ärztlichen Vorschlägen dieser Richtung meist sehr positiv eingestellt sein dürften. Insofern bleibt zunächst einmal die Frage, inwieweit überhaupt eine bessere Aufklärung und Information von Patienten geeignet ist, den nach Meinung vieler wissenschaftlicher Experten (z. B. Chenot et al. 2009; Renker et al. 2009) viel zu hohen und damit kostenträchtigen, aber therapeutisch wirkungslosen Einsatz bildgebender Verfahren zu reduzieren.

**Behandlungserfolge  
bei Rückenschmerzen  
eher bescheiden**

(Tabelle 8, Seite 33)

Die Behandlungserfolge bei Rückenschmerzen müssen unter dem Strich als allenfalls bescheiden charakterisiert werden. Von 100 Patienten, die wegen Rückenschmerzen in den letzten zwölf Monaten medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben, sind nach eigener Angabe lediglich 27 dauerhaft und bis heute schmerzfrei. Dem steht jedoch die relative Mehrheit von 48 Befragten gegenüber, die zwar anfänglich Besserung verspürten – aber eben nur anfänglich. Und bei 20 Befragten gab es überhaupt keine Linderung der Schmerzen. Allerdings dürfen Ärzte meist keine Schmerzfreiheit als Therapieziel versprechen, sondern „nur“ eine bessere Arbeits- und Funktionsfähigkeit. In dieser Hinsicht dürfte es in der medizinischen Praxis also besser aussehen. In der Befragung des „Faktencheck Rücken“ wurden diese sehr viel weitergehenden Aspekte empirisch allerdings nicht erfasst.

**Bedingungen des  
Behandlungserfolgs:  
„Weniger ist mehr“**

(Tabelle 9, Seite 33)

Die Analyse von Rahmenbedingungen für einen Behandlungserfolg bringt Ergebnisse, die zunächst verwundern. Denn es zeigt sich, dass neben sozialstatistischen Merkmalen wie „Geschlecht: männlich“ und „Stellung im Beruf: Beamter oder Freiberufler/Selbständiger“ auch eher überraschende Versorgungsaspekte eine Rolle spielen. Die Erfolgchancen einer Rückenschmerzbehandlung (oder genauer: Patientenaussagen über eine erfolgreiche Behandlung) liegen demzufolge höher, wenn nicht beide Fachrichtungen (Hausarzt und Orthopäde) aufgesucht wurden, sondern nur der Hausarzt oder nur der Orthopäde. Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass eine Selektion vorliegt: Der Besuch bei Ärzten beider Fachrichtungen dürfte in sehr vielen Fällen bedingt sein durch eine vom Hausarzt konstatierte schwerwiegendere Befundlage und dadurch veranlasste Überweisung. Viel aussagekräftiger erscheint dagegen der Befund, dass bei einem Verzicht auf eine Röntgenuntersuchung bei akuten Rückenschmerzen die Erfolgsquote doppelt so hoch ist wie bei der Durchführung dieser bildgebenden Untersuchung. Man könnte dies mit „Weniger ist mehr“ zusammenfassen, doch damit ist noch nicht viel erklärt.

**Maßnahmenverzicht  
von Ärzten: Hinweis  
auf gutes Verständnis  
der Reversibilität von  
Rückenschmerzen**

(Interpretation Seite 34)

Denkbar ist folgende Interpretation. Zum einen kann darin ein Hinweis auf störende Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen für einen Behandlungserfolg liegen. Der Verzicht auf eine Röntgenaufnahme wäre insofern ein Indikator dafür, dass Ärzte die körperliche Problematik eher gering einschätzen, um die spontane Remission von Rückenschmerzen wissen und daher auch keine Bildgebung veranlassen. Ähnlich könnte der Verzicht auf eine umfangreiche Diagnostik und eine Einschränkung der Arztbesuche (nur Hausarzt oder nur Orthopäde) in vielen Fällen einen ähnlichen Hintergrund haben. Man kann diesen zuletzt genannten Zusammenhang aber auch anders interpretieren: Ein umfassendes diagnostisches und kuratives ärztliches Bemühen zur Therapie von Rückenschmerzen (auch qua Röntgen und CT/MRT, Spritzen, Verordnung von Physiotherapie, Massagen usw.) dürfte einerseits Erwartungen wecken, die sich oftmals nicht bewahrheiten, wird aber andererseits sehr intensiv wahrgenommen und auch erinnert. Insofern wäre der schon zitierte Befund auf den Kopf zu stellen: Patienten berichten besonders häufig über aus-

bleibende Therapieerfolge, wenn sie zuvor umfassende medizinische Interventionen erleben mussten.

**Umsetzungsproblem:**  
Aufklärung über Irrtümer  
widerspricht aktuellen  
Sensibilisierungstendenzen z. B. zur  
Prävention und Vorsorge

Grundsätzlich stellt sich das Problem, dass eine Informations- und Aufklärungskampagne, die einen „normalen“ Umgang mit der Rückenschmerzproblematik bewirken will, mit Maximen und Konzepten kollidiert, die zuletzt in die Öffentlichkeit getragen wurden. Im Sektor der Prävention wurde mehr Sensibilität gegenüber Verhaltensrisiken gefordert, helfen viele Smartphone-Apps bei der Selbstkontrolle von Bewegung oder Ernährung, haben Verbraucherorganisationen immer öfter auf Umwelt- und Nahrungsmittelrisiken aufmerksam gemacht, wird im Bereich der Krankheitsfrüherkennung immer wieder auch in TV-Spots auf die lebensrettende Bedeutung regelmäßiger Früherkennungsuntersuchungen hingewiesen. Einstellungen wie „Rückenschmerzen verschwinden oft von alleine“ dürften insofern erst einmal in den Verdacht geraten, noch schwerwiegendere Gesundheitsrisiken heraufzubeschwören.

**Umsetzungsaufwand:**  
Vermutlich nur  
kleine Effekte,  
aber auch sie sind  
gesundheitsökonomisch  
bedeutsam

Wie die norwegische Interventions- und Informationsstudie von Werner et al. (2008) zeigt, hat sich trotz eines nicht unbeträchtlichen finanziellen Aufwands von über 1 Million Dollar der Kenntnisstand der Bevölkerung – zumindest nach Einschätzung der Autoren – weniger verbessert als erwartet oder insgeheim erhofft. Nach der Informationskampagne wurde die falsche Annahme, „Bei Rückenschmerzen sollte immer eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule gemacht werden“, nur noch von 29 Prozent der Studienteilnehmenden als zutreffend bewertet – zuvor waren es 41 Prozent. Ähnliche Verbesserungen in der Größenordnung von fünf bis zwölf Prozentpunkten fand man auch für andere Statements. Bedenkt man, dass zumindest bei einem Teil der Bevölkerung die Wissensverbesserung auch dazu führen wird, dass Patienten bei Rückenschmerzen seltener dem ärztlichen Vorschlag einer Röntgen-, CT- oder MRT-Aufnahme zustimmen, dann wird deutlich, dass selbst geringfügige Effekte der Informationsvermittlung gesundheitsökonomisch sinnvoll sein können – ganz abgesehen von der Vermeidung medizinischer Risiken.

## 2 Ziel der Befragung und methodisches Vorgehen

---

### 2.1 Hintergrund

Krankheitssymptome (und darunter auch Rückenschmerzen) können als Störungen der Funktion oder der Struktur des Organismus interpretiert werden – als Störungen, die jedoch in vielen Fällen durch medizinische Interventionen behoben werden können. Diese traditionelle Sichtweise von Krankheiten, die den Menschen mehr oder minder als sehr komplexe, aber eben auch störanfällige Maschine definiert, wird in der medizinsoziologischen und sozialmedizinischen Diskussion als „biomedizinisches Modell“ bezeichnet. Diesem Modell stellen viele Wissenschaftler in letzter Zeit ein anderes Konzept gegenüber, das im Kern auf den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1946) zurückgeht. In diesem „bio-psycho-sozialen Gesundheitskonzept“ stehen „Determinanten aus dem biologischen, psychischen und sozialen Bereich miteinander in Verbindung und beeinflussen Gesundheit und Krankheit“ (Klemperer). Gesundheit und Krankheit stehen sich in diesem Konzept darüber hinaus nicht konträr und sich gegenseitig ausschließend gegenüber, sondern bilden ein Kontinuum, in dem sich die aktuellen psychischen und physischen Befindlichkeiten des Menschen permanent in die eine oder andere Richtung verändern. Dabei spielen auch, wie Antonovsky (1997) im Modell der „Salutogenese“ gezeigt hat, unterschiedliche Überzeugungen, wie das Gefühl der Verstehbarkeit oder der Bewältigbarkeit, eine Rolle.

Nicht nur Wissenschaftler, sondern auch Laien und Ärzte interpretieren Krankheit sehr unterschiedlich und beziehen sich dabei (wenn man von religiös oder schuldorientierten Deutungsmustern absieht) auf eins der beiden Modelle. Diese Deutung ist auch von erheblicher praktischer Bedeutung, weil sie das persönliche Gesundheitsverhalten und damit den Krankheitsverlauf mit beeinflusst: Hier entscheidet sich, ob man (z. B. bei Rückenschmerzen) Schonung oder sogar Bettruhe für unbedingt erforderlich hält oder im Gegenteil eine Fortsetzung der normalen Alltagsaktivitäten. Auch die Entscheidung, ob und wann ein Arztbesuch nötig ist und für wie relevant man eine Röntgenuntersuchung hält, wird hier von beeinflusst.

Die unterschiedlichen individuellen Gesundheits- und Krankheitsmodelle (oder „Laientheorien“) resultieren aus sehr vielfältigen Erfahrungen und Einflüssen. Soziale Medien und Informationen aus Printmedien spielen ebenso eine Rolle wie persönliche Erfahrungen, Mitteilungen aus dem Freundes- und Familienkreis oder Hinweise von Ärzten. Letztere, so hat eine Studie unlängst gezeigt (Darlow et al. 2013), sind überaus bedeutsam. Obwohl die befragten Patienten sich im Internet informierten, mit Familienangehörigen und Freunden sprachen, hatten Ärzte in der Studie den stärksten Einfluss auf Meinungen und Verhaltensorientierungen. Und da auch Ärzte in ihrer Praxistätigkeit von Gesundheitskonzepten beeinflusst sind, bleibt dies für Diagnostik und Therapie nicht folgenlos. In einer systema-

tischen Literaturübersicht zeigte sich eine moderate Evidenz dafür, dass Ärzte mit einem biomedizinischen Krankheitsmodell eher dazu neigen, ihren Patienten Schonung und Bett-ruhe zu verordnen, und auch dazu tendieren, Behandlungsleitlinien nicht zu beachten (Darlow et al. 2012).

Der „Faktencheck Rücken“ umfasst daher auch eine Bevölkerungsbefragung, um diese Dimension von Krankheitserfahrungen, Deutungsmustern und teils auch ärztlich induzierten Verhaltensorientierungen näher zu erfassen. Diese „subjektiven“ Daten ergänzen und komplettieren die Analysen mit Kassendaten zur Häufigkeitsentwicklung und regionalen Verteilung von Behandlungsfällen und bildgebender Diagnostik bei Rückenschmerzen. Es sollen damit auch mögliche Einflussfaktoren auf die Entscheidung und Gründe für die Häufigkeitszunahme von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ermittelt werden.

## 2.2 Inhalte und Methodik

Im Einzelnen soll die Befragung Aufschluss geben

- über Meinungen von Patienten im Bereich medizinischen Laienwissens, die eine Akzeptanz solcher Diagnose- und Therapiemethoden bei Rückenschmerzen begünstigen, die sich nach dem Stand der Forschung als nicht sinnvoll, aber kostenträchtig herausgestellt haben;
- über die Verbreitung von Verhaltensorientierungen in der Bevölkerung (und ihnen zugrunde liegende Kenntnisse und Einstellungen) hinsichtlich angebrachter, also medizinisch sinnvoller Verhaltensweisen bei Rückenschmerzen, und auch solcher, die nach den Erkenntnissen evidenzbasierter Medizin eher ineffektiv oder sogar problematisch sind;
- über persönliche Erfahrungen von Patienten in der medizinischen Versorgung bei der Diagnose und Therapie von Rückenschmerzen;
- über Merkmale einzelner Bevölkerungs- oder Patientengruppen, bei denen die skizzierten Merkmale besonders häufig (oder besonders selten) zu finden sind, so dass hier zumindest interpretativ Hinweise auf Veränderungspotenziale und Veränderungsbarrieren abgeleitet werden können.

Die von TNS Emnid im Auftrag der Bertelsmann Stiftung durchgeführte Befragung mit Telefoninterviews (für Befragte mit und ohne Festnetzanschluss) führte zu einer Stichprobe von 1.005 Befragten. Diese Stichprobe wurde beschränkt auf 18- bis 80-Jährige. Sie wurde gewichtet und ist nach den zentralen demoskopischen Merkmalen „Alter“, „Geschlecht“, „Bildungsstand“, „Haushaltsgröße“, „Region in Deutschland“ sowie „Erwerbstätigkeit“ (ja/nein) repräsentativ für die deutsche Bevölkerung dieses Alters. Die Erhebungen wurden zwischen dem 14. und 28. Juni 2016 durchgeführt.

Drei Fragenkomplexe wurden angesprochen:

- Block 1: Meinungen und Verhaltensorientierungen, vierstufiger Grad der Zustimmung zu acht Items, etwa: „Rückenschmerzen verschwinden oft von alleine.“ – „Bei Rückenschmerzen sollte man sicherheitshalber immer einen Arzt aufsuchen.“ – „Bei Rückenschmerzen sollte man sich schonen.“ – „Durch Röntgenbilder und Aufnahmen in der ‚Röhre‘ ( ‚Kernspin- oder Computertomographie‘) findet der Arzt die Ursache von Rückenschmerzen zuverlässig und schnell.“

- Block 2: Versorgungserfahrungen: frühere Erfahrungen von Rückenschmerzen, Schmerzen in den letzten zwölf Monaten, Arztbesuche in den letzten zwölf Monaten aus diesem Grund, Erfahrungen beim Hausarzt, beim Orthopäden oder in einer Klinik, ärztliche Maßnahmen und Empfehlungen, Therapieerfolg.
- Block 3: Informationsverhalten zu Gesundheitsfragen und zu Rückenschmerzen: Interesse an Gesundheitshemen allgemein, Suche nach Informationen, verwendete Quellen bzw. Ansprechpartner.

Darüber hinaus wurde eine Reihe sozialstatistischer Daten erfragt oder (soweit bei TNS Emnid schon vorliegend) dem Projekt zur Verfügung gestellt: Alter, Geschlecht, Berufstätigkeit (voll, teilzeit-erwerbstätig, Rentner, arbeitslos, Schüler etc.), Stellung im Beruf (Arbeiter, Angestellte etc.), Haushaltgröße, Haushaltsnettoeinkommen, Schulbildung, Größe des Wohnorts, Bundesland.

Zur Analyse herangezogen wurden Häufigkeitsverteilungen, bivariate Verfahren (Korrelationen, Kreuztabellen), aber auch multivariate Analysen (logistischen Regressionen). Diese wurden durchgeführt, um verdeckte oder sich überlappende Effekte noch präziser zu erfassen.

## 3 Kurzer Literaturüberblick

Der folgende kurze Literaturüberblick basiert nicht auf einer systematischen Literaturrecherche, sondern präsentiert lediglich eine Auswahl von Studien zur Thematik Rückenschmerzen, wobei die zuvor vorgestellten Fragestellungen „Patientenmeinungen und Verhaltensorientierungen“ sowie „Versorgungserfahrungen“ zur Auswahl maßgeblich waren. Weitere, ausführliche Literaturhinweise zu empirischen Studien finden sich in der Übersicht „Rückenschmerzen“ (Robert Koch-Institut 2012).

### Irrglaube, Rückenschmerzen seien durch körperlichen Verschleiß verursacht, ist weit verbreitet

In einer Bevölkerungsumfrage der Betriebskrankenkassen geben 80 Prozent der Befragten an, dass ihnen die vom Arzt verordnete Behandlung auch geholfen hat (am häufigsten: Medikament, Krankengymnastik, Massage, Spritze). Doch bei ebenso vielen Patienten (81%) kamen die Rückenschmerzen wieder, bei mehr als der Hälfte spätestens nach acht Wochen. **Patientenannahmen über Ursachen** von Rückenschmerzen fokussieren ganz überwiegend körperliche Faktoren. Am meisten genannt werden „körperlicher Verschleiß, Überbeanspruchung“ (79%), „falsche Körperhaltung“ (78%), „einseitige körperliche Belastungen“ (74%). Erst weit hinten an achter und neunter Stelle kommen psychische Belastungen wie „Stress am Arbeitsplatz“ (43%) oder ganz allgemein „psychische Belastungen“ (37%) (BKK und TNS healthcare 2008).

### Bei akuter Betroffenheit von Rückenschmerz erscheint vielfach Schonung angesagt

**Meinungen und Verhaltensorientierungen** bei Rückenschmerzen waren auch Gegenstand einer schriftlichen (postalischen) Befragung in Neuseeland mit einer Rücklaufstichprobe von 600 Teilnehmern. Wichtigster Ergebnis: Bei Befragten, die akut von Rückenschmerzen betroffen sind, dominiert die Einstellung, dass der Rücken geschont werden muss. Bei länger zurückliegender Betroffenheit ist dies nicht der Fall, allerdings herrscht Unsicherheit, in welchem Umfang der Rücken belastet werden kann (Darlow et al. 2014).

### Ärzte haben großen Einfluss auf Meinung und Verhaltensorientierung der Patienten

Eine kleinere Studie mit 23 Teilnehmern überprüfte die unterschiedliche Relevanz verschiedener **Informationsquellen zu Rückenschmerzen**: Obwohl Patienten sich im Internet informierten, mit Familienangehörigen und Freunden sprachen, hatten Ärzte den stärksten Einfluss auf Meinungen und Verhaltensorientierungen. Ebenso galt dies für Erwartungen zum weiteren Verlauf der Beschwerden. Dieser Einfluss kann mehrere Jahre andauern.

Arztinformationen werden oft so interpretiert, dass der Rücken geschont werden muss. In vielen Fällen führt dies zur verschärften Wachsamkeit und Sorge sowie zu Schuldgefühlen, wenn die Beschwerden nicht besser werden (Darlow et al. 2013).

### Viele Rückenschmerz-Betroffene haben Schwierigkeiten bei der Informationssuche und Interpretation

Zusammenhänge zwischen **Gesundheitskompetenz und Meinungen** zu Rückenschmerzen untersuchte eine Studie mit 117 Teilnehmern, die zur Hälfte unterschiedlich starke und unterschiedlich häufige Rückenschmerzen hatten; die andere Hälfte war beschwerdefrei. Ihnen wurden verschiedene Fragebögen zur Messung der Gesundheitskompetenz vorgelegt. Ergebnis: Obwohl alle Teilnehmer mit chronischen Rückenschmerzen ein ausreichendes Maß an Gesundheitskompetenz hatten, zeigte sich in qualitativen Interviews, dass viele große Schwierigkeiten bei der Suche nach Informationen über Rückenschmerzen hatten und ebenso bei der Interpretation der Infos und ihrer praktischen Anwendung (Briggs et al. 2010).

### Norwegische Informationskampagne zu Rückenschmerzen erbrachte moderate Effekte

In Norwegen führte man in den Jahren 2002 bis 2005 ein Interventionsprojekt durch, das als **Informationskampagne** (Internet, Plakate, Tageszeitungen, TV-Werbespots) die Bevölkerung über Ursachen, Verlauf und sinnvolle Therapien bei Rückenschmerzen aufklärte. Parallel dazu informierte man auch niedergelassene Ärzte, Physiotherapeuten und Chiropraktiker. Kurz vor, während und nach der Kampagne wurde bei jeweils etwa 1.500 Bürger und auch bei einer Kontrollgruppe überprüft, ob sich das Wissen der Bevölkerung durch diese Informationen verändert hatte. Hier zeigte sich ein eher geringer Effekt. So gaben aus der Interventionsgruppe fünf bis zwölf Prozent mehr Befragte korrekte Antworten (z. B. „Rückenschmerzen bessern sich meistens von selbst“, korrekte Antwort „richtig“: Kontrollgruppe 20 % – Interventionsgruppe 28 %; „Bei Rückenschmerzen sollte immer eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule gemacht werden“, korrekte Antwort „falsch“: 29 % und 41 %). Um zu sehen, ob es Effekte hinsichtlich der medizinischen Versorgung gab, wurden auch Versorgungsindikatoren untersucht. Lediglich für Röntgen- oder CT-Aufnahmen gab es einen Lichtblick: Ihre Zahl blieb von 2001 bis 2005 in den Bezirken mit Informationskampagne konstant; allerdings stieg sie in den anderen Regionen um fast 60 Prozent. Die Wissenschaftler schlussfolgerten, dass die 1,1 Millionen Dollar teure Kampagne finanziell und vom Medienaufwand her möglicherweise zu schmalpurig angelegt war und es eines höheren Aufwands bedarf, um das Bevölkerungswissen nachhaltig zu verbessern (Werner et al. 2008).

### Ärzte mit biomedizinischem Krankheitsmodell verschreiben eher Schonung und Bettruhe

In einem systematischen Literaturreview zu Rückenschmerzen und dem **Einfluss ärztlicher Einstellungen** auf Patienten waren 17 Studien aus acht Ländern einbezogen. Die Wissenschaftler fassen ihr Ergebnis so zusammen: Es gibt eine starke Evidenz, dass Meinungen von Ärzten zu Rückenschmerzen einen Zusammenhang aufweisen mit den Meinungen ihrer Patienten. Eine schwache („moderate“) Evidenz gibt es dafür, dass Ärzte mit einem biomedizinischen Krankheitsmodell eher dazu neigen, ihren Patienten Ruhe und Schonung zu verordnen und auch Bettruhe. Ebenso tendieren diese Ärzte eher dazu, Behandlungsleitlinien nicht zu beachten (Darlow et al. 2012).



### Jeder dritte Patient bekam die therapiehemmende Mitteilung, der Rücken sei kaputt

Eine repräsentative Bevölkerungsumfrage des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung bei 1.438 Befragten untersuchte u. a. **ärztliche Behandlungen und Erklärungen** bei Rückenschmerzen. Deutlich wurde, dass 56 Prozent der Befragten mittels bildgebender Verfahren untersucht wurden, was angesichts des geringen Nutzens zur Therapiesteuerung bei akuten wie bei chronischen Erkrankungen – so kritisieren die Wissenschaftler – extrem hoch ist. Die von Leitlinien empfohlene ärztliche Motivation und Beratung zur körperlichen Aktivität wird von den Betroffenen überwiegend (74 %) bestätigt. 37 Prozent der Befragten bekamen allerdings die unqualifizierte und therapiehemmende Mitteilung, ihr Rücken sei „kaputt“ (Chenot et al. 2009).

### Der häufige Patienteneindruck, „Bettruhe hilft“, ist – wie sich später zeigt – eine Täuschung

Ärztliche Maßnahmen untersuchte auch eine deutsche Studie mit Befragung. „Noch viel zu häufig werden Bettruhe, Spritzen, Wärme- oder Kälteanwendungen als sog. passive Therapiemaßnahmen verordnet“, fassen Heidelberger Wissenschaftler die Ergebnisse einer Patientenbefragung zusammen und empfehlen mehr Aufklärung für Patienten und Fortbildungen für Ärzte. Dazu wurden deutschlandweit Fragebögen an 225 orthopädische Praxen versandt mit der Bitte, diese solchen Patienten auszuhändigen, die an unspezifischen Rückenschmerzen leiden. Ein zweiter Fragebogen wurde dann den Patienten, die sich an der ersten Erhebung beteiligt hatten, sechs Monate später zugeschickt. In die spätere Datenanalyse einbeziehen konnten die Wissenschaftler Daten von 630 Rückenschmerzpatienten. Neben Physiotherapie (47 % der Fälle) wurden vor allem Spritzen (44 %) und Medikamente (33 %) verordnet sowie Wärme- oder Kältetherapien und Massagen (je 27 %), Ruhe/Bettruhe und Krankschreibungen weniger häufig. Die subjektiv wirksamste Therapie bei fast 80 Prozent der Befragten war Ruhe / Bettruhe. Dass dieser subjektive Eindruck einer Schmerzlinderung durch passive Therapien eine Selbsttäuschung ist, zeigte die Wiederholungsbefragung nach sechs Monaten. Bei 66 Prozent der Patienten, deren Schmerzen anfangs noch nicht chronisch gewesen waren, hatte sich die Lage verschlechtert. Bei über der Hälfte der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen änderte sich nichts an den Beschwerden, bei knapp 13 Prozent verschlechterten sie sich sogar (Renker et al. 2009).

### Mit Röntgen, MRT oder CT kein besserer Behandlungserfolg bei lumbalen Rückenschmerzen

Bei Rückenschmerzen im unteren Bereich der Wirbelsäule (sog. Lumbalgie oder Lumbago) lassen viele Ärzte **bildgebende Verfahren** durchführen: Röntgenaufnahmen, Kernspintomografie (MRT) oder Computertomografie (CT). Eine in der Zeitschrift „The Lancet“ veröffentlichte Meta-Analyse hat jedoch gezeigt: Im Vergleich zu einer Routinetherapie bewirken diese Maßnahmen keine effektivere Steuerung der Therapie. Die Diagnose im Sinne einer Ursachenklärung wird dadurch kaum verbessert, auch wenn die Sicherheit erhöht wird, dass keine relevante Pathologie vorliegt. Die Meta-Analyse der Wissenschaftler fußt auf sechs schon veröffentlichten medizinischen Studien mit insgesamt rund 1.800 Patienten. In der Analyse der Ergebnisse und dem Gruppenvergleich zeigte sich für eine Vielzahl von Indikatoren, dass weder nach drei noch nach sechs bis zwölf Monaten in den Patientengruppen mit Röntgen, MRT oder CT der Behandlungserfolg besser war. Eine Forschungsgruppe an der Universität Göttingen äußert sich in einem kurzen Begleitartikel zur Meta-Analyse skeptisch, dass sich die gängige Praxis bald ändern wird. Einerseits dürften

Ärzte auch künftig der Neugier ihrer Patienten nach einem Bild ihrer Beschwerden kaum Widerstand entgegensetzen, andererseits dürften viele Ärzte auch den finanziellen Anreizen des Gesundheitssystems nicht widerstehen (Chou et al. 2009).

### Verordnung von Bettruhe hat nachteilige Effekte bei Rückenschmerzen und Ischias

Die Therapie-Alternativen „**Schonung vs. Bewegung**“ wurden von Wissenschaftlern des norwegischen „Centre for the Health Services“ untersucht. In einem Cochrane Review ausgewertet wurden zehn randomisierte kontrollierte Studien mit insgesamt 1.923 Teilnehmenden mit Rückenschmerzen und Ischias darauf hin, ob eine schnelle Aktivierung einen höheren Nutzen hat als Bettruhe oder umgekehrt. Es zeigte sich: Bei Rückenschmerzen sollte Bettruhe möglichst vermieden werden, d. h. die Patienten sollten besser ihren normalen Alltagsaktivitäten nachgehen. Aktive Patienten hatten bei einer Untersuchung nach zwölf Wochen weniger Schmerzen und waren in ihrer Beweglichkeit weniger eingeschränkt als andere Patienten, die vorrangig im Bett blieben. Auch wenn es nur einen geringen oder gar keinen überlegenen Nutzen gibt, spricht die Gesamtbilanz von Nutzen und Nachteil oder Schaden bei beiden Erkrankungsgruppen für die Wahl der Aktivierung. Wie die Autoren der Studie nämlich hervorheben, hat Bettruhe den potenziell schädlichen Effekt, dass pro Tag zwei bis fünf Prozent der Körperkraft verloren gehen und außerdem einige körpereigene Prozesse mit positiven Wirkungen auf die beiden Symptomaten langsamer ablaufen oder gar eingestellt würden (z. B. der Nährstofftransport zur Wirbelsäule) (Dahm et al. 2010).

### Fazit

Will man die wichtigsten hier zitierten Untersuchungsergebnisse noch einmal kurz zusammenfassen, sind insbesondere folgende Befunde hervorzuheben. Wissensdefizite und Irrtümer über Ursachen von Rückenschmerzen und ebenso über therapeutisch sinnvolle Verhaltensweisen sind in der Bevölkerung noch sehr verbreitet. Dies könnte dadurch mitverursacht sein, dass viele Betroffene trotz genereller Gesundheitskompetenz erhebliche Probleme haben, Informationen über Rückenschmerzen zu finden und zu interpretieren. Der Einfluss von Ärzten bei der Informationsvermittlung, so hat sich gezeigt, ist ganz erheblich. Insgesamt werden hier Gestaltungserfordernisse deutlich, wobei vor allzu optimistischen Prognosen allerdings zu warnen ist. Doch eine norwegische Studie hat immerhin aufgrund moderater Verbesserungen des Wissensstandes grundsätzliche Optimierungsmöglichkeiten aufgezeigt.

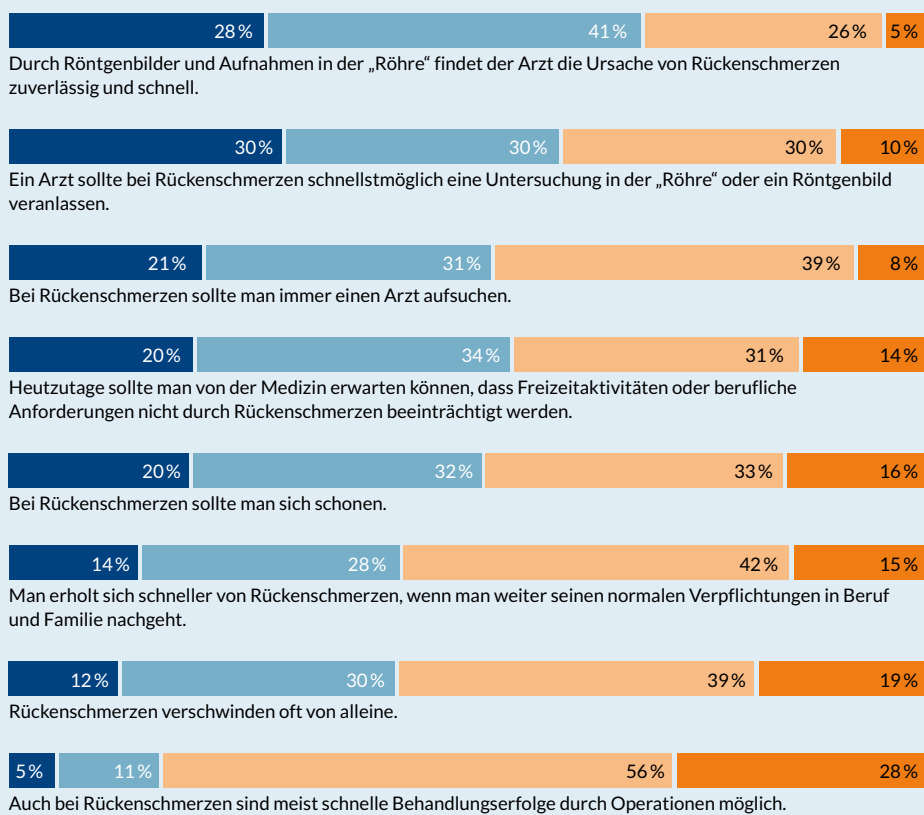
Das biomedizinische Krankheitsmodell ist nicht nur bei Patienten und Laien verbreitet, sondern auch bei Ärzten. Besonders problematisch ist, dass diese Ärzte häufiger kontraproduktive Maßnahmen wie Schonung und Bettruhe verordnen. Dies hat jedoch, so zeigt eine Literaturobwohl, eher nachteilige Effekte und Patienten sind nur anfänglich von der Wirksamkeit dieser Verordnung überzeugt. Eine ähnlich negative Bilanz ist für die in jüngster Zeit immer häufiger durchgeführten bildgebenden Verfahren zu ziehen: Damit ist kein prinzipiell besserer Therapieerfolg zu erreichen.

## 4 Ergebnisse der Befragung

### 4.1 Meinungen zu Rückenschmerzen und Verhaltensorientierungen

In der Befragung wurden acht Statements vorgegeben, zu denen jeweils vierstufig anzugeben war, inwieweit man diesen zustimmt oder nicht (stimme voll und ganz zu – stimme eher zu – stimme eher nicht zu – stimme überhaupt nicht zu). In diesen Statements werden gesundheitlich sinnvolle und therapeutisch erfolgversprechende persönliche Verhaltensweisen bei Rückenschmerzen thematisiert sowie Meinungen zu (mutmaßlich)

Abbildung 1: Meinungen und Verhaltensorientierungen in Bezug auf Rückenschmerzen



■ stimme voll und ganz zu ■ stimme eher zu ■ stimme eher nicht zu ■ stimme überhaupt nicht zu

Antworten „weiß nicht“ und k. A. weggelassen, n = 914-977

Die Zeilensumme ergibt auf Grund von Rundungen nicht immer 100 Prozent.

| BertelsmannStiftung

medizinisch effizienten Vorgehensweisen. Hier sind sowohl Aspekte des medizinischen Laienwissens angesprochen als auch generalisierte Verhaltensorientierungen („Man sollte ...“). Schließlich wird in einem Statement die gesellschaftlich vorherrschende Erwartungshaltung an die Medizin thematisiert.

Abbildung 1 zeigt die empirischen Befunde hierzu im Detail. In der Grafik wurden Antworten wie „weiß nicht“ oder „keine Angabe“ weggelassen. Die Häufigkeiten dieser unentschiedenen Antworten schwanken bei den acht Items überwiegend zwischen zwei und fünf Prozent. Sie spielen also eine inhaltlich zu vernachlässigende Rolle, würden aber bei einer Darstellung im Diagramm die jeweiligen Tendenzen etwas weniger deutlich hervortreten lassen.

Fazit dieser Ergebnisse:

- Rund 70 Prozent der Bevölkerung halten Röntgen und den Einsatz von CT- oder MRT-Bildern für optimal zur Ursachenfindung bei Rückenschmerzen.
- 60 Prozent erwarten demzufolge auch vom Arzt deren Verwendung.
- Zugleich ist eine große Mehrheit von über 80 Prozent skeptisch gegenüber der Wirksamkeit chirurgischer Eingriffe.
- Unter dem Strich hat die Bevölkerung damit ein überaus hohes Vertrauen in Medizintechnik, zumindest hinsichtlich diagnostischer Leistungen.

Im Hinblick auf sinnvolle Maßnahmen gegen Rückenschmerzen im persönlichen Alltagsverhalten zeigen sich in der Bevölkerung teils recht unterschiedliche Einstellungen.

- Etwa die Hälfte der Befragten (52 %) hält einen Arztbesuch immer (!) für erforderlich.
- Knapp 60 Prozent glauben daher auch nicht, dass Rückenschmerzen reversibel sind und oft von selbst verschwinden.
- Und auch etwa die Hälfte der Befragten ist der Meinung, dass bei Rückenschmerzen „Schonung“ notwendig ist (52 %).
- 57 Prozent glauben daher auch nicht, dass man sich schneller erholt, wenn man seinen normalen Verpflichtungen in Beruf und Familie nachgeht.

#### 4.1.1 Faktoren des biomedizinischen Krankheitsmodells

Wie hängen diese einzelnen Überzeugungen und Verhaltensaspekte miteinander zusammen? Gibt es bei Patienten ein relativ homogenes Konstrukt, ein konsistentes subjektives Krankheitsbild in Bezug auf Rückenschmerzen, ihre Ursachen und Therapiemöglichkeiten?

Wir haben dazu verschiedene Faktorenanalysen durchgeführt, wobei (aus methodischen oder aus Gründen sinnvoller Interpretationsmöglichkeiten) im letzten Durchgang nur sechs der acht oben vorgestellten Items einbezogen wurden. Ausgeschlossen wurden „Erwartungen an die Medizin“ sowie das Statement zu „Behandlungserfolge durch Operationen“. Die Faktorenanalyse zeigte dann (Rotation Varimax, 53 % aufgeklärte Varianz) zwei Faktoren:

- Faktor 1: „**Medizinaffinität**“, Items: (1) Bei Rückenschmerzen immer Arzt aufsuchen; (2) bildgebende Verfahren finden zuverlässig Ursachen; (3) Arzt sollte schnellstmöglich Röntgen/CT/MRT veranlassen
- Faktor 2: „**Abnormitätsdeutungen**“, Items: (1) Rückenschmerzen verschwinden nicht von alleine; (2) man muss sich schonen; (3) keine bessere Erholung, wenn man normalen Verpflichtungen nachgeht.

Korrespondierend mit diesen Befunden wurden zwei Skalen gebildet durch Addition der Antworten bzw. Skalenwerte. Beide Skalen sind hier im Kontext Rückenschmerzen gebildet worden. Die Befragten wurden einer von drei Gruppen zugeordnet, solcher mit einem hohen, einem durchschnittlichen oder einem niedrigen Wert.

- Beide Skalen (siehe erläuternde Informationen im Anhang) gemeinsam betrachtet, definieren dann einige Grundzüge eines biomedizinischen Krankheitsmodells, in dem Gesundheit und Krankheit zwei sich ausschließende Pole darstellen, Krankheit fast immer externer (medizinischer) Eingriffe bedarf und salutogenetische Einflüsse gar nicht vorkommen oder aber zu vernachlässigen sind. Wir haben hierfür eine dritte Skala konstruiert durch Einbezug der beiden oben genannten Faktoren und auch hier Befragte entsprechend ihren Antworten in drei Gruppen eingestuft: Patienten mit einem stark ausgeprägten, einem durchschnittlichen oder einem schwach ausgeprägten biomedizinischen Krankheitsmodell. Befragte, die stark überzeugt sind vom biomedizinischen Krankheitsmodell, weisen also sowohl eine hohe Medizinaffinität auf als auch starke Abnormitätsdeutungen. Sie glauben kaum an salutogenetische Einflüsse und sind nicht überzeugt davon, dass viele Krankheiten und Beschwerden auch ohne externes Zutun reversibel sind.

#### 4.1.2 Zusammenhänge mit sozialstatistischen Merkmalen

Überprüft man nun, ob sich markante Zusammenhänge zeigen zwischen einer starken Ausprägung auf einer der drei Skalen einerseits und sozialstatistischen Merkmalen andererseits, ergeben sich folgende Befunde der multivariaten Analysen (Tabelle 1).

Aus der Tabelle geht hervor, dass nur die Merkmale „Schulbildung“, „Alter“ und „Stellung im Beruf“ einen durchgängig signifikanten Einfluss haben. Volks- und Hauptschü-

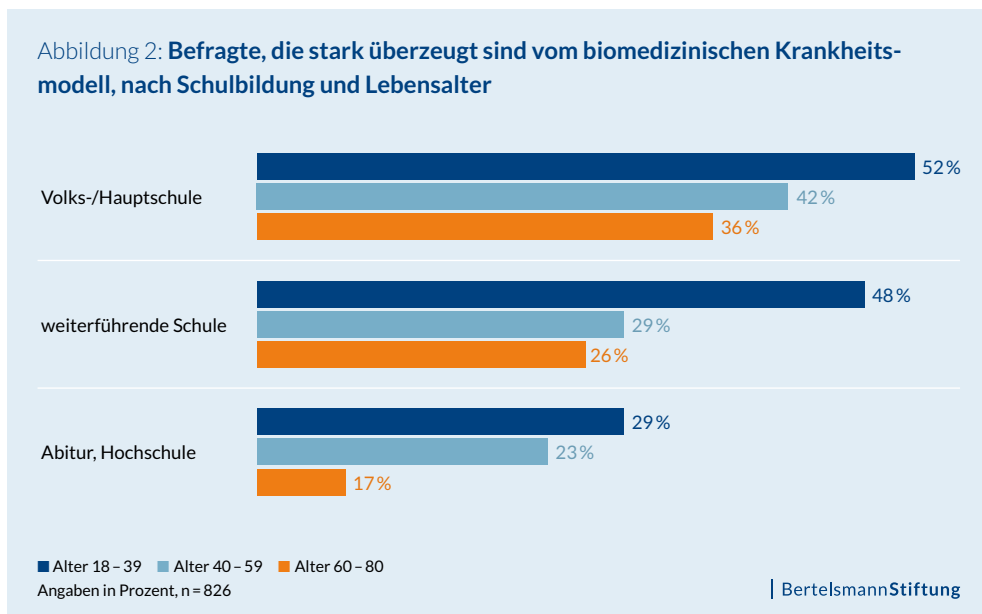
**Tabelle 1: Ergebnisse multivariater Analysen (logistische Regressionen) mit sozialstatistischen Merkmalen (unabhängige Variablen) und Überzeugungen in Bezug auf Aspekte des biomedizinischen Krankheitsmodells**

Genannt sind Odds-Ratios (OR); diese beziffern die Stärke des Zusammenhangs und können zwischen null und unendlich schwanken.

Sozialstatistisches Merkmal / Bevölkerungsgruppe	Vergleichsgruppe für OR	Biomedizinisches Krankheitsmodell stark	Medizinaffinität hoch	Abnormitätsdeutung hoch
Volks-/Hauptschule	Schulbildung	2,8 **	4,3 ***	
Weiterführende Schule	Abitur / Hochschule		2,5 **	
Alter 18 – 39	Alter 60 – 80			3,2 **
Alter 40 – 59			0,4 **	
Stellung im Beruf:	Freiberufler und Selbstständige			
Arbeiter		4,8 *	5,6 *	3,9 **
Angestellte		3,1 *	4,0 *	2,1 *
Geschlecht: männlich				
Erwerbstätigkeit (ja/nein)				
Ortsgröße				
Haushaltsnettoeinkommen				
Region (N/W/S/O/Berlin)				

Leere Tabellenzellen = nicht signifikant; Signifikanz: \* 5 Prozent, \*\* 1 Prozent, \*\*\* 1 Promille

Abbildung 2: Befragte, die stark überzeugt sind vom biomedizinischen Krankheitsmodell, nach Schulbildung und Lebensalter



ler sind im Vergleich zu Abiturienten und Hochschulabsolventen eher vom biomedizinischen Krankheitsmodell stark überzeugt (OR 2,8), weisen eher eine hohe Medizinaffinität auf (OR 4,3) und haben häufiger auch eine hohe Abnormitätsdeutung von Krankheiten (OR 4,3). Ähnlich starke Effekte zeigen sich bei Erwerbstätigen für die Stellung im Beruf, wobei Arbeiter und Angestellte bei allen drei Skalen überdurchschnittliche Werte zeigen im Vergleich zu Freiberuflern und Selbstständigen. Der Einfluss des Lebensalters zeigt sich nur partiell.

Da nur ein Teil der Befragungsgruppe erwerbstätig ist, haben wir die gleichen Analysen noch einmal durchgeführt und dabei das Merkmal „Stellung im Beruf“ ausgeschlossen, um die Analyse-Stichprobe zu vergrößern. Es zeigt sich dann, dass auch das Lebensalter noch von Bedeutung ist: Jüngere (18 bis 39 Jahre) sind stärker vom biomedizinischen Krankheitsmodell überzeugt (OR 2,0\*\*) und haben stärkere Abnormitätsdeutungen und Beschwerden (OR 3,8\*\*\*).

Odds-Ratios sind für statistisch und methodisch wenig versierte Leser in der Regel sehr wenig anschaulich und es ist auch (im Unterschied zum Begriff „Wahrscheinlichkeit“) überaus schwierig, die Bedeutung dieser statistischen Kennzahl in Alltagssprache wissenschaftlich korrekt und zugleich verständlich zu beschreiben. Daher ist in Abbildung 2 der Einfluss von Lebensalter und Bildung auf das Merkmal „Überzeugtheit vom biomedizinischen Krankheitsmodell“ dargestellt, und zwar als kombinierter Effekt anhand relativer Häufigkeiten aus einer Kreuztabelle. Deutlich wird zunächst, dass beide Einflussfaktoren kumulieren und sich wechselseitig verstärken. Eine starke Überzeugung vom biomedizinischen Krankheitsmodell findet sich bei jüngeren Befragten mit niedriger Schulbildung etwa dreimal so oft (52%) wie bei älteren Befragten mit Abitur oder Hochschulabschluss (17%). Und relativ durchgängig steigt auf allen Bildungsstufen mit zunehmendem Alter der Anteil jener, die vom biomedizinischen Krankheitsmodell stark überzeugt sind.

Der Einfluss des Bildungsniveaus lässt sich wohl so erklären, dass bei höherer Schulbildung auch die Gesundheitskompetenz stärker ausgeprägt ist – es gibt dann eine größere Souveränität im Umgang mit medizinischen Informationen sowohl hinsichtlich der Informationssuche und Auswahl vertrauenswürdiger Quellen als auch im Hinblick auf eine Bewertung von

deren Glaubwürdigkeit. Befragte mit niedrigem Bildungsniveau sind insofern benachteiligt, als sie die Glaubwürdigkeit von Informationen weniger angemessen einstufen und irreführende Werbung seltener von zuverlässiger Sachinformation unterscheiden können. Darüber hinaus dürfte ihr Glaube in die umfassende Kompetenz von Medizinern größer sein.

Für das Alter lässt sich der Effekt wohl durch den Einfluss persönlicher Lebens- und Krankheitserfahrungen interpretieren: Wenn wir uns vergegenwärtigen, dass 69 Prozent der älteren Befragten schon viermal oder öfter in ihrem Leben unter Rückenschmerzen gelitten haben, wird deutlich, dass die Betroffenheit hier nur noch wenig Abnormitätsmerkmale aufweist. Dies bleibt dann insofern eine spezifische Deutung Jüngerer. Weiterhin ist wohl auch der Glaube Jüngerer an medizinische Heilungskompetenz größer und weniger getrübt von persönlichen Negativerfahrungen.

#### 4.1.3 Informationsverhalten und biomedizinisches Krankheitsmodell

Eine systematische Rekonstruktion, wie Gesundheitskonzepte (welcher Art auch immer) im Lebenslauf herausgebildet und durch persönliche Krankheitserfahrungen oder Informationen aus dem sozialen Umfeld modifiziert werden, kann im Rahmen einer begrenzten Querschnittsanalyse wie unserer Befragung natürlich nicht geleistet werden. Wir können jedoch überprüfen, ob und in welchem Umfang das Informationsverhalten der Befragten hier eine Rolle spielt, insbesondere, ob bestimmte Informationsquellen die Aneignung des biomedizinischen Krankheitsmodells hemmen oder auch fördern.

Feststellbar ist zunächst, dass Gesundheit für viele Befragte ein Thema ist, das sie besonders stark interessiert. 41 Prozent stimmen dem Statement zu, „Ich versuche, viele Informationen über Gesundheitsthemen zu bekommen, die mich betreffen“. Ähnlich viele Befragte (44 %) sind nicht ganz so stark interessiert und sagen: „Ich achte nicht speziell auf Informationen über Gesundheitsthemen, interessiere mich aber dafür“. Eine kleinere Gruppe (15 %) schließlich artikuliert Desinteresse: „Ich bin nicht sehr an Informationen über Gesundheitsthemen interessiert“. Auffällig ist dabei einerseits, dass diese desinteressierte Gruppe etwa zu zwei Dritteln aus Männern besteht. Andererseits ist aber auch hervorzuheben, dass etwas weniger als jeder Zweite aus dieser Gruppe (47 %) stark vom biomedizinischen Krankheitsmodell überzeugt ist. In den beiden anderen Gruppen mit sehr großem oder zumindest beiläufigem Interesse an Gesundheitsthemen findet sich diese Überzeugung nur bei jedem Dritten (30 % bzw. 31 %).

Tabelle 2: Informationsbemühungen zu Gesundheitsthemen und Überzeugtheit vom biomedizinischen Modell

Interesse an Gesundheitsthemen allgemein (n = 834)	Befragte, die stark überzeugt sind vom biomedizinischen Krankheitsmodell
niedrig	47%
mittel	30%
hoch	31%
Suche nach Informationen zum Thema „Rückenschmerzen“ letzte 12 Monate (n = 835)	
gar nicht	29%
ein wenig	33%
intensiv	42%
Angaben in Prozent	

Überprüft man, welchen Einfluss die gezielte Suche nach Information zum Thema „Rückenschmerz“ hat, zeigt sich ein überraschender Befund: Die Überzeugtheit vom biomedizinischen Krankheitsmodell liegt bei jenen, die sich intensiver um Informationen zu Rückenschmerzen bemüht haben, deutlich höher (Tabelle 2).

Dies ist ein durchaus bemerkenswertes Ergebnis: Wenn das Interesse an gesundheits- oder krankheitsbezogenen Themen einhergeht mit einer geringeren Überzeugtheit von traditionellen, biomedizinischen Gesundheitskonzepten, dann besteht berechnete Hoffnung, dass Aufklärung und Information zumindest teilweise Früchte tragen (können) – sofern das Informationsinteresse nicht schon gesteuert wurde durch eine in Familie oder Schule vermittelte, „aufgeklärtere“ Einstellung. Die Daten zur spezifischen Informationssuche trüben diesen Ausblick allerdings wieder, zumindest im Kontext „Rückenschmerzen“: Die intensive Suche geht in dieser Perspektive einher mit zunehmenden Fehlinformationen.

Möglicherweise spielt allerdings eine Rolle, wo bzw. von wem man entsprechende Informationen bekommen hat. Bei all jenen Befragungsteilnehmern, die sich in den letzten zwölf Monaten zum Thema „Rückenschmerzen“ informiert haben (n = 457, 46 % der Gesamtgruppe), wurde weiter gefragt, wo diese Information hauptsächlich gesucht wurde. Hier zeigt sich folgende Rangfolge der Nennungen (Summe über 100 %, zwei Nennungen waren möglich):

- im Internet, also auf Webseiten, Blogs und in Internetforen 45 %
- in Gesprächen mit Ärzten 37 %
- in Broschüren oder Zeitschriften von Krankenkassen oder Apotheken 25 %
- bei Familienangehörigen, Freunden, Kollegen 19 %
- im Fernsehen, Radio, in Zeitungen oder Zeitschriften 18 %
- in Büchern, wie z. B. Gesundheitsratgebern, Lexika 15 %
- in einer Beratungsstelle oder bei einer Telefonberatung z. B. der Krankenkasse 5 %
- in Gesprächen mit Apothekern 4 %

Nicht sonderlich überraschend steht das Internet heute als Informationsmedium an erster Stelle – auch wenn es in Abhängigkeit von Alter oder Bildungsstand noch einige Unterschiede gibt, auf die wir hier jedoch nicht näher eingehen müssen. Interessanter ist die Frage, ob die Art der Informationsquelle auch Einfluss hat auf die inhaltliche Nähe der

**Tabelle 3: Hauptsächliche Informationsquellen zu Gesundheitsthemen in den letzten 12 Monaten und gesundheitliche Deutungs- / Verhaltensmuster; genannt sind Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveau**

	Biomedizinisches Krankheitsmodell	Medizinaffinität	Abnormitätsdeutung von Krankheit
Internet, Webseiten, Blogs und Foren		-0,13 **	
Gespräche mit Ärzten	+0,16 **	+0,21 **	
Broschüren, Zeitschriften (Kassen, Apotheken)			
Familienangehörige, Freunde, Kollegen			
Fernsehen, Radio, Zeitungen, Zeitschriften			
Bücher, wie Gesundheitsratgeber, Lexika	-0,15 **	-0,17 **	
Beratungsstelle, Telefonberatung			
Gespräche mit Apothekern			

Leere Tabellenzellen = nicht signifikant; Signifikanz: \*\* 1 Prozent



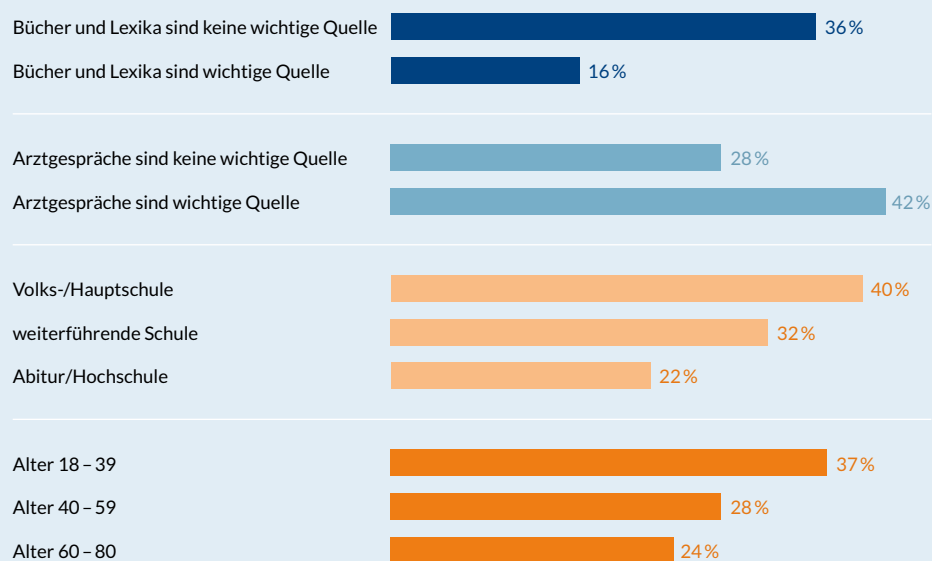
Leser bzw. Informationssuchenden zum biomedizinischen Krankheitsmodell. Tabelle 3 zeigt hierzu die Ergebnisse der Korrelationsanalysen.

Wie sind diese Zusammenhänge zu interpretieren? Zunächst bedeutet ein negatives Vorzeichen vor den Koeffizienten: Die Nutzung dieser Informationsquelle steht im Zusammenhang mit einer eher geringen Bedeutung des biomedizinischen Krankheitsmodells nebst Korrelaten wie Medizinaffinität und Abnormitätsdeutungen. So scheint es – um ein Beispiel zu nennen –, dass eine häufigere Information durch Bücher oder Lexika öfter einhergeht mit einer geringeren Medizinaffinität ( $-0,17$ ) und Überzeugtheit vom biomedizinischen Modell ( $-0,15$ ). Umgekehrt bedeutet ein positives Vorzeichen (Gespräche mit Ärzten Korrelation  $+0,16$  und  $+0,21$ ), dass das jeweilige Informationsmedium mit einer großen Bedeutung des traditionellen Krankheitsmodells verknüpft ist. Damit sind noch keinerlei Verursachungsmechanismen benannt; es könnte auch sein, dass Personen mit dem genannten Modell sich gezielt solche Quellen aussuchen, die ihre schon vorhandenen Meinungen und Verhaltenstendenzen bestätigen – in der Psychologie ist dies bekannt als „Rosenthal-Effekt“. Oder beide Merkmale (Krankheitskonzept und Informationsmedium) sind ihrerseits beeinflusst von einer dritten Größe, wie etwa Alter oder Bildungsniveau.

Um dies zu überprüfen, wurden wiederum multivariate Analysen durchgeführt, in denen neben den (bei Korrelation) signifikanten unabhängigen Variablen der genutzten Informationsquellen auch die weiter oben (Tabelle 1) identifizierten signifikanten sozialstatistischen Variablen einbezogen wurden. Folgende Ergebnisse zeigen sich:

- Effekte für eine Überzeugtheit vom biomedizinischen Krankheitsmodell zeigen die Merkmale niedriges Bildungsniveau (OR 2,2\*\*), jüngere Altersgruppe (OR 2,1\*), Ärzte als hauptsächliche Informationsquelle (OR 1,8\*) und (in negativer Effektrichtung) das Lesen von Büchern, Lexika usw. (OR 0,43\*).

Abbildung 3: Befragte, die stark überzeugt sind vom biomedizinischen Krankheitsmodell, nach Alter, Bildungsniveau und Informationsquellen



Angaben in Prozent, n = 409 – 835

| BertelsmannStiftung

- Für das Merkmal „Medizinaffinität“ zeigt sich, dass das Bildungsniveau von Bedeutung ist (OR Volks-/Hauptschule 2,5\*\*, weiterführende Schule OR 2,4\*\*). Eine Rolle spielt zudem die Art der Informationsquelle: Gespräche mit Ärzten verfestigen das biomedizinische Krankheitsmodell (OR 1,8\*); Recherchen im Internet und das Lesen von Büchern oder Lexika konterkarieren diese Verhaltenstendenz (OR 0,5\*\* bzw. 0,4\*).
- Für die Abnormitätsdeutung schließlich ist vor allem das Lebensalter bedeutsam (OR 18- bis 39-Jährige 5,7\*\*\*, 40- bis 59-Jährige 2,1\*\*). Für die Informationsmedien zeigen sich keine signifikanten Effekte.

#### 4.1.4 Der Einfluss von Versorgungserfahrungen

Es lassen sich teilweise auch recht große Zusammenhänge feststellen zwischen Versorgungserfahrungen einerseits und der Überzeugtheit vom biomedizinischen Krankheitsmodell andererseits. So zeigen sich bei der Gruppe, die in den letzten zwölf Monaten von Rückenschmerzen betroffen war, durchweg signifikante Korrelationen zwischen dem Aufsuchen/Nichtaufsuchen medizinischer Hilfe und dem biomedizinischen Krankheitsmodell (definiert über die oben vorgestellten drei Faktoren). Diese Korrelationen sind durchweg signifikant auf dem 1%-Niveau und variieren zwischen 0,14 und 0,31. Wir gehen an dieser Stelle gleichwohl nicht darauf ein, weil eine valide Interpretation kaum möglich ist. Es könnte sein, dass jemand, der sehr vom biomedizinischen Krankheitsmodell überzeugt ist, bei Rückenschmerzen eher eine Arztpraxis aufsucht – eher jedenfalls als jemand, der weniger überzeugt davon ist. Es könnte aber auch umgekehrt sein: dass der Praxisbesuch und die Ausführungen des Arztes dazu führen, dass jemand danach sehr viel stärker vom bio-

Tabelle 4: **Korrelationen zwischen Versorgungserfahrung und Überzeugtheit vom biomedizinischen Krankheitsmodell**

	Biomedizinisches Krankheitsmodell	Medizinaffinität	Abnormitätsdeutung von Krankheit
Rückenschmerzerfahrung überhaupt – ja/nein	-0,12 **	-0,08 *	0,12 **
Rückenschmerzen letzte 12 Monate ja/nein			
Anzahl früherer Rückenschmerzepisoden		-0,08 *	0,12 **
Versorgungserfahrung ja/nein bei Rückenschmerzen letzte 12 Monate	0,27 **	0,31 **	0,14 **
Besuchte Fachrichtung (nur Ha/Orth/beide)		0,18 **	
Röntgenaufnahme ja/nein	0,22 **	0,29 **	
CT/MRT ja/nein	0,14 *	0,28 **	
Besprechung Arbeits-/ Lebenssituation ja/nein			
Empfehlung Sport, körperliche Aktivität ja/nein	-0,15 *		
Empfehlung Ruhe/Schonung ja/nein	0,28 **		0,38 **
Erklärung, Rücken sei kaputt ja/nein		0,25 **	
Erläuterungen Anzahl und Verständlichkeit	0,20 **	0,17 *	
Behandlungserfolg ja/nein			

leere = nicht signifikant; Signifikanz: \* 5 Prozent, \*\* 1 Prozent, n = 214–910

medizinischen Krankheitsmodell überzeugt ist als vorher oder stärker überzeugt ist als jemand, der trotz Rückenschmerzen auf medizinische Hilfe verzichtet.

Diese Richtung der Einflussnahme ist wissenschaftlich und gesundheitspolitisch von erheblicher Bedeutung, lässt sich aber mit den uns zur Verfügung stehenden Daten und unserem Querschnittsdesign nicht überprüfen. Diese Schlussfolgerung gilt dann nicht nur für die grundsätzliche Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, sondern auch für detaillierte Merkmale der Versorgungserfahrung, seien es diagnostische oder kurative, technische oder kommunikative Aspekte. Jede inhaltliche Interpretation dieser statistischen Zusammenhänge wäre spekulativ, so dass wir hier darauf verzichten. Allerdings möchten wir zumindest die statistischen Kennwerte, also Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus mitteilen, auch als Hinweis für zukünftige Studien und Befragungen zum Thema „Rückenschmerzen“.

## 4.2 Krankheits- und Versorgungserfahrungen

### 4.2.1 Erfahrungen mit Rückenschmerzen

Rückenschmerzen sind ein Krankheitssymptom, bei dem fast alle aufgrund persönlicher Erfahrungen mitreden können. Nach einer Literaturrecherche des Robert Koch-Instituts (2012) liegen die „Angaben zur Lebenszeitprävalenz (mindestens einmal im Leben Rückenschmerzen) zwischen 74 und 85 Prozent“. In unserer eigenen Befragung liegt diese Quote bei 88 Prozent. Davon waren neun Prozent nur einmal betroffen, 19 Prozent zwei- oder dreimal, 59 Prozent viermal oder öfter.

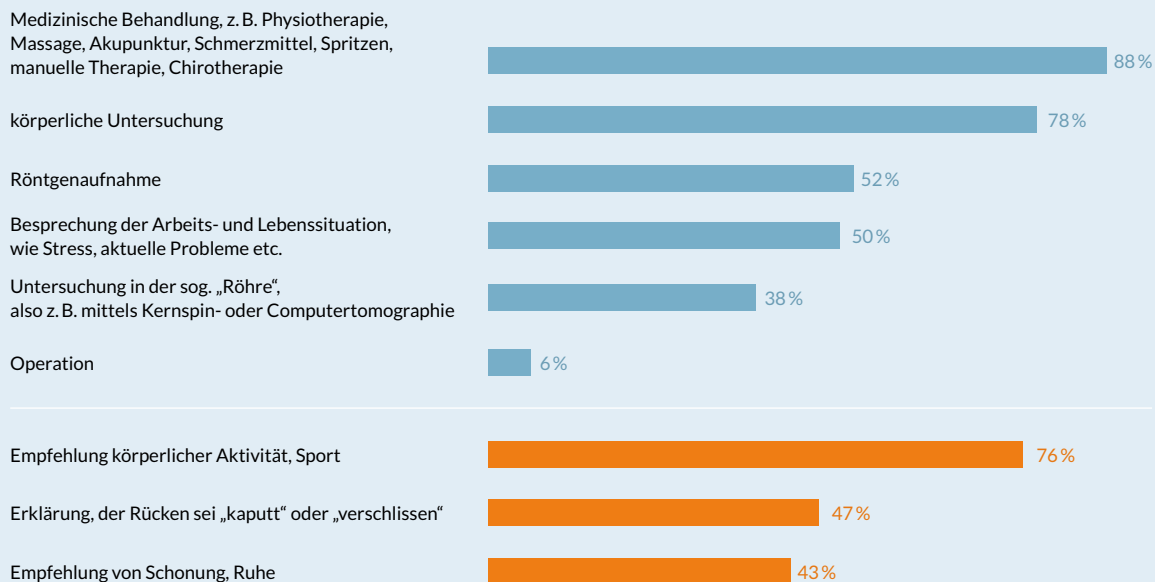
Reduziert man den kritischen Zeitraum auf die letzten zwölf Monate vor der jeweiligen Befragung, sinkt dieser Wert, liegt aber immer noch überaus hoch. In einer Umfrage der BKK (2008) bejahten diese Frage (nach mindestens einmal Rückenschmerzen in den letzten zwölf Monaten) bundesweit 68 Prozent, in der eigenen Befragung liegt der Wert mit 70 Prozent ähnlich hoch. Eine Befragung im Gesundheitsmonitor (Chenot et al. 2009) ergibt einen deutlich niedrigeren Wert von 53 Prozent, was sich jedoch aus der Fragestellung erklärt, die explizit nur „Schmerzen im Bereich der Lende und des Gesäßes evtl. mit Ausstrahlung in die Beine“ erfragte. Unter dem Strich zeigt sich damit eine sehr hohe Übereinstimmung unserer Befragungsergebnisse mit Prävalenz-Werten aus epidemiologischen Studien der vergangenen zehn Jahre.

Von denjenigen, die über Rückenschmerzen in den letzten zwölf Monaten berichten (n = 621, 70 % aller Befragten), hat etwas weniger als die Hälfte (45 %, n = 276) medizinische Hilfe in Anspruch genommen. Davon wiederum waren 64 Prozent beim Hausarzt, 50 Prozent beim Orthopäden und jeweils elf Prozent in einer Notfallambulanz oder in stationärer Behandlung einer Klinik (Summe wegen Mehrfachnennung über 100 Prozent). Betrachtet man beide Fachrichtungen, dann gilt: 37 Prozent gehen nur zum Hausarzt, 25 Prozent nur zum Orthopäden, 38 Prozent zu beiden.

### 4.2.2 Ärztliche Vorgehensweisen und Erklärungen

Bei den aufgesuchten Ärzten oder medizinischen Einrichtungen wurden unterschiedliche diagnostische und kurative Maßnahmen durchgeführt (Abbildung 4). Überraschend sind dabei zwei Befunde. Erstens: Eine Besprechung der Arbeits- und Lebenssituation, ein Eingehen auf potenzielle psychische Krankheitsursachen, auf Stressoren und Belastungen, erfolgte nach Angaben der Befragten nur bei der Hälfte der Patienten. Zweitens zeigt

Abbildung 4: **Durchgeführte Maßnahmen und Empfehlungen an Patienten, die in den letzten 12 Monaten Rückenschmerzen hatten und medizinische Hilfe in Anspruch nahmen**



Angaben in Prozent, n = 281

| BertelsmannStiftung

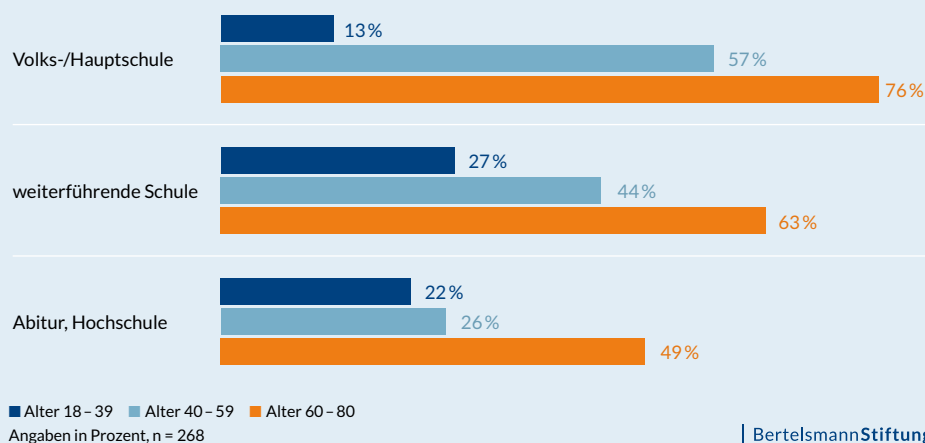
sich ein sehr hoher Anteil von Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren: CT/MRT bei 38 Prozent, Röntgen bei 52 Prozent. Röntgenuntersuchungen und/oder Untersuchungen mit Computer- bzw. Magnetresonanztomografie, also zumindest eins der beiden diagnostischen Verfahren oder sogar beide, haben 59 Prozent erfahren. Auch schon in der Studie von Chenot et al. (2013/14) war der Anteil der Patienten, bei denen bildgebende Verfahren eingesetzt wurden, ähnlich hoch.

Zumindest ebenso problematisch sind einige Erklärungen und Empfehlungen, die Patienten gegeben wurden. Zwar wurde der Mehrheit (76 %) auch körperliche Aktivität und Sport empfohlen; aber zugleich bekam fast die Hälfte (47 %) den Hinweis, ihr Rücken sei „kaputt“ oder „verschlissen“, 43 Prozent wurde „Ruhe“ und „Schonung“ empfohlen. Wie bereits oben ausführlicher dargestellt, sind diese zuletzt genannten unterschiedlichen Maßnahmen und Empfehlungen oder Erklärungen überaus problematisch. „Der Nutzen der Bildgebung zur Therapiesteuerung ist bei akuten wie bei chronischen Rückenschmerzen gering“ (Chenot et al. 2009). Die Erklärung, der Rücken sei „kaputt“ und müsse geschont werden, verringert Alltagsaktivitäten und fördert so Schonhaltungen und eine Chronifizierung von Rückenschmerzen. Ähnlich ist die Empfehlung von Ruhe und Schonung nach vorliegenden Leitlinien als kontraproduktiv einzustufen.

#### 4.2.3 Spezifische ärztliche Vorgehensweisen je nach Art der Patienten?

Es stellt sich die Frage, ob Ärzte die oben genannten Vorgehensweisen häufiger bei bestimmten Patientengruppen (etwa aus unteren Sozialschichten) anwenden, da sie bei diesen Patienten mit weniger Kritik oder Ablehnung rechnen. Wir haben mit multivariaten Verfahren überprüft, ob dies der Fall ist. Dabei wurde auch eine Variable einbezogen,

Abbildung 5: Befragte, die in den letzten 12 Monaten Rückenschmerzen hatten und medizinische Hilfe in Anspruch nahmen und denen vom Arzt erklärt wurde, ihr Rücken sei „kaputt“ oder „verschlissen“



die sich näherungsweise als Chronifizierung deuten lässt, wenn also Befragte früher schon öfter Rückenschmerzen hatten. Die Analysen (unter Einbezug der unabhängigen Variablen „Alter“, „Geschlecht“, „Bildungsniveau“, „Erwerbstätigkeit“ (ja/nein) und „Häufigkeit früherer Rückenschmerzen“ zeigen folgende Ergebnisse:

- Bei Älteren (ab 60) wird häufiger geröntgt (OR 5,5\*\*\*); Vergleichsgruppe 18- bis 39-Jährige.
- CT- oder MRT-Untersuchungen werden seltener eingesetzt bei Erwerbstätigen (OR 0,4\*\*\*); andere Merkmale zeigen für den Einsatz bildgebender Verfahren keinen signifikanten Effekt.
- Nach mehrmaligem Auftreten der Rückenschmerzen wird häufiger über die Arbeits- und Lebenssituation und über Stress und Belastungen gesprochen (OR 4,6\*).
- Männern und Patienten unter 60 Jahren wird häufiger Ruhe und Schonung empfohlen (OR Männer 3,3\*\*\*; OR Alter 1,9\* und 2,7\*).
- Patienten über 60 Jahre (OR 4,7\*\*\*) sowie Volks- und Hauptschülern (OR 2,8\*\*) wird öfter gesagt, ihr Rücken sei „kaputt“ oder „verschlissen“.

Für diesen letztgenannten Indikator, der ärztlichen Erklärung (oder besser Desinformation), der Rücken sei „kaputt“ oder „verschlissen“, haben wir – wie schon weiter oben (vgl. Abbildung 2) – wieder relative Häufigkeiten in einer Kreuztabelle mit den beiden Merkmalen „Alter“ und „Bildungsniveau“ errechnet. Abbildung 5 zeigt das Ergebnis als Balkendiagramm. Aus der Reihe fällt hier nur die Gruppe der 18- bis 39-jährigen Volksschüler, wo im Prinzip ein höherer Wert als 13 Prozent zu erwarten wäre. Der niedrige Wert erklärt sich aber vermutlich als zufällige Abweichung aufgrund der geringen Fallzahl (n = 8) in dieser Gruppe. Ansonsten gilt die Feststellung: Der problematische Hinweis zum „kaputten“ Rücken kommt umso häufiger, je älter ein Patient ist und je niedriger sein Bildungsniveau.

Unsere oben formulierte Frage, inwieweit bei Patienten aus unteren Sozialschichten häufiger medizinisch problematische Maßnahmen oder Erklärungen zu finden sind, müssen wir allerdings in dieser generalisierten Form verneinen. Lediglich die demotivierenden und tendenziell paralyisierenden Verweise auf den „kaputten“ Rücken finden sich häufiger bei Volks- und Hauptschülern.

#### 4.2.4 Unterschiedliches Vorgehen bei Hausärzten und Orthopäden

Bei Patienten, die medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben, wenn sie in den letzten zwölf Monaten von Rückenschmerzen betroffen waren, lagen Hausarzt und Orthopäde etwa gleichauf; Notfallambulanzen und stationäre Aufenthalte in einer Klinik spielten nur eine sehr geringe Rolle. Dabei ist festzuhalten, dass es im Hinblick auf sozialstatistische Merkmale wie „Lebensalter“, „Erwerbstätigkeit“ oder „frühere Erfahrungen mit Rückenschmerzen“ keine signifikanten Unterschiede (Kreuztabellen, Chi-Quadrat-Test) zwischen den Patientengruppen gibt, die sich für den Besuch beim Hausarzt oder beim Orthopäden entschieden haben.

Überprüft man hier jedoch, ob es Unterschiede gibt hinsichtlich der ärztlichen Empfehlungen (Bewegung, Ruhe/Schonung) oder Erklärungen (Hinweis auf „kaputten“ Rücken), zeigen sich in der Tat einige Differenzen.

Tabelle 5: **Arzt-Erklärungen und Verhaltensempfehlungen gegenüber Patienten mit Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten, nach Fachrichtung der besuchten Praxis**

Fachrichtung der besuchten Arztpraxis	körperliche Bewegung empfohlen	Ruhe, Schonung empfohlen	Erklärung, der Rücken sei kaputt oder verschlissen
nur Hausarzt	83%	41%	28%
nur Orthopäde	80%	21%	44%
Hausarzt und Orthopäde	80%	41%	62%

Angaben in Prozent, n = 256-258

Bei der Empfehlung von Sport und körperlicher Bewegung sind Hausärzte wie Orthopädenin etwa vergleichbar, denn acht von zehn Patienten berichten über diesen ärztlichen Rat. Bei der – in aller Regel nicht sinnvollen und oft kontraproduktiven – Empfehlung zu Ruhe und Schonung scheinen Orthopäden den Stand der Forschung etwas besser zu beherrsigen. Während sie nur zu 21 Prozent diesen Rat geben, raten dies Hausärzte fast doppelt so oft (41%). Die dysfunktionale Erklärung zum „kaputten“ Rücken wird allerdings deutlich häufiger von Orthopäden gegeben (44%); Hausärzte sind hier etwas zurückhaltender (28%).

Vergleicht man die kommunikativen Leistungen der Ärzte, zeigt sich in der Erinnerung der Patienten letztlich ein geringer Vorsprung der Hausärzte. Aufzeigen lässt sich dies (vgl. Tabelle 6) durch den Vergleich der Aussagen von Patienten, die Ärzte unterschiedlicher Fachrichtung aufgesucht haben.

Tabelle 6: **Bewertung der ärztlichen Kommunikation und der Erklärungen zur Behandlung**

Erläuterungen des jeweils aufgesuchten Arztes	nur Hausarzt	nur Orthopäde	Hausarzt und Orthopäde	alle
Vorteile der vorgeschlagenen Behandlung (ja)	77%	69%	81%	77%
Risiken der vorgeschlagenen Behandlung (ja)	56%	49%	70%	60%
mögliche andere Behandlungsarten (ja)	39%	40%	52%	45%
Verständlichkeit der Erklärungen (gut)	93%	87%	86%	89%

Angaben in Prozent, n = 211-236

- Im Vergleich zu Orthopäden erläutern Hausärzte etwas häufiger die Vorteile der vorgeschlagenen Behandlung.
- Hausärzte geben etwas häufiger auch Erläuterungen zu den Risiken.
- Hausärzte werden – auf einem hohen Niveau – noch geringfügig besser beurteilt, was die Verständlichkeit ihrer Aussagen betrifft.
- Im Hinblick auf Vorschläge für alternative Vorgehensweisen zeigt sich kein signifikanter Unterschied.
- Für alle thematisierten Kommunikationsaspekte sagen Patienten, die sowohl beim Hausarzt als auch beim Orthopäden waren, sie hätten mehr oder besser verständliche Informationen bekommen im Vergleich zu Patienten, die nur beim Hausarzt oder Orthopäden waren.
- Insgesamt zeigen sich unter dem Strich also nur relativ geringe Differenzen. Chi-Quadrat-Tests zeigen dann auch, dass nur für die Erläuterung der Risiken statistisch signifikante Unterschiede auf dem 5%-Niveau feststellbar sind.

Bildet man aus diesen unterschiedlichen Aspekten des Kommunikationsverhaltens und der gegebenen Erläuterungen (Behandlungsvorteile, -risiken, -alternativen, Verständlichkeit) einen Gesamtwert durch Addition, so kann der jeweilige Arzt einen Wert zwischen null und vier Punkten erreichen. Hier zeigt sich dann, wie schon angedeutet, ein etwas besseres Abschneiden der Hausärzte. Drei oder vier Punkte vergeben 60 Prozent derjenigen, die nur beim Hausarzt waren, aber nur 51 Prozent derjenigen, die lediglich beim Orthopäden waren. Patienten, die Ärzte beider Fachrichtungen aufgesucht haben, liegen mit 72 Prozent eindeutig vorn.

Neben dem Kommunikationsverhalten haben wir auch für die weiter oben bereits dargestellten medizinischen Vorgehensweisen überprüft, ob hier Hausärzte und Orthopäden spezifische Verordnungstendenzen aufweisen. Tatsächlich zeigen sich (vgl. Tabelle 7) sehr deutliche, wenngleich nicht sonderlich überraschende Differenzen zwischen den beiden Fachrichtungen.

Tabelle 7: **Ärztliche Vorgehensweise bei Patienten mit Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten, nach Fachrichtung der besuchten Praxis**

Realisiertes Vorgehen	nur Hausarzt	nur Orthopäde	Hausarzt und Orthopäde
körperliche Untersuchung	75%	80%	88%
medizinische Behandlung	87%	97%	93%
Besprechung Arbeits- und Lebenssituation	55%	52%	53%
Röntgenaufnahme	26%	63%	76%
CT/MRT	8%	34%	65%

Angaben in Prozent, n = 260

Hinsichtlich einer körperlichen Untersuchung zeigen sich zunächst allerdings eher geringe Unterschiede und dies gilt ebenso für medizinische Behandlungen, wie etwa Physiotherapie, Massage, Akupunktur, Schmerzmittel, Spritzen, manuelle Therapie, Chirotherapie. Bei der Besprechung der Arbeits- und Lebensbedingungen gibt es noch erheblich geringere Differenzen zwischen Hausärzten und Orthopäden als man vermuten könnte. Markante Unterschiede hinsichtlich des diagnostischen Vorgehens werden jedoch beim Einsatz bildgebender Verfahren deutlich: Patienten mit Rückenschmerzen, die ausschließlich oder zusätzlich zum Hausarztbesuch in die Praxis eines Orthopäden gegangen sind, wurde etwa

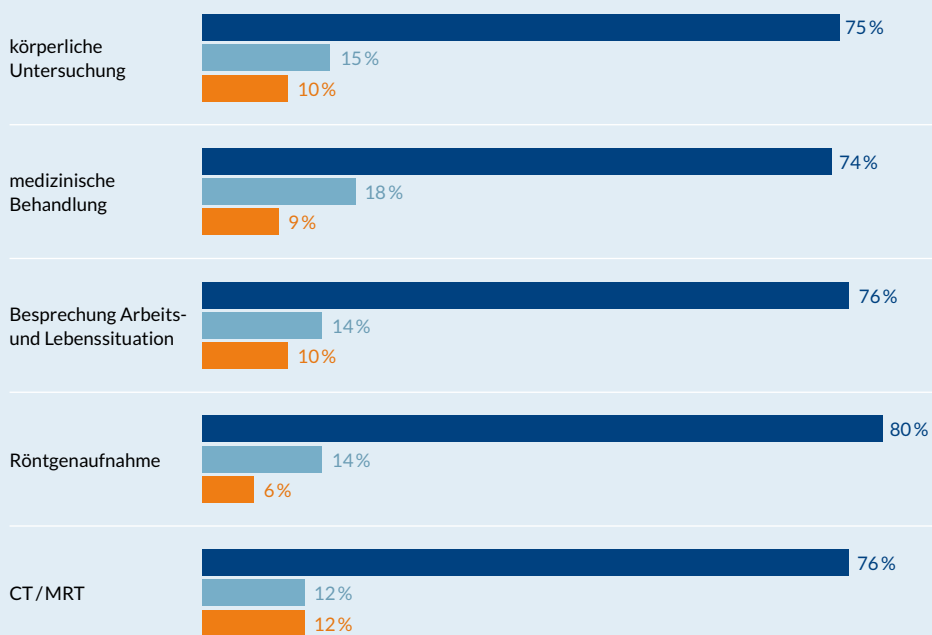
dreimal so oft eine Röntgenaufnahme verordnet und etwa achtmal so oft eine CT/MRT-Aufnahme.

#### 4.2.5 Initiator des medizinischen Vorgehens

Wer initiiert den Einsatz bildgebender Verfahren? Von Ärzten hört man oft, dass Patienten diesen Wunsch häufig äußern. Und auch unser Ergebnis (Abbildung 1), dass 60 Prozent der Befragten völlig oder eher der Meinung sind, „Ein Arzt sollte bei Rückenschmerzen schnellstmöglich eine Untersuchung in der ‚Röhre‘ oder ein Röntgenbild veranlassen“, könnte andeuten, dass die rasante Zunahme des Einsatzes bildgebender Verfahren primär der Nachfrageseite, also expliziten Patientenwünschen zuzuschreiben ist. Wir haben in unserer Studie die Frage gestellt, wer ein bestimmtes, später dann realisiertes diagnostisches oder kuratives Vorgehen vorgeschlagen hat: Arzt oder Patient oder beide (vgl. Abbildung 6).

Das Ergebnis ist recht eindeutig: Für alle diagnostischen und kurativen Vorgehensweisen sagen etwa drei Viertel der Befragten, dass ausschließlich der Arzt die jeweilige Maßnahme vorgeschlagen hat. Diese Befunde haben auch dann Bestand, wenn man unterscheidet, ob der jeweilige Arzt Orthopäde oder Hausarzt ist oder ob ein Patient bei beiden Fachrichtungen war. Im letzteren Fall (Besuch von Hausarzt und Orthopäden) sinkt der Anteil derjenigen noch einmal, die sich selbst als primären Initiator nennen. Auch wenn man berücksichtigen muss, dass Patienten sich bei dieser Frage eher zurücknehmen und das verantwortliche Handeln dem Arzt zuschreiben, ist in jedem Fall festzuhalten, dass die massive Zunahme bildgebender Verfahren in den vergangenen Jahren kaum allein oder überwiegend auf explizite Patientenwünsche zurückzuführen ist.

Abbildung 6: Initiator des realisierten medizinischen Vorgehens bei Patienten mit Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten



■ nur Arzt ■ nur Patient ■ Arzt und Patient  
Angaben in Prozent, n = 243

| BertelsmannStiftung



#### 4.2.6 Behandlungsergebnis und potenzielle Einflussfaktoren

Etwas mehr als ein Viertel der Patienten (27 Prozent), die wegen Rückenschmerzen in den letzten zwölf Monaten medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben, sind nach eigener Angabe bis heute schmerzfrei (vgl. Tabelle 8). Dem steht jedoch die relative Mehrheit derjenigen gegenüber, die zwar zunächst eine Besserung verspürten, heute jedoch wieder über Schmerzen klagen. Und bei jedem Fünften hat medizinische Hilfe gar nichts ausrichten können – sie verspüren bis heute keine Besserung ihrer Rückenschmerzen. Von besonderem Interesse ist hier, ob es bei den (zumindest bis heute) erfolgreich therapierten Patienten unterschiedliche Erfolgsquoten gibt hinsichtlich

- sozialstatistischer Merkmale (Alter, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Geschlecht),
- der Krankheitsgeschichte (Häufigkeit früherer Rückenschmerzepisoden),
- der Fachrichtung des besuchten Arztes (Hausarzt/Orthopäde/beide),
- der eingesetzten Diagnose- und Therapieverfahren (Röntgen, CT/MRT, Belastungsbesprechung), Empfehlung von Bewegung, von Ruhe/Schonung,

**Tabelle 8: Behandlungsergebnisse bei Rückenschmerzpatienten, die in den letzten 12 Monaten deswegen beim Arzt waren**

keine Schmerzen mehr, bis heute schmerzfrei	27 %
zunächst keine Schmerzen mehr, die dann aber wieder auftauchten	48 %
keine Besserung gespürt und bis heute Schmerzen	20 %
weiß nicht, keine Angabe	4 %
insgesamt	100 %
Angaben in Prozent, n = 246	

**Tabelle 9: Korrelation unterschiedlicher Merkmale mit dem von Patienten eingeschätzten Behandlungserfolg**

Merkmalsname	Korrelationskoeffizient und Signifikanz
Alter	-0,14 *
Schulbildung	
Erwerbstätigkeit	-0,19 **
Geschlecht (M/F)	-0,14 *
frühere Rückenschmerzen	-0,21 **
Fachrichtung des Arztes	-0,30 **
Röntgenbild	-0,24 **
CT/MRT	-0,18 *
Belastungsbesprechung	
Bewegungsempfehlung	
Ruheempfehlung	0,13 *
Arztkommunikation	
Hinweis auf „kaputten“ Rücken	-0,20 **
biomedizinisches Krankheitsmodell	

leere Tabellenzellen = nicht signifikant; Signifikanz: \* 5 Prozent, \*\* 1 Prozent

- der Kommunikationsfertigkeiten des jeweiligen Arztes (Bewertung der Arzterklärungen, Hinweise auf „kaputten“ Rücken) und schließlich auch
- der Einstellung zum biomedizinischen Krankheitsmodell.

Bei diesen Analysen ist natürlich darauf hinzuweisen, dass hier keine kausalen Zusammenhänge festgestellt werden können, sondern lediglich Hinweise und Hypothesen, die in realen Feldstudien (mit Längsschnittdesign) weiter zu überprüfen wären. Angesichts der kleineren Gruppe von Patienten, die in den letzten zwölf Monaten aufgrund von Rückenschmerzen medizinische Hilfe in Anspruch genommen hat ( $n = 333$ ) sowie der doch großen Zahl potenzieller Einflussfaktoren (13 Variablen) gehen wir dabei so vor, dass wir zunächst nur bivariat (Korrelationen) Zusammenhänge überprüfen. In einem zweiten Schritt werden dann nur signifikante Variablen im Rahmen einer multivariaten Analyse untersucht. Die zunächst durchgeführte Korrelationsanalyse zeigt folgende Ergebnisse (Tabelle 9).

Auffällig ist zunächst, dass fast alle Korrelationskoeffizienten ein negatives Vorzeichen haben, diese Merkmale zeigen also einen negativen Einfluss auf den von Patienten mitgeteilten Behandlungserfolg. Förderliche Maßnahmen oder Bedingungen sind deutlich in der Minderheit. Alle Variablen mit signifikanten Korrelationen wurden dann noch einmal im Rahmen einer multivariaten Analyse (logistische Regression) untersucht. Im Einzelnen zeigen sich dort Effekte für folgende Einflüsse und Rahmenbedingungen:

- Geschlecht: Männer berichten im Vergleich zu Frauen deutlich häufiger von einem Behandlungserfolg: OR 5,3\*\*; Kreuztabelle: Erfolgsquote Männer 36 Prozent, Frauen 23 Prozent.
- Stellung im Beruf: Angestellte, insbesondere aber Arbeiter, haben eine erheblich niedrigere Erfolgschance im Vergleich zu Beamten und Selbstständigen; Erfolgsquote Arbeiter OR = 0,1\*, Angestellte 0,2\*; Kreuztabelle: Erfolgsquote Arbeiter 19 Prozent, Angestellte 34 Prozent, Beamte 55 Prozent, Freiberufler/Selbstständige 62 Prozent.
- Fachrichtung des Arztes: Bei einem Besuch nur eines Arztes bzw. einer Fachrichtung liegt die Erfolgschance höher, als wenn Hausarzt und Orthopäde aufgesucht wurden; OR nur Hausarzt 4,0\*, nur Orthopäde 5,5\*\*; Kreuztabelle: Erfolgsquote nur Hausarzt 43 Prozent, nur Orthopäde 32 Prozent, Hausarzt und Orthopäde 12 Prozent.
- Durchführung einer Röntgenuntersuchung: Sofern diese Maßnahme **nicht** erfolgte (Vergleichsgruppe Röntgenaufnahme erfolgte), liegt das Chancenverhältnis bei OR = 3,1\*; Kreuztabelle Erfolgsquote ohne Röntgen 40 Prozent, mit Röntgen 19 Prozent.

Diese Ergebnisse zeigen wohl durchgängig weniger den Effekt medizinischer Interventionen oder des Unterlassens bestimmter Maßnahmen als eher Hinweise auf störende Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen für einen Behandlungserfolg. Der Verzicht auf eine Röntgenaufnahme wäre insofern also eher ein Indikator dafür, dass Ärzte hier um die spontane Remission von Rückenschmerzen wissen. Ähnliches gilt für den Befund, dass der Verzicht auf eine umfangreiche Diagnostik (Einschränkung auf Besuch nur des Hausarztes oder eines Orthopäden) in vielen Fällen durchaus sinnvoll und erfolgversprechend ist. Der überaus markante Gradient für die Stellung im Beruf (bei Erwerbstätigen) ist nicht ohne Weiteres erklärbar; hier müsste man – was mit den verfügbaren Daten nicht möglich ist – ebenso wie für das Merkmal „Geschlecht“ bei den einbezogenen Männern und Frauen prüfen, wie groß die jeweiligen Stressoren und psychischen Belastungen in der Arbeitswelt oder auch Familie ausfallen, die als (u. U. anhaltende und wenig veränderbare) Ursache für Rückenschmerzen maßgeblich sind.

## 5 Literatur

---

- Antonovsky A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997.
- BKK und TNS healthcare: Bevölkerungsumfrage Rückenschmerzen. 2008. [www.bkk-bayern.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Faktenspiegel/umfrage\\_ruecken.pdf](http://www.bkk-bayern.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Faktenspiegel/umfrage_ruecken.pdf).
- Briggs AM, et al.: Health literacy and beliefs among a community cohort with and without chronic low back pain. *Pain*, 2010; 150: 275–283. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20603025](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20603025).
- Chenot JF, Kochen MM, Schmidt CO: Das Einhalten von Leitlinien und die Qualität der ambulanten Versorgung von Rückenschmerzpatienten. Gütersloh 2009. Abstract: [http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx\\_itaoarticles/200907-Abstract.pdf](http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200907-Abstract.pdf); Originalstudie: [http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx\\_itaoarticles/200907-Beitrag.pdf](http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200907-Beitrag.pdf).
- Chenot JF, Haupt C, Gerste B: Zeitliche Trends bei der Versorgung von Rückenschmerzpatienten. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra BP, Schmacke N (Hrsg.): Versorgungs-Report 2013/2014. Stuttgart 2014. 155–184.
- Chou R, et al.: Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 2009; 373: 463–472.
- Dahm KT, et al.: Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: CD007612. DOI: 10.1002/14651858.CD007612.pub2.
- Darlow B, et al.: The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur. J. Pain*, 2012; 16: 3–17. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21719329](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21719329).
- Darlow B, et al.: The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *Ann. Fam. Med.*, 2013; 11: 527–534. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24218376](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24218376).
- Darlow B, et al.: Cross-sectional survey of attitudes and beliefs about back pain in New Zealand, *BMJ open*, 2014; 4: 5. <http://bmjopen.bmj.com/content/4/5/e004725.full>.
- Klemperer D: Sozialmedizin – Public Health. Bern 2010.
- Renker EK, et al.: Therapie bei Patienten mit Rückenschmerzen. Verordnungsverhalten – subjektive Zufriedenheit – Effekte. *Der Schmerz*, 2009; 23: 284–291. DOI: 10.1007/s00482-009-0785-6). [www.researchgate.net/publication/225631937\\_Therapie\\_bei\\_Patienten\\_mit\\_Rueckenschmerzen](http://www.researchgate.net/publication/225631937_Therapie_bei_Patienten_mit_Rueckenschmerzen).
- Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt: Rückenschmerzen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 53, Berlin 2012. [www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?__blob=publicationFile).
- Werner EL, et al.: Low back pain media campaign: No effect on sickness behaviour, Patient Education and Counseling, 2008; 71: 198–203. doi:10.1016/j.pec.2007.12.009.
- WHO (World Health Organization): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York 1946.

## 6 Anhang

---

### 6.1 Fragebogen „Faktencheck Rücken“

**V1** Im Folgenden sind einige Meinungen über Rückenschmerzen aufgeführt. Bitte geben Sie jeweils an, ob Sie voll und ganz zustimmen, eher zustimmen, eher nicht zustimmen oder überhaupt nicht zustimmen.

- (1) Rückenschmerzen verschwinden oft von alleine.
- (2) Bei Rückenschmerzen sollte man immer einen Arzt aufsuchen.
- (3) Bei Rückenschmerzen sollte man sich schonen.
- (4) Durch Röntgenbilder und Aufnahmen in der sogenannten „Röhre“, also z. B. Kernspin- oder Computertomographie, findet der Arzt die Ursache von Rückenschmerzen zuverlässig und schnell.
- (5) Auch bei Rückenschmerzen sind meist schnelle Behandlungserfolge durch Operationen möglich.
- (6) Heutzutage sollte man von der Medizin erwarten können, dass Freizeitaktivitäten oder berufliche Anforderungen nicht durch Rückenschmerzen beeinträchtigt werden.
- (7) Ein Arzt sollte bei Rückenschmerzen eines Patienten schnellstmöglich eine Untersuchung in der sogenannten „Röhre“ veranlassen, also z. B. mittels Kernspin- oder Computertomographie, oder zumindest ein Röntgenbild machen lassen.
- (8) Man erholt sich schneller von Rückenschmerzen, wenn man weiter seinen normalen Verpflichtungen in Beruf und Familie nachgeht.

1: stimme voll und ganz zu – 2: stimme eher zu – 3: stimme eher nicht zu –  
4: stimme überhaupt nicht zu – 9: weiß nicht, keine Angabe

**V2** Hatten Sie früher schon einmal, egal wann, Rückenschmerzen?

- 1: nein, noch nie  
2: ja, einmal  
3: ja, zwei- oder dreimal  
4: ja, viermal oder öfter  
9: weiß nicht, keine Angabe

**V3** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Rückenschmerzen?

- 1: ja  
2: nein  
9: weiß nicht, keine Angabe

**V4** Haben Sie deshalb einen oder mehrere Ärzte oder Krankenhäuser aufgesucht?

- 1: nein
- 2: ja, war beim Hausarzt
- 3: ja, war beim Orthopäden
- 4: ja, war im Krankenhaus in der Notfallambulanz
- 5: ja, war im Krankenhaus auf Station
- 9: weiß nicht, keine Angabe

**V5** Was von dem Folgenden wurde bei diesen Arzt- bzw. Krankenhausbesuchen hinsichtlich Ihrer Rückenschmerzen gemacht?

- 1: körperliche Untersuchung
- 2: Röntgenaufnahme
- 3: Untersuchung in der sogenannten „Röhre“, also z. B. mittels Kernspin- oder Computertomographie
- 4: Besprechung der Arbeits- und Lebenssituation, wie Stress, aktuelle Probleme etc.
- 5: medizinische Behandlung, wie z. B. Physiotherapie, Massage, Akupunktur, Schmerzmittel, Spritzen, manuelle Therapie, Chirotherapie etc.
- 6: Operation
- 8: nichts davon, etwas anderes
- 9: weiß nicht, keine Angabe

**V6** Wurde Ihnen bei diesen Arzt- bzw. Krankenhausbesuchen von Ihrem Arzt ...

- 1: körperliche Aktivität, Sport empfohlen?
- 2: Schonung, Ruhe empfohlen?
- 3: erklärt, Ihr Rücken sei „kaputt“ oder „verschlissen“?
  - 1: ja
  - 2: nein
  - 9: weiß nicht, keine Angabe

**V7** Wurden Ihnen bei diesen Arzt- bzw. Krankenhausbesuchen von Ihrem Arzt ...

- 1: Vorteile der vorgeschlagenen Behandlung erläutert?
- 2: Risiken der vorgeschlagenen Behandlung erläutert?
- 3: mögliche andere Behandlungsarten vorgestellt?
- 4: Erklärungen zu der Behandlung so gegeben, dass Sie sie gut verstanden haben?
  - 1: ja
  - 2: nein
  - 9: weiß nicht, keine Angabe

**V72** Wer hat bei diesen Arzt- bzw. Krankenhausbesuchen die später durchgeführte Behandlung vorgeschlagen bzw. empfohlen?

- 1: mein Arzt
- 2: ich selbst
- 3: sowohl der Arzt als auch ich selbst
- 9: weiß nicht, keine Angabe

**V8 Hatten Sie nach der letzten Behandlung Ihrer Rückenschmerzen ...**

- 1: keine Schmerzen mehr und sind bis heute schmerzfrei
- 2: zunächst keine Schmerzen mehr, die dann aber wieder auftauchten
- 3: keine Besserung gespürt und bis heute Schmerzen
- 9: weiß nicht, keine Angabe

**V9 Welcher der folgenden Aussagen würden Sie am ehesten zustimmen?**

- 1: Ich versuche, viele Informationen über Gesundheitsthemen zu bekommen, die mich betreffen.
- 2: Ich achte nicht speziell auf Informationen über Gesundheitsthemen, interessiere mich aber dafür.
- 3: Ich bin nicht sehr an Informationen über Gesundheitsthemen interessiert.
- 9: weiß nicht, keine Angabe

**V10 Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten über das Thema „Rückenschmerzen“ informiert?**

- 1: nein, gar nicht
- 2: ja, ein wenig
- 3: ja, sehr intensiv
- 9: weiß nicht, keine Angabe

**V11 Wo oder bei wem haben Sie sich hauptsächlich über Rückenschmerzen informiert?**

- 11: im Internet, also auf Webseiten, Blogs und in Internetforen
- 12: im Fernsehen, Radio, in Zeitungen oder Zeitschriften
- 13: bei Familienangehörigen, Freunden, Kollegen
- 14: in Gesprächen mit Ärzten
- 15: in Gesprächen mit Apothekern
- 16: in einer Beratungsstelle oder bei einer Telefonberatung z. B. der Krankenkasse etc.
- 17: in Büchern, wie z.B. Gesundheitsratgeber, Lexika etc.
- 18: in Broschüren oder Zeitschriften von Krankenkassen oder Apotheken
- 98: nichts davon, etwas anderes
- 99: weiß nicht, keine Angabe

**V12 Wenn Sie jetzt krankheitsbedingt 1 oder 2 Wochen nicht zur Arbeit gehen könnten, wie groß wären dadurch die beruflichen, finanziellen oder familiären Probleme für Sie? Bitte geben Sie hier eine Zahl zwischen 0 und 10 an. Null bedeutet „keinerlei Problem“ und Zehn bedeutet „ein äußerst großes Problem“.**

0: keinerlei Problem 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10 ein äußerst großes Problem

- 99: weiß nicht, keine Angabe

## 6.2 Erläuterungen zur Skalenkonstruktion

Wie hängen die einzelnen Überzeugungen und Verhaltensaspekte zusammen? Gibt es bei Patienten ein relativ homogenes Konstrukt, ein konsistentes subjektives Krankheitsbild in Bezug auf Rückenschmerzen, ihre Ursachen und Therapiemöglichkeiten? Zur Klärung dieser Frage und auch, um eine größere Übersichtlichkeit und Interpretierbarkeit der Befunde herzustellen, wurden Faktorenanalysen mit den oben vorgestellten acht Items durchgeführt.

In einem ersten Durchgang, der alle acht Items umfasste, ergab sich eine Lösung mit drei Faktoren, die allerdings kaum sinnvoll interpretierbar war. Wir haben in weiteren Durchgängen zunächst ein Item entfernt, für das sich (vgl. Abbildung 1) ein deutlicher „Ceiling-Effekt“ gezeigt hat, also eine extrem hohe Ablehnungsquote (84 % „stimme überhaupt nicht zu“ oder „stimme eher nicht zu“). Dieses Item thematisierte die Effizienz chirurgischer Therapien: „Auch bei Rückenschmerzen sind meist schnelle Behandlungserfolge durch Operationen möglich“. Der Einbezug solcher Items in Skalen ist nach gängiger methodischer Auffassung allerdings nicht sinnvoll, da der obere Skalenbereich a priori weit nach oben gedrängt und gespreizt wird.

Ausgeschlossen haben wir noch ein weiteres Item („Heutzutage sollte man von der Medizin erwarten können, dass Freizeitaktivitäten oder berufliche Anforderungen nicht durch Rückenschmerzen beeinträchtigt werden“), da die Faktorenanalyse unter Einbezug dieses Items erneut eine inhaltlich kaum interpretierbare Lösung erbrachte. Das könnte daran liegen, dass dieses Item sehr unterschiedlich interpretiert werden kann (Erwartungen an Lebensqualität, Erwartungen an Medizin, zumutbare Arbeitsbedingungen, sinnvolle Freizeitvoraussetzungen) und daher in abweichende Antworttendenzen zersplittert.

Die in einem dritten Durchgang durchgeführte Analyse mit sechs Items erbrachte schließlich eine gut interpretierbare und plausible Lösung (Hauptkomponentenanalyse, Rotation Varimax mit Kaiser-Normalisierung, aufgeklärte Varianz 53%). Die Faktorladungen der rotierten Komponentenmatrix hierfür waren wie folgt:

	Faktor 1	Faktor 2
Ein Arzt sollte bei Rückenschmerzen eines Patienten schnellstmöglich eine Untersuchung in der sog. „Röhre“ veranlassen, also z. B. mittels Kernspin- oder Computertomographie, oder zumindest ein Röntgenbild machen lassen.	,802	-,197
Durch Röntgenbilder und Aufnahmen in der sog. „Röhre“, also z. B. Kernspin- oder Computertomographie, findet der Arzt die Ursache von Rückenschmerzen zuverlässig und schnell.	,776	,107
Bei Rückenschmerzen sollte man immer einen Arzt aufsuchen.	,579	-,384
Man erholt sich schneller von Rückenschmerzen, wenn man weiter seinen normalen Verpflichtungen in Beruf und Familie nachgeht.	,164	,818
Rückenschmerzen verschwinden oft von alleine.	-,176	,652
Bei Rückenschmerzen sollte man sich schonen.	,251	-,506

Man kann diese zwei Faktoren sehr gut interpretieren:

- Faktor 1: „Medizinaffinität bei Rückenschmerzen“, Items: Bei Rückenschmerzen sollte man immer einen Arzt aufsuchen, bildgebende Verfahren finden zuverlässig die Ursachen von Rückenschmerzen, ein Arzt sollte bei Rückenschmerzen schnellstmöglich Röntgenbilder oder CT/MRT veranlassen
- Faktor 2: „Normalitätsdeutung von Rückenschmerzen“, Zustimmung zu den Items: Rückenschmerzen verschwinden oft von alleine; bessere Erholung, wenn man normalen Verpflichtungen nachgeht; Ablehnung des Items: Bei Rückenschmerzen sollte man sich schonen. Dieser Faktor bzw. die Items wurden dann umgepolt in „Abnormitätsdeutung von Rückenschmerzen“. Dies geschah, um für beide Faktoren eine inhaltlich konsistente Einordnung zu bekommen, denn innerhalb des biomedizinischen Krankheitsmodells besteht – wie oben dargestellt – eine hohe Medizinaffinität, also eine Tendenz, bei Krankheit und Beschwerden baldmöglichst ärztliche oder medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ebenso herrscht dort ein Deutungsmuster vor, bei dem Krankheit nicht als eine Ausprägung in einem Kontinuum erscheint, sondern als extremer Gegenpol zur Gesundheit.

In Korrespondenz mit diesen Befunden wurden zwei Skalen gebildet durch Addition der Antworten bzw. Skalenwerte, wobei hier null bis drei Punkte vergeben wurden, je nach Grad der Zustimmung bzw. Ablehnung. Die Befragten wurden einer von drei Gruppen zugeordnet: solcher mit einem hohen, einem durchschnittlichen oder einem niedrigen Wert.

Beide Skalen gemeinsam betrachtet, definieren dann einige Grundzüge eines biomedizinischen Krankheitsmodells, in dem Gesundheit und Krankheit zwei sich ausschließende Pole darstellen, Krankheit fast immer externer (medizinischer) Eingriffe bedarf und salutogenetische Einflüsse gar nicht vorkommen oder aber zu vernachlässigen sind. Klemperer charakterisiert dieses Konzept wie folgt: „Das biomedizinische Modell fokussiert auf die biologischen Aspekte des Organismus. Das Modell schließt den naturwissenschaftlichen Wissensfortschritt ein. Krankheitssymptome werden als Störungen der Struktur oder Funktion des Organismus gedeutet, die durch Untersuchungen gefunden und durch Therapie behoben werden können. Der Körper wird als maschinenartig wahrgenommen, das Subjektive befindet sich weitgehend außerhalb des Fokus“ (Klemperer 2010: 98).

Wir haben hierfür eine neue Skala durch Einbezug der beiden oben genannten Faktoren konstruiert und auch hier Befragungsteilnehmer entsprechend ihren Antworten in drei Gruppen eingestuft: Patienten mit einem stark ausgeprägten, einem durchschnittlichen oder einem schwach ausgeprägten biomedizinischen Krankheitsmodell. Befragte, die stark überzeugt sind vom biomedizinischen Krankheitsmodell, weisen also sowohl eine hohe Medizinaffinität als auch eine starke Abnormitätsdeutung auf. Sie glauben kaum an salutogenetische Einflüsse und bezweifeln, dass viele Krankheiten und Beschwerden auch ohne externes Zutun reversibel sind. Nicht erfasst sind hier also Aspekte des biomedizinischen Krankheitsmodells wie etwa unterstellte Verursachungsmechanismen, das Menschenbild, die Exklusion psychischer Faktoren.



Es ist zu vermuten, aber mit unseren Daten nicht überprüfbar, dass Personen mit einer hohen Medizinaffinität und Abnormitätsdeutung bei Rückenschmerzen ähnliche Interpretationen auch bei anderen Krankheiten und Beschwerden haben, so dass hier ein generalisiertes Deutungs- und Verhaltensmuster vorliegt. In welchem Umfang dies der Fall ist, wo es Abweichungen gibt und woher diese rühren, ist allerdings eine offene Forschungsfrage. Zu klären wäre hier etwa, ob chronische Erkrankungen anders interpretiert und in Verhalten umgesetzt werden als akute, ob familiäre oder eigene Vorerkrankungen eine Rolle spielen etc.

Wenn wir im Text also das Kürzel „Medizinaffinität“ oder „Abnormitätsdeutung“ verwenden, ist daran zu erinnern, dass wir diese Deutungsmuster und Verhaltensorientierungen streng genommen nur auf die Erfahrung von Rückenschmerzen beziehen können.

## Autor

---



**Dr. phil. Gerd Marstedt**  
zuletzt wissenschaftlicher  
Mitarbeiter am Zentrum für  
Sozialpolitik der Universität  
Bremen (1997 – 2011)

## Impressum

---

© 2016 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Straße 256  
33311 Gütersloh  
Phone +49 5241 81-0  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

### **Verantwortlich**

Eckhard Volbracht  
Andrea Fürchtenicht  
Marion Grote Westrick

### **Bildnachweis**

Getty Images/iStockphoto/champja

### **Gestaltung**

Dietlind Ehlers, Bielefeld



## Das Projekt „Faktencheck Gesundheit“

Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen sind in Fachkreisen seit Jahren bekannt – für uns der Beweis dafür, dass es noch immer Qualitäts- und Effizienzreserven im Gesundheitssystem gibt. Nur durch den konsequenten Abbau von strukturell bedingten Versorgungsmängeln lassen sich unnötige Belastungen von Versicherten sowie Gefährdungen von Patienten vermeiden und das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung erreichen – bevor über Priorisierung und Rationierung nachgedacht werden sollte.

### Der „Faktencheck Gesundheit“ will dazu beitragen, dass ...

- Gesundheitsleistungen stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet und die begrenzten Ressourcen sachgerechter eingesetzt werden,
- sich die Menschen aktiv damit auseinandersetzen, welche Leistungen ihrem Bedarf entsprechen und wie die Versorgung besser gestaltet werden kann,
- die Bürger sich stärker mit der Versorgung in ihrer Region befassen, das Gesundheitssystem sowie notwendige Reformen besser verstehen und ihr Vertrauen in das System steigt.

### Die Auswahl der Themen für den „Faktencheck Gesundheit“ erfolgt anhand festgelegter Kriterien:

Die Themen sollen eine hohe Relevanz für die Bevölkerung haben, bedeutsame Defizite im System, aber auch konkrete Handlungs- und Verbesserungsansätze aufzeigen. Die Bearbeitung der Themen und Interpretation der Ergebnisse erfolgen durch Themenpaten aus der Wissenschaft und ein strukturiertes fachliches Review. Der „Faktencheck Gesundheit“ soll nicht nur die Versorgungsrealität beschreiben, sondern Interpretationen liefern, Ursachenforschung betreiben und nicht zuletzt Empfehlungen abgeben, wie die identifizierten Defizite behoben werden können. Mithilfe kartografischer Darstellungen können regionale Unterschiede visuell schnell erfasst werden.

## Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Straße 256  
33311 Gütersloh  
Telefon +49 5241 81-0

Eckhard Volbracht  
Projektmanager  
Telefon +49 5241 81-81215  
Fax +49 5241 81-681215  
eckhard.volbracht@bertelsmann-stiftung.de

[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)