

# Integrationsversorgung bei Rückenschmerzen

(DAK-Berlin Brandenburger Rückennetz)

**Berlin**  
**Brandenburger**  
**Rückennetz**



Müller Gerd<sup>1</sup>, Marnitz Ulf<sup>2</sup>, Seidel Wolfram<sup>3</sup>, Bienek Karen<sup>4</sup>, Gussek Anke<sup>5</sup>, Lindena Gabriele<sup>6</sup>  
<sup>1</sup>Rückenzentrum Hamburg-Berlin <sup>2</sup>Rückenzentrum Berlin <sup>3</sup>Klinik für Manuelle Medizin Sommerfeld  
<sup>4</sup>Tagesklinik Forum Pankow <sup>5</sup>DAK Berlin <sup>6</sup>CLARA Klinische Forschung

## Einleitung

Integrationsversorgung bei Rückenschmerzen wird zurzeit in zwei Integrationsstufen in Deutschland angeboten, ab der ersten Inanspruchnahme oder nach einem Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit. Seit einem Jahr (Sept. 2006) bietet die DAK in Berlin und im Berliner Umland Versicherten mit länger dauernder Arbeitsunfähigkeit (AU) wegen Rückenschmerzen ein interdisziplinäres standardisiertes und multiprofessionelles Assessment, zurzeit in 2 Einrichtungen (Rückenzentrum am Markgrafentpark und im Forum Pankow) in Berlin an. Aus diesem Assessment folgen Therapieempfehlungen, die z. T. innerhalb des Netzes angeboten werden.

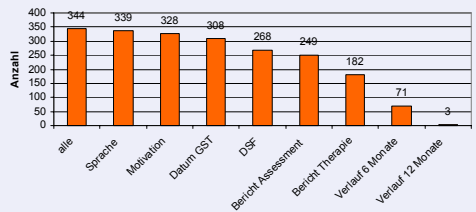
## Methoden

Nach ausführlicher Anamnese unter Einbeziehung des Deutschen Schmerzfragebogens (DSF), körperlicher ärztlicher und physiotherapeutischer Untersuchung sowie psychologischer Exploration wird der Versicherte über die weitere Vorgehensweise beraten. Diese kann aus gezielter Diagnostik, ambulanter monomodaler Therapie, tagesklinischem Programm mit 2 Intensitäten oder einer stationären Therapie bestehen. Weiter erscheinen Termine in der Verlaufsbroschüre mit Anzeige z.B. für den Versand der Verlaufsbögen. Die Diagnostik- und Therapiezentren geben ihre Dokumente ggf. auch zur Weitergabe von Informationen an die Mitbehandler ein. Die DAK erhält eine Auswahl der erhobenen Daten.

Die Fallmanager der DAK wurden ausführlich über das Konzept informiert und in die Dokumentation eingewiesen. Sie wählen die Versicherten aus, laden sie in die Geschäftsstelle ein und bieten ihnen das Assessment an. Bei Einverständnis buchen sie direkt Termine in den Diagnostikzentren. Nach dem Assessment erhalten die Fallmanager eine Stellungnahme mit Empfehlungen und ggf. Kostenübernahmeanträge für Therapiemodule. Nach dem Therapiemodul folgen ebenfalls ein Bericht und ein mit dem Patienten vereinbarter Zeitplan. So können die Fallmanager in ihrer patientenbezogenen Übersicht erkennen, wenn Versicherte nicht in diesem Zeitplan bleiben.

Die Daten werden im Zeitverlauf des Integrationsprojektes mit unterschiedlichen Fallzahlen und Bezugsgrößen vorgestellt. Für die Beurteilung des Projektes und seiner Nachhaltigkeit werden von den Patienten mit einem Diagnostiktag Verlaufsdaten nach 6 und 12 Monaten erhoben, für alle Patienten stehen die Daten der DAK zur Verfügung.

Abb. Verlauf Integrationsversorgung BBR-DAK Stand September 2007 (Anzahl Patienten)



Das Projekt nutzt eine gemeinsame online-Dokumentation, die sukzessive, beginnend mit einem Kalender mit Terminfreischaltung und -buchung aufgebaut wurde. Das Programm erfasst zusätzlich zu den Terminen

- Die ausführlichen anamnestischen und Befunddaten von Arzt, Physiotherapeut und Psychologen sowie die zusammenfassende Epikrise
- Die zusammenfassende Bewertung des Therapiemoduls
- Den Verlauf nach 6 und 12 Monaten
- Die Aufnahmezeitung mit AU-Tagen, Motivation und Einverständnis
- Den Assessmentbericht zur weiteren Vorgehensweise
- Den Therapiebericht und Zeitplan
- Die gesundheitsökonomischen Krankenkassen-Daten.

## Ergebnisse

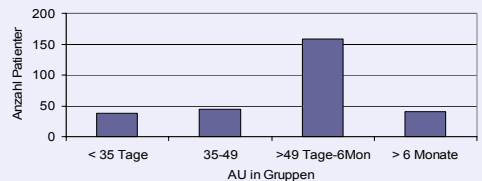
### Kollektiv mit Assessment n=344

Tab. Schmerzdaten der Patienten im Assessment aus dem Deutschen Schmerzfragebogen mit Kennzeichnung problematischer Werte und Anteil der Patienten mit Überschreitung der Grenzwerte

Beschreibung	Instrument	als problematisch angesehen	% der Patienten mit problematischen Werten
Schmerzintensität momentan	NRS	> 3	97,1
Schmerzdauer	Monate	> 6	77
Tage AU 3 Monate	Tage	> 42	71,5
affektive Summe	SBL	> 8	49,0
Wohlbefinden	MFHW	< 10	69,5
Angst	HADS	> 11	41,1
Depressivität	HADS	> 11	33,3
körperl Summe	SF12	< 29	52,6
psych Summe	SF12	< 44	44,6
Chronifizierung	n. Gervershagen	II und III	46,0
Schweregrad	nach von Korff	4	57,1

3 344 Versicherte mit den führenden Diagnosen M54 (66,1%) oder M51 (40,3%), 31,9% männlich, 47,5 Jahre alt, 98,9 Tage aktuell arbeitsunfähig wurden ausgewählt. Davon wurde 36 (10,5%) aus unterschiedlichen Gründen (Sprache 5, Motivation 11 u.a.) kein Assessment angeboten. 7 Versicherte waren über 65 Jahre alt, insgesamt 25 über 60.

Abb. Aktuelle Arbeitsunfähigkeit der ausgewählten Versicherten (Anzahl der Versicherten in Gruppen mit AU in Tagen)



### Kollektiv mit Therapiemodul n=249

Von den 249 Patienten mit Assessment erhielten 49,8% das intensive tagesklinische Programm (RIP II), 15,3% ein weniger intensives (RIP I) oder ein berufsbegleitendes (RIP BB), 6,2% kamen stationär, 28,6% andere Empfehlungen, davon 2 Reha, 5 OPs, insgesamt 6,0% weitere Diagnostik.

Im morphologischen, funktionellen, psychischen, sozialen Bereich, Komorbiditäts- und Chronifizierungsgrad werden Befundausprägung mit Grad 0 bis 3 und Handlungsbedarf mit ja, nein gewertet. Dabei sind die Einflüsse auf einen Gesamtwert und die Schlussfolgerungen unterschiedlich zu bewerten, da bezüglich eines morphologischen Befundes wenig Änderungen erwartet werden können, während Komorbiditäten die Therapiemodule einschränken können. Alle anderen Aspekte müssen sowohl bezüglich der Therapieempfehlungen als auch bei der Bewertung des Therapieergebnisses berücksichtigt werden.

Die meisten der Versicherten, die zum Assessment kamen, waren deutlich länger arbeitsunfähig als die Zielvorgabe mit etwa 6 Wochen. Insbesondere gab es eine Gruppe mit Langzeit-AU über 6 Monaten, bei denen erfahrungsgemäß die Rückkehrzeiten deutlich geringer sind. Zum Teil lässt sich mit dieser Fallkonstellation ein verhältnismäßig hoher Anteil an intensiven Rückenprogrammen begründen.

Abb. Befundausprägung, Handlungsbedarf und Therapieempfehlung

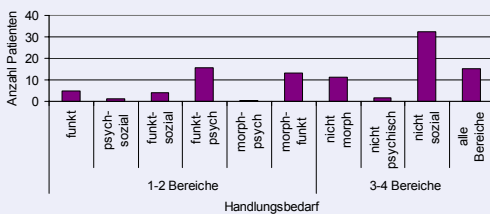
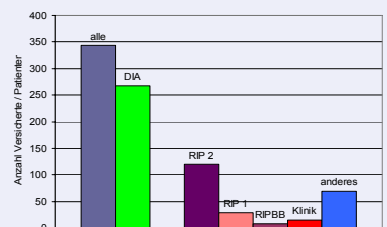


Abb. Ausgewählte Patienten (alle), Assessment (DIA), Therapieempfehlungen und -programme



Viele Patienten (61%) zeigten einen Handlungsbedarf in 3 bis 4 von 4 Bereichen, davon mit einem Drittel etwa die Gruppe mit morphologischem, funktionellem und psychischem Handlungsbedarf („nicht-sozial“).

### Kollektiv im Verlauf 6 Monate nach Assessment n=71

71 Patienten konnten inzwischen 6 Monate nach dem Assessment nachbefragt werden, von den ersten 3 liegen 1-Jahres-Daten vor. Geht man davon aus, dass die Wahl der Therapieempfehlungen dem Bedarf bei den Patienten entspricht, sollten alle Patienten unabhängig von dem durchgeführten Programm gut stabilisiert sein. Dies ist nicht der Fall.

Bei der Wahl der Therapieempfehlung wird deutlich differenziert bezüglich der bisherigen Arbeitsunfähigkeit. Die anderen schmerzbezogenen Werte liegen in beiden Gruppen mit unterschiedlich intensiven Programmen ähnlich, die Schmerzklinikenpatienten zeigen die geringste Veränderung ihrer Werte bei höchsten (=schlechtesten) Ausgangswerten. Allerdings ist vor allem letztere Gruppe mit 15 relativ sehr klein.

Bei den Tagen mit Arbeitsunfähigkeit sind deutliche Verbesserungen im halben Jahr nach dem Assessment gegenüber vorher festzustellen, und zwar auch wenn die Arbeitsunfähigkeit sehr lange gedauert hatte.

Abb. Schmerzbezogene Angaben mit jeweiligen Skalenwerten I die Skalen sind unterschiedlich gerichtet; Wohlbefinden wird gesteigert!

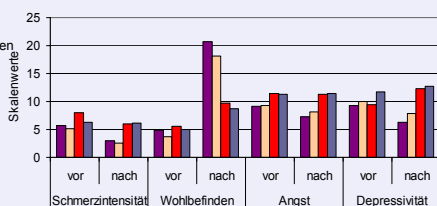
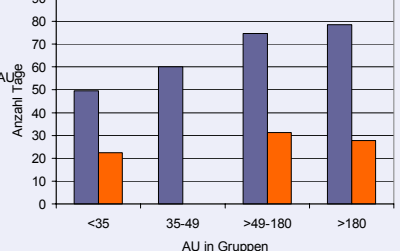


Abb. Arbeitsunfähigkeit in 3 Monaten vor und 6 Monate nach Assessment in Gruppen, die nach der aktuellen AU von den DAK-Fallmanagern erfasst wurde



## Schlussfolgerungen

Das DAK-BBR-Konzept belegt die Praktikabilität der Versichertenansprache durch die Krankenkasse und des frühzeitigen Assessments mit einer interdisziplinären Spezialisierung und Facharztstandard.

Das Integrationsprojekt ermöglicht die zeitgerechte und gezielte Risikofaktoren berücksichtigende Therapie.

Die Ergebnisse müssen sich an internen Krankenkassen-Statistiken und an befundgerechte und allen anderen Integrationsansätze messen lassen. Dazu liegen nur wenige Vergleichsdaten vor.