

Der Schmerz

Organ der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., der Österreichischen Schmerzgesellschaft,
der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie und der Schweizerischen Gesellschaft
zum Studium des Schmerzes

Elektronischer Sonderdruck für

G. Lindena

Ein Service von Springer Medizin

Schmerz 2012 · 26:677–684 · DOI 10.1007/s00482-012-1251-4

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights reserved 2012

G. Lindena · U. Marnitz · P. Hartmann · G. Müller

„Rücken-Coach“

Ein Projekt für Patienten mit Rückenschmerzen

Schmerz 2012 · 26:677–684
 DOI 10.1007/s00482-012-1251-4
 Online publiziert: 26. November 2012
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
 Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg -
 all rights reserved 2012

G. Lindena¹ · U. Marnitz² · P. Hartmann³ · G. Müller⁴

¹ CLARA Klinische Forschung, Kleinmachnow

² Rückenzentrum am Markgrafentpark, Berlin

³ Deutsche BKK Wolfsburg

⁴ Rückenzentrum am Michel Hamburg

„Rücken-Coach“

Ein Projekt für Patienten mit Rückenschmerzen

Patienten mit länger dauernden Rückenschmerzen zeigen eine hohe medizinische Inanspruchnahme und verursachen hohe direkte und indirekte sozioökonomische Kosten [1]. Sie werden bisher im Gesundheitswesen nicht bedarfsgerecht nach dem Stand der Erkenntnisse versorgt [2, 3]. Die Patientengruppe ist sehr heterogen. Sowohl strukturelle und funktionelle Beeinträchtigungen, ggf. Voroperationen, als auch psychische Beeinträchtigungen und soziale Konfliktlagen können vorliegen. Häufig liegen eine Kombination aus diesen Störungen sowie vielfältige Vorerfahrungen mit Therapieangeboten vor.

Die Mischung aus einem inadäquaten Krankheitskonzept bei den Patienten, falschen Signalen und Ratschlägen der Umgebung sowie evidenzbasierten Leitlinien [4, 5, 6], die sich z. T. wegen falscher finanzieller Anreize, z. B. zugunsten bildgebender Verfahren statt der Beachtung psychosozialer Faktoren, in der Versorgung nicht umsetzen lassen, ist gesundheitsökonomisch relevant [7].

Daher bauten eine Krankenkasse (KK) und ein Rückenzentrum in Kooperation das Projekt „Rücken-Coach“ auf: eine Fallsteuerung durch Fallkoordinatoren der KK und ein darauf folgendes Versorgungskonzept auf Basis der verfügbaren Leitlinien und Empfehlungen, dessen Effektivität bereits nachgewiesen wurde [8, 9] und das in Deutschland regional in der Regelversorgung angeboten wird [10]. Zielgrößen dieser Arbeit waren die Arbeitsfähigkeit der Versicherten und die Senkung der direkten Kosten.

Projektpartner waren die Abteilungen Versorgungsmanagement (P. Hartmann), die Leitungen des Kundenservice und die Kompetenzcenter Arbeitsunfähigkeit der KK, als medizinisch-wissenschaftlicher Berater G. Müller, für die Evaluation G. Lindena und als Leiter eines Rücken-zentrums U. Marnitz.

Material und Methoden

Fallsteuerung

Versicherte wurden anhand ihrer Arbeitsunfähigkeit (AU) von 5 Wochen und den International-Classification-of-Diseases(ICD)-Diagnosen M54 (Rückenschmerzen) sowie Dorsopathien (M41.1, M41.5, M41.8, M41.9; M42.1, M42.9; M43.0, M43.1; M47.1, M47.2, M47.8, M47.9; M48, M50, M51, M53), die häufig mit Rückenschmerzen verbunden sind, identifiziert.

Basierend auf den Untersuchungen zu Risikofaktoren [11] und in Anlehnung an Lühmann [12] wurden die Versicherten von den AU-Fallkoordinatoren der KK telefonisch befragt. Wenn gewünscht konnte den Versicherten im Anschluss an das Interview das „back book“ [13] in deutscher Übersetzung übermittelt werden. Dieses war in Abstimmung mit den Autoren als spezielle Fassung für die KK erstellt worden.

Den Fallkoordinatoren wurden Fragebogen als Interviewleitfaden und zur Dokumentation der Antworten zur Verfügung gestellt. Zur Vorbereitung des Inter-

views wurden die aktuelle AU mit der Leitdiagnose, frühere AU-Zeiten sowie ggf. F-Diagnosen notiert. Das eigentliche Interview umfasste den Grund des Anrufs sowie direkte Fragen an die Versicherten zu folgenden Themen:

1. Einschätzung der eigenen Situation in Bezug auf Arbeitsfähigkeit und Schmerzprognose;
2. aktuelle Schmerzsituation mit momentanen und stärksten Schmerzen (jeweils anhand einer numerischen Rating-Skala von 0 für „kein Schmerz“ bis 10 für „stärkster vorstellbarer Schmerz“) und schmerzbedingte Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivitäten (anhand einer numerischen Rating-Skala von 0 für „keine Beeinträchtigung“ bis 10 für „keine Aktivität möglich“). Daraus wurde zusammen mit den AU-Tagen der Schweregrad der Rückenschmerz-erkrankung nach von Korff et al. [14] bestimmt;
3. bisherige Behandlung und Zufriedenheit mit der bisherigen Behandlung;
4. geplante weitere Diagnostik und Therapie;
5. berufliches und soziales Umfeld;
6. Einverständnis mit der anonymisierten Auswertung der Daten.

In der Nachbereitung beschrieben die Fallkoordinatoren den Gesprächsdruck der Versicherten (unsicher, strukturiert, kooperativ oder verschlossen). Die Antworten zu den Punkten 1 und 3 dienten der Steuerung (■ Abb. 1).

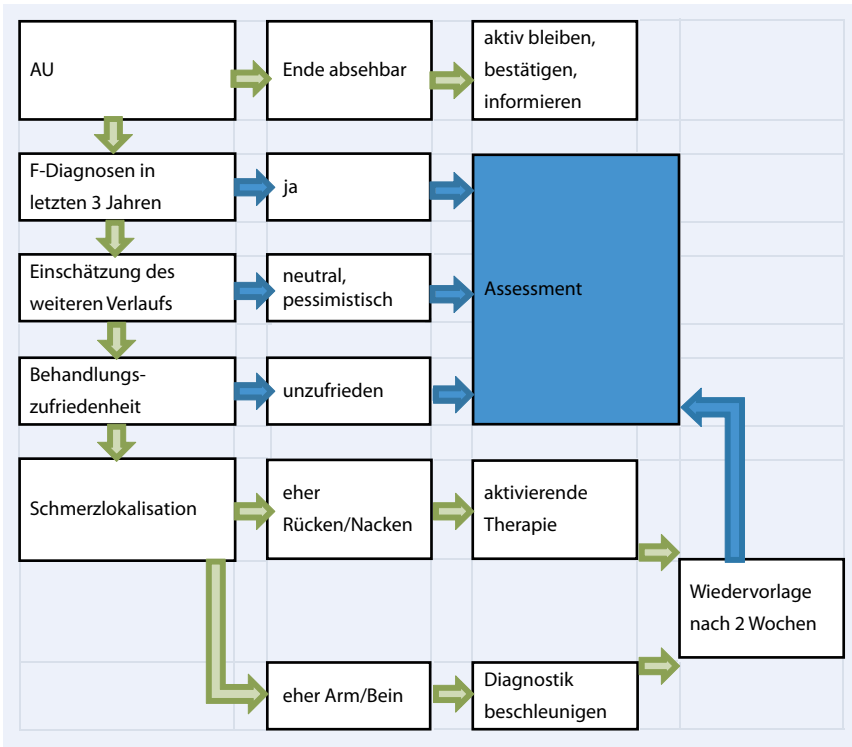


Abb. 1 ▲ Ablauf des Interviews und gestaffelte Intervention bei Risikofaktoren

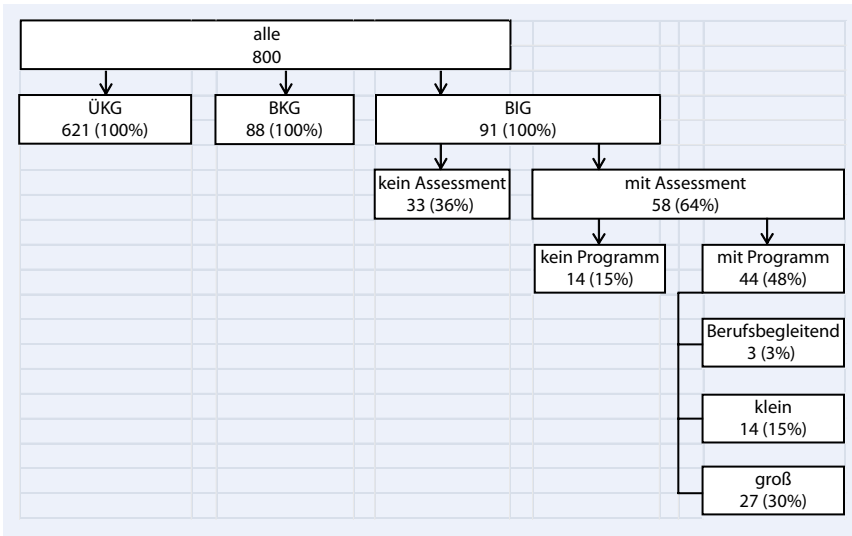


Abb. 2 ▲ Interviewte Versicherte in den Kontroll- (überregional ÜKG und regional BKG) und in der Interventionsgruppe (BIG) und dort im weiteren Verlauf. BIG Berliner Interventionsgruppe; BKG Berliner Kontrollgruppe; ÜKG überregionale Kontrollgruppe

Nach dem Interview erfolgte im Falle von Risikofaktoren in der Interventionsgruppe das Angebot eines interdisziplinären multiprofessionellen Assessments (ASS). Darin wurde auf Basis der Untersuchungen ggf. die Teilnahme an einem multimodalen interdisziplinären Programm (MMT) von 15–20 Tagen Dauer empfohlen.

Sekundärdaten

Als Sekundärdaten wurden AU-Zeiten, Krankenhauskosten, Heil- und Hilfsmittel sowie Medikamente inklusive der dadurch verursachten Kosten für die KK für alle Erkrankungen der betroffenen Patienten jeweils 12 Monate vor und nach der Ansprache der Versicherten ausgewertet.

Aus den AU-Zeiten wurden die mittleren Krankengeldbeträge der Deutschen BKK mit 55 € pro Tag berechnet.

Evaluationsstruktur

In allen Gruppen wurde ein Interview geführt, dem schriftliche Empfehlungen folgen konnten. In der Berliner Interventionsgruppe (BIG) folgte ggf. ein ASS, dem wiederum ein Gruppenprogramm folgen konnte. So wurden 3 Gruppen von Versicherten einbezogen: eine überregionale Kontrollgruppe (ÜKG), eine regionale Berliner Kontrollgruppe (BKG) – jeweils ohne ASS- und Therapieoption – sowie eine Interventionsgruppe in derselben Region (BIG) mit einem solchen Angebot.

Die Patienten wurden nach den Anfangsbuchstaben ihrer Familiennamen den Gruppen mit (BIG) gegenüber denen ohne Angebot (BKG) zugeordnet, in derselben Region von demselben Fallkoordinatorenteam angesprochen und waren direkte Vergleichsgruppen. Die ÜKG sollte parallel das bundesweite Versichertenkollektiv gegenüber der Großstadt Berlin mit ihren besonderen sozialen Bedingungen beschreiben sowie die Praktikabilität des Interviews in einem größeren Rahmen prüfen.

In der Interventionsgruppe sollten in einem Zeitrahmen von 12 Monaten etwa 200 Interviews und 100 ASS durchgeführt werden. Diese Anzahl war nach den vorausgegangenen Datenanalysen als realistisch eingeschätzt worden.

Zur Ergebnisbewertung wurden die AU-Tage sowie die Kostendaten aus den Bereichen Krankenhaus, Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel sowie Krankengeld im Vergleich der 12 Monate vor und nach dem Interview herangezogen. Auch die Kosten für ASS und MMT wurden erfasst.

Die Interview- und die Kostendaten wurden deskriptiv ausgewertet. Die demografischen Daten wurden mithilfe des χ^2 -Tests sowie des Wilcoxon-Mann-Whitney-Tests auf Gruppenunterschiede geprüft.

In der BIG sollten gegenüber den Kontrollgruppen eine geringere Anzahl an AU-Tagen sowie eine Reduktion in den genannten Kostenbereichen nachzuweisen sein (Friedman-Test, Varianzanalyse zwischen 3 Vergleichsgruppen).

Teamleiter und Fallkoordinatoren der KK in Berlin wurden über das Projekt, den Ablauf und die Ziele informiert. Sie erhielten konkrete Informationen zur Bedeutung von ASS und MMT. Die Teamleiter der übrigen Regionen informierten die überregionalen Fallkoordinatoren, die ein besonderes Diagnostik- und Therapieangebot machen konnten.

Ergebnisse

Die strukturierten Telefoninterviews wurden zwischen dem 1. Juni 2007 und dem 30. Juni 2008 durchgeführt. Die Studie wurde wegen der gegenüber der Erwartung geringeren Zahl an auszuwählenden Versicherten auf 1 Jahr verlängert und nach 800 Interviews beendet, 621 in der ÜKG, 88 in der BKG und 91 in der BIG. Aus der BIG erhielten 58 Versicherte ein ASS und 44 ein MMT (■ **Abb. 2**).

Die meisten Berliner Versicherten waren weiblich (■ **Tab. 1**), die meisten in der ÜKG männlich, das Alter der angesprochenen Versicherten war vergleichbar.

Interview

Selektion

Die Ausgangs-AU und damit die Auswahl der anzusprechenden Versicherten wichen mit 34,2 Tagen im Mittel in der ÜKG gegenüber 57,9 Tagen in der Berliner Gruppe erheblich voneinander ab (■ **Tab. 2**).

Steuerungskriterien

Bei 60% der überregionalen Versicherten – und mit 88% deutlich häufiger in der Berliner Gruppe – lag mindestens ein Kriterium für die Steuerung ins ASS vor: 9% (18% in der Berliner Gruppe) hatten eine F-Diagnose in den letzten 3 Jahren, 16% (30%) sahen ihre Prognose neutral oder pessimistisch und 8% (17%) waren mit ihrer Behandlung unzufrieden.

Die Ausgangssituation der ÜKG war hinsichtlich aller Steuerkriterien besser als in der Berliner Gruppe. Ein besonders großer Unterschied lag neben der aktuellen AU auch bei der absehbaren Arbeitsfähigkeit vor. In der BIG wiesen 77 Versicherte mindestens eines der Steuerkriterien auf (■ **Tab. 2**), ein ASS erhielten von diesen allerdings nur 53. Sieben Ver-

Schmerz 2012 · 26:677–684 DOI 10.1007/s00482-012-1251-4
© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights reserved 2012

G. Lindena · U. Marnitz · P. Hartmann · G. Müller

„Rücken-Coach“. Ein Projekt für Patienten mit Rückenschmerzen

Zusammenfassung

Fragestellung. Lässt sich eine Versorgungssteuerung von Versicherten mit langwierigen Rückenschmerzen bei einer Krankenkasse (KK) umsetzen? Wie groß sind die Effekte auf die Folgekosten?

Material und Methoden. Die Patienten wurden von der KK zu ihrer aktuellen Krankheits-situation befragt. In den Kontrollgruppen wurde nicht in die laufende Therapie eingegriffen, in der Interventionsgruppe wurden die Patienten in eine interdisziplinäre Diagnostik und ein multimodales Therapieprogramm (MMT) gesteuert. Sekundärdaten der KK ein Jahr vor und nach dem Interview wurden evaluiert.

Ergebnisse. Die Interviews wurden bei 800 Versicherten durchgeführt, davon waren 621 in der überregionalen Kontrollgruppe (ÜKG), 88 in der Berliner Kontrollgruppe (BKG) und 91 in der Interventionsgruppe (BIG). Die Arbeitsunfähigkeit (AU) stieg in der

BIG weniger an als in den Kontrollgruppen. Die BIG verursachte niedrigere Kosten, während die Kosten der Kontrollgruppen stiegen. Die Investitionskosten wurden mehr als refinanziert.

Schlussfolgerung. Die Fallsteuerung der KK wurde gut akzeptiert, setzt aber eine ausführliche Schulung und entsprechende Angebote in der Region voraus. Die Studie liefert eine wichtige Kalkulationsgrundlage für die Fallsteuerung und Kostensituation.

Finanzierung. Die KK finanzierte die Studie. Die Projektpartner bildeten die KK-Fallkoordinatoren gemeinsam aus.

Schlüsselwörter

Rückenschmerzen · Risikofaktoren · Fallsteuerung · Interdisziplinäre schmerztherapeutische Versorgung · Kosteneffektivität

“Back pain coach”. A project for patients with back pain

Abstract

Question. Back pain is a challenge for case management but is a health insurance fund (HIF) that identifies high risk patients and includes them in a back pain assessment and a multimodal program cost-effective?

Methods. Case managers of a HIF contacted selected patients and requested information on pain and current perspectives. Patients in the intervention group were offered a multimodal assessment and, if applicable, a multimodal treatment program. Control group patients received verbal or written (back book) information. Cost data were evaluated with respect to the interview data 1 year prior and 1 year afterwards.

Findings. Of the 800 insured persons contacted 621 were nationwide, 88 were regional controls and 91 were intervention patients. Inability to work was still rising in all groups

but less in the intervention group versus both control groups. Drugs, hospital as well as cure/adjutant costs were less for intervention patients than in both control groups. The investment for the program was thus more than refinanced.

Interpretation. Case management was well accepted but the intervention was in need of training for case managers and the specific diagnostic and treatment option regionally.

Funding. The HIF was responsible for the study investment and project partners shared the training of the HIF regional case managers.

Keywords

Back pain · Risk factors · Case management · Multidisciplinary pain center · Cost effectiveness

sicherte bejahten die Frage nach der absehbaren Arbeitsfähigkeit und sollten kein ASS erhalten (s. Ablauf, ■ **Abb. 1**), 14 Versicherte hatten eine zurechtzukommene Prognose, 9 waren in der Gruppe mit niedriger Ausgangs-AU, 6 waren sehr zufrieden, 5 gaben an, gut zurechtzukommen, 5 hatten anstehende Termine (teilweise mehrere dieser Faktoren). Weitere

5 Versicherte ohne ein Steuerungskriterium, aber mit langen AU-Zeiten >100 Tagen erhielten ein ASS.

Aktuelle Schmerz-situation

Die Ausgangsschmerzintensität lag im Mittel bei 5,7 (momentan) bzw. 8,5 (stärkste Schmerzen) und unterschied sich ebenso wenig wie die schmerzbe-

Tab. 1 Demografische Daten der Versicherten überregional (ÜKG) im Vergleich zu Berlin sowie innerhalb Berlins in der Kontroll- (BKG) und Interventionsgruppe (BIG)

	ÜKG		Berlin alle		BKG		BIG		Gesamt		Unterschied
Anzahl Versicherte	621		179		88		91		800		
Geschlecht	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
- Männlich	367	59,2	68	37,8	31	35,2	37	40,7	435	54,4	Sign. ^a
- Weiblich	253	40,8	111	62,2	57	64,8	54	59,3	364	45,6	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	
Alter (Jahre)	46,6	8,5	46,2	8,1	45,3	8,3	47	8	46,5	8,4	n. s. ^b

^aχ²-Test; ^bWilcoxon-Mann-Whitney-Test. BIG Berliner Interventionsgruppe; BKG Berliner Kontrollgruppe; MW Mittelwert; n. s. nicht signifikant; SD Standardabweichung; ÜKG überregionale Kontrollgruppe.

Tab. 2 Steuerungskriterien überregional (ÜKG) im Vergleich zu Berlin sowie innerhalb Berlins in der Kontroll- (BKG) und Interventionsgruppe (BIG)

	ÜKG		Berlin alle		BKG		BIG		Gesamt		
Anzahl Versicherte	621		179		88		91		800		
AU	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	
- AU aktuell	Tage	34,2	25,6	57,9	46,8	56,1	37,4	59,7	54,4	40	33,6
Steuerkriterien	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
- Arbeitsfähigkeit absehbar	Nein, aber bald	277	44,6	116	64,8	69	78,4	47	51,6	393	49,1
	Nein	24	3,9	16	8,9	4	4,5	12	13,2	40	5,0
- F-Diagnosen	Ja	55	8,9	32	17,9	13	14,8	19	20,9	87	10,9
- Prognose	Neutral	66	10,6	36	20,1	19	22,6	17	19,3	102	19,2
	Pessimistisch	32	5,2	16	8,9	7	8,3	9	10,2	48	9,1
- Zufriedenheit mit Therapie	Eher unzufrieden	46	7,4	25	14,0	10	11,4	15	16,5	71	8,9
	Sehr unzufrieden	4	0,6	6	3,4	4	4,5	2	2,2	10	1,3
- Steuerkriterium	Mindestens 1	372	59,9	158	88,3	81	92,0	77	84,6	530	66,1
- Rückenzentrum	Mit Assessment	0	0,0	58	32,4	0	0,0	58	63,7	58	7,3
Alle	Kein Assessment	621	100,0	121	67,6	88	100,0	33	36,3	742	92,8

AU Arbeitsunfähigkeit; BIG Berliner Interventionsgruppe; BKG Berliner Kontrollgruppe; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; ÜKG überregionale Kontrollgruppe.

Tab. 3 Schmerzintensität, schmerzbedingte Beeinträchtigung und von-Korff-Schweregrad überregional (ÜKG) im Vergleich zu Berlin sowie innerhalb Berlins in der Kontroll- (BKG) und Interventionsgruppe (BIG)

	ÜKG		Berlin alle		BKG		BIG		n
Anzahl Versicherte	621		179		88		91		800
Schmerzintensität	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	n
- Momentan	5,8	2,2	5,6	2,2	5,4	2,2	5,8	2,1	553
- Stärkste	8,3	1,6	9,0	1,4	8,9	1,6	9,1	1,0	547
Beeinträchtigung	5,6	2,2	5,5	2,1	5,3	2,2	5,8	2,0	538
Graduierung nach von Korff ^a	n	% ^b	n	%	n	%	n	%	n
2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
3	93	15,0	54	30,2	29	33,0	25	27,5	147
4	234	37,7	116	64,8	53	60,2	63	69,2	350

^a Der von-Korff-Schweregrad bezieht sich im Original auf jeweils 3 Angaben zur Schmerzintensität und zur schmerzbedingten Beeinträchtigung, hier zusammengezogen auf insgesamt 3 numerische Rating-Skalen (0–10).

^b Diese Angaben wurden auf alle befragten Versicherten bezogen, d. h., der Anteil wird wegen häufig fehlender Angaben systematisch unterschätzt.

BIG Berliner Interventionsgruppe; BKG Berliner Kontrollgruppe; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; ÜKG überregionale Kontrollgruppe.

dingte Beeinträchtigung von im Mittel 5,6 in den Gruppen. Die BIG lag mit 69,2% im Schweregrad 4 nach von Korff, gegenüber 60,2% in der BKG, mit großem Abstand gefolgt von der ÜKG mit 37,7% (■ **Tab. 3**). Dieser Gradient im Schweregrad nach von Korff entstand durch die AU-Zeiten.

Soziale Situation

Die Angaben zum beruflichen und sozialen Umfeld zeigen eine hohe Quote fehlender Werte (33–54%). Ein Anteil von 60% aller Befragten (bezogen auf alle Interviewten) fühlte sich durch die berufliche Tätigkeit zumindest teilweise überlastet, 78% gaben an, dass die Arbeit zu-

mindest teilweise ihre Gesundheit beeinträchtigt, und 50%, dass die Arbeit die Rückenschmerzen beeinflusst. In allen Kriterien waren die Berliner stärker beeinträchtigt. Etwa 50% aller Befragten und 62% der Berliner hielten eine Wiederaufnahme der Arbeit am alten Arbeitsplatz jedoch für möglich.

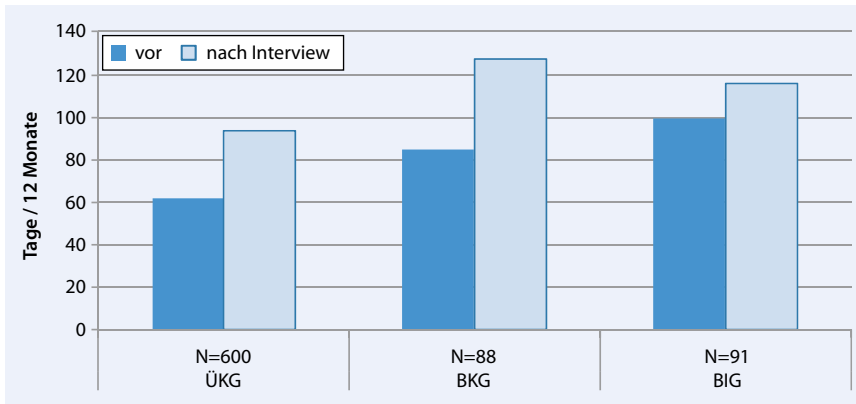


Abb. 3 ▲ Arbeitsunfähigkeitstage in 12 Monaten vor und nach dem Interview in den Kontroll- (überregional ÜKG und regional BKG) und in der Interventionsgruppe (BIG). BIG Berliner Interventionsgruppe; BKG Berliner Kontrollgruppe; ÜKG überregionale Kontrollgruppe

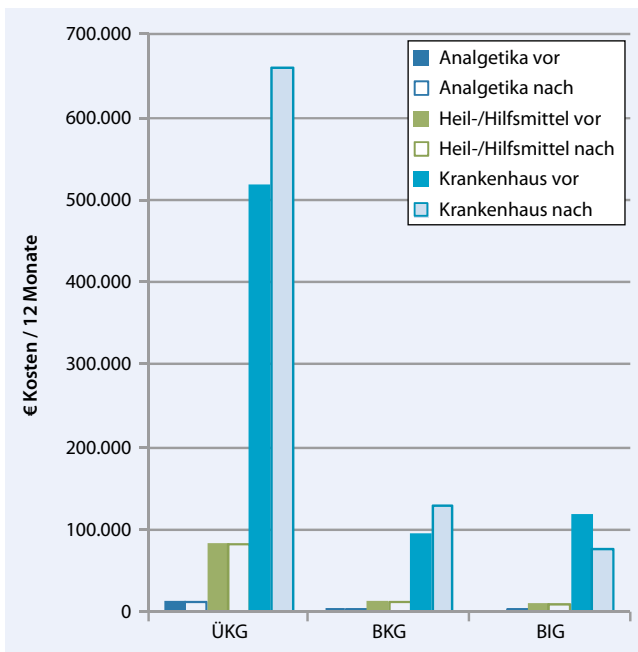


Abb. 4 ◀ Summe der Kosten in 12 Monaten vor und nach dem Interview für alle Patienten in den Kontroll- (überregional ÜKG und regional BKG) und in der Interventionsgruppe (BIG). BIG Berliner Interventionsgruppe; BKG Berliner Kontrollgruppe; ÜKG überregionale Kontrollgruppe

Von einer stufenweisen Wiedereingliederung machen nur etwa 5% Gebrauch, etwa 5% hatten die Absicht, bald in Rente zu gehen.

Einschätzung des Interviews durch die Fallkoordinatoren

Die Interviews ließen sich meist gut durchführen, <3% der Versicherten waren unsicher oder verschlossen. Für etwa 30% der Versicherten, meist in der ÜKG, fehlte jedoch die entsprechende Einschätzung.

Sekundärdaten

Arbeitsunfähigkeitszeiten

Die ÜKG wies 34,2±25,6 Tage und damit deutlich weniger AU-Tage im Vorjahr auf als die Berliner Gruppe mit 57,9±46,8 Tagen. Die Patienten in der BIG waren im Folgejahr an weniger Tagen arbeitsunfähig als die Patienten der BKG (Abb. 3). Aber auch hier erfolgte eine Steigerung um 17% (17 Tage) gegenüber beiden Kontrollgruppen mit jeweils 50% (31 Tage überregional und 43 in Berlin).

Diese Steigerungen haben bei einem Ansatz von 55 € pro Tag insgesamt 206.184 € in der BKG gegenüber 84.585 € in der BIG gekostet (Tab. 4).

Kosten

Die Analgetikakosten 12 Monate vor und nach Interview lagen insgesamt sehr niedrig und sanken in der BIG um 20%, während sie in der BKG auf dem höheren Ausgangsniveau blieben. Die Kosten für Heil- und Hilfsmittel verhielten sich analog (Abb. 4).

Hohe Kosten wurden durch Krankenhausaufenthalte – weniger Patienten – verursacht. Die BIG verursachte etwas höhere Krankenhauskosten vor und um 36% niedrigere nach dem Interview, während die Kosten der BKG um 37% und die der ÜKG um 27% stiegen. In der Bilanz dieser Kosten stehen 80.343 € Mehrkosten für die BKG gegenüber der BIG.

Bilanz

Die Kosten für ASS und MMT beliefen sich auf 160.000 €. Insgesamt kam es zu einer Einsparung von etwa 20.000 € durch Krankengeld und andere Kosten für die BIG gegenüber der direkten Kontrollgruppe BKG (Tab. 4).

Teilnahme am Programm

Von 58 Patienten mit ASS erhielten 14 kein Programm, davon 2 aus inhaltlichen Gründen, 6 wegen mangelndem Interesse, 6 aus medizinischen Gründen (Abb. 2). Von den 44 Patienten erhielten 3 ein berufsbegleitendes Programm, weil sie inzwischen wieder arbeitsfähig waren, 14 das „kleine“ (etwa 60 h in 3 Wochen) und 27 das „große“ Programm (etwa 100 h in 4 Wochen).

Diskussion

Steuerung von Patienten mit Rückenschmerzen im deutschen Gesundheitswesen

Der Optimierungsbedarf der Versorgung von Patienten mit nichtspezifischen Rückenschmerzen innerhalb des Gesundheitssystems besteht in der Umsetzung wichtiger aktueller Erkenntnisse, insbesondere in der Koordination der Therapie. Die Behandlung ist meist weder interdisziplinär (z. B. Orthopäde, Hausarzt, Psychologe) noch zwischen den Sektoren [niedergelassener Arzt, Physiotherapeut, Klinik (akut oder Rehabilitation)] ausreichend abgestimmt. Daher gibt die Na-

Tab. 4 Aufstellung von Krankengeld-, Medikamenten-, Heil-/Hilfsmittel- und Krankenhauskosten sowie Differenz zwischen den direkten Vergleichsgruppen BKG und BIG mit Gesamtbilanz des Unterschieds 12 Monate nach dem Interview

Kriterien	12 Monate	Dimen- sion	ÜKG ^a	BKG	BIG	Differenz BKG–BIG (€)
Anzahl Versicherte			621	88	91	
AU-Tage je Patient	Vor	Tage	62,2	84,9	99,1	
AU-Tage je Patient	Nach	Tage	93,3	127,5	116	
Differenz der AU-Tage	Nach	Tage	31,1			
Differenz der AU-Tage mit Krankengeld- kosten	Nach	€	1.062.221	206.184	84.585	121.600
Analgetika	Vor	€	14.126	3777	3017	
Analgetika	Nach	€	11.025	3639	2407	1232
Heil-/Hilfsmittel	Vor	€	84.432	13.098	10.797	
Heil-/Hilfsmittel	Nach	€	81.630	12.743	8406	4338
Krankenhaus	Vor	€	519.842	93.994	119.909	
Krankenhaus	Nach	€	660.875	128.763	76.843	51.920
Summe						179.089

^aKosten wegen der unterschiedlichen Fallzahlen ausschließlich zur Orientierung.

AU Arbeitsunfähigkeit; BIG Berliner Interventionsgruppe; BKG Berliner Kontrollgruppe; ÜKG überregionale Kontrollgruppe.

tionale Versorgungsleitlinie (NVL; [15]) Empfehlungen, v. a. psychosoziale Risikofaktoren zu berücksichtigen und eine fachübergreifende Fallkonferenz durchzuführen. Die gefährdeten Patienten sollten die intensivste Therapie erhalten, da diese Patienten sonst deutlich seltener zum Arbeitsplatz zurückkehren [16].

KK können anhand ihrer Daten Versicherte identifizieren [17], diese informieren und zur Steuerung beitragen. In einigen Integrationsversorgungsprojekten steuern KK Versicherte mit Rückenschmerzen meist nach einer 4–6 Wochen dauernden AU ein (DAK [9], TK). Zu Methoden und Ergebnissen liegen leider zu wenige Informationen aus der integrierten Versorgung [18] und noch weniger Informationen aus der Regelversorgung vor.

Bei der Deutschen BKK waren 2005 etwa 50.000 Versicherte wegen einer indexierten Diagnose arbeitsunfähig, davon 15.000 Versicherte >21 Tage und 6700 Versicherte >42 Tage. Je früher die Ansprache stattfindet, desto mehr Versicherte sind betroffen. Die Zahl anzusprechender Versicherter, die wegen Rückenschmerzen längere Zeit arbeitsunfähig waren und dann für das Projekt geeignet waren, war aber deutlich kleiner als geschätzt. Viele Patienten wiesen neben den Rückenschmerzen andere Gründe für

ihre AU auf und waren daher nicht für das Projekt geeignet.

Interview

Die Steuerfaktoren sollten den Fallkoordinatoren Gesprächsführung und Entscheidungsmöglichkeiten erlauben. Diese Entscheidungen wurden genutzt, indem 17 Versicherte mit Steuerungskriterien nicht in das ASS gesteuert wurden (■ **Tab. 2**). Die Fragen nach den Schmerzen sollten den Patienten gestellt werden, um einerseits ein wichtiges Maß zur Beurteilung des Schweregrads der Erkrankung zu erhalten (von-Korff-Index, [14]) und andererseits die Patienten mit ihrem Problem anzunehmen.

Insgesamt fallen die Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer bisherigen Therapie und die zuversichtliche Prognose auf, die sich jedoch im weiteren Verlauf von ASS und ggf. MMT relativierte.

In Gesprächen mit Patienten zeigt sich – selbst nach monatelang erfolgloser Behandlung – regelhaft die Tendenz zu einer vom Patienten als erwünscht vermuteten Antwort in Bezug auf die Qualität der vorausgegangenen Therapien und Therapeuten. Gezielte Nachfragen führen zu einer realistischen Einschätzung der gesundheitlichen Einschränkung und des biopsychosozialen Abstiegs in den vorange-

gangenen Monaten. Dies kann ein Telefoninterview durch einen Mitarbeiter der KK nicht leisten.

Kontrollgruppen

Internationale Studien zum Rückenschmerz liefern Anhaltspunkte für die Qualität der Versorgung und deren Ergebnisse, in Deutschland müssen weitere Faktoren der Gesundheitsorganisation berücksichtigt werden [19]. Viele individuelle Faktoren mit jeweils kleinem Einfluss [7] sowie soziale und regionale Faktoren erschweren eine quantitativ vergleichende Betrachtung.

Integrationsversorgungsprojekte sind entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (§ 140 SGB V) zur Evaluation verpflichtet und für die gesundheitsökonomische Bewertung auf die Daten ihrer KK-Vertragspartner angewiesen. Dieses Projekt verband Kostendaten mit klinischen Angaben aus den Interviews.

Alle Versicherten erhielten ein Interview sowie eine Beratung zu ihren Rückenschmerzen. Insofern erhielten alle eine Intervention, deren Wirkung selbst nicht bewertet werden kann. Lamb et al. [20] informierte die Kontrollgruppe und übergab ebenfalls ein „back book“.

Die direkte Kontrollgruppe in Berlin sollte der Interventionsgruppe in der Ausgangssituation möglichst ähnlich sein. Die Zuordnung zu den Gruppen nach dem Anfangsbuchstaben des Nachnamens sollte im Ablauf in den Alltag der Fallkoordinatoren integriert werden können. In wenigen Aspekten liegt die Berliner Interventionsgruppe allerdings in den Ausgangswerten noch schlechter, sodass eine Selektion naheliegt. Die Unterschiede sind jedoch nicht so deutlich, dass sie die Aussagekraft der Auswertung gefährden.

Demgegenüber waren die Patienten, die nach einem ASS unterschiedlich intensiven Behandlungsprogrammen zugeordnet wurden, keine Vergleichsgruppen.

In Berlin ist der Anteil prekär Beschäftigter besonders hoch. Bei prekär beschäftigten Menschen waren die körperlichen Beeinträchtigungen bei Frauen um 35% und bei Männern um 49% gegenüber sicher Beschäftigten erhöht. Noch größer fällt die Differenz bei emotionalen Beeinträchtigungen aus [21]. Ein wesentlicher

Anteil der zum ASS erschienenen Patienten litt unter außergewöhnlichen sozialen Belastungen. In der hier beteiligten KK waren die Versicherten aktuell durch Veränderungen ihrer Arbeitssituation betroffen, befanden sich in Auffanggesellschaften mit unklarer Arbeitsplatzperspektive oder unter Abfindungsregelungen und hatten damit eine ungünstige soziale Prognose.

Solche Probleme konnten nur zum Teil in einem Rückenprogramm aufgearbeitet werden.

Arbeitsunfähigkeit als Zielkriterium

AU-Tage werden als Marker für die Kosten bei Rückenschmerzen [22, 23] betrachtet, da sie einerseits direkt aufseiten der KK Ressourcenverbrauch und Krankengeld implizieren und andererseits aufseiten der Arbeitgeber und der Gesellschaft Arbeitsausfälle und Produktivitätsverluste verursachen. Darüber hinaus entstehen Kosten für die KK durch Medikamente (etwa 6% der Gesamtkosten nach [23]), Heil- und Hilfsmittel (18%), Krankenhaus- (22%) sowie Arztbesuche (35%) und z. T. Maßnahmen der Rehabilitation (21%). Diese Aufwendungen der KK sind teilweise pauschaliert, z. B. Arztbesuche. Damit sind Einsparungen nicht direkt nachzuvollziehen. Andere Aufwendungen wie Medikamentenkosten sind im Schnitt relativ gering. Wenig et al. [1] haben daher die Kosten und Aufwände bei den Patienten erhoben und eine Steigerung der mittleren Jahresausgaben für einen Patienten mit Rückenschmerzen von 1322 € auf 7116 € in der Gruppe des höchsten Schweregrads (Grad IV) nach von Korff et al. [14] nachgewiesen.

Unterschiede zwischen den Gruppen in der Ausgangssituation mit Einfluss auf die Erfolgsrate

Spätestens nach 6 Wochen AU sollen Patienten laut NVL einer multidisziplinären Behandlung zugeführt werden [5].

Die Patienten sollten in Berlin nach 35 Tagen aktueller AU angerufen werden. Dies erfolgte aber durchschnittlich 14 Tage später. Der deutlich niedrigere Durchschnittswert aus der ÜKG scheint

auf einer anderen Zeitvorgabe zu beruhen. Bei längeren AU-Zeiten verschlechtert sich die klinische wie soziale Prognose. Jensen et al. [24] beschreiben eine statistisch signifikant höhere Wahrscheinlichkeit einer andauernden Berufsunfähigkeit wegen Rückenschmerzen bei einer AU von >60 Tagen.

Versicherte mit längeren AU-Zeiten müssen als Hochrisikopatienten angesehen werden und können nur mit intensiven Programmen aufgefangen werden. Jedoch lag die Erfolgsrate dort auch dann nur bei 62% [16].

Klinische Ergebnisse und Kosten

Die Intervention und ihre Kosteneffektivität lassen sich grundsätzlich anhand klinischer Zielkriterien neben der Reduktion des Medikamentengebrauchs und des Ressourcenverbrauchs von Einrichtungen im Gesundheitswesen bewerten. In der Regelversorgung sind klinische Daten nicht im erforderlichen Umfang verfügbar. Sekundärdaten allein sollten nicht für die Beurteilung der Versorgungssituation herangezogen werden, da sie für andere Zwecke erhoben wurden. Es gibt bisher keine Studien zum Rückenschmerz, in denen klinische Daten mit KK-Daten zusammengeführt wurden.

In dieser Studie wurde in allen Gruppen die klinische Ausgangssituation erfasst. So lässt sich das Kollektiv mit anderen Projekten dieser Art vergleichen. Trotz der z. T. unterschiedlichen Ausgangssituation ließ sich eine Kostenreduktion gegenüber der direkten Vergleichsgruppe nachweisen.

In aktuellen Patienteninformationen zum chronischen Rückenschmerz heißt es, dass multidisziplinäre Programme einen positiven Effekt haben [25]. Mehrere Studien [26] und Erfahrungsberichte [10, 27] beschreiben einen längerfristigen Erfolg. Von entscheidender Bedeutung scheinen die Intensität [8] und die Inhalte der MMT zu sein, die in ausreichendem Maße psychotherapeutische Komponenten enthalten müssen, um längerfristig die Ressourcen der Patienten zu stärken und ihr Verhalten nachhaltig zu verändern [28, 29]. Der Folgezeitraum dieser Untersuchung scheint insgesamt zu kurz, um die langfristigen Effekte u. a. auf die Kos-

ten zu erfassen. Andererseits sind bei längeren Zeiträumen über die positiven Therapieeffekte hinaus externe Einflussfaktoren zu erwarten. Mit einem ähnlichen tagesklinischen Programm für Patienten mit Rückenschmerzen (und anderen Lokalisationen) stabilisierten sich die Therapieergebnisse [10]. Auf Basis der Berechnung von Wenig et al. [1] lassen sie mindestens einen Ausgleich der Programmkosten erwarten.

Schlussfolgerung

Versicherte mit Rückenschmerzen akzeptierten das Interview und die Steuerung durch eine KK in ein Versorgungskonzept nach Leitlinien. Es gab 2 Kontrollgruppen, für die zu den klinischen Daten aus dem Interview Kostendaten ergänzt wurden.

Die Fallkoordinatoren müssen neben dem unmittelbaren Ablauf in Bezug auf medizinische, therapeutische und gesundheitsökonomische Hintergründe geschult werden. Das Interview kann verkürzt werden, z. B. können Patienten ihre Therapiesituation global einschätzen. Die spezifizierte Befragung kann auf das ASS verschoben werden.

Der Anteil der Patienten, die sich für den „Rücken-Coach“ eignen, kann nicht aus der Prävalenz von länger dauernden Rückenschmerzen abgeleitet werden. Der Zeitpunkt der Intervention durch die KK sollte ggf. früher gewählt werden und die kumulierte AU wegen Rückenschmerzen berücksichtigen. Eine Fallsteuerung setzt entsprechende diagnostische (ASS) und therapeutische Angebote (MMT) voraus.

Eine Kosteneinsparung konnte in den Hauptkostengruppen bei AU/Krankengeld und v. a. bei Krankenhauskosten in der Interventionsgruppe nachgewiesen werden. Die Investitionskosten für ASS und MMT ließen sich mit diesem Ansatz mehr als refinanzieren.

Vorteile dieser Untersuchung

Durch die Interviews mit allen Versicherten lagen auch für die Kontrollgruppen klinische Daten vor, die den Kostendaten gegenüber gestellt werden konnten.

Nachteile

Die Ausgangssituation der Gruppen war sehr unterschiedlich, die Gruppengrößen in Berlin relativ klein. Die übliche Behandlung, die die Versicherten in den Kontrollgruppen erhielten, war nicht definiert. Alle Versicherten erhielten ein Interview, das als niedrighschwelliges Angebot anzusehen ist, dessen Wirkung aber nicht geprüft wurde. Die Ergebnisse der Intervention mit ASS und MMT wurden innerhalb dieser Studie nicht patientenbezogen evaluiert.

Die Versicherten in den Kontrollgruppen erhielten keine Information über die zu testende Intervention von ASS und ggf. MMT, um die Ansprache durch die Fallkoordinatoren zu erleichtern.

Fazit für die Praxis
