

Effizienz beruflicher Reintegration

Interdisziplinäre Multimodale Therapie und Heilverfahren der Rentenversicherung bei chronischen Rückenschmerzen

Aus dem Rückenzentrum am Markgrafspark, Berlin¹ und der Betriebskrankenkasse Verkehrsbau Union (BKK-VBU), Berlin²

Zusammenfassung

Schlüsselwörter: Interdisziplinäre Multimodale Therapie – Rehabilitation – chronische Schmerzsyndrome – berufliche Reintegration – Rückenschmerz

Die Therapie chronischer Rückenschmerzen ist weiterhin eine medizinische Herausforderung. Es besteht Konsens bezüglich der Notwendigkeit interdisziplinärer multimodaler Schmerztherapieprogramme (IMS). Zielsetzung dieser Studie ist der Vergleich der Therapieergebnisse stationärer Heilverfahren (HV) der Rentenversicherungsträger und einer tagesklinischen IMS. Hierzu wurden die Daten der Krankenkasse BKK-VBU in Berlin ausgewertet. Die Arbeitsunfähigkeits-

zeiten beider Gruppen vor Programmbeginn waren etwa vergleichbar. Die berufliche Wiedereingliederung der Patienten nach dem IMS war etwa doppelt so schnell. Es errechnete sich jedoch kein Unterschied in den Arbeitsunfähigkeitszeiten der nachfolgenden 18 Monate. Die Ergebnisse zeigen die Überlegenheit der IMS bei der beruflichen Reintegration von Patienten mit chronischen Rückenschmerzsyndromen, allerdings auch die Grenzen ihrer Nachhaltigkeit.

Heilverfahren und Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie

Der Effekt der stationären Rehabilitation der Rentenversicherer ist ungenügend untersucht. Trotz der enormen Inanspruchnahme und Kosten stationärer Heilverfahren in Deutschland gibt es kaum ausreichende pro-

spektive randomisierte Studien. Hüppe et al. (1) verglichen an 230 Personen den Effekt eines multidisziplinären stationären Rehabilitationsprogramms mit demjenigen einer Standardtherapie. Zwar ergab sich innerhalb des 6. und 12. Monats nach der Behandlung eine deutlich verminderte Krankschreibung, ein Unterschied zwischen den The-

rapieformen zeigte sich jedoch weder diesbezüglich noch im Hinblick auf andere Parameter. Es lässt sich in den vergangenen Jahren eine stärkere Zuwendung zu aktiven Therapieformen und Verstärkung der psychologischen Betreuung in den Rehabilitationskliniken beobachten. Eine Funktionsverbesserung und eine Minderung der Krankheitstage ist jedoch durch diese Maßnahmen in randomisierten kontrollierten Studien weiterhin nicht nachweisbar (2).

In den letzten Jahren hat sich die Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMS) als therapeutisches Verfahren bei chronischen Schmerzsyndromen entwickelt. Auf Initiative der Bertelsmann-Stiftung wurden Leitlinien zur frühzeitigen Erfassung Chronifizierungsgefährdeter und zur interdisziplinären Therapie verabschiedet (3). Als „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ wird die gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen bezeichnet, in die verschiedene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem

Summary

Therapieziel eingebunden sind“ (4). Hinter diesem Begriff „IMS“ verbergen sich trotz gegebener Definition Therapiekonzepte sehr unterschiedlicher Qualität, sodass die Inhalte differenziert zu betrachten sind. Dies betrifft vor allem die Aspekte der Schmerzlinderung, „functional restoration“ und der beruflichen Wiedereingliederung (5).

IMS im Rückenzentrum am Markgrafenberg

Patienten mit chronischen Rückenschmerzen werden von Kundenberatern der BKK·VBU ausgewählt und im Rückenzentrum vorgestellt. Sie werden einer interdisziplinären Diagnostik durch einen Orthopäden, Physiotherapeuten und Psychologen unterzogen („Diagnostiktag“). Ein Gruppenprogramm wird von einem interdisziplinären Team, bestehend aus Orthopäden, Schmerztherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten und Sportwissenschaftlern durchgeführt (6). Das Therapiemodell lehnt sich methodisch an das Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP) an (7), betont jedoch stärker fachärztlich-orthopädische Elemente.

Eine wichtige Komponente ist die medizinische Trainingstherapie (MTT). Zusammen mit dem Work Hardening verkörpert sie die Elemente zur Rekonditionierung. Hauptaufgabe ist die Wiedergewinnung der Belastbarkeit und der Abbau des Schmerzvermeidungsverhaltens. Elemente der „functional restoration“ werden berücksichtigt. Hierzu zählen eine kontinuierliche Motivation, die Quotensteuerung bzw. systematische Belastungssteigerung und das permanente Feedback.

Work Hardening zielt auf eine Wiederherstellung der im beruflichen Alltag benötigten Fähigkeiten ab. Der Umgang mit den Schmerzen unter Belastung bedarf einer differenzierten Betreuung. Wichtig sind der Verzicht auf Dogmatismus, die

Keywords: interdisciplinary multimodal therapy – rehabilitation – chronic pain syndrome – vocational reintegration – back pain

Efficiency of Vocational Reintegration

Day Clinic Interdisciplinary Program and Inpatient Statutory Pension Fund Rehabilitation of Chronic Low Back Pain Patients

The therapy of chronic back pain continues to be a challenge. There is consensus on the necessity of interdisciplinary programs. The aim of this study was to compare the results of an inpatient statutory pension fund rehabilitation with the results of a day clinic interdisciplinary program in cooperation with the health insurance BKK·VBU. We analyzed the data of the health

insurance.

The therapy groups and their sick leave periods before therapy were comparable. The average sick leave time immediately after the day clinic program was only half as long compared with the inpatient statutory pension fund rehabilitation. However, there was no difference in the sick leave quote during the following 18 months.

The results affirm the superiority of a comprehensive interdisciplinary therapy setting in the vocational reintegration in chronic low back pain but also the limits of its long term effects.

situationsangepasste Technikvariation und die Alltagsrelevanz der Trainingsauswahl (8).

Der Psychologie kommt die Analyse begünstigender Faktoren bei der Schmerzentstehung und -chronifizierung zu. Hierzu zählen auch die sozialen Bedingungen des Rückenschmerzkranken. Als therapeutische Möglichkeiten stehen u.a. Gespräche zur Schmerzverarbeitung, die Lösung sozialer Probleme und das Entspannungstraining zur Verfügung (9).

Organisation der IMS

Ärztliche Betreuung:

- Visiten (zweimal/Woche, bei Bedarf ist jederzeit Arztkontakt gewährleistet)
- Schmerzmedikation, ggf. wirbelsäulennahe Infiltrationen, manuelle Therapie
- Teambesprechungen (zwei-

mal/Woche mit Physiotherapeuten und Psychologen)

- Informationen über Anatomie, Physiologie, Therapie, Verhalten bei Rückenbeschwerden, Sozialkunde und vor allem die Chronifizierungsproblematik (6)

Physiotherapeutische Betreuung

- Einzelkrankengymnastische Betreuung unter spezieller Berücksichtigung der Wirbelsäulenstabilisierung durch die tiefen Muskelgruppen
- Training von Kraft und Ausdauer („working to quotas“)
- Work Hardening entsprechend GRIP (8)

Psychologische Betreuung

- Informationen über Schmerz und Psyche sowie Chronifizierungsproblematik

Tab. I: Soziodemographische Daten der beiden Gruppen (ausgehend vom Zeitpunkt des AU-Beginns).

| Merkmal | interdisziplinäre multimodale Therapieform | Heilverfahren |
|--------------------------|---|---|
| Geschlecht | | |
| • männlich | 63% | 59% |
| • weiblich | 37% | 41% |
| TOP 10 AG_Branche | | |
| | Abfallbeseitigung (5,3%) | Krankenhäuser (3,6%) |
| | Reinigung von Gebäuden, Inventar und Verkehrsmitteln (3,9%) | Hochbau, Brücken- und Tunnelbau u.Ä. (2,8%) |
| | Sozialwesen, anderweitig nicht genannt (3,5%) | Allgemeine öffentliche Verwaltung (2,6%) |
| | Klempnerei, Gas-, Wasser-, Heizungs- und Lüftungsinstallation (3,3%) | Abfallbeseitigung (2,3%) |
| | Sozialversicherung und Arbeitsförderung (3,1%) | Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime) (2,3%) |
| | Personenbeförderung im Linienverkehr zu Land (2,3%) | Sozialwesen, anderweitig nicht genannt (2,2%) |
| | Wirtschafts- und Arbeitgeberverbände (2,3%) | Personenbeförderung im Linienverkehr zu Land (2,1%) |
| | Allgemeine öffentliche Verwaltung (2,1%) | Spedition, sonstige Verkehrsvermittlung (2,1%) |
| | Spedition, sonstige Verkehrsvermittlung (2,1%) | Sozialversicherung und Arbeitsförderung (2,0%) |
| | Personal- und Stellenvermittlung, Überlassung von Arbeitskräften (1,9%) | Reinigung von Gebäuden, Inventar und Verkehrsmitteln (2,0%) |
| Bundesländer | | |
| • Berlin | 80% | 48% |
| • Brandenburg | 18% | 30% |
| • Sonstige | < 1% | < 5% |
| Versicherungsart | | |
| • Pflichtversicherte AN | 89% | 87% |
| • Freiwillig Versicherte | 1% | 1% |
| • Arbeitslose | 10% | 12% |
| Altersgruppe | | |
| • bis 24 Jahre | 1,8% | 1,1% |
| • 25 bis 34 Jahre | 9,9% | 10,4% |
| • 35 bis 44 Jahre | 37,8% | 37,0% |
| • 45 bis 54 Jahre | 34,3% | 37,7% |
| • 55 bis 64 Jahre | 16,2% | 13,8% |

- Entspannungstraining
- Krankheitsbewältigung
- Hilfestellung bei der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung (9)

Tagesorganisation:

- 20 Behandlungstage à 5-6 Stunden (d.h. 4 Wochen)
- „großes Programm“ oder
- 16 Behandlungstage à 3-4 Stunden (in 4 Wochen)
- „kleines Programm“.

Patientengut und Methode

Ausgewertet wurden retrospektiv Daten von Versicherten der BKK VBU aus den Jahren 2004 bis 2008 (Tab. I). Einbezogen wurden die Krankengeldfälle mit der Hauptdiagnose M40-M54. Erfasst wurden 6.763 Versicherte. Davon erfuhrten:

- Diagnostiktag/IMS im Rückenzentrum am Markgrafspark N= 513/397
- HV des RV-Trägers N= 1.351

Eine Zusteuerung zum Diagnostiktag im Rückenzentrum erfolgte durch die Fallmanager der BKK VBU bei Vorliegen folgender Punkte:

- Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen ICD M5 oder M4
- Arbeitsunfähigkeit mehr als 35 Tage

Verglichen wurden die Fälle, in denen ein Diagnostiktag als einleitende Maßnahme für die IMS bzw. ein HV des Rentenversicherungsträgers zur Anwendung kam. Fälle, in denen beide Therapiemaßnahmen stattfanden, wurden ausgeschlossen. Betrachtet wurden die soziodemographischen Daten

- hinsichtlich einer Vergleichbarkeit, signifikanter Unterschiede und evtl. vorhandener Präferenzen.
- Hinsichtlich der Wirkung der Therapieformen in Bezug auf:

1. Dauer der Arbeitsunfähigkeit bis zum Beginn der Behandlung und nach der Be-

- handlung
2. Durchschnittliche gesamte Arbeitsunfähigkeitsdauer
 3. Wiedererkrankungswahrscheinlichkeit innerhalb der ersten eineinhalb Jahre nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit
 4. Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb der ersten eineinhalb Jahre nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit
 5. Wiedereinstieg in die Arbeitsfähigkeit über die Wiedereingliederung (Hamburger Modell)
 6. Dauer der Hamburger Modelle

Zur Vergleichbarkeit der Gruppen

Soziodemographische Daten:

- In den soziodemographischen Daten spiegelt sich die Kassenstruktur der BKK-VBU wider: hoher Anteil männlicher Versicherter und geringe Zahlen freiwillig Versicherter.
- Beide Gruppen zeigen in den Merkmalen „Altersstruktur“, „Versichertenart“ und „Geschlecht“ vergleichbare Verteilungen.
- In der regionalen Betrachtung spiegelt sich die Standorteinschränkung der IMS wider. Es nehmen fast ausschließlich Versicherte der Bundesländer Brandenburg und Berlin teil.
- Bei der Betrachtung der Berufsbranchen wiederholen sich innerhalb der TOP 10 sechs in beiden Therapieformen, so dass auch hier kein signifikanter Unterschied festgestellt werden konnte.

Ergebnisse

1. Der Beginn (bzw. die Erstvorstellung, Diagnostiktag) kann bei der IMS etwas schneller erfolgen. Die eigentliche Therapiemaßnahme wird im Durchschnitt jedoch geringfügig später

- begonnen als das HV.
2. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer ist bei der IMS kürzer als bei einem HV.
 3. Die Dauer der beiden Maßnahmen (HV und IMS) ist im Durchschnitt gleich.
 4. Die Wiedererkrankungswahrscheinlichkeit (-rate) innerhalb der ersten 18 Monate ist bei der IMS geringfügig höher als bei einem HV.
 5. Die Anzahl der Wiedererkrankungstage innerhalb der gleichen Diagnosegruppe ist bei der IMS geringfügig höher.
 6. Der Wiedereinstieg in die Arbeitsfähigkeit über das Hamburger Modell wurde bei der IMS geringfügig häufiger durchgeführt.
 7. Die Dauer der Wiedereingliederung über das Hamburger Modell ist bei den Arbeitsunfähigkeiten mit dem HV wesentlich länger. Auch dauert es beim HV länger, bis die Wiedereingliederung begonnen wird.

Diskussion

Die raschere Vorstellung der Patienten der IMS im Rückenzentrum dürfte in der etablierten Kooperation mit der BKK VBU liegen. Der Start der IMS ist jedoch später, da die Programme im Rückenzentrum im 2-Wochen-Rhythmus starten und sich somit Wartezeiten ergeben.

Bei beiden Verfahren lässt sich jedoch eine verminderte Krankenschreibung nach der Therapie errechnen. Dies entspricht auch den Ergebnissen von Hüppe et al. (1), welche eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb des ersten Jahres nach Durchführung eines HV fand.

Als Ursache der durchschnittlich erheblich kürzeren Arbeitsunfähigkeitsdauer bei IMS ist die höhere Intensität des IMS anzunehmen. Dies betrifft sowohl die wesentlich individuellere persönliche Betreuung der Kleingruppen, speziell der physiotherapeutischen/sportmedizinischen/psychosozialen Betreuung, als dies in einer kon-

Tab. II: Therapeutische Merkmale und Ergebnisse der IMS und der HV.

| Merkmal | interdisziplinäre multimodale Therapieform | Heilverfahren |
|---|--|----------------|
| Au-Dauer bis Maßnahme bis DIA-Tag | 107 Tage 87 Tage | 103 Tage |
| Durchschnittliche Dauer der Maßnahme | 25 Tage | 25 Tage |
| Durchschnittliche AU-Dauer nach Maßnahme | 44 Tage¹ | 87 Tage |
| Durchschnittliche AU-Dauer | 172 Tage | 212 Tage |
| Wiedereingliederung im Anschluss an die Maßnahme | 20% | 13% |
| Durchschnittliche Dauer der Wiedereingliederung | 24 Tage | 36 Tage |
| Wiedererkrankungsrate innerhalb von 18 Monaten | 31% ¹ | 30% |
| durchschnittliche AU-Tage innerhalb von 18 Monate nach Behandlungs-Arbeitsunfähigkeit | 23 Tage | 21 Tage |

ventionellen Rehabilitationsklinik möglich ist. Entsprechende Hilfen bei der Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität (Vermittlung in Fitnessstudios etc.) werden vor Ort zeitgleich organisiert. Die berufliche Reintegration wird im Rückenzentrum von vorneherein als erklärtes Ziel zur Verhinderung einer Chronifizierung deklariert. Etwaige innerbetriebliche Umsetzungen oder berufsfördernde Maßnahmen bei der Agentur für Arbeit werden während der IMS angestoßen. Zusätzlich findet während der Arbeitswiederaufnahme (z.B. während eines „Hamburger Modells“) meist noch eine ärztliche/psychologische/sporttherapeutische Begleitung statt (meist 2 Termine/Woche), in welcher die Reintegration weiter begleitet wird.

Die Wiedererkrankungswahrscheinlichkeit und die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb der ersten 18 Monate nach der Therapie sind bei der IMS andeutungsweise höher, was möglicherweise durch den frühen Arbeitsbeginn mitverursacht wird. Diese Zahlen zeigen, dass der Langzeiteffekt der therapeutischen Bemühungen mit einem späteren Arbeitsausfall von ca. 3 Wochen innerhalb von 18 Monaten bei beiden Verfahren etwa gleich limitiert ist.

Dringend erforderlich erscheinen Programme, welche die Nachhaltigkeit der IMS- und HV-Interventionen im Alltag zu verbessern vermögen.

Literatur

1. Hüppe A, N Glaser-Möller, H Raspe H: Trägerübergreifendes Projekt zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskelettalen Beschwerden durch Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie. *Gesundheitswesen* 68 (2006) 347-356.
2. Bethge M, W Müller-Fahnow: Efficacy of intensified inpatient rehabilitation in musculoskeletal disorders: systematic review and meta-analysis. *Rehabilitation* 47 (2008) 200-209.
3. Bertelsmannstiftung 2007 Expertenpanel Rückenschmerz: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-0A000F1441F4AE/bst/Gesundheitspfad_Ruecken_2007.pdf.
4. Arnold B, T Brinkschmidt, HR Casser, I Gralow, D Irnich, K Klimczyk, G Müller, B Nagel, M Pflingsten, M Schiltenswolf, R Sittl, W Söllner: Multimodale Schmerztherapie, Konzepte und Indikation. *Schmerz* 23 (2009) 112-120.
5. Guzmán J, R Esmail, K Karjalainen, A Malmivaara, E Irvin, C Bombardier: Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* (2002):CD000963.
6. Weh L, U Marnitz: Der Orthopäde im interdisziplinären Setting. *Orthopäde* 38 (2009) 913-919
7. Hildebrandt J, M Pflingsten: Vom GRIP zur multimodalen Schmerztherapie. Ein Konzept setzt sich durch. *Orthopäde* 38 (2009) 885-895.
8. Hamel M, A Maier, L Weh, A Klein, S Lucan, U Marnitz: „Work Hardening“ bei chronischen Rückenschmerzen. Ein integraler Bestandteil multimodaler Therapieprogramme. *Orthopäde* 38 (2009) 928-936.
9. Heinrich M, D Monstadt, C Michel: Psychologische Interventionen in der Behandlung chronischer Rückenschmerzen. *Orthopäde* 38 (2009) 937-942.

Anschrift für die Verfasser:

Dr. L. Weh
Rückenzentrum am Markgrafenpark
Markgrafenstr. 19
D-10969 Berlin
E-Mail: weh@ruecken-zentrum.de