

Chronischer Rückenschmerz 2013



Rückenzentrum
DIAGNOSTIK • THERAPIE • PRÄVENTION

Tagesstationäre Fachklinik
mit 120 Behandlungsplätzen

1. Diagnostik

2. Therapie

3. Kosten

Hamburg
Rückenzentrum
Am Michel



Berlin
Rückenzentrum
am Markgrafentpark



Bremen
Fit-Shop Gesundheitszentrum
im Mercedes-Benz Werk Bremen



Berlin
Gelenk- & Rückenzentrum
Köpenick



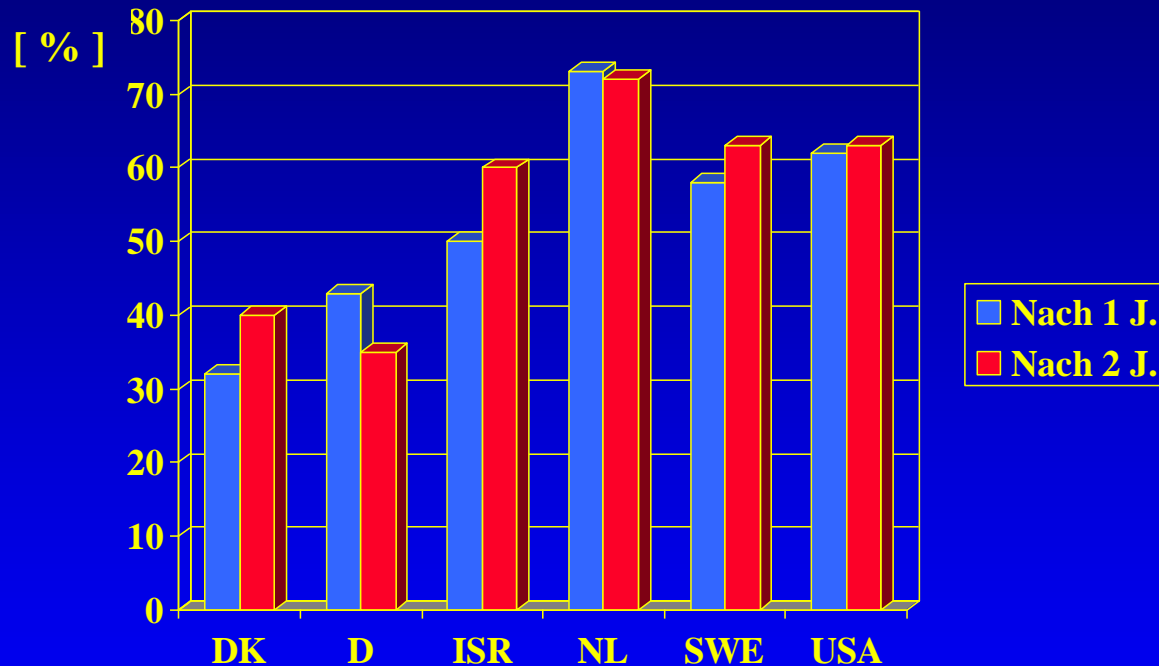
Berlin
Gesundheitszentrum Sternwarte
am Mercedes-Benz Werk Berlin



Historisch: ISSA-Studie (Hansson et al., 2000)

- **Patienten mit rückenbedingter Arbeitsunfähigkeit > 3 Monate**
- **6-Länder Vergleich**
 - Dänemark
 - Israel
 - Schweden
 - Deutschland (Raspe et al.)
 - Niederlande
 - USA
- **Dokumentation medizinischer Massnahmen**
- **Nachbefragung nach 1 und 2 Jahren**

Der Aufschrei: ISSA Studie - Arbeitsrückkehraten



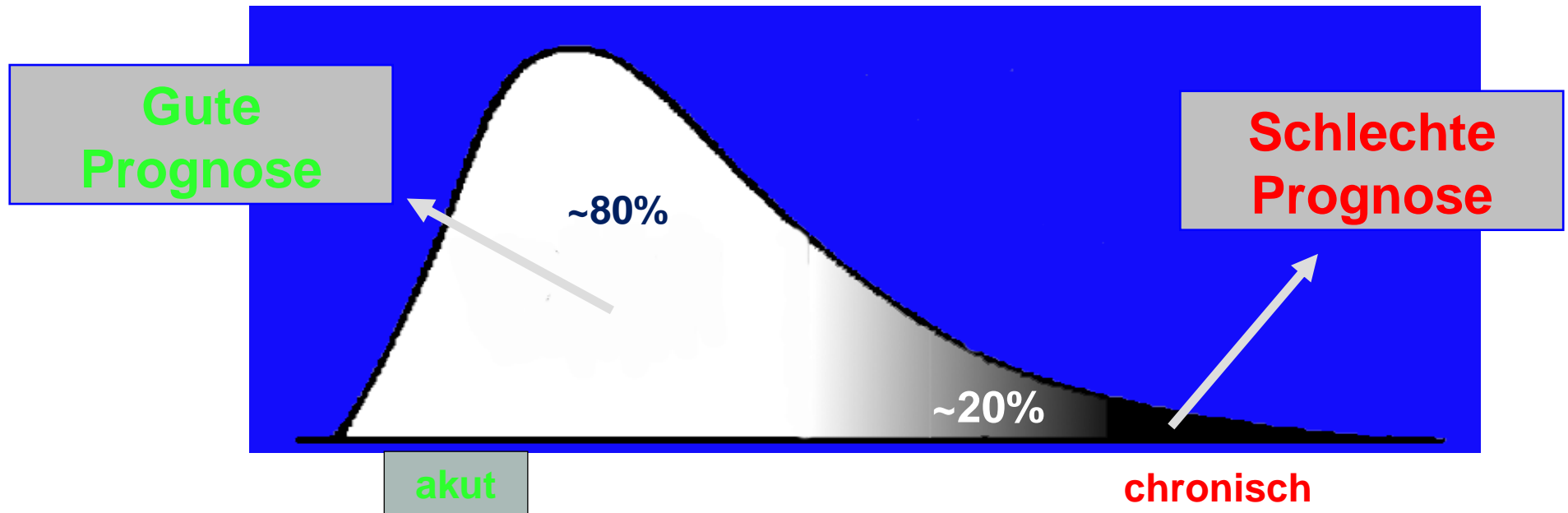
d.h. wenn in Deutschland eine Arbeitsfähigkeit länger als 3 Monate mit Rückenschmerzen vorliegt, besteht nach 2 Jahren nur noch eine 35%-ige Chance am Arbeitsplatz zu sein!

Chron. Rückenschmerz:

Notwendigkeit der
Koordination und
differenzierten
Betrachtung



Ziel: Vermeidung von Chronifizierung



Multimodale
Rückentherapie



Weiteres Problem: Deutlicher Anstieg der Wirbelsäulen-OPs

Wirbelsäulen-OPs haben sich mehr als verdoppelt von 2005 bis 2011.

Implantationen von Spreizern und Bandscheibenprothesen zeigten einen abrupten Anstieg und fallen auf durch einen rasch folgenden Abwärtstrend.

Niethard F, Dt. Ärzteblatt, Heft 27-28, 8. Juli 2013

Die um Fusionen von Krankenhäusern bereinigte Anzahl der Krankenhäuser die Bandscheibenoperationen vornehmen ist von 2006 bis 2011 von 550 auf 700 gestiegen.

Jörg Friedrich Forschungsbereichsleiter Krankenhaus
im wissenschaftlichen Institut der AOK GGW 2012, Jg 12, Heft 3 (Juli)

Die Operationszahlen sind in den Jahren 2000 bis 2009 um 87% gestiegen.

Für eine konservative Orthopädie und Unfallchirurgie
Niethard, U (2011), In Orthopäde 4(11) S. 317-318

30 bis 70% der Patienten nach einer Wirbelsäulenoperation entwickeln einen chronischen Schmerz.

Chron. Schmerz nach Operationen
Dimova, V. und S. Lautenbacher 2010, Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 45, S. 79-87

UND:

Nur 0,15% der chronischen Rückenschmerzpatienten erhalten eine multimodale Schmerztherapie.

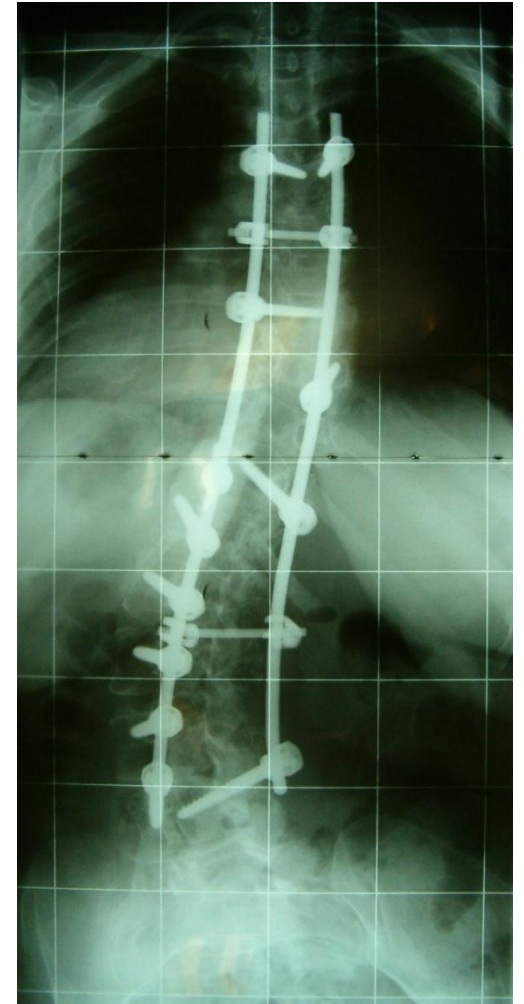


Interdisziplinäres Assessment

- auch als Zweitmeinung vor OPs

3 Stunden Diagnostik durch

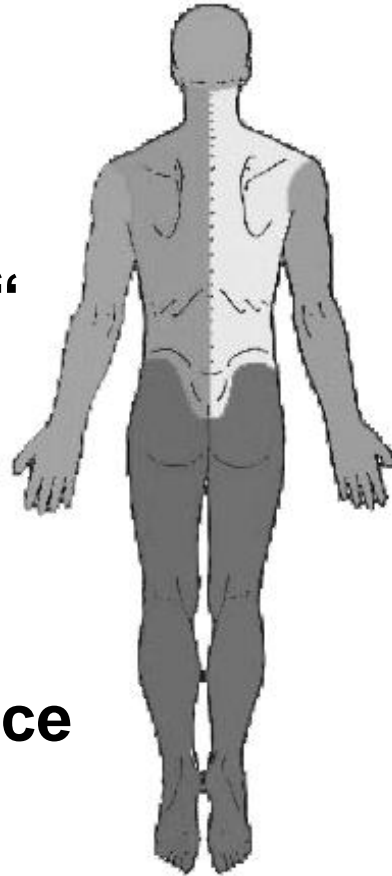
1. **Facharzt**
2. **Psychotherapeut**
3. **Physiotherapeut**



Therapiebausteine **chronischer** Rückenschmerz

Strukturell

- „Bandscheibenvorfall“



Psychisch

- Angst und Depressivität

Funktionell

- muskuläre Dysbalance

Sozial

- Arbeitsplatzverlust

Interdisziplinäre, bio-psycho-soziale Rehabilitation unter dem Konzept von der „Functional Restoration“
(gemäß den Nationalen Versorgungsleitlinien Kreuzschmerz 2010)



Kosten-Nutzen-Analyse einer Multimodalen Rückenschmerztherapie

gescreent: über 50.000 Patienten
mit eingeschlossen n=514
Mixed-pair-Analyse über 2,5 Jahre

2. STUDIENDESIGN UND UNTERSUCHUNGSMETHODEN

Interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie

Eine interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie (IMS) ist die inhaltliche und zeitliche aufeinander abgestimmte Vorgehensweise zur Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen.^[1] Das dabei agierende interdisziplinäre Team besteht aus Orthopäden, Physiotherapeuten, Sportwissenschaftlern und Psychologen, welche alle ein gemeinsames Therapieziel definiert haben. Um den Patienten einen Erfahrungsaustausch mit in gleicher Weise betroffenen Patienten zu ermöglichen, wird die IMS im Gruppensetting durchgeführt. Wesentliche Elemente der therapeutischen Inhalte innerhalb der IMS sind: medikamentöse Schmerztherapie, Manualtherapie, wirbelsäulennahe Infiltrationen (PRT), Edukation, medizinische Trainingstherapie, Work Hardening, Entspannung und psychologische Schmerztherapie.

Datensatz Betriebskrankenkasse

Für die vorliegende Untersuchung hat die Betriebskrankenkasse Verkehrsbau Union (BKK VBU) Abrechnungsdaten Ihrer Versicherten über 4 Jahre zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt. Der Datensatz enthielt Informationen zu sämtlichen in Anspruch genommenen Leistungen sowie den direkten und indirekten Kosten, die im Zusammenhang mit einer Rückendiagnose entstanden sind. Folgende Informationen konnten dem Datensatz entnommen werden: Arbeitsunfähigkeitszeiten, Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an einem interdisziplinären Behandlungsprogramm, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld, ambulante Behandlungen mit Diagnosen, Krankentransporte und Medikamente, stationäre Krankenhausaufenthalte. Weiterhin enthielt der Datensatz personenbezogene, anonymisierte Versicherteninformationen wie Alter, Geschlecht und Familienstand.

Kosten-Nutzen-Analyse

Für den Vergleich der Kosten der Fallgruppe mit den Kosten der Kontrollgruppe wurde die Methodik der Kosten-Nutzen-Analyse gewählt.^[2]

Untersuchungszeitraum

Im Untersuchungszeitraum wurden über 50.000 Versicherte ermittelt, die wegen einer Rückendiagnose behandelt wurden. Die Betrachtung erfolgte in der Untersuchungs- und Kontrollgruppe über insgesamt 2,5 Jahre.

Diagnostiktag

Der Diagnostiktag ist ein interdisziplinäres, standardisiertes Assessment, wo Therapieempfehlungen ausgesprochen werden. Das Vorgehen kann aus weiterführender Diagnostik ambulanter monomodaler Therapie, einer stationären Therapie oder einer IMS in 2 Intensitäten bestehen.

Auswahl Untersuchungsgruppe

Von den 58.534 waren 8.740 Patienten, die aufgrund einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit Krankengeld bezogen. Aus dieser Gruppe konnten insgesamt 257 Patienten eingeschlossen werden, die im Untersuchungszeitraum eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie erhielten.

Auswahl Kontrollgruppe durch Matching-Pairs-Technik

Um die verschiedenen Therapieoptionen und die Kosten miteinander zu vergleichen, wurde zu jedem Individuum in der Untersuchungsgruppe ein in möglichst vielen Einflussfaktoren gleicher statistischer Zwilling in der Kontrollgruppe ermittelt. Die Anzahl der statistischen Zwillinge wurde durch die Untersuchungsgruppe (n=257) determiniert. Folgende Kriterien wurden bei der Parallelisierung berücksichtigt: Alter, Geschlecht, Familienstand, ICD 10 Diagnose M40 bis M54 (Dorsopathien), ICD 10 Diagnose M54 (unspezifischer Rückenschmerz) ja/nein, ICD 10 Diagnose der Gruppe F30 und F40 (Angst und Depression) ja/nein, Gruppierung nach Arbeitsunfähigkeitstagen im Quartal vor dem Diagnostiktag, Gruppierung nach Anzahl der Arztkonsultationen im 4. Quartal, Gruppierung nach Anzahl der Komorbidität nach 4 Quartalen, Beginn der Krankengeldzahlung (Jahr)

Indirekte Kosten

Die indirekten Kosten für einen Arbeitsunfähigkeitstag wurden nach dem Humankapitalansatz berechnet.^[3]

Direkte Kosten

Für die Berechnung der ambulanten Arztkosten wurde auf einen von Krauth et al. vorgeschlagenen Bewertungsansatz zurückgegriffen. Dabei erfolgt die Berechnung anhand sogenannter Arztkontaktwerte.^[3] Die Anzahl der Arztkonsultationen pro Patient wurde mit einem einheitlichen Kostensatz für die jeweilige Facharztgruppe multipliziert. Weitere Ressourcen, deren Verbrauch zu den direkten Kosten gezählt wird, sind: Medikamente, Krankenhausaufenthalte, Heil- und Hilfsmittel sowie Rehabilitation.

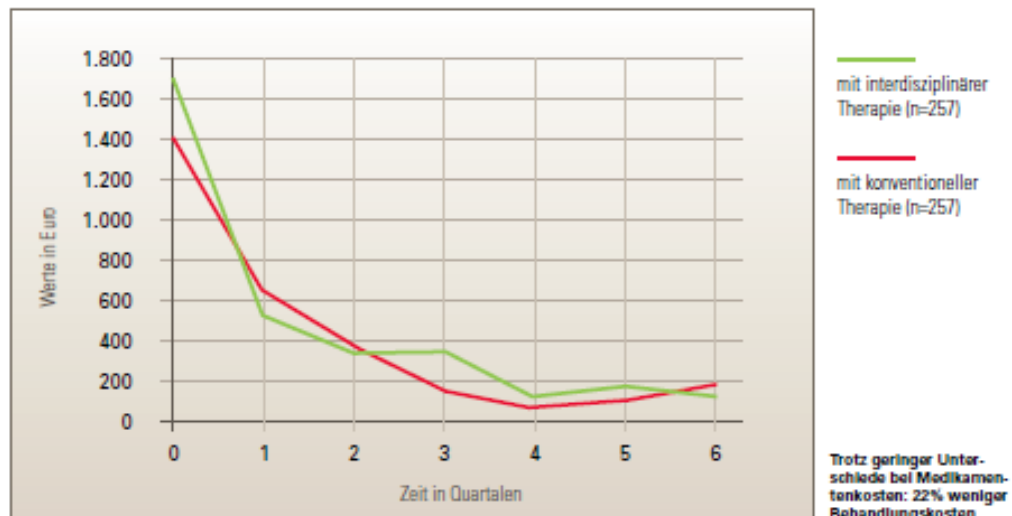
Auswertung

Es wurde eine Longitudinalanalyse über einen Zeitraum von 2,5 Jahren vorgenommen. Zur Berechnung der Kosten wurden die angegebenen Vergütungspreise bzw. Ressourceninanspruchnahmekosten für die jeweilige Gesundheitsleistung addiert und hieraus die Gesamtkosten ermittelt.

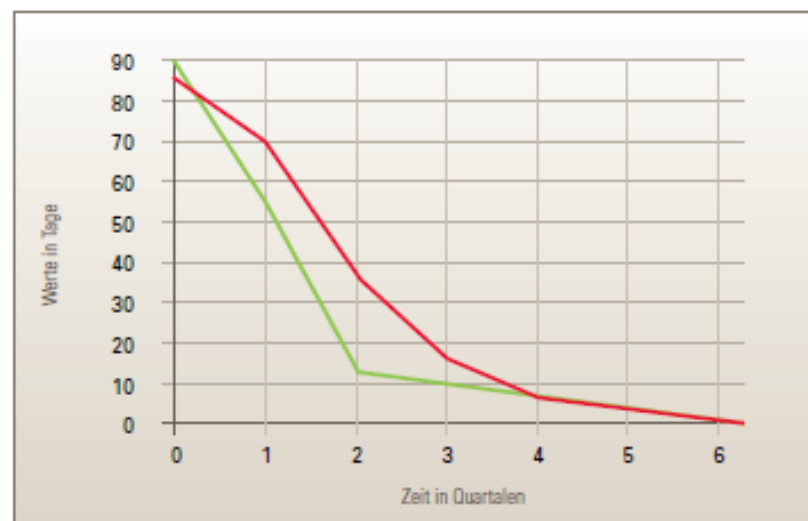


Kosteneinsparung bei Versorgungsverbesserung von €3200 im Jahr

Arzneimittelkosten



Arbeitsunfähigkeitstage



3. ERGEBNISSE

Deskriptive Statistik

514 Patientendaten wurden in der Studie untersucht. In der Untersuchungsgruppe nahmen insgesamt über 250 Patienten im Untersuchungszeitraum an einer IMS im Rückenzentrum am Markgrafentpark-Berlin teil. Die dazu gematchte Kontrollgruppe bestand ebenfalls aus etwas über 250 Patienten. Untersuchungs- und Kontrollgruppe unterschieden sich hinsichtlich Alter, Geschlecht, Familienstand und ICD10 Diagnose der Gruppe F30, F40 und M40 bis M54 nicht.

Betrachtung der Gesamtkosten

Im ersten Jahr nach der IMS betragen die Gesamtkosten in der Untersuchungsgruppe 10.500€ und in der Kontrollgruppe 13.700€ pro Patient. Das ergab einen Kostenunterschied von 3.200€.

In Publikation,
Vorab-Teilveröffentlichung BKK-Dachverband 1-2014



Zusammenfassung

Chronische Rückenschmerzen

1. benötigen ein professionelles Team in Diagnostik und Therapie aus Fachärzten, Psychologen und Physiotherapeuten
2. dadurch kann viel Leid und Geld gespart werden.

