Ziel: Schmerzversorgung in Deutschland gemeinsam verbessern

Versorgungsatlas Schmerz

2008 wurde das Projekt „Versorgungsatlas Schmerz“ vom Pharmaunternehmen Grünenthal initiiert, um die Versorgungssituation von Schmerzpatienten in Deutschland abzubilden. Gemeinsam mit der AOK Niedersachsen und der DAK wurde ein Studiendesign aufgesetzt. Anhand von Krankenkassen-Routinedaten wurden die Schmerzpatienten zunächst in neun Kategorien gruppiert und daraufhin die Versorgungssituation analysiert. Das IGES Institut Berlin und Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen, begleiteten das Projekt wissenschaftlich. Die Ergebnisse dieser Studie wurden kürzlich im „Versorgungsatlas Schmerz“ veröffentlicht. Anfang November stellten die Projektbeteiligten die Publikation im Rahmen einer Pressekonferenz vor.



Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen

>> In Deutschland leiden etwa 13 Millionen Menschen an chronischen Schmerzen - doch nur rund 20 Prozent erhalten eine adäquate Therapie. Deshalb habe es sich das Pharmaunternehmen Grünenthal zur Aufgabe gemacht, innovative und effektive Therapieoptionen zu entwickeln, damit Schmerzpatienten in Deutschland optimal versorgt werden könnten, erklärte Kai Martens, Geschäftsleiter Deutschland der Grünenthal GmbH. Bis zum „Versorgungsatlas Schmerz“ sei die Datenlage zur Versorgungssituation im Bereich Schmerz ungenügend gewesen. „Um Innovationsführer in der Schmerztherapie zu sein, müssen wir genau wissen, wie es unseren Patienten geht“, führte Martens weiter aus, „nur so können wir mit allen Beteiligten die Versorgungssituation verbessern.“ In drei Jahren gemeinsamer Projektarbeit habe man nun viele Erkenntnisse zur Versorgungssituation gewinnen können. Somit seien die Ergebnisse ein wichtiger, erster Schritt und sollten schließlich den Grundstein für zukünftige Entscheidungen, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren, bilden.

Die Motivation zur Teilnahme an diesem Projekt aus Sicht der Krankenkasse erläuterte Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes der DAK. Schmerzen stellten eine schwere Belastung für die Betroffenen dar und verursachten in ihrer Konsequenz auch hohe direkt und indirekte Krankheitskosten. „Nur eine Kasse, die fortlaufend Erkenntnisse über Stärken und Probleme in der Versorgung gewinnt, kann erfolgreich eine bessere Qualität im Gesundheitswesen organisieren“, so Rebscher.

Die wichtigsten Ergebnisse der Studie präsentierte Prof. Dr. Gerd Glaeske, wissenschaftlicher Begleiter des Projekts. Ein großer Anteil der Rückenschmerzpatienten leide unter chronischen Schmerzen. „Im Rahmen des Projektes ‚Versorgungsatlas Schmerz‘ wurden Surrogatparameter für Schmerzchronifizierung in Krankenkassenroutinedaten ermittelt“, sagte Glaeske. Dabei zeigte sich, dass es in der Versorgung von Schmerzpatienten Über-, Unter- und Fehlversorgung gebe. Eine multimodale Schmerztherapie erhielten je nach Schmerztyp nur maximal 3 % der Versicherten. „Die Analysen weisen aber daraufhin“, erklärte Glaeske, „dass im Folgejahr der Therapie sogar positive Kosteneffekte entstehen können.“ Die Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie könnte sich somit auch in Bezug auf die Kosten der Krankenkassen lohnen. Darüber hinaus könnte eine frühe Identifizierung von so genannten Risikopatienten und eine entsprechende Prävention, vor allem bei einer Rückenschmerzchronifizierung, dazu beitragen, Ausgaben einzusparen. „Denn je stärker der Hinweis auf eine Schmerzchronifizierung war, desto höher waren auch die direkten Versorgungskosten.“ Seiner Einschätzung nach muss die Kooperation zwischen den einzelnen Ärzten verbessert und die Qualifikation der Behandler optimiert werden. „Sowohl die Awareness für diese Patienten als auch die Behandlungsstrukturen müssen verbessert werden.“<<

Ankündigung: MVF-Fachkongress 2012

Am **19. März 2012** findet der zweite Fachkongress in Kooperation mit dem BVA statt, der sich mit der Weiterentwicklung der DMP, der Evaluation sowie der Regionalisierung beschäftigt. Das Mitte Dezember finalisierte Programm senden wir Ihnen gerne per E-Mail zu, wenn Sie sich hier eintragen:
Link: http://www.monitor-versorgungsforschung.de/10-jahre-dmp/folgekongress
Sichern Sie sich am besten schnell Ihre Teilnahme zu interessanten Konditionen. Sie haben die Wahl zwischen **4 Preisstufen** und **4 Alternativen**:

1) Subskriptionspreis für Nicht-Abonnenten von MVF bis 30.12.2011:	358 EUR
2) Teilnahmepreis für Nicht-Abonnenten von MVF ab 1.1.2012:	458 EUR
3) Teilnahmepreis für Abonnenten von MVF:	**258 EUR**
4) Teilnahmepreis inkl. Abschluss eines Abos von MVF (6 Ausg. p.a.):	**299 EUR**

Dazu können Sie Ihre Unterlagen in folgenden alternativen Formen überreicht bekommen:

A) als Download zur Speicherung auf Ihrem eigenen Laptop:	plus 0 EUR
B) gespeichert auf einem USB-Stick (2 GB):	plus 9 EUR
C) wie gewohnt in Form eines Kongressordners:	plus 39 EUR
D) gespeichert auf einem eReader:	plus 69 EUR

Für welche Form Sie sich auch entscheiden, Sie bekommen auf Ihrer Rechnung nur einen **Komplettpreis** für die Kongressteilnahme ausgewiesen.
Preisbeispiel: Als Abonnent von MVF (Preisstufe 3) mit der Alternative „gespeichert auf eReader“ (Alternative D) weisen wir auf der Rechnung den Komplettpreis für die Kongressteilnahme in Höhe von 357 EUR aus, für die Alternative A) dagegen nur 258 EUR. Merke: Alternativlos war gestern, ein Abo lohnt auf jeden Fall!
Den Link zur **Anmeldung zum Folgekongress** am 19. März 2012 finden Sie unter: http://www.monitor-versorgungsforschung.de/zukunft-dmp/teilnehmerregistrierung

Dokumentationsliste des ersten DMP-Kongresses vom 19. September 2011: „Special 1“ und „Special 2“

Vortrags-Thema	Referent		Statement / Abstract
DMP-Realität nach 10 Jahren > Siehe Special 1, S. 16	**Dr. Maximilian Gaßner** Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA)		Zehn Jahre nach Beginn der Debatte um DMP in Deutschland ist es Zeit, ein erstes Resümee zu ziehen. Im Rahmen des Kongresses werden die Ziele und Erfolge der DMP in Deutschland von den Anfängen bis zur aktuellen Entwicklung dargelegt.
Nutzen und Effizienz von DMP > Siehe Special 1, S. 28	**Prof. Dr. Gerd Glaeske** Zentrum für Sozialpolitik, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Universität Bremen / MVF-Herausgeberbeirat		Oftmals kommen Stratifizierungsüberlegungen im Hinblick auf die Ausgangssituation der Krankheitsschwere oder der sozialen Schicht der Patienten zu kurz. Nicht für alle, die ein DMP benötigen, wurde die Maßnahme genutzt, anderseits wurden die Programme oft wegen der ökonomischen Anreize auch bei solchen eingesetzt, die kaum Vorteile haben dürften.
Schnittstellenprobleme strukturierter Vers.konzepte > Siehe Special 2, S. 4	**Prof. Dr. Stefan G. Spitzer,** Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V (DGIV)		Das Referat widmet sich den Schnittstellenproblemen solcher Projekte, insbesondere der Koordinierung der medizinischen Zusammenarbeit, technisch-technologischen Erfordernissen und noch bestehenden rechtlichen Hemmnissen bei der Durchsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung in strukturierten Versorgungskonzepten.
DMP: Methodik für faire Vergleiche > Siehe Special 1, S. 25	**Prof. Dr. Karl Wegscheider** Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf/Wissenschaftlicher Beirat DMP beim BVA		Im Wesentlichen müssen zwei Probleme beherrscht werden: die Schaffung eines mathematischen Ausgleichs für Strukturunterschiede und die korrekte Berücksichtigung möglicher Zufallseffekte. Im aktuellen DMP-Vergleich werden beide Ziele simultan durch den Einsatz adjustierter empirischer Bayes-Schätzer erreicht, die im Rahmen der Anpassung eines gemischten linearen Modells abgeleitet und anschließend visualisiert werden. Im Vortrag wird die Funktionsweise dieser Methodik am Beispiel vorgeführt.
DMP: Wirkungen und Nebenwirkungen – Folgenabschätzung > Siehe Special 2, S. 18	**Professor Dr. Bertram Häussler,** Geschäftsführer IGES, Berlin		Die im Nachhinein erkennbare „Insulinisierung“ der Typ-2-Diabetiker ist die Folge der Bemühungen um eine Reduzierung der vom Typ-2-Diabetes ausgehenden Folgewirkungen. Vor dem Hintergrund der heutigen Erfahrungen wäre die Frage zu stellen, wie hoch der zusätzliche Nutzen einer breit angelegten insulinbasierten Blutzuckerkontrolle ist angesichts der Risiken, die sich aus Hyopglykämien, Gewichtszunahme und der Induktion von Krebserkrankungen ergeben.
DMP: Vergleiche und Ergebnisse > Siehe Special 1, S. 19	**Dr. Christian Gawlik M.Sc.** Referat VI 4 Medizinische Grundsatzfragen und Evaluation von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke - DMP beim BVA		Die dokumentierten medizinischen Parameter und die zusätzlich erhobenen ökonomischen Daten werden für eine vergleichende Evaluation der DMP genutzt. Nach einer Risikoadjustierung werden dem BVA von den damit durch die Kassen beauftragten Evaluationsinstituten aggregierte Daten übermittelt, die eine vergleichende Darstellung des Gesundheitszustands der Versicherten und der Kostensituation in den DMP ermöglichen. Diese Informationen geben den Kassen die Möglichkeit, intern und gemeinsam mit den Leistungserbringern qualitätssichernde Prozesse zu steuern.
DMP: Erfahrungen der BARMER GEK > Siehe Special 2, S. 13	**Dr. Christian Graf** Abteilungsleiter für Versorgungsprogramme der BARMER GEK		Nach holprigem Start und kontroverser Diskussion um die Einführung haben sich DMP heute zu einem festen Bestandteil qualitätsorientierter Versorgung chronisch Kranker in der GKV entwickelt. Gleichwohl liegen bislang nur partielle Wirksamkeitsbelege vor. Um weitere Evidenz über den Nutzen der Programme zu erhalten, sollte eine gesetzliche Evaluation durchgeführt werden.
DMP: Erfahrungen der TK > Siehe Special 1, S. 39	**Prof. Dr. Roland Linder** Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG)		Angesichts der noch immer ungeklärten Studienlage und der immensen Programmkosten fordert die TK die bestmögliche Evidenz zur Nutzenbewertung von DMP. Diese ist durch eine kassenübergreifende Evaluation von GKV-Routinedaten vorstellbar, erfolgt idealerweise jedoch durch einen RCT.
DMP: Erfahrungen der AOK > Siehe Special 1, S. 32	**Evert Jan van Lente** Stellv. Geschäftsführer Versorgung im AOK-Bundesverband		Nach 10 Jahren liegen eine Reihe von Studien und Patientenbefragungen vor. Das WIdO hat im Versorgungs-Report 2011 gleich vier Studien vorgestellt, die alle sehr unterschiedlich angelegt sind und – soweit es sich um kontrollierte Studien handelt – versucht haben, Selektionseffekte auszuschließen. Für die AOK ist entscheidend, dass externe Studien, Patientenbefragungen und interne Kalkulationen in der Tendenz zum gleichen Ergebnis kommen: Die patientenrelevanten Endpunkte sind unter DMP-Bedingungen deutlich besser und die Gesamtkosten niedriger.
DMP: Erfahrungen der DAK > Siehe Special 2, S. 8	**Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher** Vorsitzender des Vorstandes, DAK, Hamburg / MVF-Herausgeberbeirat		Zeit, um Bestehendes zu überprüfen und Neues anzugehen. Die anfängliche Skepsis ist gewichen, und inzwischen nehmen mehr als 650.000 Versicherte an unseren DAK-Gesundheitsprogrammen teil – mit weiterhin steigender Tendenz. Einerseits wurde die Versorgungsqualität erhöht, andererseits werden Folgeerkrankungen vermieden. Zudem zeigen die Analysen eine Senkung der Leistungsausgaben
DMP: Erfahrungen in Bayern > Siehe Special 1, S. 47	**Dr. Frank Hofmann** Teamleiter Datenmanagement und Abrechnung, CoC DMP bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)		Nach anfänglicher inhaltlicher Skepsis und technischen Herausforderungen wie der elektronischen Dokumentation, die in Bayern von Anfang an Pflicht war, entwickelten sich die DMP sehr erfolgreich: Mittlerweile sind alle Prozesse effizient etabliert, und jährlich werden in Bayern über drei Millionen DMP-Dokumentation erstellt.
Regionale Versorgungsunterschiede > Siehe Special 1, S. 44	**Dr. André Kleinfeld,** Business Development Manager bei INSIGHT Health, Waldems-Esch		Ein datenbasierter Blick auf die Situation der ambulanten Arzneimittelversorgung innerhalb der GKV zeigt, dass große Unterschiede zwischen den Regionen bestehen. Einfluss üben dabei neben demographischen und versorgungsstrukturellen Parametern auch verordnungsabhängige Faktoren. Indikationsbezogene Analysen von INSIGHT Health verdeutlichen, dass Versorgungsansätze stets an die regionalen Besonderheiten anzupassen sind oder sogar von den regionalen Auffälligkeiten her gedacht werden müssen.
DMP: Indikationsübergreifendes Versorgungsmanagement > Siehe Special 1, S. 51	**Prof. Dr. Stephan Burger** Leitender Direktor der MedicalContact AG, Essen / MVF-Praxisbeirat		Das gesetzliche DMP bleibt als statisch organisiertes Programm hinter den Möglichkeiten zurück. Um Potenziale stärker zu nutzen, sollten DMP in ihrer heutigen indikationsbezogenen Ausgestaltung durch Case Management erweitert und bei den Kassen im Sinne eines zielgruppenspezifischen Versorgungsmanagements integriert werden. Zentraler Ansatzpunkt ist die Stärkung des Patientencoachings.