Warum die DAK und die Pharmafirma Grünenthal den „Versorgungsatlas Schmerz“ ins Leben rufen

Eine Investition in die Zukunft

Wie viel kosten Schmerzpatienten? Wie hoch ist die Anzahl von Rückenschmerzpatienten in Deutschland? Wie werden Schmerzpatienten in Deutschland versorgt? Bisher war die Datenlage zur Versorgungssituation und den Versorgungskosten eher ungenügend - bis sich das Unternehmen Grünenthal in Kooperation mit der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) dieses Themas annahm und zum ersten Mal in Deutschland der Versorgungssituation von Schmerzpatienten widmete.

>> Ziel der Studie „Versorgungsatlas Schmerz“ ist es, die Versorgungsstrukturen und Krankheitskosten transparent zu machen. „Es ist wichtig, bestimmte Schmerzpatienten rechtzeitig zu identifizieren. Durch den Einsatz geeigneter Therapieoptionen ist es möglich, einen schweren, meist chronischen Verlauf, der immer mit erhöhten Kosten verbunden ist, zu vermeiden“, betont Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK.

Dazu hat das IGES-Institut auf der Grundlage von GKV-Routinedaten gemeinsam mit namhaften Experten neun Schmerztypen definiert. Unter der Maßgabe, dass jeder Versicherte nur jeweils einem – nämlich dem hypothetisch behandlungsleitenden – Schmerztyp zugeordnet wird (hierarchisches Zuordnungsprinzip), wurden über fünf Millionen Versicherten-Daten analysiert und strukturiert, um gezielt Aussagen zur Struktur und Alltagsversorgungssituation von Schmerzpatienten treffen zu können.

Die Erkenntnisse: Besonders häufig vertreten sind Rückenschmerzen: Schmerzen bei Bandscheibenerkrankungen (Typ 3), andere spezifische Rückenschmerzen (Typ 2) und nicht spezifische Rückenschmerzen (Typ 9), jeweils zu 6,1 %, 5,2 % und 32,2 % vertreten in der Grundgesamtheit der im Jahr 2006 bei der DAK durchgängig Versicherten.

Die Leistungsinanspruchnahme in den Rückenschmerztypen wurde mit Bezug auf die typbildenden Diagnosemuster untersucht, um auf diese Weise eine rückenschmerztypbezogene Inanspruchnahme schätzen zu können. Das Ergebnis: Je spezifischer der Rückenschmerztyp ist, desto häufiger erfolgten ambulante Behandlungsfälle. So suchten beispielsweise über 80 % der Versicherten mit spezifischen Rückenschmerzen im Jahr 2006 mehr als eine relevante Facharztgruppe auf. Stationäre Behandlungen von rückenschmerzverursachenden Erkrankungen waren dagegen insgesamt eher selten.

Nur etwa zwei Dritteln der Versicherten mit spezifischen Rückenschmerzen wurde 2006 mindestens einmal ein Schmerzmittel ambulant verordnet. Sehr wenige Versicherte mit Rückenschmerzen erfuhren eine schmerztherapeutische Behandlung im engeren Sinne (ambulante oder stationäre multimodale Schmerztherapie bzw. eine mit der Schmerzerkrankung in Zusammenhang stehende Psychotherapie oder Rehabilitation).

Gemäß einer ersten Schätzung verursachen Rückenschmerzen je nach Typ zirka 20 bis 30 % der mittleren direkten Gesamtkosten. Dies sind bei Versicherten des Typs „Schmerzen bei Bandscheibenerkrankungen“ 718 Euro von 2.445 Euro, bei Versicherten mit anderen spezifischen Rückenschmerzen durchschnittlich 907 Euro von 3.805 Euro und bei Versicherten mit nicht spezifischen Rückenschmerzen 265 Euro von 1.280 Euro.

Bei allen Rückenschmerztypen kommt Heil- und Hilfsmitteln – d. h. vor allem Krankengymnastik und Massagen – der größte Kostenanteil zu. Versicherte mit Hinweis auf eine Schmerzchronifizierung (aufgrund stark wirksamer ambulanter Analgetika-Verordnungen bzw. mindestens sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit) wiesen dagegen wesentlich höhere direkte Versorgungskosten auf als Versicherte mit Hinweis auf ein Schmerzchronifizierungsrisiko (aufgrund psychiatrischer Komorbidität). Und die Versicherten mit Hinweis auf Schmerzchronifizierungsrisiko hatten wiederum höhere direkte Versorgungskosten als Versicherte ohne Chronifizierungshinweis. Außerdem waren Versicherte mit Hinweis auf Schmerzchronifizierung im Durchschnitt übermäßig lang arbeitsunfähig. Diese Daten würden zeigen, dass sich Maßnahmen zur Verhinderung von Schmerzchronifizierung sowohl in mehr Lebensqualität als auch in Kosteneinsparungen niederschlagen könnten.

Gerade der frühe Einsatz spezieller schmerztherapeutischer Maßnahmen - wie die interdisziplinäre multimodale Therapie - führt nach Worten von Prof. Dr. med. Raimund Casser nachgewiesenermaßen zu einer Verminderung der Chronifizierungsgefahr und damit auch zur Einsparung erheblicher Kosten. Dazu müssten allerdings Patienten mit hohem Risiko rechtzeitig identifiziert werden, damit ihre Therapie optimal gesteuert werden kann, um Folgeerscheinungen und mögliche Komorbiditäten zu beeinflussen. Casser: „Auf Basis der Studiendaten kann nun die heterogene Gruppe der Schmerzpatienten identifiziert und differenziert werden, um so zum richtigen Zeitpunkt die Zuweisung zu einer geeigneten Therapieoption durchführen zu können.“ Auch aus Sicht einer Kasse muss es für Rebscher letztlich darum gehen, Strategien zu entwickeln, um die Chronifizierung der Rückenschmerzen zu vermeiden, was einerseits die Lebensqualität der Betroffenen erheblich verbessert, andererseits aber auch Kosten vermeidet. Darum sei Versorgungsforschung aus Sicht der DAK aus medizinischen, aber auch aus ökonomischen Gründen unbedingt erforderlich.

Für den DAK-Vorstandsvorsitzenden Rebscher ist darum „Versorgungsforschung eine Investition in die Zukunft“, denn es gelte „Versorgung sinnvoll und effizient zu gestalten“. Hierfür benötige man zunächst Daten zur aktuellen Morbidität der Versicherten, die Beobachtung der Weiterentwicklung der Erkrankungen und die Identifikation von Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes; und um die Effizienz der Maßnahmen zu beurteilen, sei zudem die Kenntnis der Leistungsausgaben und letztlich auch die Messung der Erfolge von neuen Versorgungsformen notwendig. Genau hier setze Versorgungsforschung an, mit deren Hilfe die Kassen überhaupt erst in der Lage seien, Über-, Unter- und Fehlversorgung im System zu erkennen. „Versorgungsforschung beschreibt den Ist-Zustand der Versorgung“, macht sich Rebscher für mehr Versorgungsforschung stark, die „der Versachlichung der Diskussion um Über-/Unter- und Fehlversorgung“ diene und auch mit Fehlurteilen aufräume. Sein Credo:

- „Versorgungsforschung liefert Erkenntnisse zu einem Soll-Zustand der Versorgung.“
- „Versorgungsforschung liefert Ansatzpunkte für eine Differenzierung der Versorgung und gezielte Ansprache von Risikopopulationen.“
- „Versorgungsforschung muss die Einführung von ‚Innovationen‘ begleiten, da klinische Forschung in einer künstlichen Umgebung stattfindet und nur wenig über eine tatsächliche Verbesserung der Versorgung aussagt.“ <<