

Versorgungssituation von Rückenschmerzpatienten der DAK

Dr. Antje Freytag, IGES Institut, Berlin

**Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen
(Wissenschaftlicher Projektbegleiter)**

Über die Methoden der Versorgungsforschung hat das IGES Institut auf der Grundlage von GKV-Routinedaten gemeinsam mit namhaften Experten neun Schmerztypen definiert. Dadurch können nun aus einem großen Versichertenkollektiv (fünf Mio. Versicherte) gezielt Aussagen zur Struktur und Alltagsversorgungssituation von Schmerzpatienten getroffen werden.

Die Daten wurden unter der Maßgabe analysiert, dass jeder Versicherte nur jeweils einem – nämlich dem hypothetisch behandlungsleitenden – Schmerztyp zugeordnet wird (hierarchisches Zuordnungsprinzip).

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 Leistungsanspruchnahme in den Rückenschmerztypen wurde mit Bezug auf die typbildenden Diagnosemuster untersucht, um auf diese Weise eine Rückenschmerztyp-bezogene Inanspruchnahme schätzen zu können.

Je spezifischer der Rückenschmerztyp ist, desto häufiger erfolgten ambulante Behandlungsfälle. Über 80 % der Versicherten mit spezifischen Rückenschmerzen suchten im Jahr 2006 mehr als eine relevante Facharztgruppe auf. Stationäre Behandlungen von Rückenschmerzverursachenden Erkrankungen waren insgesamt eher selten.

Nur etwa zwei Drittel 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).

Die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Rückenschmerzen gilt allgemein als hoch. Dies findet sich insbesondere bei den Erwerbstätigen mit Schmerzen bei Bandscheibenerkrankungen (Typ 3) bestätigt. Dort war die Arbeitsunfähigkeit des Jahres 2006 zu 25 % durch Rückenschmerz bedingt. Im Vergleich gingen bei allen erwerbstätigen Versicherten der DAK 1,4 (12,5 %) der durchschnittlich 11 Arbeitsunfähigkeitstage auf Rückenschmerzen zurück (DAK-Gesundheitsreport 2003, 2007).

Gemäß einer ersten Schätzung verursachen Rückenschmerzen je nach Typ zirka 20–30 % 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 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 zeigen, dass sich Maßnahmen zur Verhinderung von Schmerzchronifizierung sowohl in mehr Lebensqualität, als auch in Kosteneinsparungen niederschlagen könnten.

Krankenkassen erhalten anhand dieser Analysen Hinweise, welche Versicherten sie zukünftig gezielt geeigneten Versorgungsprogrammen (Managed Care, Case Management, multi-

modale Schmerztherapie) zuführen könnten, um eine Chronifizierung von Rückenschmerzen zu verhindern.

Erweisen sich die genannten Hinweise auf eine Schmerzchronifizierung als belastbare Prädiktoren für Versorgungskosten bzw. Arbeitsunfähigkeitstage? Lassen sich weitere Prädiktoren für hohe Versorgungskosten im Folgejahr identifizieren, aus denen sich Ansatzpunkte für deren Vermeidung ableiten? Diese Aspekte werden in weiteren Datenanalysen im Vordergrund stehen.