

Versorgungsatlas Schmerz

**Neue Erkenntnisse zur Behandlungssituation
von Rückenschmerzpatienten**

Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin



Pressekonferenz
„Versorgungsatlas Schmerz:
Neue Erkenntnisse zur Behandlungssituation von
Rückenschmerzpatienten“

16. Februar 2010
11:00–12:30 Uhr
Raum I–III
Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz

Moderation: Dr. Albrecht Kloepfer, Berlin

Bedeutung der Versorgungsforschung für Grünenthal als Schmerzspezialist
Kai Martens, Grünenthal GmbH, Aachen

Versorgungssituation von Rückenschmerzpatienten der DAK
Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen

Ohne Versorgungsforschung keine zukunftsorientierte Schmerztherapie
Prof. Dr. Hans-Raimund Casser, DRK Schmerzzentrum, Mainz

Krankenkassen investieren in Versorgungsforschung – Know-how für zukünftige Strategien entwickeln

Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Deutsche Angestellten Krankenkasse, Hamburg

Diskussion

Mittagsimbiss

PRESSEMITTEILUNG

Rückenschmerzpatienten in Deutschland – welchen Stellenwert hat eine optimale Versorgung?

Berlin, 16. Februar 2010. – 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 ungenügend. Dank einer bisher einmaligen Kooperation zwischen dem Unternehmen Grünenthal und der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) kann nun zum ersten Mal in Deutschland die Versorgungssituation von Schmerzpatienten dargestellt werden. 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.

Das Projekt startete im Juli 2008 mit einer Pilotphase, in der das IGES Institut in Berlin gemeinsam mit namhaften Schmerzexperten anhand von Diagnosemustern, die bei Versicherten mit Opioidverordnungen häufig vorkamen, neun Schmerztypen definiert hat. In der anschließenden Hauptstudie wurden aus der Grundgesamtheit von über fünf Millionen DAK Versicherten anhand dieser Diagnosemuster Schmerzpatienten herausgefiltert. Es hat sich gezeigt, dass der Rückenschmerz mit drei Rückenschmerztypen (Schmerzen bei Bandscheibenerkrankungen, andere spezifische Rückenschmerzen und unspezifische Rückenschmerzen) besonders häufig auftrat. Im Rahmen der Hauptstudie wurde die Versorgungssituation dieser Patienten daher detailliert untersucht.

Rückenschmerzen – Vermeidung von Chronifizierungen

Denn Rückenschmerz ist nicht gleich Rückenschmerz. Bisher war eine differenzierte Analyse nur bei kleinen Populationen möglich. Durch die Studie konnte zum ersten Mal eine detaillierte Analyse bei einer großen Population durchgeführt werden. Die Leistungsanspruchnahme in

den Rückenschmerztypen wurde mit Bezug auf die typbildenden Diagnosemuster untersucht. Je spezifischer der Rückenschmerztyp ist, desto häufiger erfolgte ein Arztbesuch. In diesem Zusammenhang wurden auch die Kosten analysiert. Die Rückenschmerzen machen je nach Typ zirka 20 bis 30 Prozent der mittleren direkten Gesamtkosten aus. Versicherte mit Hinweisen auf eine Schmerzchronifizierung wiesen höhere direkte Versorgungskosten auf. „Dies zeigt, dass sich Maßnahmen zur Verhinderung von Schmerzchronifizierung in Kosteneinsparungen niederschlagen könnten“, folgerte Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik in Bremen. Folgende Hinweise deuten auf eine nicht optimale Versorgungssituation hin. Obwohl einem Großteil der Rückenschmerzpatienten im Jahr 2006 ein Schmerzmedikament verschrieben wurde, erhielten nur wenige Versicherte mit Rückenschmerzen eine schmerztherapeutische Behandlung im engeren Sinne, sprich: eine ambulante oder stationäre multimodale Schmerztherapie, eine schmerzinduzierte Psychotherapie oder Rehabilitation.

In weiteren Datenanalysen, die in naher Zukunft geplant sind, werden auch Aspekte der Komorbidität einfließen. Darüber hinaus wird überprüft werden, inwieweit sich die genannten Hinweise auf eine Schmerzchronifizierung als belastbare Prädiktoren für Versorgungskosten bzw. Arbeitsunfähigkeitstage erweisen.

Grünenthal erkennt Zukunftstrends

Eine gemeinsame Studie von einem Pharmaunternehmen und einer Krankenkasse war bisher kaum vorstellbar. Umso mehr zeigt das Beispiel des „Versorgungsatlas Schmerz“, dass hier die Beteiligten den Wandel der Zeit erkannt haben und neue Wege gehen. „Detailliertes Wissen über Versorgungsstrukturen ist auch für uns als forschendes Pharmaunternehmen von elementarer Bedeutung. Um effiziente Therapieoptionen entwickeln zu können, müssen wir wissen, bei welchen Patienten es Optimierungsbedarf in welcher Form gibt. Denn nur wirkliche Innovationen, mit denen langfristig Kosten gespart werden können, haben am Markt eine Chance“, so Kai Martens, Geschäftsleiter der Grünenthal GmbH Deutschland.

Versorgungsdaten sind Voraussetzung für eine effiziente Schmerztherapie

Die Schmerztherapie hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt. Dem Engagement der einzelnen Schmerztherapeuten und der medizinischen und berufspolitischen Gesellschaften ist es zu verdanken, dass sich die Situation von Schmerzpatienten verbessert hat. Doch

langfristig ist die Schmerztherapie auf die Ergebnisse der Versorgungsforschung angewiesen. Sie hilft den Ärzten, diese Patienten rechtzeitig zu identifizieren. „Je effizienter wir die Therapie steuern, umso besser können wir Folgeerscheinungen und auch mögliche Komorbiditäten beeinflussen“, betont Prof. Dr. Raimund Casser vom DGSS (Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes).

Diese Ziele haben natürlich auch die Krankenkassen. Längst hat man erkannt, dass chronische Schmerzpatienten sehr teuer sind. Wie sich die Kostenverteilung im Detail darstellt und wo Einsparpotenziale liegen könnten, kann nun dank der IGES-Studie genauer dokumentiert werden. „Wir wollen unsere Versicherten optimal versorgen und sicherstellen, dass in Zukunft Risikopatienten rechtzeitig stadiengerecht adäquat behandelt werden“, so Rebscher.

Pressekontakt:

DAK – Unternehmen Leben

Herr Jörg Bodanowitz

Nagelsweg 27–31

20097 Hamburg

Tel.: +49 40 2396-1409

Fax: +49 40 2396-2219

E-Mail: joerg.bodanowitz@dak.de

Grünenthal GmbH

Frau Sabrina Gieß

Pascalstraße 6

52099 Aachen

Tel.: +49 241 569-3387

Fax: +49 241 569-1511

E-Mail: sabrina.giess@grunenthal.com

PRESSEMITTEILUNG

Kurz Notiert

Rückenschmerzpatienten in Deutschland – welchen Stellenwert hat eine optimale Versorgung?

Berlin, 16. Februar 2010. – 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 ungenügend. Dank einer bisher einmaligen Kooperation zwischen dem Unternehmen Grünenthal und der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) kann nun zum ersten Mal in Deutschland die Versorgungssituation von Schmerzpatienten dargestellt werden. 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.

Rückenschmerz ist nicht gleich Rückenschmerz. Bisher war eine differenzierte Analyse nur bei kleinen Populationen möglich. Durch die Studie konnte zum ersten Mal eine detaillierte Analyse bei einer großen Population durchgeführt werden. Die Leistungsanspruchnahme in den Rückenschmerztypen wurde mit Bezug auf die typbildenden Diagnosemuster untersucht. Je spezifischer der Rückenschmerztyp ist, desto häufiger erfolgte ein Arztbesuch. In diesem Zusammenhang wurden auch die Kosten analysiert. Die Rückenschmerzen machen je nach Typ zirka 20 bis 30 Prozent der mittleren direkten Gesamtkosten aus. Versicherte mit Hinweisen auf eine Schmerzchronifizierung wiesen höhere direkte Versorgungskosten auf. „Dies zeigt, dass sich Maßnahmen zur Verhinderung von Schmerzchronifizierung in Kosteneinsparungen niederschlagen könnten“, folgerte Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik in Bremen. Folgende Hinweise deuten auf eine nicht optimale Versorgungssituation hin. Obwohl einem Großteil der Rückenschmerzpatienten im Jahr 2006 ein Schmerzmedikament verschrieben wurde, erhielten nur wenige Versicherte mit Rückenschmerzen eine

schmerztherapeutische Behandlung im engeren Sinne, sprich: eine ambulante oder stationäre multimodale Schmerztherapie, eine schmerzinduzierte Psychotherapie oder Rehabilitation.

Pressekontakt:

DAK – Unternehmen Leben

Herr Jörg Bodanowitz

Nagelsweg 27–31

20097 Hamburg

Tel.: +49 40 2396-1409

Fax: +49 40 2396-2219

E-Mail: joerg.bodanowitz@dak.de

Grünenthal GmbH

Frau Sabrina Gieß

Pascalstraße 6

52099 Aachen

Tel.: +49 241 569-3387

Fax: +49 241 569-1511

E-Mail: sabrina.giess@grunenthal.com

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.

Ohne Versorgungsforschung keine zukunftsorientierte Schmerztherapie

Prof. Dr. med. Raimund Casser, Mainz

Neueste Forschungsergebnisse bestätigen die bekannten Risikofaktoren für die Chronifizierung von Schmerzen, insbesondere bei Rückenschmerzen. Hauptverantwortlich hierfür sind psychosoziale Risikofaktoren. Diesen Erkenntnissen wird in der Praxis nicht ausreichend Rechnung getragen. Die Risikofaktoren werden beim Patienten nicht rechtzeitig erkannt bzw. es werden beim Arzt keine Konsequenzen für deren Behandlung gezogen. Neueste Ergebnisse aus unserem Haus weisen nach, dass Patienten durchschnittlich mehr als 15 Jahre Rückenschmerz, fünf Jahre Nervenschmerz und zehn Jahre Kopfschmerzen haben, bevor sie ein Schmerzzentrum aufsuchen bzw. dorthin überwiesen werden.

Versorgungsforschung ist insbesondere für die Schmerzbehandlung sehr wichtig, damit die fehlende Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis konkret nachgewiesen und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden können. Die Förderung der Schmerzfor schung in Deutschland und die Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgung gehören auch zu den Zielen der DGSS. Zur Verwirklichung dieser Ziele kann die Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag leisten – durch die Bereitstellung von Fakten zur Versorgungsrealität der Patienten.

Der frühe Einsatz spezieller schmerztherapeutischer Maßnahmen, wie die interdisziplinäre multimodale Therapie, führt nachgewiesenermaßen zu einer Verminderung der Chronifizierungsgefahr und damit auch zur Einsparung erheblicher Kosten. Patienten mit hohem Risiko müssen rechtzeitig identifiziert werden, damit ihre Therapie optimal gesteuert werden kann, um Folgeerscheinungen und mögliche Komorbiditäten zu beeinflussen. Auf Basis der Studiendaten kann die heterogene Gruppe der Schmerzpatienten identifiziert und differenziert werden, umso zum richtigen Zeitpunkt die Zuweisung zu einer geeigneten Therapieoption zu durchführen zu können. Diese Thematik muss zukünftig auch in die schmerztherapeutische Ausbildung integriert werden.

Versorgungsforschung ist eine Investition in die Zukunft

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes der DAK, Hamburg

Die Kostenträger stehen angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung, allgemeiner Ausgabensteigerung und letztlich einer Unterdeckung des Finanzbedarfs der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Gesundheitsfonds vor enormen Herausforderungen.

Die Anzahl chronisch kranker Menschen, die überdurchschnittlich häufig eine Komorbidität aufweisen, nimmt immer weiter zu. Gerade in diesem Zusammenhang brauchen wir Konzepte für ein zukunftsweisendes Versorgungsmanagement.

Es gilt also, Versorgung sinnvoll und effizient zu gestalten. Hierfür benötigt man zunächst Daten zur aktuellen Morbidität der Versicherten, die Beobachtung der Weiterentwicklung der Erkrankungen und die Identifikation von Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Um die Effizienz der Maßnahmen zu beurteilen, ist die Kenntnis der Leistungsausgaben und letztlich auch die Messung der Erfolge von neuen Versorgungsformen notwendig. Genau hier setzt nun die Versorgungsforschung an. Mit Hilfe dieses Instrumentes wird zunächst die aktuelle Versorgungssituation hinsichtlich des medizinischen Nutzens und der Kosten beschrieben. Steuerungsansätze in der Versorgung, z.B. die gezielte Ansprache von Risikopatienten, tragen zur Qualität der Behandlung und zum ressourcengerechten Einsatz der finanziellen Mittel bei. Durch Versorgungsforschung sind wir überhaupt erst in der Lage, Über-, Unter- und Fehlversorgung im System zu erkennen und bedarfsorientiert zu handeln.

Der hier vorgestellte „Versorgungsatlas Schmerz“ liefert uns als DAK für die häufige Erkrankung Rückenschmerz nicht nur wichtige Anhaltspunkte in Bezug auf den Ist-Zustand der Versorgung, sondern zeigt auch Charakteristika bestimmter Risikogruppen auf und hilft damit, diese frühzeitig zu identifizieren. Ist der Rückenschmerz erst einmal chronisch, so beeinträchtigt er die Lebensqualität massiv und verursacht hohe Kosten. Es muss uns letztlich darum gehen, Strategien zu entwickeln, um die Chronifizierung der Rückenschmerzen zu vermeiden. Die Gruppe derer, die ein hohes Chronifizierungsrisiko haben, muss also zur richtigen Zeit die richtige Therapie erhalten. Dies würde die Lebensqualität der Betroffenen erheblich verbessern und Kosten vermeiden.

Versorgungsforschung ist aus Sicht der DAK aus medizinischen und aus ökonomischen Gründen unbedingt erforderlich. Die Versorgung der Patienten muss sich deutlich und eben auch messbar verbessern. Diese Forschungsansätze müssen auch neue Versorgungskonzepte begleiten, um überhaupt Effekte nachweisen zu können. Der hier vorgestellte „Versorgungsatlas Schmerz“ ist in diesem Punkt ein Leuchtturmprojekt.

Versorgungsatlas Schmerz

Versorgungssituation von Rückenschmerzpatienten der DAK

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

Berlin, 16. Februar 2010

Identifizierte Schmerztypen



| Schmerztyp | Bezeichnung |
|------------|--|
| 1 | Versicherte mit Krebsdiagnose |
| 2 | (Andere) Spezifische Rückenschmerzen (inkl. Osteoporose) |
| 3 | Schmerzen bei Bandscheibenerkrankungen |
| 4 | Arthrosebedingte Schmerzen (inkl. Rheumatoide Arthritis) |
| 5 | Schmerzen nach traumatischen Frakturen |
| 6 | Schmerzen bei multimorbiden, pflegebedürftigen Patienten |
| 7 | Neuropathische Schmerzen |
| 8 | Kopfschmerzen |
| 9 | Nicht spezifische Rückenschmerzen |

Anzahl Versicherter nach Rückenschmerztypen, 2006



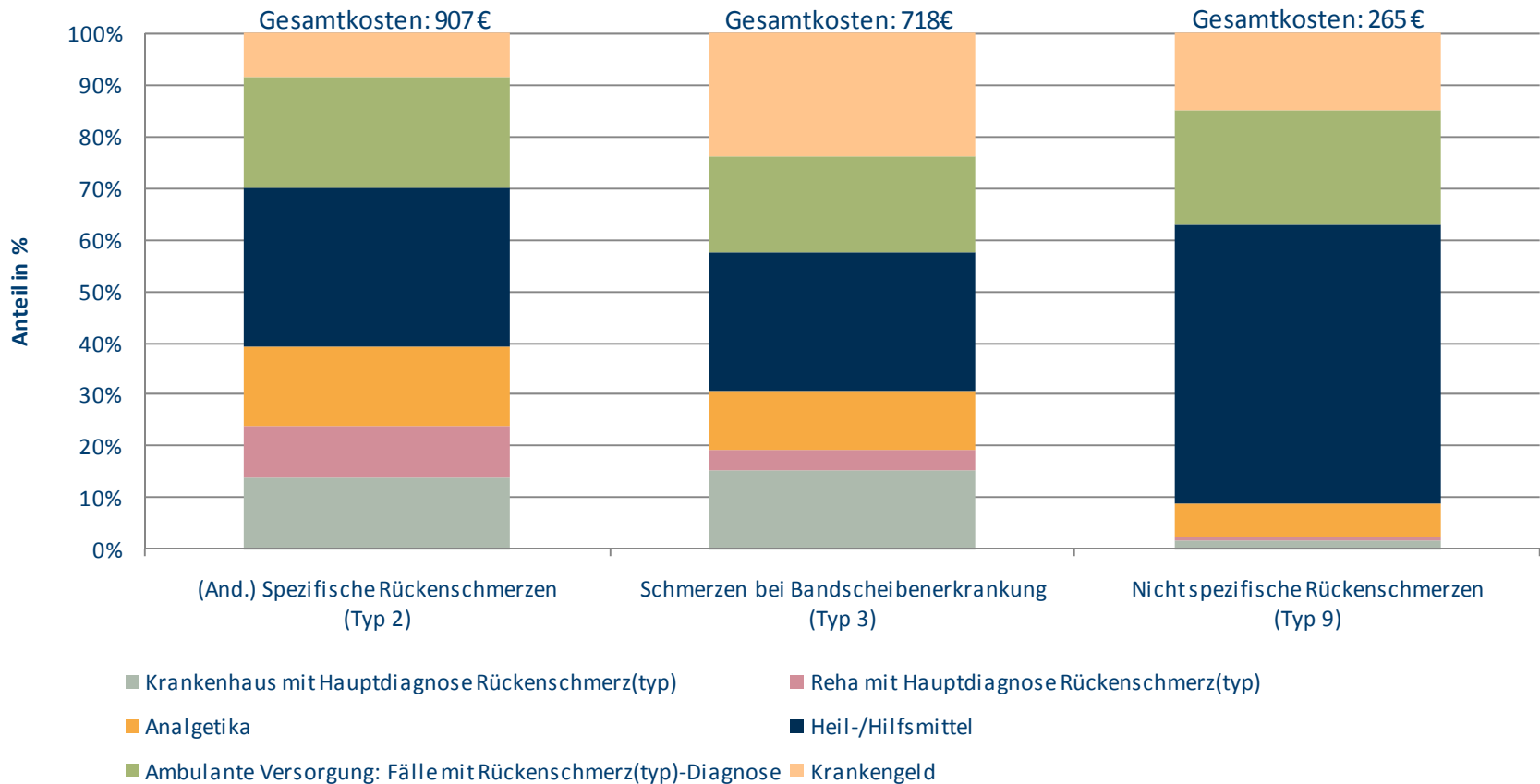
Mehrfachnennungen möglich / unhierarchische Typzuordnung

| Schmerztyp | Anzahl VS | Anteil an Grund-gesamtheit* |
|--|-----------|-----------------------------|
| (Andere) Spezifische Rückenschmerzen (Typ 2) | 268.240 | 5,2 % |
| Schmerzen bei Bandscheibenerkrankungen (Typ 3) | 315.326 | 6,1 % |
| Nicht spezifische Rückenschmerzen (Typ 9) | 1.672.180 | 32,2 % |

*5,2 Mio. Versicherte, die im Jahr 2006 durchgängig bei der DAK versichert waren. Nachfolgende Berechnungen basieren auf einer Studienpopulation von 4,6 Mio. Versicherten, die mindestens eine im weiteren Zusammenhang mit Schmerzen stehende Diagnose aufwiesen.

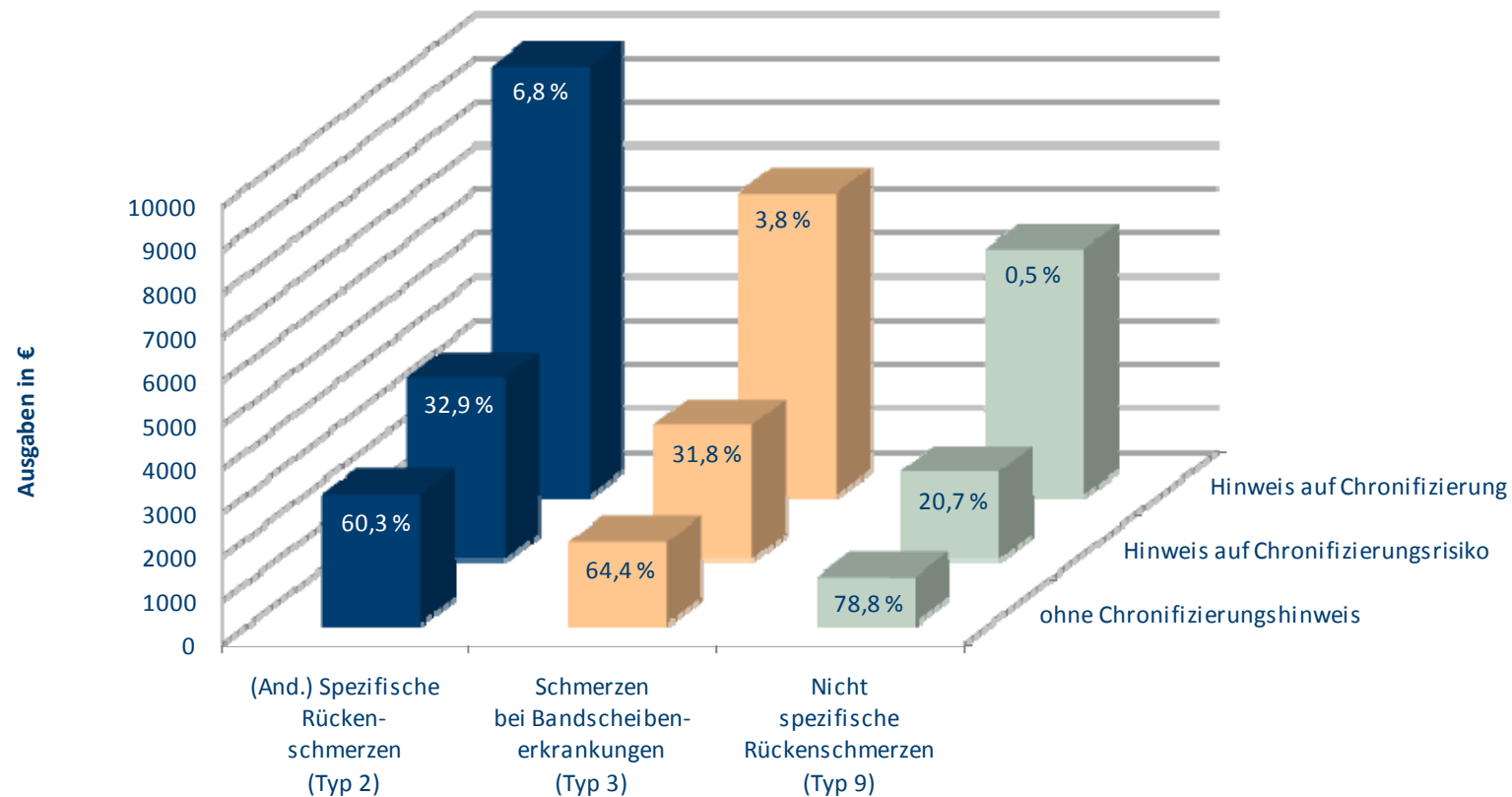
Bei allen Rückenschmerztypen kommt Heil- und Hilfsmitteln der größte Kostenanteil zu

Schmerztypbezogene Versorgungskosten (Mittelwert) nach Kostenarten, 2006



Je stärker der Hinweis auf Schmerzchronifizierung, desto höher die direkten Versorgungskosten

Chronifizierungshinweise und direkte Versorgungskosten (MW)
2006, in Euro



CURRICULUM VITAE

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske



Studium der Pharmazie in Aachen und Hamburg, Promotion, Prüfung in den Fächern Pharmazeutische Chemie, Pharmakologie und Wissenschaftstheorie, Weiterbildung für Arzneimittelinformation.

1981-1988 wissenschaftlicher Mitarbeiter, später Leiter der Abteilung für Arzneimitteltelepidemiologie im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS). 1988-1999 Leiter pharmakologischer Beratungsdienste und Leiter der Abteilung für medizinisch-wissenschaftliche Grundsatzfragen bei einzelnen Kassen (z. B. AOK, BARMER) und Verbänden (z. B. VdAK).

Seit Ende 1999 Professor für Arzneimittelversorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Seit 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im ZeS.

Funktionen und Mitgliedschaften: Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, stellv. Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung. 2007 bis Frühjahr 2008: Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim BVA. Vorstandsmitglied der Fachgesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimitteltelepidemiologie (GAA), Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der BZgA, Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, in der WHO-Drug Utilization Research Group, im Betäubungsmittelausschuss BfArM, in der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft, in der Gesellschaft für klinische Pharmakologie, Mitglied des Ausschusses für den rationalen Einsatz von Arzneimitteln des Arzneimittelbeirates beim Bundesministerium für Gesundheit in Wien, u.a.

Hintergrundinformation IGES Institut, Berlin

Das IGES Institut wurde 1980 als unabhängiges Institut gegründet. Seither wurden über 1.000 Projekte zu Fragen des Zugangs zur Versorgung, ihrer Qualität, der Finanzierung sowie der Gestaltung des Wettbewerbs zunächst im Bereich der Gesundheit realisiert. In jüngerer Zeit wurde das Spektrum auf weitere Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge ausgeweitet: Mobilität (Verkehr) und Bildung. Das IGES Institut gründet seine Arbeit auf hohe Sach- und Methodenkompetenz und bietet in allen Arbeitsgebieten einen breiten Zugang zu eigenen und zu Datenquellen anderer Institutionen.

Zu den Auftraggebern zählen nahezu alle relevanten öffentlichen und privatwirtschaftlichen Organisationen, die im Gesundheitswesen tätig sind. In den Themenfeldern Mobilität und Bildung wurde ebenfalls für namhafte Organisationen gearbeitet.

Das Leistungsspektrum des IGES Instituts erweitert sich durch die Tochtergesellschaften CSG Clinische Studien Gesellschaft hin zur klinischen Forschung und durch IMC IGES zur Beratung von Krankenhäusern. Gemeinsam beschäftigt die IGES Gruppe über 70 Experten aus den Lebenswissenschaften, der Ökonomie und der Statistik.

Geschäftsbereiche im Themenfeld Gesundheit

Gesundheitspolitik, Internationale Gesundheitssysteme, Arzneimittel-Markt, Krankenversicherung, Vergütung & Risikostruktur, Health Economics & Outcomes Research, Versorgungsforschung, Krankenhausberatung (durch IMC IGES), Qualitäts- und Versorgungsmanagement, Arbeit und Gesundheit, Klinische Forschung (durch CSG) und Marktforschung.

Unser Leitbild

Vor dem Hintergrund sich verändernder nationaler und internationaler Rahmenbedingungen identifizieren wir im Auftrag unserer Kunden Schwachstellen und Potenziale in der Gesundheitsversorgung und entwickeln Konzepte zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Theoretisch und empirisch fundiert analysieren wir hierzu das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen.

Forschungsfragen:

In unseren Forschungs- und Beratungsprojekten beantworten wir beispielsweise folgende Fragen:

- Welche Faktoren beeinflussen Krankheitshäufigkeit, Behandlungsverlauf und Versorgungskosten?
- Welche medizinischen Leistungen werden in welchem Umfang, von welchen Patientengruppen und unter welchen Umständen tatsächlich in Anspruch genommen?
- Welchen Einfluss nehmen gesundheitspolitische Maßnahmen auf den Zugang zu medizinischen Leistungen, auf deren Qualität und auf die Kosten?
- Wie sind neue Gesundheitstechnologien und Versorgungsprozesse zu bewerten?
- Welche Empfehlungen zur Verbesserung komplexer Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen können abgeleitet werden?

Methodische Kompetenzen

Wir arbeiten multidisziplinär und nutzen dabei u. a. folgende Methoden:

- Qualitative und quantitative Erhebungen, Konsensmethoden
- Systematische Reviews, Metaanalysen, Health Technology Assessments
- Analyse sektorenübergreifender Routinedaten, insbesondere von Krankenkassen
- Statistische Datenanalyse-Verfahren

Neben der indikationsübergreifenden Betrachtung stellen die großen „Volkskrankheiten“ (z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes) und das Spektrum der psychiatrisch-neurologischen Erkrankungen besondere Schwerpunkte unserer Kompetenzen dar.

Kontakt

IGES Institut GmbH
Gisela Angerer
Leiterin Kommunikation
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
Tel. +49 (0)30 230 809 341
presse@iges.de

Glossar – Versorgungsatlas Schmerz

zur Pressekonferenz am 16.02.2010

Behandlungsfallzahlen

Anzahl ambulanter Behandlungsfälle: Erfolgt innerhalb eines Quartals mehrere Besuche ein und desselben Arztes, werden diese zu einem Behandlungsfall zusammengefasst. Der Besuch zweier unterschiedlicher Ärzte innerhalb eines Quartals wird als zwei Behandlungsfälle gezählt.

CCS Clinical Classifications Software

Das Patientenklassifikationssystem CCS wurde in den USA entwickelt und ist ein morbiditätsvollständiges Schema zur Diagnosenkategorisierung, das in vielen Ländern zur Analyse von Diagnosedaten zum Einsatz kommt. Die CCS basiert auf dem ICD-10 und verdichtet mehr als 32.000 Diagnosen zu 260 Morbiditätskategorien (im Sinne von Diagnosegruppen), die für statistisch-deskriptive Zwecke geeigneter sind als einzelne ICD-Kodes bzw. (Unter-)Kapitel der ICD. Die meisten der 260 wechselseitig exklusiven Diagnosekategorien sind klinisch homogen (<http://hcup-us.ahrq.gov/>).

Facharztgruppen

Registriert werden alle Facharztgruppen, die für die Behandlung von Rückenschmerzen relevant sind: Allgemeinärzte/praktische Ärzte, Internisten, Orthopäden, Anästhesisten, Chirurgen, Neurochirurgen, Nervenärzte/Neurologen, Psychotherapeuten, Ärzte der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin.

Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit der Versicherten beträgt 5,2 Mio. im Jahr 2006 durchgängig bei der DAK Versicherte.

Multimodale Schmerztherapie ist eine kombinierte Schmerzbehandlung, die eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, nach einem ärztlichen Behandlungsplan mit Behandlungsleitung umfasst. Relevante Abrechnungsziffern:

- Ambulante multimodale Schmerztherapie: Ambulanter Fall in 2006, bei dem GOP 30700 oder GOP 30701 abgerechnet wurde „...umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten“
- Stationäre multimodale Schmerztherapie: Stationärer Behandlungsfall, bei dem eine OPS gemäß einer multimodalen Therapie abgerechnet wurde (8-918, 8-91b, 8-91c).

Nicht-Opioidanalgetika

Beispiele sind Paracetamol, Metamizol, Nefopam, Flupirtin.

Die dazugehörige Gruppe der NSAR wird separat betrachtet.

NSAR

Nichtsteroidale Antirheumatika, entzündungshemmende Schmerzmittel wie ASS, Ibuprofen, Diclofenac, Coxibe

Opioide, stark wirksam

Gemäß WHO-Stufe III; Opioide wie Morphin, Fentanyl, Buprenorphin, Oxycodon, Hydromorphon

Opioide, schwach wirksam: Gemäß WHO-Stufe II; Opioide wie Codein (in Kombination), Tramadol, Tilidin/Naloxon

Routinedaten (auch: Abrechnungsdaten): Sekundärdaten, die nicht primär zum Zweck der Qualitätsbeurteilung erhoben werden; kostengünstige Alternative zur qualitätsorientierten Erhebung klinischer Daten; hier: Daten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur ambulanten Versorgung, zur Arbeitsunfähigkeit, zur Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie zur Krankenhausversorgung.

Schmerzchronifizierung

Ein Patient weist definitionsgemäß einen Hinweis auf Schmerzchronifizierung auf, wenn im betrachteten Jahr (2006) ein AU-Fall mit einer Dauer von mindestens sechs Wochen begann oder endete bzw. wenn ihm mindestens zweimal im Abstand von höchstens 180 Tagen ein stark-wirksames Opioid verordnet wurde.

Schmerzchronifizierungsrisiko

Ein Patient weist definitionsgemäß einen Hinweis auf ein Risiko zur Schmerzchronifizierung auf, wenn die o. g. Bedingungen im betrachteten Jahr (2006) nicht erfüllt waren, aber eine psychiatrische Komorbidität vorlag oder mindestens drei AU-Fälle vorlagen.

Schmerztypzuordnung, hierarchisch

Jeder Versicherte wird genau einem Schmerztypen zugeordnet (es gibt einen behandlungsleitenden Schmerztypen).

Schmerztypzuordnung, unhierarchisch

Wenn ein Versicherter mehrere schmerztyp-spezifische Diagnosemuster aufweist, wird er auch mehreren Schmerztypen parallel zugewiesen.

Studienpopulation

Für die Studie lagen pseudonymisierte Routinedaten zu 4,6 Mio. Versicherten aus der Grundgesamtheit vor, die die Eigenschaft hatten, dass sie mindestens eine im weiteren Zusammenhang mit Schmerzen stehende Diagnose aufwiesen.

Typbildende Diagnosen für „(Andere) Spezifische Rückenschmerzen“ (Typ 2)

- M43 Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- M45 Spondylitis ankylosans
- M46 Sonstige entzündliche Spondylopathien
- M48 Sonstige Spondylopathien
- M49 Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur
- M82 Osteoporose bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Beispiel-Patient: Frau von 67 Jahren, Osteoporose ohne pathologische Fraktur, nicht erwerbstätig, außerdem Kniearthrose, Bandscheibenerkrankung, Diabetes Mellitus Typ 2, Arteriosklerose, gastrointestinale Erkrankung.

Typbildende Diagnosen für „Schmerzen bei Bandscheibenerkrankungen“ (Typ 3)

- M50 Zervikale Bandscheibenschäden
- M51 Sonstige Bandscheibenschäden

Beispiel-Patient: Mann von 55 Jahren, Bandscheibenverlagerung mit Radikulopathie, außerdem neuropathische Schmerzen und Kreuzschmerzen, essentielle Hypertonie.

Typbildende Diagnosen für „Nicht spezifische Rückenschmerzen“ (Typ 9)

- M47 Spondylose
- M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
- M54 Rückenschmerzen

Beispiel-Patient: Mann von 46 Jahren, Kreuzschmerzen, erwerbstätig, außerdem Kopfschmerzen, affektive Störung.

Versorgungsforschung

Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen (gemäß BÄK).

Kontakte



Grünenthal GmbH - Geschäftsbereich Deutschland

Frau Sabrina Gieß
Grünenthal GmbH
Managerin Öffentlichkeitsarbeit und
Kommunikation

52099 Aachen
Tel.: +49 241 569-3387
Fax: +49 241 569-1511
E-Mail: sabrina.giess@grunenthal.com



DAK – Unternehmen Leben

Herr Jörg Bodanowitz
DAK – Unternehmen Leben
Pressesprecher

20097 Hamburg
Tel.: +49 40 2396-1409
Fax: +49 40 2396-2219
E-Mail: joerg.bodanowitz@dak.de



IGES Institut GmbH

Frau Gisela Angerer
IGES Institut GmbH
Leiterin Kommunikation

10117 Berlin
Tel.: +49 30 230809-341
Fax: +49 30 230809-11
E-Mail: gisela.angerer@iges.de