



IVR- Die Quadratur des Kreises

Das gemeinsame Integrierte Versorgungskonzept zur Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Rückenschmerzen (IVR) der Techniker Krankenkasse (TK) mit der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie DGS bietet eine mehrdimensionale Therapie und soll jahrelange Schmerzdysseen künftig verhindern, erläutert Dr. med. Thomas Nolte, Wiesbaden.

Epidemiologie

Rückenschmerzen sind eine Epidemie der Neuzeit und die teuerste Krankheit der Gesetzlichen Krankenkassen. Der Deutsche Forschungsverbund Rückenschmerz, ein Projekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, nennt erschreckende Zahlen: Von den insgesamt pro Jahr 25 Milliarden Kosten entfällt der kleinere Teil auf die Diagnostik und Behandlung (sechs Milliarden), immerhin 19 Milliarden entfallen auf den Ausgleich der sozialen Folgekosten wie Krankengeldbezug und Frühberentung. Erstaunlicherweise verursachen dabei nur 10% der Patienten 80% der Kosten!

Dies bestätigt die Beobachtung, dass in der Regel 90% der Patienten, ob mit oder ohne Behandlung, innerhalb von vier Wochen genesen. Das volle Augenmerk muss sich auf die Hochrisikogruppe fokussieren, die über die vier Wochen hinaus nicht ihre Funktion und Schmerzfähigkeit zurück erlangen. Weder Konzepte zur Identifikation von Risikopatienten noch standardisierte Behandlungspfade sind jedoch in der Regelversorgung verankert.

Cave eindimensionale Behandlung

Auch durch alle weithin verfügbaren hochtechnischen Diagnoseverfahren (CT, MRT) bleibt die überwiegende Zahl der Rückenprobleme ungeklärt und wird gemeinhin als „unspezifisch“ eingeordnet. Aus diesem Dilemma heraus werden die radiologischen Befunde als Ergebnis dieser Untersuchungen überinterpretiert und Ausgangspunkt falscher Weichenstellungen in der Therapie.

Die sich daraus ergebenden eindimensionalen Behandlungskonzepte, in denen der Patient in der Regel aus dem Blickwinkel der bio-mechanischen Ursachen und Problemlösung betrachtet wird, erfassen so nicht die Komplexität der Rückenschmerzursachen, die den Menschen in seiner Gesamtheit betrifft: So wird das Problem auf eine biomechanische Ebene reduziert, der bio-psycho-soziale Kontext ausgeblendet. Begünstigt wird dies seit Jahrzehnten durch Honoraranreize in der Regelversorgung, die die Mengenausweitung von Einzelleistungen ohne Ergebnisorientie-



Rückenschmerzen haben meist viele Ursachen.

rung und -verantwortung honoriert. Leider ist dieses Szenario allzu oft der Ausgangspunkt für schmerzliche, langwierige und kostspielige „Patienten-karrieren“.

So geht viel Zeit verloren, die die Schmerzchronifizierung begünstigt und irreversibel macht. Das Resultat: Nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit kehren nur 35% der Arbeitnehmer in Deutschland innerhalb von zwei Jahren an ihren Arbeitsplatz zurück. Das schlechteste Ergebnis im Vergleich mit allen westlichen Ländern und eine volkswirtschaftliche Katastrophe! (Editorial Der Schmerz: J. Hildebrandt, S. Mense 2001).

Integrierte Versorgung

Dieses Szenario war der Ausgangspunkt auf der Suche nach Auswegen aus diesem Dilemma: das gemeinsame Integrierte Versorgungskonzept zur Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Rückenschmerzen (IVR) der Techniker Krankenkasse (TK) mit der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie DGS.

Was ist dabei neu?

- Die aktive Beteiligung der Krankenkasse: Wegen der besonderen Bedeutung des Fak-

tors Zeit steht in diesem Konzept eine schnelle Identifikation der Risikopatienten im Vordergrund. Bei immer noch wenig ausgebildeter Sensibilität der behandelnden Ärzte/innen gegenüber der hohen Bedeutung des Faktors „Zeit“ im Chronifizierungsgeschehen identifizieren die Fallmanager der TK den Patienten mit anhaltenden Rückenschmerzen über Arbeitsunfähigkeitszeiten und Krankengeldbezug.

- Diesen Rückenschmerzpatienten schlagen die Fallmanager ein diagnostisches Screening zur weiteren Abklärung der Schmerzproblematik in einem der bisher beteiligten Schmerzzentren (Bremen, Chemnitz, Köln, Wiesbaden/Mainz, Göppingen/Stuttgart) vor.

- Das Team des diagnostischen Screenings (Schmerztherapeut, Physiotherapeut und Psychologe mit schmerztherapeutischer Erfahrung) erhebt innerhalb von fünf Tagen die Vorgeschichte, sichtet alle Befunde, nimmt eine sorgfältige körperliche Untersuchung vor und bewertet eventuell bestehende psychosoziale Belastungsfaktoren. Aus dem Ergebnis des gemeinsamen Votums ergeben sich die Teilnahme an einem Intensiv-Behandlungsprogramm oder alternative Therapievor schläge.

- Das Rückenschmerz-Intensiv-Behandlungsprogramm aus Schmerz-, Physio- und Psychotherapie wird von einem eingespielten Behandlungsteam über die gesamte Dauer von vier oder acht Wochen durchgeführt. Eine Dokumentation mit Fragebögen und Tagebüchern, vom Patienten auszufüllen, wie auch regelmäßige Teambesprechungen steuern die Schwerpunkte im therapeutischen Ablauf durch die enge Zusammenarbeit aller Beteiligten.

- Zur Anwendung kommen alle für den Patienten sinnvollen und wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren, ohne durch die sektoralen Beschränkungen der Regelversorgung eingeengt zu sein. Dies umfasst auch Leistungen wie Entspannungsverfahren, Biofeedback und Akupunktur.

- Wenn ein Patient nach vier Wochen wieder schmerzfrei und arbeitsfähig ist, erhält das Schmerzzentrum einen Bonus von 10%. Bei Nichterfolg nach acht Wochen Therapie fällt ein Malus von 5% auf das Honorar an. Auch dies ist in der medizinischen Versorgung bisher so einzigartig!

- Während der gesamten Therapiephase führt der Patient Tagebuch über seine Schmerzen, seine Lebensqualität und Einschränkungen. Dies ermöglicht so-wohl eine Feinstuerung während der Behandlung als auch eine wissenschaftliche Auswertung der Behandlungsergebnisse.



- Nach sechs Monaten findet mit dem Versicherten eine Nachbesprechung statt. Geklärt werden sollen das Langzeitergebnis und die Nachhaltigkeit dieses neuen Behandlungsmodells. Die Ergebnisse fließen in die Gesamtauswertung ein.

Nach neun Monaten wurde eine erste Zwischenauswertung durchgeführt. Hierbei hat zunächst die TK die Krankschreibungsdauer der Projektteilnehmer verglichen mit der Krankschreibungsdauer von Patienten mit denselben Diagnosen, die nicht an dem Projekt teilgenommen haben. Zusätzlich hat die DGS die Ergebnisse aus den Schmerzfragebögen und Tagebüchern ausgewertet. Überzeugende Ergebnisse

Die Ergebnisse:

- Bis zum Stichtag am 20. Oktober 2006 hatten insgesamt 81 Patienten das Programm über vier oder acht Wochen durchlaufen.
- Bereits bei Einschluss in das Behandlungskonzept waren die Patienten durchschnittlich über drei Monate wegen Rückenschmerzen krankgeschrieben. Sie waren jeweils zu mehr als 40% mittel oder hochgradig chronifiziert (MPSS II und III). Ihre Funktionskapazität lag bei 50% unterhalb von 60% der Normalbevölkerung (FFbH-R).
- Die mittlere Schmerzintensität auf einer Skala von 0 – 100 lag bei 63,5 vor der Behandlung, bei 25,3 nach vier und bei 18,6 nach acht Wochen. Die Lebensqualität der Behandelten war deutlich eingeschränkt.
- Der Anteil erfolgreich behandelter Patienten

belief sich insgesamt auf 92%. Dabei waren 57% nach vier Wochen, 35% nach acht Wochen wieder arbeitsfähig.

- Die Krankschreibungsdauer wurde im Vergleich zur Vergleichsgruppe von 227 auf 117 Tage, also um mehr als drei Monate, reduziert.

Die Ergebnisse aus diesem Integrierten Versorgungsvertrag zur Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Rückenschmerzen heben sich deutlich von denen in der Regelversorgung ab. Nachdem im statistischen Mittel in Deutschland nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit nur noch 35% an den Arbeitsplatz zurückkehren, waren die Patienten, die im Mittel bei Einschluss in das Behandlungskonzept schon drei Monate krank geschrieben waren, zu 92% nach Abschluss der Behandlung wieder arbeitsfähig.

Sinnvoll und effektiv

In der Zusammenfassung bedeutet dies:

- Ein Riskomanagement von Patienten mit hoher Chronifizierungsgefahr bei Rückenschmerzen ist durch die Kooperation von Krankenkasse und Behandlungsteam sinnvoll und effektiv.
- Die hohe Behandlungsdichte im IVR-Konzept führt bei den 10% der Rückenschmerzpatienten, bei denen die Schmerzen nach einem Monat Krankschreibung nicht verschwunden sind, in hohem Maße zur Gesundung und Rückkehr in das Alltagsleben.
- Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem eingespielten Behandlungsteam mit

Schmerztherapie, Physio- und Psychotherapie erfasst den Patienten in seiner gesamten biopsychosozialen Komplexität und ist Grundlage eines individuellen mehrdimensionalen Therapieablaufs.

- Die im IVR-Konzept durch die hohe Behandlungsdichte entstehenden Kosten werden allein durch die Einsparungen bei den direkten Folgekosten (Krankengeldbezug) mehr als kompensiert. Dabei wurden Einsparungen durch die Nachhaltigkeit des Konzeptes (weniger diagnostische, konservativ-therapeutische, invasive und operative Folgemaßnahmen) noch nicht erfasst.

Das Integrierte Versorgungskonzept IVR erlaubt erstmalig an verschiedenen Schmerzzentren in Deutschland die intensive Behandlung von Risikopatienten mit Rückenschmerzen. Die Ergebnisse der Zwischenauswertung bestätigen, dass durch eine konzentrierte Zusammenarbeit von Krankenkasse und schmerztherapeutischen Schwerpunkteinrichtungen bessere Ergebnisse erzielt werden, Rückenschmerzpatienten früher an den Arbeitsplatz zurückkehren, die Gefahr der Frühberentung minimiert wird und auch noch insgesamt Kosten eingespart werden.

Fazit

Eine Win-Win-Situation für Patienten, Krankenkasse, Sozialsysteme und „Leistungserbringer“.

Thomas Nolte, Wiesbaden

Schmerztherapie bei Herpes zoster und PZN

Schmerzen bei Zoster und die postzosterische Neuralgie erfordern eine schnelle multimodale algesiologische Therapie unter Berücksichtigung der pathophysiologischen Besonderheiten. Die medikamentöse und invasive Schmerztherapie des akuten Zosters und der postzosterischen Neuralgie beschreibt Dr. med. Uwe Kern, Wiesbaden.

Ätiologie und Symptomatik

Herpes Zoster entsteht durch die Reaktivierung des Varizella-Zoster-Virus aus zentralen oder spinalen Ganglien. Die virusbedingte Entzündung führt zu typischen Hautveränderungen, häufig mit entzündlicher, peripherer Nervenschädigung. Das Risiko der Entwicklung einer Postzosterneuralgie (PZN) aus einer akuten Erkrankung steigt ab dem 50. Lebensjahr dramatisch an. Die Wahrnehmungs-

keit einer PZN ist somit für ältere Patienten größer als 50%! Trotz uneinheitlicher Definitionen in der Literatur kann man von einer Postzosterneuralgie, also einem neuropathischen Restzustand, ausgehen, wenn ein bis drei Monate nach den Hauterscheinungen Schmerzen fortbestehen. Der Schmerz wird typischerweise als brennend, juckend und drückend beschrieben und die meisten Patienten leiden unter einer ausgeprägten, dynamischen Be-



Uwe Kern, Wiesbaden

rührungsallodynie. Besonders der kraniale Befall und Befall des Plexus brachialis sowie thorakale Lokalisationen sind gehäuft durch eine PZN gekennzeichnet. Frühe, starke Schmerzen und hämorrhagische Verlaufsformen erhöhen ebenfalls das Risiko. In Einzelfällen können Schmerzen auch ohne Hauterscheinungen auftreten, man spricht von Herpes Zoster sine herpette.

Pathophysiologische Besonderheiten

Die Pathophysiologie der Zosterneuralgie ist gekennzeichnet durch eine so genannte Faser-Dissoziation: In den betroffenen Segmenten kommt es zu einer Abnahme dickerer Nerven-