

Das Projekt zur integrierten Versorgung Rückenschmerz – IVR

Das interdisziplinäre/sectorübergreifende Versorgungs- und Finanzierungskonzept IVR stellt einen neuen Prototyp für die Versorgung von Rückenschmerzen dar. Das multimodale Intensivprogramm für Therapeuten und Patienten arbeitet nach einem Bonus-Malus-Konzept mit der Honorierung nach Pay for Performance not for Procedure! Über die vielversprechenden Erfahrungen an inzwischen 1741 Patienten des bundesweiten Projektes informieren Priv.-Doz. Dr. med. Michael A. Überall, Nürnberg, Dr. med. Gerhard H. H. Müller-Schwefe, Göppingen, Dr. med. Thomas Nolte, Wiesbaden, und Harry Kletzko, Oberursel.

Rückenschmerzen gehören volkswirtschaftlich – obwohl grundsätzlich weitestgehend vermeidbar – zu den teuersten Gesundheitsstörungen in den Industrienationen der westlichen Welt. Trotz steigenden Problembewusstseins und seit Jahren kontinuierlich zunehmender Aufmerksamkeit nimmt die Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Gesundheitswesen durch Patienten mit Rückenschmerzen kontinuierlich zu. Aktuelle Zahlen aus dem Jahr 2008 entsprechend verursachen Rückenschmerzpatienten im Alter von 18 bis 75 Jahren (ICD-10: M45–M54) allein in Deutschland Gesamtkosten in Höhe von jährlich 48,9 Milliarden Euro, von denen über zwei Drittel durch indirekte Kosten (maßgeblich durch verlorene Erwerbstätigkeitsjahre, Arbeitsunfähigkeit und entsprechende Ausgleichsleistungen sowie durch Sozial- und Rentenleistungen) verloren gehen.

Die medizinische Versorgung (d.h. der Komplex bestehend aus Vorbeugung, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Rückenschmerzen) ist, bedingt durch ein schulmedizinisch tradiertes primär organspezifisch/strukturell orientiertes Krankheitsverständnis, in Deutschland durch Über-, Fehl- und Unterversorgung gekennzeichnet. Hinzu kommt, dass aufgrund der beschriebenen Entwicklungsdynamik auch unterstellt werden muss, dass alle bisherigen medizinischen und gesundheitspolitischen Maßnahmen zur „Eindämmung dieser volkswirtschaftlichen Seuche“ das Problem an sich eher gefördert, denn reduziert haben und sich somit etablierte Behandlungspfade als kontraproduktiv erwiesen haben.

Die Vision – was soll erreicht werden?

Sektorübergreifende Analysen belegen, dass in dem eigentlich kritischen Krankheitsabschnitt einer Rückenschmerzkrankung mit drohender Chronifizierung (den sogenannten subakuten Rückenschmerzen zwischen der

vierten bis zwölften Krankheitswoche) deutlich weniger Kosten verursacht werden als etwa bei akuten Rückenschmerzen (Woche 1–4). Akute Rückenschmerzen sind durch eine erhebliche Überversorgung v.a. mit bildgebenden diagnostischen und invasiven therapeutischen Verfahren gekennzeichnet, ganz im Vergleich zu chronischen Rückenschmerzen (>12 Wochen), die zu einem Zeitpunkt auftreten, zu dem aus medizinischer Sicht eine rationale, den Krankheitsverlauf entscheidend beeinflussende Intervention nur mehr bedingt möglich erscheint.

Entsprechend dem Gesundheitsreport 2009 der Techniker Krankenkasse verursachen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40–M54) 10% aller krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten (Abb. 1), wobei die durchschnittlichen Krankentagegeldkosten auf 4700 Euro pro Fall berechnet wurden. 80% aller Kosten aus den Indikationsgebieten M40–M54 wurden von nur rund 2% der Patienten, nämlich denen mit chronischen Rückenschmerzen, verursacht.

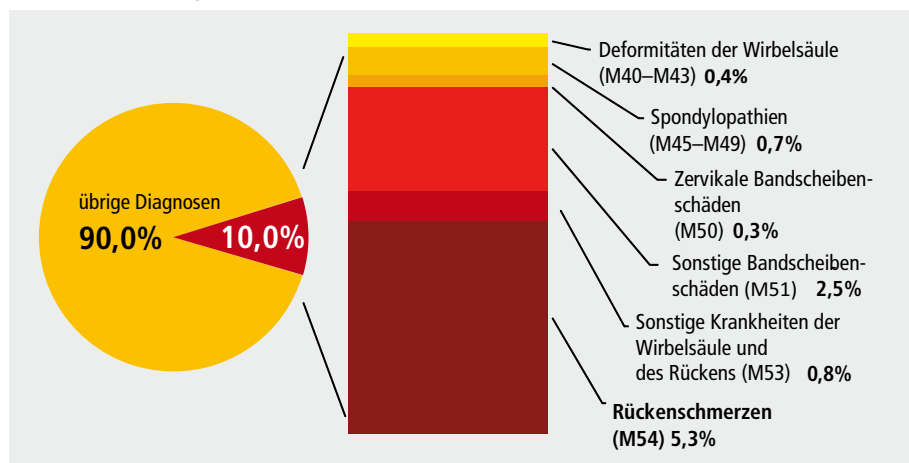
Dies und die unzureichenden finanziellen Ressourcen des deutschen Gesundheitssystems berücksichtigend, wurde ein interdisziplinäres/sectorübergreifendes Versorgungs- und Finanzierungskonzept für alle Beteiligten (Leistungserbringer und Leistungserstatter) entwickelt. Dieses Konzept hatte primär zum Ziel, Freiräume für innovative, krankheitsbeeinflussende Behandlungsstrategien zu entwickeln, mit denen nicht nur die volkswirtschaftlichen Kosten rasch reduziert, sondern insbesondere auch das Leiden Betroffener nachhaltig gelindert werden sollte. Das Konzept nimmt keinen nennenswerten Einfluss auf etablierte Versorgungs- bzw. Vergütungsstrukturen und verursacht keine zusätzliche Kosten, da es lediglich finanzielle Leistungen aus dem Versorgungsbereich chronischer Rückenschmerzen hin zum Versorgungsbereich subakuter Rückenschmerzen verschiebt.

Die Finanzierung des Projektes beruht auf einer raschen und nachhaltigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit Betroffener. Die daraus resultierenden Einsparungen beim Krankentagegeld sollen letztlich nicht nur die aufwendigen Versorgungsleistungen im Rahmen des IVR-Konzepts kostenneutral finanzieren, sondern auch darüber hinaus deutliche Einsparungen erzielen.

Etablierte Strukturen überwinden!

Theoretisch gangbare Wege zur Ablösung der sektoralen Trennung im deutschen Gesundheitswesen durch integrierte, sektor-

Abb. 1: Fehlzeiten wegen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens 2008; TK-Gesundheitsreport 2009



übergreifende, interdisziplinäre Versorgungskonzepte gibt es seit etwa 1975, in gesetzlicher Form spätestens seit dem Reformversuch „Integrierte Versorgung“ im Rahmen der Gesundheitsreform 2000. Dennoch zeigten diese lange Zeit keine Wirkung, da sie aufgrund konzeptioneller Probleme (insbesondere aufgrund der Zustimmungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen) für keine der beteiligten Parteien wirkliche Anreize für eine Änderung des etablierten Status quo boten, sodass der eigentlich gewünschte Ersatz kollektivvertraglicher durch selektivvertragliche Vereinbarungen nicht stattfand.

Erst auf der Grundlage des von der rot-grünen Koalition am 1. Januar 2004 verabschiedeten „GKV-Modernisierungsgesetzes“ und den dort für die integrierte Versorgung neu geschaffenen §§ 140 a–d des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) gelang es, die tradierten Versorgungsstrukturen aufzuweichen und den rechtlichen Rahmen dafür zu schaffen, dass Leistungserbringer und Krankenkassen auch ohne Zustimmung kassenärztlicher Vereinigungen Verträge zur

Integrationsversorgung abschließen können. Damit waren nicht nur die rechtlichen Grundlagen für einzel-/selektivvertragliche Vereinbarungen gegeben, sondern es wurden darüber hinaus auch neue Perspektiven eröffnet – für kreative, interdisziplinäre und sektorübergreifende Versorgungs- (Leistungserbringer) und Finanzierungskonzepte (Krankenkassen).

IVR: Prototyp neuer Versorgungsformen

Das Modell des hier beschriebenen integrierten Versorgungsprojekts Rückenschmerz kann als Prototyp für diese neue Form der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Leistungserstattern gesehen werden. Hier ist es gelungen, die medizinische Betreuung Betroffener und ihrer Probleme in einem bislang nicht für möglich gehaltenen Maße rasch und nachhaltig zu verbessern und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit ohne Belastung der etablierten Regelleistungsvergütungen zu optimieren. Entscheidend für diese medizinischen und wirtschaftlichen Überlegungen ist die frühzeitige Identifizierung eines eigentlich vermeidbaren

Chronifizierungsgeschehens und die rechtzeitige Einleitung geeigneter Behandlungskonzepte.

Die Fallmanager der Krankenkasse

Vorrangiges Ziel des IVR-Konzeptes war es, Rückenschmerzpatienten mit einem absehbar vermeidbaren, chronischen Krankheitsverlauf rechtzeitig (d.h. zu Beginn der kritischen subakuten Krankheitsphase) zu identifizieren, aus den krankheitsfördernden, traditionellen Behandlungspfaden zu befreien und sie dem alternativen IVR-Konzept zuzuführen.

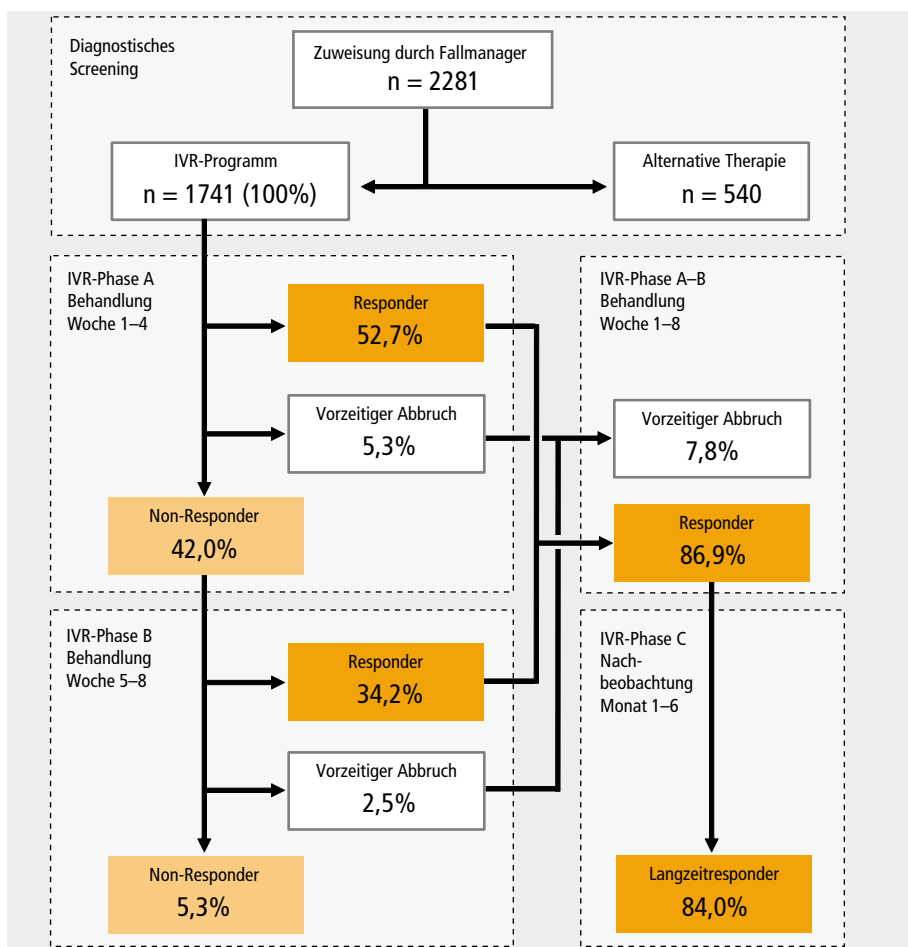
Aus diesem Grund wurden Case-Manager der beteiligten Krankenkassen damit beauftragt, entsprechend einem gemeinsam mit schmerztherapeutischen Spezialisten der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) entwickelten Kriterienkatalog (u.a. bzgl. ICD-10-Diagnose, Alter, Begleiterkrankungen, AU-Zeit etc.), betroffene Versicherte mit subakuten Rückenschmerzen zu einem definierten Zeitpunkt (Arbeitsunfähigkeitsdauer von 28 Tagen) zu identifizieren, diese telefonisch zu kontaktieren, sich bei diesen in einem persönlichen Gespräch nach der aktuellen Situation zu informieren und ggf. das neue Behandlungskonzept zu erläutern. Erfüllt der Betroffene alle Einschlusskriterien, zeigt er eine entsprechende Bereitschaft zur aktiven Teilnahme und willigt er schriftlich ein, an dem IVR-Konzept teilzunehmen, so wird ihm kurzfristig (d.h. binnen fünf Tagen!) ein interdisziplinäres Assessment (diagnostisches Screening) in einer qualifizierten schmerztherapeutischen Einrichtung in seiner Nähe angeboten.

Die Einbeziehung der Fallmanager bringt für alle Beteiligten einen entscheidenden Vorteil: Die Identifizierung und Zuweisung der Betroffenen erfolgt unabhängig von tardierten Patientenströmungen, und dies idealerweise zu einem Zeitpunkt, an dem die drohende Chronifizierung nicht nur kurzfristig beeinflusst, sondern auch noch nachhaltig abgewendet werden kann. Darüber hinaus übernimmt die Krankenkasse mit der Zuweisung durch ihre Mitarbeiter nicht nur eine Steuerfunktion (Gate-Keeper), sondern auch eine Verantwortung. Damit wandelt sie sich vom reinen Leistungserstatter zum modernen Leistungsvermittler, der die Optimierung der Betreuung seiner Versicherten aktiv beeinflusst.

Das diagnostische Screening

Im Rahmen des diagnostischen Screeningtermins wird der Patient analog dem Vorgehen in einer interdisziplinären Schmerzkonferenz (d.h. inkl. ausführlichster Anamnese unter Einbeziehung des Deutschen Schmerzfragebogens DGS sowie zahlreicher Zusatzinstrumente, umfangreicher ärztlicher und physiotherapeu-

Abb. 2: Übersicht über die Behandlungsergebnisse in Abhängigkeit von den verschiedenen IVR-Phasen



Tab. 1: Wesentliche demografische und schmerztherapeutisch relevante Charakteristika der verschiedenen IVR-Gruppen vor Behandlungsbeginn

	Ausschluss nach Screening	Responder Woche 1–4	Responder Woche 5–8	Non-Responder
Alter (Jahre)	46,5 ± 9,2	45,2 ± 10,0	45,8 ± 8,7	45,2 ± 8,5
Anteil Frauen (%)	49,5	42,4	50,7	48,0
AU-Dauer (Tage)	138,1 ± 114,9	77,1 ± 67,2	108,1 ± 160,9	121,0 ± 122,1
MPSS I	17,2	22,0	16,1	18,5
MPSS II	48,2	49,0	51,9	42,6
MPSS III	34,6	29,0	32,0	38,9
Dysfunktionale Schmerzen nach v. Korff (%)	84,1	78,9	91,5	100,0
Geringste Schmerzintensität (NRS-11)	30,2 ± 15,6	27,2 ± 16,5	33,1 ± 17,8	35,3 ± 13,1
Durchschnittliche Schmerzintensität (NRS-11)	42,1 ± 14,3	39,3 ± 19,6	48,4 ± 19,8	51,8 ± 21,3
Maximale Schmerzintensität (NRS-11)	59,8 ± 17,4	54,0 ± 18,5	63,8 ± 17,6	66,5 ± 18,0
IBZ (NRS-11)	19,6 ± 18,1	17,1 ± 14,5	18,5 ± 15,4	16,0 ± 14,1
mPDI auffällig (%)	52,1	37,5	56,6	76,0
Angststörung (HADS-D, %)	33,2	19,5	21,5	31,8
Depressivität (HADS-D, %)	37,3	24,6	26,0	33,3
QLIP auffällig (%)	83,4	65,4	71,0	88,0
FFbHR <60% (%)	65,2	47,0	64,2	60,7
FABQ Arbeit auffällig (%)	46,7	28,5	37,5	37,7
FABQ Aktivität auffällig (%)	55,9	47,7	50,9	57,7
SF-12 Körper auffällig (%)	95,9	90,7	94,2	92,7
SF-12 Psyche auffällig (%)	58,5	46,6	51,4	61,0
MFHW auffällig (%)	83,9	66,6	76,1	89,1

Anmerkung: Die Bezeichnung „Responder Woche 1–4“ bzw. „Responder Woche 5–8“ beschreibt Rückenschmerzpatienten, bei denen – im Gegensatz zu den sog. „Non-Respondern“ – innerhalb von vier bzw. acht Wochen IVR-Therapie (d.h. binnen Phase A oder B) eine vollständige Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden konnte.

tischer Untersuchung und psychologischer Exploration) jeweils 60 Minuten von einem spezialisierten Schmerztherapeuten, einem algologischen Psychologen und einem schmerztherapeutisch erfahrenen Physiotherapeuten evaluiert. Bestätigt sich hier ein entsprechendes Chronifizierungspotenzial, und können sich das interdisziplinäre Therapeutenteam und der Patient (!) in einem ausführlichen Gespräch auf ein gemeinsames Behandlungskonzept einigen, so beginnt die IVR-Versorgung binnen maximal fünf Tagen. Alternativ erhält der Patient für seine behandelnden Therapeuten ein auf seine Beschwerden angepasstes individualisiertes Behandlungskonzept im Rahmen der Regelversorgung.

Multimodales Intensivprogramm

Die eigentliche IVR-Behandlung verläuft in zwei Phasen: Phase A besteht aus einer insgesamt vierwöchigen ambulanten Intensivtherapie mit einem aufwendigen individuellen Behandlungsplan, der wöchentlich mehrstündige Behandlungszeiten bei allen beteiligten Therapeuten umfasst. Die Beschwerden des Patienten werden interdisziplinär (d.h. unter Einbe-

ziehung aller nötigen Disziplinen) und multimodal (d.h. unter Einbeziehung aller nötigen therapeutischen Maßnahmen) behandelt.

Primäres Ziel der IVR-Behandlung ist die vollständige (d.h. 100%ige!) Wiederherstellung der durch die Rückenschmerzen beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Gelingt dies im Rahmen der ersten Behandlungsphase nicht, so kann das Versorgungskonzept schrittweise um bis zu vier weitere Behandlungswochen verlängert werden (Phase B). Spätestens am Ende der zweiten Behandlungsphase (d.h. nach maximal acht Wochen) endet die aktive Intensivversorgung für die teilnehmenden Patienten.

Wurde das primäre Projektziel – die vollständige Wiederherstellung der rüchenschmerzbedingten Arbeitsfähigkeit – erreicht, schließt sich eine sechsmonatige Evaluationsphase (Phase C) an, an deren Ende die Nachhaltigkeit der Behandlungsergebnisse überprüft wird.

Das Bonus-Malus-Konzept

Ein wesentlicher Bestandteil des IVR-Konzeptes ist die ergebnisabhängige Vergütung der erbrachten Versorgungsleistungen. Teilnehmende Zentren erhalten für Patienten, bei denen das

primäre Projektziel (d.h. die rasche und nachhaltige Wiederherstellung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit) binnen der ersten vier Behandlungswochen erreicht wird und bei denen dieser Zustand für mindestens sechs Monate anhält, einen Bonus in Höhe von 18,2% auf die vereinbarte Vergütung. Umgekehrt wird für Patienten, bei denen binnen der maximal achtwöchigen Behandlungszeit im Rahmen des IVR-Konzeptes die Arbeitsfähigkeit nicht vollständig wiederhergestellt werden konnte, ein Malus in Höhe von 7,2% in Rechnung gestellt.

Zeiten, Zentren

Entwickelt wurde das IVR-Konzept 2005 im Rahmen einer interdisziplinären Projektgruppe mit mehreren schmerztherapeutischen Spezialisten der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) sowie Mitarbeitern der Techniker Kasse. Am 01.07.2005 startete das Projekt im Rahmen einer zunächst auf 18 Monate befristeten Pilotphase an fünf Standorten in Deutschland. Nach dem erfolgreichen Abschluss der Pilotphase erfolgte Anfang 2007 eine zeitlich unbefristete Vertragsverlängerung und geografisch die bundesweite Ausweitung auf mittlerweile 33 Zentren.

Tab. 2: Die Behandlungsergebnisse der verschiedenen Respondergruppen in Abhängigkeit von den verschiedenen IVR-Phasen

	Responder Woche 1–4			Responder Woche 5–8			Non-Responder	
	Screening	Ende Woche 4	Monat 6	Screening	Ende Woche 8	Monat 6	Screening	Ende Woche 8
Dysfunktionale Schmerzen nach v. Korff (%)	78,9	59,3	18,1	91,5	62,8	24,7	100,0	91,9
Geringste Schmerzintensität (NRS-11)	27,2 ± 16,5	16,5 ± 12,3	14,8 ± 10,6	33,1 ± 17,8	24,1 ± 12,2	16,8 ± 11,6	35,3 ± 13,1	36,8 ± 111,6
Durchschnittliche Schmerzintensität (NRS-11)	39,3 ± 19,6	23,8 ± 19,7	28,7 ± 13,4	48,4 ± 19,8	30,2 ± 19,3	32,1 ± 18,7	51,8 ± 21,3	44,4 ± 16,6
Maximale Schmerzintensität (NRS-11)	54,0 ± 18,5	28,1 ± 23,6	42,1 ± 28,6	63,8 ± 17,6	38,5 ± 17,6	49,8 ± 17,6	66,5 ± 18,0	52,4 ± 17,1
mPDI auffällig (%)	37,5	13,2	10,6	56,6	16,3	10,7	76,0	47,6
Angststörung (HADS-D, %)	19,5	10,5	5,5	21,5	12,5	6,3	31,8	20,0
Depressivität (HADS-D, %)	24,6	13,2	6,9	26,0	15,5	8,8	33,3	22,5
QLIP auffällig (%)	65,4	21,4	7,2	71,0	25,9	14,6	88,0	67,8
FFbHR <60% (%)	47,0	21,3	13,4	64,2	23,4	17,3	60,7	42,4
FABQ Arbeit auffällig (%)	28,5	18,0	9,8	37,5	21,8	14,1	37,7	33,5
FABQ Aktivität auffällig (%)	47,7	25,2	14,7	50,9	22,8	18,4	57,7	30,6
SF-12 Körper auffällig (%)	90,7	76,0	32,2	94,2	79,7	47,9	92,7	84,5
SF-12 Psyche auffällig (%)	46,6	40,1	24,7	51,4	46,0	28,2	61,0	57,3
MFHW auffällig (%)	66,6	32,6	15,9	76,1	37,8	27,7	89,1	65,4

Anmerkung: Die Bezeichnung „Responder Woche 1–4“ bzw. „Responder Woche 5–8“ beschreibt Rückenschmerzpatienten, bei denen – im Gegensatz zu den sog. „Non-Respondern“ – innerhalb von vier bzw. acht Wochen IVR-Therapie (d.h. binnen Phase A oder B) eine vollständige Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden konnte.

Projektmanagement und Qualitätssicherung

Entsprechend den gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Umsetzung integrierter Versorgungsverträge und aufgrund des umfangreichen Verwaltungs- und Finanzaufwands einigte sich die Projektgruppe darauf, das Projektmanagement unabhängig von Krankenkasse und medizinischer Fachgesellschaft durch eine neu zu gründende Managementgesellschaft (die heutige Integrated Managed Care (IMC) GmbH) zu realisieren.

Mit der projektbegleitenden Qualitätssicherung wurde das Institut für Qualitätssicherung in Schmerztherapie & Palliativmedizin (IQUISP) mit Sitz in Nürnberg beauftragt, welches seit Projektbeginn Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität prüft. Kerninstrument der Evaluation sind dabei sog. „Patient-Reported-Outcome“- (PRO)-Daten, die u.a. unter Verwendung des Deutschen Schmerzfragebogens DGS, des Deutschen Schmerzfragebuchs DGS und zahlreicher weiterer Instrumente (u.a. Fear-Avoidance-Beliefs Questionnaire, Funktionsfragebogen Rückenschmerz, Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung etc.) von Patienten behandlungsbegleitend dokumentiert und vom IQUISP unabhängig von entsprechenden Vor-Ort-Evaluationen in den IVR-Zentren nach Behandlungsende systematisch analysiert werden.

Was wurde erreicht?

Bis Anfang Oktober 2009 wurden insgesamt 2281 Patienten dem IVR-Projekt zugeführt und im Rahmen der initialen Screeningtermine einem interdisziplinären Assessment unterzogen. Die Abb. 2 und 3 sowie die Tabellen 1 und 2 geben einen Überblick über wesentliche Kenndaten der aktuell verfügbaren Behandlungsverläufe. Zur Veranschaulichung wurden alle Daten entsprechend des zeitlichen Verlaufs des IVR-Konzepts als Relativwerte, d.h. unter Berücksichtigung der verlaufsabhängig unterschiedlichen Fallzahlen und Bezugsgrößen dargestellt.

1741 Patienten (76,3%) wurden in das IVR-Projekt übernommen. 540 Patienten (23,7%) konnten (oder wollten!) aus verschiedenen Gründen nicht der aktiven Behandlungsphase zugeführt werden. Das IVR-Konzept wurde für sie vorzeitig beendet. Ihre behandelnden Therapeuten erhielten auf der Basis der interdisziplinären Schmerzkonferenz entsprechende Therapieempfehlungen.

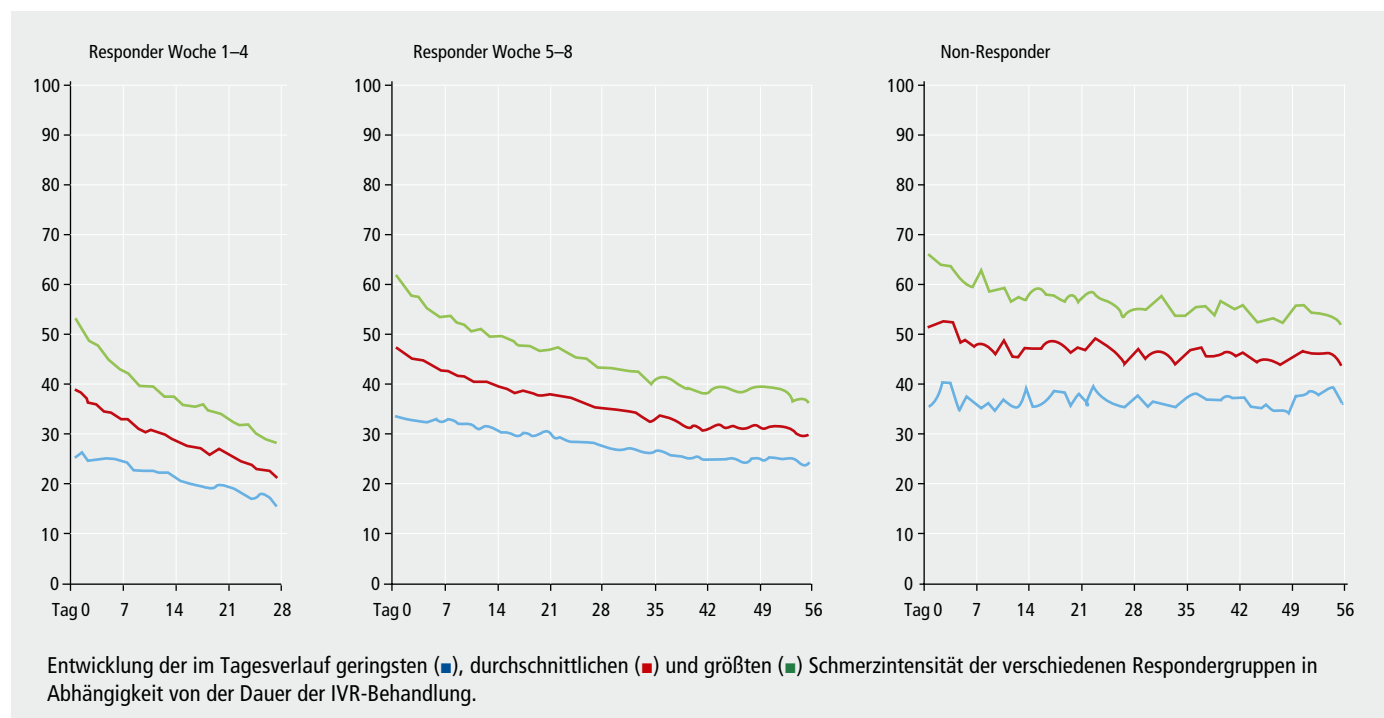
In den ersten vier Behandlungswochen konnte bei 52,7% der in das IVR-Konzept eingeschlossenen Patienten das primäre Projektziel (d.h. 100%ige Arbeitsfähigkeit) erreicht werden, bei weiteren 34,2% in der zweiten Behandlungsphase, sodass bei insgesamt 86,9% aller Patienten das primäre Ziel voll-

umfänglich erfüllt wurde. Bei insgesamt 7,8% der Patienten (5,3% in den Wochen 1–4 und 2,5% in den Wochen 5–8) musste die Versorgung aus verschiedenen Gründen vorzeitig abgebrochen werden. Nur bei 5,3% aller aufgenommenen Patienten konnte, trotz einer achtwöchigen Teilnahme am IVR-Konzept und in vielen Fällen deutlichen Verbesserungen der Rückenschmerzproblematik, keine vollständige Restitution der Arbeitsfähigkeit erreicht werden.

Nachhaltige Effektivität

In der Nachevaluation nach sechs Monaten bestätigten sich – mit einer Rate von 84,0% anhaltend arbeitsfähigen ehemaligen Rückenschmerzpatienten – die dem IVR-Konzept zugrunde liegenden Überlegungen für eine rasche und insbesondere nachhaltige Behandlung von Rückenschmerzpatienten. Dabei ergaben projektbegleitend durchgeführte Verlaufsanalysen, dass die am IVR-Konzept teilnehmenden Rückenschmerzpatienten nicht nur in der aktiven Behandlungsphase (d.h. den vier bis achtwöchigen Behandlungszyklen) einen sowohl signifikanten als auch klinisch relevanten Rückgang ihrer Schmerzen und aller damit einhergehenden schmerzbedingten Beeinträchtigungen erleben durften, sondern auch noch in den nachfolgenden sechs Mona-

Abb. 3: Entwicklung der Schmerzintensität im Tagesverlauf



ten in allen dokumentierten Lebensbereichen eine kontinuierlich fortschreitende Befundbesserung zeigten (Tab. 2 und Abb. 3).

Die Effizienz – Mehrwert (fast) ohne Ende!

Entsprechend den Daten der beteiligten Krankenkassen können durch das IVR-Konzept im Vergleich zur Regelversorgung allein die Arbeitsunfähigkeitszeiten von 164,6 auf 92,3 Tage reduziert werden, wodurch sich (unter der Annahme einer durchschnittlichen Krankentagegeldersatzung in Höhe von 58 Euro) eine Kosteneinsparung in Höhe von 4193,40 Euro pro Patient errechnet.

Abzüglich der Kosten für das IVR-Konzept und unter Berücksichtigung aller Behandlungsverläufe (d.h. inkl. der Kosten für die Patienten, die nach dem initialen Screening nicht in das IVR-Konzept übernommen wurden, dieses vorzeitig abgebrochen haben oder am Ende der maximal achtwöchigen Behandlungsdauer unverändert nicht arbeitsfähig waren) resultieren für die beteiligten Krankenkassen allein durch die Reduktion der Arbeitsunfähigkeitsdauer Einsparungen in Höhe von 1758,08 Euro pro IVR-Patient. Dies führte für die beteiligten Krankenkassen bis Anfang Oktober 2009 (unter Berücksichtigung aller durch das IVR-Konzept bedingten Kosten) zu Einsparungen in Höhe von 3656290,45 Euro. Nicht berücksichtigt sind bei dieser konservativen Kosten-Nutzen-Rechnung noch zahl-

reiche, seitens der Krankenkassen bislang nicht näher quantifizierte Einsparungen – z.B. durch die Vermeidung unnötiger stationärer Behandlungen etc. –, sodass der Umfang der tatsächlich erzielten Einsparungen durch das IVR-Konzept de facto deutlich höher liegen dürfte.

Die Perspektive – ein guter Ansatz!

Trotz dieser extrem vielversprechenden medizinischen Behandlungsergebnisse und der daraus resultierenden ökonomischen Einsparungen wurde das volkswirtschaftliche Potenzial dieses Versorgungskonzepts von den beteiligten Krankenkassen bislang nur ansatzweise genutzt.

Ursächlich verantwortlich sind hierfür vor allem personelle und logistische Engpässe im Bereich Patientenidentifikation und IVR-Zusteuern. Diese führen letztlich dazu, dass nur einem kleinen Prozentsatz der eigentlich infrage kommenden Betroffenen (aktuell liegt der Anteil der zugewiesenen Patienten bei 9,3%) rechtzeitig, d.h. spätestens nach einer 28-tägigen Arbeitsunfähigkeitsdauer ein interdisziplinäres Screening angeboten werden kann. Berücksichtigt man die aktuellen Einsparungen sowie die zugrunde liegende mittlere Arbeitsunfähigkeitsdauer der dem IVR-Konzept von den Krankenkassen zugewiesenen Rückenschmerzpatienten (im Median 72, im Mittel 107 Tage), so ergibt sich allein durch

die Optimierung der Patientenzuweisung rechnerisch ein zusätzliches Einsparpotenzial in Höhe von 2552 Euro pro Patient. Dies entspricht einem Verlust von 4443032 Euro für die bislang von den Krankenkassen „zu spät“ zugewiesenen 1741 aktiv behandelten IVR-Patienten.

Möglich wäre noch (sehr viel) mehr!

Werden diese Berechnungen konsequent fortgeführt, so ergeben sich für jeden eigentlich qualifizierten IVR-Patienten allein durch die unterlassene Zuweisung (!) für die zuständige Krankenkasse rechnerisch Nettokosten (d.h. unter vollumfänglicher Berücksichtigung aller IVR-Kosten) in Höhe von durchschnittlich 4310,08 Euro. Angesichts der bekannten Prävalenzraten subakuter und chronischer Rückenschmerzen unter den Versicherten deutscher Krankenkassen und der aktuellen Finanzierungsproblematik gesetzlicher (wie auch privater) Krankenversicherungen ist dies ein nicht zu unterschätzender Kostenfaktor, der von den beteiligten Krankenkassen zum Anlass genommen werden sollte, die aktuell vollzogenen Zusteuerungsmechanismen zu überdenken bzw. zu optimieren. ■

Michael A. Überall, Nürnberg
G. H.-H. Müller-Schwefe, Göppingen
Thomas Nolte, Wiesbaden
Harry Kletzko, Oberursel