

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 16. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Vom 18. April 2019

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Bürokratiekostenermittlung.....	17
4. Verfahrensablauf	17
5. Fazit.....	20
6. Literaturverzeichnis	20
7. Zusammenfassende Dokumentation	21

1. Rechtsgrundlage

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Abs. 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 1 SGB V, die er gemäß § 137f Abs. 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. § 137f Abs. 1 Satz 3 SGB V legt fest, dass der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien zu erlassen hat.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Allgemeines

Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch an Leitlinientexten orientieren.

Die vorliegenden Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses beschreiben die Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz, die aufgrund der Erfüllung der Kriterien für die hinreichende Diagnostik (siehe Nummer 1.2) in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind.

Zu Anlage 2

Die Änderung der Anlage 2 der DMP-A-RL durch eine Ergänzung der lfd. Nr. 10 um die Ausprägung chronischer Rückenschmerz wurde infolge der Ergänzung eigenständiger DMP Anforderungen chronische Rückenschmerz erforderlich.

Zu Anlage 15

Zu Nummer 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe

Die Definition des chronischen Rückenschmerzes erfolgte in Anlehnung an die Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz (NVL 2017) [3]. Entsprechend des gesetzlichen Auftrages nach dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV VSG) vom 16. Juli 2015, in welchem vorgegeben wurde, dass der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden entsprechende Regelungen zu treffen und auf die genannte Leitlinie verwiesen hatte, erfolgte eine Spezifikation der Definition mit der Maßgabe, die Patientinnen und Patienten zu beschreiben, welche von einem strukturiertem Behandlungsprogramm profitieren können.

Die Definition der Chronizität erfolgte nach den gültigen medizinischen Definitionen einer chronischen Erkrankung mit einem Verlauf von > zwölf Wochen.

Die Bestimmung des Schweregrades des chronischen Rückenschmerzes soll entsprechend den Vorgaben der NVL 2017 [3] anhand der Graduierung von Schmerzen mit der deutschen Version des Fragebogens „Chronic Pain Grade (CPG) Questionnaire“ (Klasen et al., 2004) [8] erfolgen. Dies ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Beurteilung der Schmerzstärke und Funktionsbeeinträchtigung mit 7 Items. Sowohl die englische Originalversion als auch die deutsche Übersetzung zeigen moderate bis gute testpsychometrische Kennwerte (von Korff et al., 1992 [15]; Smith et al., 1997 [12]; Klasen et al., 2004 [8]). Das Graduierungsschema unterscheidet den Rückenschmerz nach dem Ausmaß der Schmerzintensität und der

schmerzbedingten Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten. Somit kann ein rechtssicheres Kriterium zur Einschreibung erhoben werden.

Der CPG-Fragebogen sowie das Auswertungsschema zur Bestimmung der Schmerzgraduierung (Grad I – IV) sind im Folgenden dargestellt.

CPG-Fragebogen

<p>1. Wie würden Sie Ihre momentanen Rückenschmerzen, d.h. jetzt im Augenblick, auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = <i>kein Schmerz</i> und 10 = <i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i> bedeuten?</p>
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Kein Schmerz Stärkster vorstellbarer Schmerz
<p>2. Wie würden Sie Ihre stärksten Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten einschätzen, wenn 0 = <i>kein Schmerz</i> und 10 = <i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i> bedeuten?</p>
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Kein Schmerz Stärkster vorstellbarer Schmerz
<p>3. Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten im Durchschnitt, wenn 0 = <i>kein Schmerz</i> und 10 = <i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i> bedeuten?</p>
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Kein Schmerz Stärkster vorstellbarer Schmerz
<p>4. An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Rückenschmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z. B. Arbeit, Schule, Haushalt)?</p> <p style="text-align: center;">an etwa _____ Tagen</p>
<p>5. In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre alltäglichen Aktivitäten (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt, wenn 0 = <i>keine Beeinträchtigung</i> und 10 = <i>keine Aktivitäten mehr möglich</i> bedeuten?</p>
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Keine Beeinträchtigung Keine Aktivität mehr möglich
<p>6. In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- und Freundeskreis beeinträchtigt, wenn 0 = <i>keine Beeinträchtigung</i> und 10 = <i>keine Aktivitäten mehr möglich</i> bedeuten?</p>
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Keine Beeinträchtigung Keine Aktivität mehr möglich
<p>7. In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt, wenn 0 = <i>keine Beeinträchtigung</i> und 10 = <i>keine Aktivitäten mehr möglich</i> bedeuten?</p>
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Keine Beeinträchtigung Keine Aktivität mehr möglich

Quelle: Klasen et al., 2004, Seite 12 Appendix B [8]

Auswertung des CPG-Fragebogens

Der Auswertung der oben beschriebenen sieben Fragen soll anhand der Auswertungsanleitung des CPG-Fragebogen erfolgen.

Für die Bestimmung des Schweregrades nach von Korff (von Korff et al., 1992) [15] werden Informationen über die Schmerzintensität, die schmerzbedingte Beeinträchtigung und die Tage, an denen die Patienten unfähig dazu waren, ihre üblichen Aktivitäten zu verrichten, verrechnet. Als Ergebnis lässt sich ein Schweregrad von I bis IV zuordnen. Das Vorgehen umfasst folgende Schritte:

- 1) **Schmerzintensität** (Frage 1, 2 und 3):
 - a. Berechnung des Mittelwertes aus momentaner, durchschnittlicher und maximaler Schmerzintensität (Numerische Rating-Skala 0-10), dann multipliziert mit 10.
 - b. Bewertung der „charakteristischen“ Schmerzintensität:
 - bis 49 = gering
 - ab 50 = hoch

- 2) **Beeinträchtigung** (Frage 5, 6 und 7):
 - a. Berechnung des Mittelwertes aus Beeinträchtigung im Alltag, Freizeitaktivität und Arbeitsfähigkeit (Numerische Rating-Skala 0-10), dann multipliziert mit 10.
 - b. Bewertung des „**Disability-Score**“:
 - 0 - 29 = 0
 - 30 - 49 = 1
 - 50 - 69 = 2
 - ≥ 70 = 3

- 3) Frage 4: Anzahl der Tage, an denen sich die Patienten und Patientinnen in den letzten 3 Monaten unfähig fühlten, ihren üblichen Aktivitäten nachzugehen
 - a. Einteilung in Klassen als „**Disability-Tage**“:
 - 0 – 6 Tage = 0
 - 7 – 14 Tage = 1
 - 15 – 30 Tage = 2
 - ≥ 31 Tage = 3

- 4) Aus 2 und 3 (Disability-Score und Disability-Tage, jeweils klassifiziert) wird der Summenwert der „**Disability-Punkte**“ additiv bestimmt.

- 5) Aus 1 und 4 (**Schmerzintensität** und **Disability-Punkte**) errechnet sich die **Graduierung**:
 - 1 = Geringe Schmerzintensität (< 50) und geringe schmerzbedingte Beeinträchtigung (< 3 Disability-Punkte)
 - 2 = Hohe Schmerzintensität (≥ 50), geringe schmerzbedingte Beeinträchtigung (< 3 Disability-Punkte)
 - 3 = Hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung, mäßig limitierend (3-4 Disability-Punkte)
 - 4 = Hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung; stark limitierend (5-6 Disability-Punkte)

In den folgenden beiden Tabelle ist die Bestimmung des Schweregrades nach von Korff zusammenfassend dargestellt.

Schritt 1: Score-Berechnung und Schritt 2: Bewertung

Berechnung	Bewertung	
Schmerzintensität Mittelwert aus Schmerzfragen multipliziert mit 10 $= (1 + 2 + 3)/3 \cdot 10$	Schmerz-Score: 0 = 0 (keine) 1 - 49 = 1 (gering) 50 - 100 = 2 (hoch)	Disability-Punkte: Summe aus Disability-Score und Disability-Tagen (0 - 6 Punkte)
Beeinträchtigungsgrad Mittelwert aus Funktionsfragen multipliziert mit 10 $= (5 + 6 + 7)/3 \cdot 10$	Disability-Score: 0 - 29 = 0 30 - 49 = 1 50 - 69 = 2 70 - 100 = 3	
Beeinträchtigungstage Anzahl der Tage in Frage 4	Disability-Tage: 0 - 6 Tage = 0 7 - 14 Tage = 1 15 - 30 Tage = 2 ≥ 31 Tage = 3	

Schritt 3: Bestimmung der Schmerzgraduierung aus den berechneten Scores (Schmerz-Score und Disability-Punkte)

Beeinträchtigung	Schmerzintensität	Grade
Gering (Disability-Punkte = 0 - 2)	Gering (Schmerz-Score = 1)	Grad I
	Hoch (Schmerz-Score = 2)	Grad II
Mäßig (Disability-Punkte = 3 - 4)	<i>(unabhängig von der Schmerzintensität)</i>	Grad III
Hochgradig (Disability-Punkte = 5 - 6)		Grad IV

Bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen lassen sich keine eindeutigen Hinweise auf eine spezifische zu behandelnde Ursache erkennen [3].

Die spezifischen Ursachen des chronischen Kreuzschmerzes sind in den Ausschlusskriterien genannt. Es dürfen keine Patientinnen und Patienten mit spezifischen Ursachen eines chronischen Kreuzschmerzes am DMP teilnehmen.

Spezifische Kreuzschmerzen haben eine feststellbare somatische Ursache, deren gezielte Therapie den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann, zum Beispiel Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, entzündliche Kreuzschmerzen, Osteoporose, Fraktur, Infektion, Tumor, Spondylolisthesis usw. [3]. Für diese Patientinnen und Patienten ist eine Teilnahme am DMP nicht geeignet, deshalb dürfen sie nicht ins DMP eingeschrieben werden.

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kreuzschmerzen findet in unterschiedlichen Sektoren und unter der Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger statt.

Sofern es sich bei dem chronischen Rückenschmerz der Patientin oder des Patienten um eine anerkannte Berufskrankheit handelt ist eine Einschreibung in das DMP nicht möglich, da in diesem Fall ein anderer Versicherungsträger zuständig ist.

Bestehende Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen sollten grundsätzlich auch bereits vor Einschreibung in das DMP genutzt werden. Da bei einem geplanten, beantragten oder laufenden Rehabilitationsverfahren unter Umständen die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers besteht, könnte es bei gleichzeitiger Einschreibung in das DMP zu Überschneidungen von Leistungsansprüchen und gleichzeitigen unabgestimmten Behandlungen kommen.

„Geplant“ bezüglich der Rehabilitationsmaßnahme bedeutet, dass die Ärztin oder der Arzt der Patientin oder dem Patienten eine aus medizinischer Sicht sinnvolle Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme empfiehlt, dieser prüft den Vorschlag und informiert sich bei den zuständigen Stellen. Die Phase der Planung wird entweder durch die Stellung eines Antrages oder eine Ablehnung des Vorschlags durch die Patientin oder den Patient beendet. Bei bereits beantragten Leistungen zur Rehabilitation ist eine Einschreibung nach Abschluss des Antragsverfahrens im Sinne einer Ablehnung oder nach Abschluss der durchgeführten Maßnahme möglich.

Zu Nummer 1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz

Eine Einschreibung in das DMP kann bei Patientinnen und Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen ab einem Verlauf von mindestens zwölf Wochen Dauer in Erwägung gezogen werden. Es ist davon auszugehen, dass in diesem, einer möglichen Einschreibung vorangehenden Zeitraum wenn nötig entsprechend der klinischen Praxis und wie von den Leitlinien empfohlen, eine Abklärung möglicher spezifischer Ursachen erfolgt ist. Auf diese Informationen greift die Ärztin oder der Arzt, die oder der mit der Patientin oder dem Patienten die Einschreibung erwägt, anhand von Anamnese und den Dokumentationen zu Verlauf, Diagnostik und Therapie zurück.

Es liegt ausdrücklich in der Entscheidung der einschreibenden Ärztin oder des einschreibenden Arztes, ob die Diagnostik zum Zeitpunkt der Einschreibung als ausreichend angesehen werden kann, um insbesondere die Ausschlusskriterien beurteilen zu können. Anforderungen an das Vorliegen von Ausschlussbefunden sind mit dem Ziel der Vermeidung von Überdiagnostik nicht vereinbar.

Die vom Fragebogeninstrument CPG nach von Korff et al., 1992 [15] ermittelten Parameter korrelieren nach den Ergebnissen verschiedener Validierungsstudien [8,12] gut mit der Schmerzstärke, der funktionellen Beeinträchtigung, der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sowie der Prognose von chronischen unspezifischen Rückenschmerzen. Damit stellt der CPG-Fragebogen ein geeignetes Instrument zur Beurteilung des Ausmaßes von Schmerz und Beeinträchtigung von Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Einschreibung dar.

Die Formulierung zur Indikation für eine bildgebende Diagnostik entspricht den Empfehlungen der NVL 2017 [3].

Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in § 137f Abs. 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V hat der Gemeinsamer Bundesausschuss nur für solche Erkrankungen Richtlinien zu entwickeln, bei welchen eine „Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten“ besteht. Dieser Vorgabe wird mit dem letzten Satz unter Nummer 1.2 in den Einschlusskriterien Rechnung getragen.

Zu Nummer 1.3 Therapieziele

Chronische Rückenschmerzen führen zu einem Verlust an Lebensqualität und zu Einschränkungen bei den alltäglichen und beruflichen Aktivitäten [10].

Unmittelbare Therapieziele im DMP, wie sie auch die NVL als Ziele des Managements nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angibt [3], sind die Minderung der Schmerzintensität sowie die Steigerung der Funktionsfähigkeit und der Belastbarkeit. Mittelbar und unmittelbar wird der Erhalt beziehungsweise die Wiedererlangung der Eigenständigkeit, der Alltagskompetenz und der Arbeitsfähigkeit angestrebt [3].

Insgesamt soll aus der Behandlung eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfolgen.

Die Therapieziele sollen durch den strukturierten Einsatz von effektiven Behandlungsmaßnahmen und unter Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen sowie unter Vermeidung von Somatisierung und übermäßiger Fixierung auf medizinische Maßnahmen erreicht werden. Damit verbunden ist eine Reduktion

von unnötigen operativen und invasiven Interventionen sowie eine Reduktion des Schmerzmittelgebrauchs und von Hospitalisierungen.

Entsprechende Prinzipien für die Behandlung, welche durch Hinweise für eine bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung begründet sind, lassen sich aus der NVL 2017 [3] sowie Erhebungen [9] und Gutachten zur Versorgung von chronischen, nicht-spezifischen Kreuzschmerzen [11] entnehmen.

Zu Nummer 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren

Die hier genannten Kriterien zur Planung der Therapie bei unspezifischem Kreuzschmerz wurden in enger Anlehnung an die NVL 2017[3] formuliert.

Die Therapieplanung und Therapie von nichtspezifischen Kreuzschmerzen orientiert sich dabei an den Schmerzen und dem aktuellen Funktionsstatus der Patientin oder des Patienten. Der Behandlungsplan wird von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuell abgestimmt. (NVL 2017) [3]

Der Therapieplanung soll anhand der individuellen Situation der Patientin oder des Patienten abgestuft erfolgen.

Basismaßnahmen sollen grundsätzlich bei jeder Patientin oder jedem Patienten zur Anwendung kommen. Diese bestehen insbesondere aus der Motivation zu körperlicher Aktivität, sowie der Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells und von Kompetenzen zu gesundheitsbewusstem Verhalten (NVL 2017) [3].

Je nach individueller Befundkonstellation, fachbezogener Begründetheit und Patientenpräferenz können zu den Basismaßnahmen individuelle Therapiemaßnahmen (siehe Nummer 1.5.2) hinzugefügt werden. Da bei Patientinnen und Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen bereits eine mindestens 12-wöchige Erkrankungsdauer mit gegebenenfalls bereits veranlassten therapeutischen Maßnahmen vorliegt, prüft die Ärztin oder der Arzt zudem, ob die Patientin oder der Patient von einer Optimierung bereits veranlasster individueller Therapiemaßnahmen profitieren kann.

Wenn weniger intensive evidenzbasierte Therapieverfahren unzureichend wirksam waren, sollen die Patientinnen und Patienten mit multimodalen Programmen, d.h. teilstationärer oder stationärer multimodaler Schmerztherapie, behandelt werden (NVL 2017 [3], siehe Nummer 1.5.4). In begründeten Fällen können diese auch als initiale Maßnahme erwogen werden.

Bezüglich der Vereinbarung von Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten hat die körperliche Aktivität als wesentliches Element der Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen einen besonderen Stellenwert (NVL 2017) [3]. Die Ärztin oder der Arzt soll zur regelmäßigen körperlichen Aktivität beraten und motivieren. Die Beratung beinhaltet die leistungsangepasste Dosierung, Regeln für die Dosissteigerung und die Zieldefinition mit Leistungssteigerung ohne Schmerzsteigerung (NVL 2017) [3]. Aufgrund ihrer Bedeutung und der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung eignet sich die körperliche Aktivität besonders gut für die Definition eines Therapiezieles. Je nach individueller Konstellation kann auch das Erlernen und Anwenden von Entspannungstechniken ein Ziel im Rahmen der Therapieplanung sein.

Zu Nummer 1.5 Therapeutische Maßnahmen

Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen

Die therapeutischen Maßnahmen wurden in Anlehnung an die NVL 2017 [3] im Sinne eines Stufenschemas formuliert.

Als Basismaßnahmen werden demzufolge die Aufklärung der Patientin oder des Patienten im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells und die körperliche Aktivität genannt. Zur Unterstützung der Umsetzung der Aktivierung und Lebensstiländerung dienen multimodale Schulungen (vgl. Nummer 4.2).

Die Vermittlung des biopsychosozialen Krankheitsmodells von chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen entspricht den Empfehlungen der NVL 2017 [3].

Die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigte NVL 2017 [3] unterstreichen die positive Wirkung der körperlichen Aktivität bei chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen generell. Als primäre Behandlung zur Unterstützung der körperlichen Aktivität wird die Bewegungstherapie, kombiniert mit edukativen Maßnahmen, in der NVL mit hohem Grading empfohlen (NVL 2017) [3]. Nach der NVL 2017 [3] sollen Patientinnen und Patienten mit chronischem nicht-spezifischen Kreuzschmerz bei anhaltenden Aktivitätseinschränkungen und Gefährdung der beruflichen Wiedereingliederung die Teilnahme an einer Rehabilitationssport- beziehungsweise Funktionstrainingsgruppe empfohlen werden.

Zu Nummer 1.5.2 individuelle Therapiemaßnahmen

Zusätzlich zu den Basismaßnahmen können für die Patientin oder den Patienten weitere individuelle Therapiemaßnahmen sinnvoll sein. Insbesondere sprechen die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigte NVL 2017 [3] Empfehlungen für die Bewegungstherapie bei chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen aus.

Bewegungstherapie bei chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen meint die Behandlung von Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungstechniken zur Verbesserung der Beweglichkeit, der Koordination, der Muskelkraft, der Ausdauer und der Schnellkraft. In Bezug auf die in der Heilmittelrichtlinie aufgeführten Maßnahmen der physikalischen Therapie umfasst dies unter anderem die Übungsbehandlungen und die allgemeine Krankengymnastik die allgemeine Krankengymnastik im Bewegungsbad und die gerätegestützte Krankengymnastik.

Ebenso sind für die weiteren beschriebenen Maßnahmen, wie zum Beispiel Entspannungsverfahren, ergotherapeutische Maßnahmen sowie psychotherapeutische Maßnahmen entsprechende Empfehlungen in der NVL 2017 [3] hinterlegt. Bezüglich ergotherapeutischer Maßnahmen empfiehlt die NVL 2017 [3] diese im Rahmen eines multimodalen Angebotes anzubieten.

Wird bei psychischer Komorbidität eine Psychotherapie empfohlen, erfolgt diese gemäß der Psychotherapie-Richtlinie.

In der NVL 2017 [3], werden im Kapitel 5 eine Reihe nicht-medikamentöser Maßnahmen, welche bei der Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen eingesetzt werden, dargestellt und bewertet. Die im Anforderungstext des DMP nicht zur Anwendung empfohlenen Maßnahmen bei chronischem nicht-spezifischem Rückenschmerz beruhen auf den jeweiligen Empfehlungen/Statements aus der NVL 2017 [3]. So werden die Maßnahmen Traktionsbehandlung (NVL 2017, Kapitel 5.17), Bettruhe (NVL 2017, Kapitel 5.2), Orthesen und Schuheinlagen (NVL 2017, Kapitel 5.13), Kurzwellendiathermie (NVL 2017, Kapitel 5.8), Therapeutischer Ultraschall (NVL 2017, Kapitel 5.19), Interferenztherapie (NVL 2017, Kapitel 5.6), Transkutane elektrische Nervenstimulation – TENS (NVL 2017, Kapitel 5.18), Perkutane elektrische Nervenstimulation – PENS (NVL 2017, Kapitel 5.14), Magnetfeldtherapie (NVL 2017, Kapitel 5.10), Lasertherapie (NVL 2017, Kapitel 5.9), Kältetherapie (NVL 2017, Kapitel 5.16) auch im Anforderungstext des DMP nicht zur Anwendung empfohlen [3].

Im Folgenden sind die Nummern der Empfehlungen sowie der dazugehörige Empfehlungsgrad aus der NVL 2017 [3] in der Tabelle als Übersicht wiedergegeben:

Negativempfehlung zu	Empfehlung/Statement in der NVL 2017 (Nummer der Empfehlung)	Empfehlungsgrad¹
Traktionsbehandlung	5-24	A
Bettruhe	5-3	A
Kurzwellendiathermie	5-13	A
Therapeutischer Ultraschall	5-27	A
Interferenztherapie	5-11	A
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	5-26	B
Perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS)	5-20	A
Magnetfeldtherapie	5-15	A
Lasertherapie	5-14	A
Orthesen und Schuheinlagen (zusammengefasst in der Empfehlung zu Medizinischen Hilfsmitteln)	5-19	A

Diese Empfehlungen stimmen mit denen des IQWiG-Berichts [6] überein. Diese stützen sich allerdings überwiegend auf die NVL 2013 [2] sowie auf die Leitlinie TOP 2011 [13]

¹ Die NVL unterscheidet drei Empfehlungsgrade A „Starke Empfehlung“ B „Empfehlung“ und 0 „offen“

Zu Nummer 1.5.3 Multimodale Schmerztherapie

Nach erfolgloser Anwendung der unter 1.5.1 beschriebenen Basismaßnahmen und gegebenenfalls zusätzlicher individueller Maßnahmen gemäß 1.5.2 ist der Einsatz einer stationären oder teilstationären intersziplinären multimodalen Schmerztherapie entsprechend den Empfehlungen der NVL 2017 [3] zu erwägen.

Zu Nummer 1.5.4 Langzeitbetreuung

Die Maßnahmen im DMP chronischer Rückenschmerz, wie die multimodalen Schulungen gemäß 4.2, die Bewegungstherapie das Erlernen von Entspannungsverfahren, die Verhaltenstherapie und die teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie, haben im Wesentlichen eine Veränderung von Einstellungen, eine Veränderung des Lebensstils und den Erwerb von Fertigkeiten zur besseren Krankheitsbewältigung zum Ziel. Sie sind damit größtenteils für eine zeitlich begrenzte Anwendung oder für eine Wiederholung zur Verstärkung oder Auffrischung sinnvoll. Wenn deshalb alle indizierten Maßnahmen nach 1.5.1 – bis 1.5.4 durchlaufen sind, soll der Schwerpunkt in Behandlung und Arzt-Patientenbeziehung auf die Stabilisierung erworbener Verhaltens- und Handlungskompetenzen der Patientin beziehungsweise des Patienten, die Verstetigung körperlicher Aktivität (NVL 2017) [3] sowie auf die Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Interventionen gelegt werden. Wesentlich sind weiterhin die Kontrolle auf mögliche Änderungen des Beschwerdebildes und ein besonderes Augenmerk auf eine eventuell länger anhaltende Einnahme von Analgetika (NVL 2017,) [3].

Zu Nummer 1.5.5 Medikamentöse Therapien

Die hier genannten medikamentösen Therapieoptionen bei unspezifischem Kreuzschmerz wurden in enger Anlehnung an die NVL 2017 [3] formuliert.

Zu Nummer 1.5.5.1 Nicht-Opioidanalgetika

Die meisten Nicht-Opioidanalgetika sind zu Langzeitbehandlung nicht zugelassen und nicht geeignet. Sie erfordern wegen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten eine individuelle Anpassung.

Unberührt davon sind die Regelungen insbesondere § 34 Absatz 1 SGB V und § 12 Absatz 11 AM-RL zu beachten.

Zu Nummer 1.5.5.1.2. Paracetamol

Die im Anforderungstext des DMP nicht empfohlene Behandlung von Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischem Kreuzschmerz mit Paracetamol beruht auf der gleich lautenden Negativ-Empfehlung 6-7 (mittlerer Empfehlungsgrad B) der NVL 2017 [3].

Zu Nummer 1.5.5.1.3 Metamizol

Die Empfehlung zu Metamizol wurde formuliert um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass es eine nicht zu vernachlässigende Gruppe von Patientinnen und Patienten gibt, bei denen Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) nicht einsetzbar sind und für die wenige medikamentöse Therapieoptionen existieren (NVL 2017 [3], LoE: Expertenkonsens).

Zu Nummer 1.5.5.2 Opioidanalgetika

Der Stellenwert der Opiode bei nicht-Tumorschmerzen wird immer kritischer beurteilt, insbesondere bei Rückenschmerzen [1] (Abdel Shaheed et al., 2016). Die Empfehlungen zur Langzeitanwendung von Opioiden wurden aus der NVL 2017 [3] übernommen. Opiode bei Rückenschmerzen erfordern ein regelmäßige Monitoring von Wirksamkeit und Nebenwirkungen entsprechend den Vorgaben der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz 2017 [3] und der Leitlinie „Opiode, Langzeitanwendung zur Behandlung bei nicht tumorbedingten Schmerzen“ [5].

Zu Nummer 1.5.5.3 Antidepressiva

Die NVL 2017 [3] rät in Empfehlung 6-18 von Antidepressiva zur Schmerztherapie ab (Urquhart 2008 [14]). Davon unbenommen ist die erwünschte Erfassung psychosozialer Risikofaktoren und Komorbiditäten wie Depression (Empfehlungen 3-4, 3-5). Bei Vorliegen einer Depression wird eine Behandlung mit Antidepressiva nicht abgelehnt (Empfehlung 6-19)

Zu Nummer 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen

Die Standardinhalte der ärztlichen Konsultationen im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms wurden im Einklang mit den Empfehlungen der NVL 2017 [3] formuliert und beruhen auf Expertenkonsens.

Die Verlaufsbeurteilung der Schmerzstärke und Funktionsbeeinträchtigung erfolgt mit zwei Items des CPG-Fragebogens zur Schmerzgraduierung (von Korff et al., 1992) [15]. Zur Erfassung der Schmerzstärke wird das Item 3, welches die durchschnittliche Schmerzstärke in den letzten drei Monaten erfragt, eingesetzt.

Zur Messung der Funktionsbeeinträchtigung wird das Item 5 angewendet, welches die Beeinträchtigung bei allgemeinen Aktivitäten erfragt. Mit diesen beiden Items werden die generischen Aspekte beider Subskalen des CPG-Fragebogens abgebildet.

Die Empfehlung zur Verwendung der beiden Items entspricht den Forderungen nach möglichst datensparsamen bürokratischen Anforderungen an Arztpraxen.

Zu Nummer 1.7.1 Koordinierende Ärztin / Koordinierender Arzt

Unspezifische Rückenschmerzen sind ein weitverbreitetes Beschwerdebild, das selten eine bestimmte spezialfachärztliche Versorgung benötigt, sondern bei dem der niedrigschwellige und integrative Versorgungsansatz im Vordergrund steht. Eine gute Kenntnis der psychischen, beruflichen und sozialen Situation der Patientin oder des Patienten sowie seiner Komorbiditäten ist in diesem Zusammenhang wesentlich. Die Abstimmung diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen, die Zusammenführung der Befunde sowie deren Bewertung - auch gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten zusammen, gehören zu den Kernaufgaben der hausärztlichen Versorgung wie sie entsprechend in § 73 SGB V beschrieben sind. Aus den vorstehend genannten Gründen ist die Hausärztin oder der Hausarzt besonders gut für die Rolle der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes im DMP chronischer Rückenschmerz geeignet.

In Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits länger wegen der Rückenschmerzen von dieser Ärztin oder diesem Arzt betreut worden ist, kann er auch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie oder eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin beziehungsweise einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, als koordinierende Ärztin beziehungsweise koordinierenden Arzt wählen.

Zu Nummer 1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

Symptomunterhaltende oder -verstärkende psychische Belastungen, psychosoziale Konflikte oder psychische Komorbidität spielen bei vielen Patientinnen und Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen eine wichtige, die Beschwerden aufrechterhaltende oder verstärkende, evtl. sogar auslösende Rolle. In solchen Situationen kann die Überweisung zur ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin oder zum ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder zur Psychiaterin oder zum Psychiater (psychologische oder ärztliche

Psychotherapeutin / psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut nach Möglichkeit mit schmerzpsychotherapeutischer Expertise) erforderlich sein.

Ebenso können

- neu aufgetretenen Hinweise für eine spezifische Ursachen,
- neu aufgetretenen Hinweise für extravertebrale Ursachen,
- eine wesentliche Verschlechterung der Beschwerden des chronischen Kreuzschmerzes
- oder ein nicht ausreichendes Ansprechen der Beschwerden auf die zur Anwendung gebrachten Maßnahmen

zusätzlich Expertise und Behandlung durch die jeweils qualifizierte Fachärztin oder den jeweils qualifizierten Facharzt und die entsprechenden Überweisung erforderlich machen.

Über besondere Expertise bei chronischen Schmerzen verfügen im ambulanten Sektor insbesondere Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten, die im Rahmen der Schmerztherapievereinbarung gesonderten Qualitätsanforderungen unterliegen (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)) sowie Schmerzzambulanzen.

Im Weiteren gilt, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung entscheidet.

Zu Nummer 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Unter den unter 1.5.3 beschriebenen Voraussetzungen kann eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie erwogen werden.

Die weiteren Einweisungsgründe sind in Anlehnung an die NVL (2017) [3] formuliert. Bei Vorliegen von Warnhinweisen („red flags“) mit dringendem Handlungsbedarf, wie zum Beispiel entzündliche Ursachen, radikuläre Wurzelkompression durch Stenose oder Bandscheibenvorfall, Frakturen sowie Tumorerkrankungen der Wirbelsäule, sind je nach Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit weitere Maßnahmen erforderlich. Es sollten hier weitere spezialfachärztliche und gegebenenfalls stationäre Behandlungen eingeleitet werden. Dies gilt ebenso für Notfallindikationen mit akut aufgetretenen Warnhinweisen für spezifische oder „extravertebrale“ Ursachen der Kreuzschmerzen. Die Abklärung ist in diesen Situationen wichtig, um eine Verzögerung des Therapiebeginns zu vermeiden und gegebenenfalls möglichst frühzeitig Symptomlinderung zu erreichen.

Im Weiteren gilt, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung in ein Krankenhaus entscheidet.

Zu Nummer 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Die Ärztin oder der Arzt hat individuell zu überprüfen, ob eine Rehabilitation angezeigt ist. Die Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem die Patientin oder der Patient mit chronischen Rückenschmerzen mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden soll, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben (NVL 2017) [3].

Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen

Die strukturierte Behandlung im Rahmen des Programms und die Stärkung des Selbstmanagements der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen unter anderem dazu dienen, außerplanmäßige ambulante oder stationäre ärztliche Akutbehandlungen zu vermeiden. Daher wurde das Qualitätsziel „Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen“ formuliert.

Aufgrund des hohen Nebenwirkungsprofils und eines möglichen Medikamentenfehlgebrauchs durch die dauerhafte Einnahme von Opioid- und Nicht-Opioidanalgetika sollen die beiden Qualitätsziele „Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Opioidanalgetika-Therapie“ und „Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Nicht-Opioidanalgetika-Therapie“ die Umsetzung der unter 1.5.2.1.1 und 1.5.2.2 formulierten Empfehlungen unterstützen.

Das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger körperlicher Aktivität“ wurde zur Unterstützung der Umsetzung der Empfehlung zu regelmäßiger körperlicher Aktivität, wie unter 1.5.1 Basismaßnahmen beschrieben, formuliert.

Das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, mit denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurde“ soll die Umsetzung der unter Nummer 1.4 und 1.7 formulierten Anforderungen an die gemeinsame Vereinbarung von individuellen Zielen (zum Beispiel zur Steigerung der körperlichen Aktivität oder zur regelmäßigen Übung von Entspannungsverfahren), deren regelmäßiger Überprüfung und gegebenenfalls deren Anpassung unterstützen.

Hierbei ist das Qualitätsziel als Prozessparameter zu verstehen, in dem gute Qualität über die Vereinbarung und Überprüfung von Zielen definiert wird. Sowohl patientenseitig erreichte als auch nicht erreichte Ziele gelten als gute Qualität, da hier die ärztliche Zielvereinbarung und -prüfung erfolgt sein muss.

Schulungen sind ein wesentlicher Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme gemäß § 137f Abs 2, Satz 2 SGB V). Das Qualitätsziel zur Teilnahme an einer multimodalen kreuzschmerzspezifischen Schulung dient der Umsetzung der unter Nummer 1.5.1 und Nummer 4.2 definierten Patientenschulung.

Die Reduktion der Schmerzintensität und die Verbesserung der Funktionsfähigkeit sind die unter Nummer 1.3 definierten Therapieziele. Die beiden Qualitätsziele „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Schmerzstärke“ und „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Funktionsfähigkeit“ dienen einer standardisierten Darstellung der Therapieziele.

Zu Nummer 3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f, Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)

Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Da diese Anlage Bestandteil der DMP-A-RL wird, wurde auf eine erneute Aufzählung der allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen verzichtet und es erfolgt lediglich ein Verweis auf § 3 DMP-A-RL.

Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Anders als bei anderen Erkrankungen, für die ein DMP existiert (zum Beispiel Diabetes mellitus Typ 2), bei denen von einem lebenslangen chronischen Verlauf auszugehen ist, sind beim chronischen Rückenschmerz Besserungen in einem Ausmaß möglich, die einen weiteren Verbleib im DMP nicht mehr zweckmäßig erscheinen lassen. Aus diesem Grund soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt regelmäßig überprüfen, ob die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme am DMP profitieren kann.

Kommen Ärztin oder Arzt und die Patientin oder der Patient zur Auffassung, dass eine weitere Teilnahme am DMP nicht sinnvoll ist, wird dies über den Dokumentationsparameter (Ifd. Nr. 14) dokumentiert. Die DMP-Teilnahme endet mit dem Datum dieser Dokumentation. Von der Krankenkasse wird auf dieser Basis die Ausschreibung aus dem DMP vorgenommen. Eine erneute Teilnahme ist bei Vorliegen der Einschlusskriterien möglich.

Zu Nummer 4 Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)

Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

Zu Nummer 4.2 Schulung der Versicherten

Nach § 4 DMP-A-RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen.

Für multimodale Gruppenangebote bei chronischem nicht-spezifischen Kreuzschmerz konnten signifikante langfristige Effekte auf die Schmerzminderung und die körperliche Funktionsfähigkeit und zum Teil auf die Arbeitsfähigkeit gegenüber der herkömmlichen Behandlung sowie gegenüber einer rein somatischen Behandlung (zum Beispiel Physiotherapie) metaanalytisch nachgewiesen werden (Kamper et al., 2014 [7]). Diese Angebote werden in der NVL 2017 [3] mit hohem Grading empfohlen. Gemäß der aktuellen Metaanalyse (Kamper et al., 2014 [7]) ist der Begriff multimodal definiert durch mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, welche integriert und aufeinander abgestimmt sind und interdisziplinär durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen angeleitet werden.

Entsprechend der NVL 2017 [3] beziehungsweise der Metaanalyse zu multimodalen Angeboten (Kamper et al., 2014) [7] sollen diese neben der edukativen Komponente mindestens zwei aufeinander abgestimmte Module (ein somatisches und ein psychisch orientiertes) enthalten und sind, in Abgrenzung zur reinen Edukation, aktiv übend zu gestalten (NVL 2017) [3].

Vor dem Hintergrund der Leitlinienempfehlungen sollen diese Angebote neben der edukativen Komponente mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul enthalten, durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen angeleitet werden und aktiv übend gestaltet sein (NVL 2017 [3], Kamper et al., 2014 [7]). Die Recherche des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Frage, ob Programme existieren, die die geforderten Kriterien erfüllen, führte zu dem Ergebnis, dass mehrere strukturierte, evaluierte und publizierte Programme vorliegen, die diesen Anforderungen entsprechen.

Zu Nummer 5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)

Gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an die Evaluation von DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 19. Juni 2014 in § 6 DMP-A-RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende Bestandteile aufbaut:

1. eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung innerhalb eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,
2. ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines Programms mit der Versorgung außerhalb des Programms.

Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der DMP-A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde die fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom 10. Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI antwortete am 20. November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise entnehmen könne, dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine vergleichende Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben der BfDI vom 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der Gemeinsame Bundesausschuss die Streichung von § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-Evaluation verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL belassen, weil die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf wurde von wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.

Die medizinischen Evaluationsparameter (a bis f) wurden unter Berücksichtigung der Ziele des strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen Literatur festgelegt. Die Datengrundlage zu Buchstabe a) bis f) sind die DMP-Dokumentationsdaten.

Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten:

Zu Buchstabe b und c Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bestehender medikamentöser dauerhafter Schmerztherapie (getrennt nach Opioidanalgetika und Nicht-Opioidanalgetika) bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Zu Buchstabe d und e Auszuwerten sind die Rohwerte der Schmerzstärke und Funktionseinschränkung sowie die Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den Kategorien „verbessert“, „unverändert“ und „verschlechtert“. Eine Verbesserung beziehungsweise Verschlechterung wird in diesem DMP über einen Differenzwert von 2 beziehungsweise -2 zwischen der aktuellen Dokumentation und der Erstdokumentation definiert.

Zu Buchstabe f: Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen eine ungeplante kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung durchgeführt wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Der Gemeinsamer Bundesausschuss legt für den erstmalig zu erstellenden Bericht für das DMP chronischer Rückenschmerz einen Evaluationszeitraum von 48 Monaten fest. Dieser beginnt mit dem 1. Tag des Quartals, welches auf die früheste Zulassung eines DMP chronischer Rückenschmerz folgt. Für anschließend zu erstellende Folgeberichte gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 3 Nr. 2 DMP-A-RL.

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 DMP-A-RL, das heißt der Vergleich der Versicherten, die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, kann derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten der nicht am DMP teilnehmenden Versicherten, nicht durchgeführt werden. Folglich wurden keine Parameter für die vergleichende Evaluation definiert.

Zu Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Die Dokumentationsparameter 1 bis 10 dienen der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten Anforderungen an die Evaluation.

Mit dem Dokumentationsparameter lfd. Nr. 11 dokumentiert die Ärztin oder der Arzt das Ergebnis der Überprüfung nach 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen.

3. Bürokratiekostenermittlung

[siehe Anlage 1]

4. Verfahrensablauf

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. August 2014	Plenum	Auftrag an das IQWiG: Leitlinienrecherchen zu der Diagnose chronischer Rückenschmerz / Erstellung einer Leitliniensynopse für ein DMP chronischer Rückenschmerz
18. November 2015		Fertigstellung des IQWiG-Berichtes
10. Februar 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
29. April 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
25. Mai 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
8. Juni 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
13. Juli 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
3. August 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Oktober 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
4. November 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
30. November 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
24. Januar 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. Februar 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. März 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
18. Mai 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Juli 2017	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
14. Juli 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
13. September 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
11. Oktober 2017	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
20. Oktober 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
8. November 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
24. Januar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
30. Januar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
28. Februar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
14. März 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
16. April 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
9. Mai 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
13. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
4. Juli 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
18. September 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
17. Oktober 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
28. November 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Dezember 2018	Unterausschuss DMP	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens im schriftlichen Beschlussverfahren
29. Januar 2019	AG Sitzung	Vorbereitung der Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen
1. Februar 2019	AG Sitzung	Vorbereitung der Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen
13. Februar 2019	AG Sitzung	Vorbereitung der Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen
13. März 2019	Unterausschuss DMP	Beschlussempfehlung an das Plenum
18. April 2019	Plenum	Beschluss über eine Änderung der DMP-A-RL: Anlage 2, Anlage 15 und Anlage 16

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 3**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL Anlage 9 und Anlage 10 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom **12. Dezember 2018** wurde das Stellungnahmeverfahren am **13. Dezember 2018** eingeleitet. Die den

Stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am **24. Januar 2019**.

Es wurden 14 Stellungnahmen fristgerecht eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in drei Arbeitsgruppensitzungen am **29. Januar 2019**, **1. Februar 2019** und am **13. Februar 2019** vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am **13. März 2019** durchgeführt (**Anlage 5**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. April 2019 beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung enthält sich.

6. Literaturverzeichnis

1. **Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ.** Efficacy, Tolerability, and Dose-Dependent Effects of Opioid Analgesics for Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2016;176(7):958-968.
2. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz: Langfassung; Version 4 [online]. AWMF-Registernummer nvl-007. 08.2013. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2013. [Zugriff: 19.01.2015]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-007l_S3_Kreuzschmerz_2013-08.pdf.
3. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie: nicht-spezifischer Kreuzschmerz, Langfassung, 2. Auflage [online]. AWMF-Registernummer nvl-007. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2017. [Zugriff: 02.05.2017]. URL: <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-lang.pdf>.
4. **Delitto A, George SZ, Van Dillen N, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al.** Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther* 2012;42(4):A1-A57.
5. **Deutsche Schmerzgesellschaft.** Empfehlungen der S3 -Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen - "LONTS“ [online]. AWMF-Register Nr. 145/003. 01.2015. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). [Zugriff: 19.04.2018]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003l_S3_LONTS_2015-01.pdf.
6. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP Chronischer Rückenschmerz; Abschlussbericht; Auftrag V14-04 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2015. [Zugriff: 07.05.2018]. (IQWiG-Berichte; Band 341). URL: https://www.iqwig.de/download/V14-04_Abschlussbericht_Leitlinienrecherche-und-bewertung-fuer-ein-DMP-Chronischer-Rueckenschmerz.pdf.
7. **Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, et al.** Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane*

- Database Syst Rev [online]. 2014(9):CD000963. URL: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full>.
8. **Klasen BW, Hallner D, Schaub C, Willburger R, Hasenbring M.** Validation and reliability of the German version of the Chronic Pain Grade questionnaire in primary care back pain patients. *Psychosoc Med* 2004;1:Doc07.
 9. **Marstedt G.** Faktencheck Rücken: Einstellungen, Erfahrungen, Informationsverhalten – Bevölkerungsumfrage zum Rückenschmerz [online]. Gütersloh (GER): Bertelsmann Stiftung; 2016. [Zugriff: 02.02.2018]. (Band 53). URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FC_Ruecken_Befragung.pdf.
 10. **Raspe R.** Rückenschmerzen [online]. Berlin (GER): Robert Koch-Institut; 2012. [Zugriff: 05.02.2018]. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Band 53). URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?__blob=publicationFile.
 11. **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit).** Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung [online]. Bonn (GER): SVR Gesundheit; 2002. [Zugriff: 02.02.2018]. URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/068/1406871.pdf>.
 12. **Smith BH, Penny KI, Purves AM, Munro C, Wilson B, Grimshaw J, et al.** The Chronic Pain Grade questionnaire: validation and reliability in postal research. *Pain* 1997;71(2):141-147.
 13. **Toward Optimized Practice (TOP), Institute of Health Economics (IHE).** Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain, 2nd edition [online]. Edmonton (CAN): TOP; 2011. [Zugriff: 18.12.2014]. URL: <http://www.topalbertadoctors.org/download/572/LBPGUIDELINESNov25.pdf?20141218100322>.
 14. **Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WW, Roland M, van Tulder MW.** Antidepressants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(1):CD001703.
 15. **Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF.** Grading the severity of chronic pain. *Pain* 1992;50(2):133-149.

7. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe
- Anlage 4: Stellungnahmen
- Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen

Berlin, den 18. April 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zum Beschluss über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird eine neue Informationspflicht für Ärztinnen und Ärzte eingeführt. Hierbei handelt es sich um die Erstellung teilnehmerbezogener Dokumentationen im DMP chronischer Rückenschmerz gemäß den Vorgaben in Anlage 16 sowie der indikationsübergreifenden Dokumentation gemäß Anlage 2 DMP-A-RL. Im Folgenden werden die mit der Änderung der DMP-A-RL einhergehenden Bürokratiekosten für Ärztinnen und Ärzte geschätzt.

Die Anzahl der künftig in dem DMP chronischer Rückenschmerz eingeschriebenen Patientinnen und Patienten ist mit großen Unsicherheiten verbunden, weshalb auf eine Einschätzung der Fallzahl verzichtet wird.

Wie viele Versicherte sich tatsächlich in den nächsten Jahren in das DMP chronischer Rückenschmerz einschreiben werden, wird sich erst nach Etablierung des DMP sowie dessen konkreter Ausgestaltung auf regionaler Ebene zeigen.

Es wird davon ausgegangen, dass durch die neue Informationspflicht zum DMP chronischer Rückenschmerz den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten ein einmaliger Einarbeitungsaufwand von 60 Minuten entsteht. Zudem wird die Anzahl der beteiligten Ärzte auf eine Fallzahl von 49.000 Ärztinnen und Ärzten geschätzt. Insofern entstehen im Zuge der Einarbeitung einmalige Bürokratiekosten von insgesamt geschätzt 2.611.700 Euro (53,30 Euro/60 x 60 x 49.000).

Durch die Einführung der Dokumentation ergeben sich zudem jährlich fortlaufende Bürokratiekosten. In diesem Zusammenhang wird für die Bürokratiekostenermittlung davon ausgegangen, dass im Durchschnitt drei Dokumentationen pro Patient und Jahr erstellt werden. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass für die Dokumentation eines Parameters 0,5 Minuten erforderlich sind. Dabei wird für die Erstdokumentation stets hohes Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) vorausgesetzt; für die Erstellung der Folgedokumentationen wird ein Mischansatz aus hohem (53,30 Euro/h) und mittlerem (27,80 Euro/h) Qualifikationsniveau im Verhältnis 50:50 zugrunde gelegt, da Teile der DMP-Dokumentation an Praxispersonal delegiert werden können. Damit entstehen für die Dokumentation je eines Parameters im Rahmen der Erstdokumentation Bürokratiekosten in Höhe von 0,44 Euro sowie für die Dokumentation je eines Parameters im Rahmen einer Folgedokumentation in Höhe von 0,34 Euro. Es wird davon ausgegangen, dass jährlich geschätzt fünf Prozent der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten aus dem DMP ausscheiden und dafür entsprechend Neueinschreibungen erfolgen.

Die Anzahl der zu dokumentierenden Parameter ergibt sich aus Anlage 16 DMP-A-RL (chronischer Rückenschmerz Dokumentation) und Anlage 2 DMP-A-RL (indikationsübergreifende Dokumentation).

Anlage 1 der Tragenden Gründe

Anlage	Anzahl Dokumentationsparameter bei Erstdokumentation	Anzahl Dokumentationsparameter bei Folgedokumentation	Geschätzte Bürokratiekosten je Erstdokumentation in Euro	Geschätzte Bürokratiekosten je Folgedokumentation in Euro
Anlage 16	8	9	3,52 Euro	3,06 Euro
Anlage 2 ¹	8	6	3,52 Euro	2,04 Euro
Gesamt	16	15	7,04 Euro (16 x 0,44)	5,10 Euro (15 x 0,34)

Im Jahr der Einschreibung ergeben sich aus einer Erstdokumentation sowie zwei Folgedokumentationen geschätzte Bürokratiekosten von 17,24 je Patient (7,04 Euro + 2 x 5,10 Euro).

In den Folgejahren ergeben sich bei drei Folgedokumentationen pro Jahr Bürokratiekosten von geschätzt 15,30 Euro je Patient (5,10 Euro x 3).

¹ Hinsichtlich Anlage 2 wird davon ausgegangen, dass ein Teil der geforderten administrativen Daten automatisch in der elektronischen Dokumentation hinterlegt wird (DMP-Fallnummer, Name der/des Versicherten, Geburtsdatum der/des Versicherten, Kostenträgername, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nummer, Vertragsarzt- bzw. Betriebsstättennummer, Krankenhaus-Institutionskennzeichen, Datum). Die Felder Nr. 10 (Einschreibung wegen) sowie Nr. 12 (Geschlecht) sind einmalig zu dokumentieren. Weitere sechs Felder der indikationsübergreifenden Dokumentation sind regelmäßig zu erheben (Körpergröße, Körpergewicht, Blutdruck, Raucher, Begleiterkrankungen, Dokumentationsintervall). Hieraus ergeben sich für die Erstdokumentation 8 Parameter und für die Folgedokumentation 6 Parameter.

**Verteiler für das Stellungnahmeverfahren
nach § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V und § 91 Abs. 5 und 5a SGB V zur Änderung
der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)
und der Anlage 16 (Dokumentation)**

(Stand: 12.12.2018)

<ul style="list-style-type: none"> • Bundesärztekammer • Bundespsychotherapeutenkammer • Bundeszahnärztekammer
<ul style="list-style-type: none"> • Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e.V. • Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. • Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. • Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e.V. • Deutscher Heilbäderverband e.V. • Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. • Verband Physikalische Therapie e.V.
<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Rentenversicherung Bund
<ul style="list-style-type: none"> • Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V.
<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Rheuma-Liga e.V. • Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
<ul style="list-style-type: none"> • Frau Professor Dr. med. Monika Hasenbring
<ul style="list-style-type: none"> • Bundesversicherungsamt
<p>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften <i>(mit der Bitte um entsprechende Weiterleitung)</i></p>
<p>Non-AWMF-Fachgesellschaften:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) • Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V. (DPhG) • Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) • Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e.V. (EVAA) • Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (GAÄD) • GwG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (vormals: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GWG)) • Studiengemeinschaft Orthopädienschuhtechnik e.V.



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Stand:

12.12.2018

Blaue Schrift: Ergänzungen im Vergleich zur geltenden Fassung der DMP-A-RL

gelb hinterlegt: dissente Punkte

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT 26.04.2014 B3), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V [Veröffentlichungsnummer]), wie folgt zu ändern:

I. Die Anlage 2 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs) der Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. Die laufende Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
„10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/Asthma bronchiale/COPD/chronische Herzinsuffizienz/chronischer Rückenschmerz “

28 2.

KBV, DKG:			GKV-SV, PatV:
Die laufenden Nummern 13 bis 17 werden wie folgt gefasst:			[keine Änderung]
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung	
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten			
„13	Körpergröße ⁴⁾	m	
14	Körpergewicht ⁴⁾	kg	
15	Blutdruck ^{3) 4)}	mm Hg	
16	Raucher ⁴⁾	Ja/Nein	
17	Begleiterkrankungen ⁴⁾	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/ Diabetes mellitus/KHK/AVK/ Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen	
⁴⁾ Dieser Dokumentationsparameter ist im DMP chronischer Rückenschmerz optional auszufüllen.“			

29

30 II. Der Richtlinie werden folgende Anlagen 15 und 16 angefügt:

31

32 „Anlage 15 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für
33 Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz

34 1. **Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter**
35 **Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten,**
36 **verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen**
37 **Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)**

38

39 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte
40 Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe

41 Eingeschlossen in das DMP werden Patienten und Patientinnen mit chronischem
42 nichtspezifischem Kreuzschmerz mit wesentlicher Funktionseinschränkung Grad II – IV im
43 „Chronic Pain Grade (CPG)“-Patientenfragebogen unter andauernder Therapie.

44 Kreuzschmerz im Sinne dieser Anlage ist der Schmerz im Rückenbereich unterhalb des
45 Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten.

46 Chronisch im Sinne dieser Anlage ist der Kreuzschmerz, wenn er länger als 12 Wochen anhält.

47 Nichtspezifisch im Sinne dieser Anlage ist der Kreuzschmerz, bei dem keine spezifischen
48 Erkrankungen, wie insbesondere in den Ausschlusskriterien benannt, ursächlich sind.

49 Ausgeschlossen von der Teilnahme an diesem DMP sind Patienten und Patientinnen mit
50 chronischen Kreuzschmerzen aufgrund folgender spezifischer Ursachen:

- 51 a. Tumor im Bereich der Wirbelsäule
- 52 b. Infektion im Bereich der Wirbelsäule
- 53 c. nicht stabil durchbaute Wirbelkörperfrakturen
- 54 d. Rheumatische Erkrankungen
- 55 e. symptomatische Radikulopathie
- 56 f. Kaudasyndrom

57

GKV-SV, DKG, KBV	PatV
<p>Versicherte, deren Kreuzschmerzen als Berufserkrankung anerkannt sind, können nicht an dem DMP teilnehmen. Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren wegen Kreuzschmerzen, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.</p>	<p>Versicherte, deren Kreuzschmerzen als Berufserkrankung anerkannt sind, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.</p> <p>Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.</p>

58

59 1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte
60 Behandlungsprogramm Rückenschmerz

61 Die hinreichende Diagnostik für die Aufnahme besteht aus:

- 62 a. der Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der unter Nummer 1.1
63 benannten Definition und Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe sowie der
64 körperlichen Untersuchung.
- 65 b. der Feststellung des Ausmaßes der Schmerzstärke und der funktionellen
66 Beeinträchtigung mit einem Ausmaß von mindestens Grad II, erhoben durch den
67 Patientenfragebogen „Chronic Pain Grade (CPG)“. Dieser Fragebogen wird der
68 Patientin oder dem Patienten vom Arzt für die Einschreibung zur Verfügung
69 gestellt und von der Patientin oder vom Patienten ausgefüllt.

70 Vor Einschreibung in das DMP prüft der Arzt das Vorliegen von Ein- und
71 Ausschlusskriterien. Dabei sind die Befunde einer vorangegangenen
72 Abklärungsdiagnostik sowie die Dokumentation von Therapie und Verlauf insbesondere
73 der vorangegangenen 12 Wochen zu berücksichtigen.

74 Bei Patienten mit anhaltenden aktivitätseinschränkenden oder progredienten
75 Kreuzschmerzen trotz leitliniengerechter Therapie soll die Indikation für eine bildgebende
76 Diagnostik überprüft werden. Die Wiederholung der Bildgebung ohne relevante Änderung
77 des klinischen Bildes soll nicht erfolgen.

78

GKV-SV, PatV [streichen]	DKG, KBV Die Voraussetzungen für die Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz müssen zum Zeitpunkt der Einschreibung durch schriftliche Befunde, unter anderem auch hinzugezogener oder vorbehandelnder Fachdisziplinen (z. B. Orthopädie, Neurologie oder Neurochirurgie unter Berücksichtigung der vorliegenden radiologischen Befunde), belegbar sein.
------------------------------------	--

79

GKV-SV, PatV Der Arzt bzw. die Ärztin prüft zudem vor Einschreibung, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist den Patienten oder die Patientin ggf. für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.	DKG, KBV [streichen]
--	--------------------------------

80

81 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll gemeinsam mit dem Patienten oder
82 der Patientin prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Kapitel 1.3
83 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung
84 mitwirken kann.

85 **1.3 Therapieziele**

86 Chronischer Kreuzschmerz ist mit einem erheblichen Verlust an Lebensqualität verbunden.
87 Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

88

- 89 - Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- 90 - Verbesserung der Funktionsfähigkeit
- 91 - Reduktion der Schmerzintensität
- 92 - Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit

93

GKV-SV, DKG, KBV - Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz, sowie Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage	PatV - Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung - Reduktion von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen - Reduktion von chirurgischen Maßnahmen
--	---

94

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Die Therapieziele sollen durch den strukturierten Einsatz von evidenzbasierten effektiven Behandlungsmaßnahmen und unter Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen erreicht werden. Die therapeutische Beziehung soll einer Somatisierung und übermäßiger Fixierung auf medizinische Maßnahmen entgegenwirken.</p>	<p>DKG, KBV</p> <p><i>[streichen, da die Maßnahmen zur Erreichung der Ziele andernorts (Nummer 1.5) definiert werden.]</i></p>
---	---

95

96 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren

97 Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten führt der koordinierende Arzt oder die
 98 koordinierende Ärztin eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis der psychischen und
 99 somatischen Situation sowie der Beurteilung des Verlaufs und der bisher stattgefundenen
 100 Untersuchungen und Behandlungen durch.

101 Der Arzt oder die Ärztin erfasst dazu die individuelle Beschwerdestärke, das Ausmaß der
 102 Funktionsbeeinträchtigung, die psychosoziale Belastung und psychische und somatische
 103 Komorbiditäten.

104 Bei der Therapieplanung soll eine den individuellen Voraussetzungen der Patientinnen oder
 105 des Patienten angemessene, zunehmende Aktivierung und weitere Lebensstilmodifikationen
 106 berücksichtigt werden. Voraussetzung für die Therapieplanung ist zudem eine gemeinsame
 107 Verständigung auf ein biopsychosoziales Krankheitsmodell.

108 Auf Basis der sich ergebenden individuellen Befundkonstellation soll die Ärztin oder der Arzt
 109 in Abstimmung mit der Patientin oder mit dem Patienten prüfen, ob die Patientin oder der
 110 Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von bestimmten
 111 Interventionen profitieren kann.

112 Die Basismaßnahmen (siehe Nummer 1.5.1) sollen grundsätzlich bei jeder Patientin oder
 113 jedem Patienten zur Anwendung kommen.

114

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Der Arzt oder die Ärztin prüft sodann, ob die Patientin oder der Patient von einer Optimierung bereits bestehender individueller Therapiemaßnahmen (siehe 1.5.2) oder deren Neu-Veranlassung profitieren kann. Bei nicht ausreichendem Erfolg soll im Weiteren eine Modifikation der Therapiemaßnahmen (siehe Nummer 1.5.3) im Sinne einer Ausweitung oder Intensivierung erfolgen. Sprechen die Beschwerden der Patientin oder des Patienten auch hierauf nicht in ausreichendem Maße an, kann eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie eingesetzt werden. In</p>	<p>KBV, PatV</p> <p>Bei nicht ausreichendem Erfolg soll eine Therapieintensivierung wie unter Nummer 1.5.2. und Nummer 1.5.3 beschrieben geprüft werden. Eine Fortsetzung von Maßnahmen, die keine Wirkung gezeigt haben, soll dabei vermieden werden.</p>
--	---

begründeten Fällen kann diese auch als initiale Maßnahme erwogen werden.	
--	--

115

116 Der koordinierende Arzt oder die koordinierende Ärztin erstellt gemeinsam mit dem Patienten
117 oder der Patientin einen Therapieplan mit individuellen Zielen,

118

GKV-SV, DKG insbesondere mit einem individuellen Ziel zur körperlichen Aktivität.	KBV, PatV z. B. zur körperlichen Aktivität oder zu Entspannungstechniken.
---	---

119

120 1.5 Therapeutische Maßnahmen

121 1.5.1 Basismaßnahmen

122 Alle Patienten sollen im Arzt-Patienten-Gespräch über das biopsychosoziale
123 Krankheitsverständnis von chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen aufgeklärt werden.

124

GKV-SV, DKG [streichen]	KBV, PatV Ergänzend zur individuellen Aufklärung sollte allen Patientinnen und Patienten die Patienteninformation „Chronische Kreuzschmerzen – Aktiv gegen dauerhafte Kreuzschmerzen“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mit der Einschreibung in das DMP zur Verfügung gestellt werden.
-----------------------------------	---

125

126 Alle Patienten sollen über die entscheidende, positive Rolle von körperlicher Aktivität zur
127 Vermeidung und Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden aufgeklärt werden. Sie sollen zu
128 regelmäßiger und entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu allmählich gesteigerter
129 körperlicher Aktivität im Alltag motiviert werden. Der Patient soll regelmäßig körperliches
130 Training durchführen, entweder selbständig oder durch Teilnahme an einem von Fachkräften
131 geleiteten Sportprogramm bzw. durch Teilnahme an Rehabilitationssport / Funktionstraining.
132 Die Art der körperlichen Bewegung soll sich nach den individuellen Präferenzen und
133 Voraussetzungen der Patienten und Patientinnen richten.

134

GKV-SV [streichen]	DKG Des Weiteren soll geprüft werden, ob der Patient oder die Patientin von einer Schulung gemäß Nummer 4.2 profitieren kann.	KBV, PatV Alle Patienten erhalten als zentrale Maßnahme Zugang zu einer Schulung, die als multimodales Angebot gemäß Nummer 4.2 konzipiert ist.
------------------------------	---	---

135

136

GKV-SV, DKG 1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen	KBV, PatV 1.5.2 Individuelle zusätzliche Maßnahmen
--	--

<p>Als wesentliche nicht-medikamentöse Behandlung soll die angeleitete Bewegungstherapie zur Anwendung kommen. Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.</p> <p>In Abhängigkeit der individuellen Befundkonstellation und der fachbezogenen Begründbarkeit, (siehe Nummer XX) können folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser, - Entspannungsverfahren: Jacobsonsche Relaxationstherapie - Verhaltenstherapie - Ergotherapie <p>Grundsätzlich stehen außerdem die Maßnahmen gemäß Heilmittelkatalog sowie die Akupunktur und die ärztliche Manuelle Therapie zur Verfügung</p>	<p>Ergänzend zur Basistherapie können in Abhängigkeit der individuellen Befundkonstellation, der individuellen Präferenzen und der individuell erhobenen Risikokonstellation (siehe Nummer 1.4) zusätzlich folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verhaltenstherapie (bei Vorliegen einer seelischen Krankheit) - Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser, - Entspannungsverfahren/progressive Muskelrelaxation - Manuelle Therapie in Kombination mit Bewegungstherapie - Massage in Kombination mit Bewegungstherapie - Ergotherapie im Rahmen eines multimodalen Angebotes - Akupunktur <p>Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.</p> <p>Um eine zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmte Kombination von somatisch und psychisch orientierten Behandlungsmodalitäten im Sinne eines multimodalen Ansatzes in der Versorgungspraxis umzusetzen, wird die multimodale Gruppenschulung gemäß Nummer 1.5.1 und 4.2 als Basismaßnahme für alle Patientinnen und Patienten in diesem DMP empfohlen. Dieses multimodale Angebot bildet die Voraussetzung für ein strukturiertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen. Daher soll vor Einleitung weiterer intensivierter Maßnahmen die Teilnahme an einer multimodalen Gruppenschulung geprüft werden.</p> <p>Zeigt sich innerhalb eines angemessenen Behandlungszeitraumes keine Besserung, soll die Fortführung oder Intensivierung von singulären Interventionen (z.B. Massage, Physiotherapie, manuelle Therapie) ohne Unterstützung durch ein multimodales Angebot vermieden werden.</p>
--	---

- 138 Folgende Maßnahmen werden nicht empfohlen:
- 139 - Traktionsbehandlung
 - 140 - Bettruhe
 - 141 - Orthesen und Schuheinlagen
 - 142 - Kurzwellendiathermie
 - 143 - Therapeutischer Ultraschall
 - 144 - Interferenztherapie
 - 145 - Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)
 - 146 - Perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS)
 - 147 - Magnetfeldtherapie
 - 148 - Lasertherapie
 - 149 - Kältetherapie

GKV-SV, DKG

1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen

Die Erreichung der Therapieziele und die Wirkung der individuellen Therapiemaßnahmen sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Zeigt sich innerhalb eines angemessenen Behandlungszeitraumes nach Einschreibung in das DMP keine Besserung von Schmerz und Funktionseinschränkung, prüft der Arzt oder die Ärztin, ob die Patientin oder der Patient von einer Kombination von individuellen Therapiemaßnahmen profitieren kann. Dabei sollen über einen definierten Zeitraum zeitgleich und aufeinander abgestimmt verschiedene Behandlungsmodalitäten – mindestens zwei, darunter Physiotherapie und eine aus dem psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich (Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie) - zur Anwendung kommen. Der koordinierende Arzt oder die koordinierende Ärztin überprüft mit der Patientin oder dem Patienten Motivation und Machbarkeit eines solchen intensivierten Behandlungskonzepts, das zugleich mit erhöhten Anforderungen an die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten einhergeht. Nach Abschluss des festgelegten Zeitraumes bewertet der Arzt oder die Ärztin gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten den Erfolg der intensivierten Therapiemaßnahme.

150

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>1.5.4 Multimodale Schmerztherapie</p> <p>Führen die intensivierten Therapiemaßnahmen zu keiner ausreichenden Besserung, soll die Erforderlichkeit einer stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie geprüft werden (siehe Nummer 1.4).</p>	<p>KBV, PatV</p> <p>1.5.3 Weitere intensivierte Maßnahmen</p> <p>Die Erreichung der gemeinsam vereinbarten Therapieziele ist nach Teilnahme an einer Schulung gemäß Nummer 4.2 in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.</p> <p>Sofern die ergänzenden Maßnahmen wie unter Nummer 1.5.2 beschrieben nicht erfolgreich sind oder keinen Erfolg versprechen, soll der Einsatz der ambulanten Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung oder eine teilstationäre oder stationäre multimodale Therapie erwogen werden.</p>
---	--

151

<p>GKV-SV</p> <p>1.5.5 Langzeitbetreuung</p> <p>Nach Durchlaufen aller indizierten Maßnahmen nach 1.5.1 – bis 1.5.4 soll der Schwerpunkt auf die Stabilisierung erworbener Verhaltens- und Handlungskompetenzen der Patientin bzw. des Patienten, die Verstetigung körperlicher Aktivität sowie auf die Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Interventionen gelegt werden. Wesentlich sind weiterhin die Kontrolle auf mögliche Änderungen des Beschwerdebildes und ein besonderes Augenmerk auf eine eventuell länger anhaltende Einnahme von Analgetika.</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--

152

153 ***[Redaktioneller Hinweis: die weiteren Kapitelnummerierungen zu den medikamentösen***
 154 ***Therapien werden nach Konsentierung angepasst.]***

155 **1.5.X** Medikamentöse Therapien

156 Die medikamentöse Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen ist symptomatisch. Sie dient
 157 der Unterstützung der nicht-medikamentösen Maßnahmen, damit die Betroffenen frühzeitig
 158 ihre üblichen Aktivitäten wiederaufnehmen. Die Indikation bei chronischen Kreuzschmerzen
 159 besteht einerseits, wenn zur Umsetzung der aktivierenden Maßnahmen eine medikamentöse
 160 Schmerztherapie erforderlich ist, andererseits wenn trotz regelrechter Durchführung dieser
 161 Maßnahmen eine für den Patienten nicht tolerable schmerzbedingte funktionelle
 162 Beeinträchtigung bestehen bleibt.

163 Die tatsächlich eingenommenen Medikamente sollen einschließlich der Selbstmedikation, und
 164 mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie erfragt und erfasst werden, um ggf.
 165 Therapieänderungen oder Dosisanpassungen möglichst frühzeitig vornehmen zu können.

166 Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch
 167 im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach
 168 § 31 a SGB V informiert.

169 Folgende Grundsätze sollen unabhängig von der Wahl, der Einleitung und der Durchführung
 170 der medikamentösen Therapie berücksichtigt werden:

- 171 - Aufklärung, dass Medikamente nur eine unterstützende Therapieoption bei
- 172 Rückenschmerzen darstellen

- 173 - Festlegung eines realistischen und relevanten Therapieziels auch unter
- 174 Berücksichtigung der körperlichen Funktion (z.B. Verbesserung der Gehstrecke
- 175 oder Belastbarkeit, relevante Schmerzlinderung (>30 oder >50%))
- 176 - Individuelle Auswahl der Medikation unter Berücksichtigung der
- 177 Begleiterkrankungen, Begleitmedikation, Unverträglichkeiten, Vorerfahrungen
- 178 und Präferenzen des Patienten.
- 179 - Stufenweise Dosistitration der Medikation zum Erreichen dieses Effektes mit der
- 180 geringsten effektiven Dosierung
- 181 - Überprüfung des Auftretens von Nebenwirkungen und des klinischen Effekts in
- 182 regelmäßigen Intervallen (ca. 4 Wochen)
- 183 - Bei akuten Schmerzen zeitiges Ausschleichen bzw. Absetzen der Medikation
- 184 mit Besserung der Symptomatik
- 185 - Fortführung der Therapie nur bei guter Wirksamkeit und Verträglichkeit,
- 186 Überprüfung in regelmäßigen Intervallen (alle 3 Monate)
- 187 - Ausschleichen/Absetzen der Therapie bei nicht ausreichender Wirksamkeit
- 188 (trotz angemessener Dosierung) oder relevanten Nebenwirkungen
- 189

190 1.5.X.X Nicht-Opioidanalgetika

191 1.5.X.X.X NSAR / COX-2-Hemmer

192 Sofern NSAR eingesetzt werden, sollte dies in der möglichst niedrigsten wirksamen Dosierung
 193 geschehen. COX-2-Hemmer können als Alternative erwogen werden, wenn NSAR nicht
 194 vertragen werden. NSAR und COX-2-Hemmer sollen dabei so kurzzeitig wie möglich, unter
 195 Berücksichtigung des gastrointestinalen und kardiovaskulären Risikoprofils sowie unter
 196 Beachtung der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt werden.

197 1.5.X.X.X Paracetamol

198 Paracetamol sollte nicht zur Behandlung von nicht-spezifischen Kreuzschmerzen eingesetzt
 199 werden.

200 1.5.X.X.X Metamizol

201 Metamizol kann bei Kontraindikationen für NSAR erwogen werden. Auch hier gilt der
 202 Grundsatz: Niedrigste Dosis so kurzzeitig wie möglich unter Berücksichtigung der
 203 Warnhinweise.

204 1.5.X.X Opioidanalgetika

205 Opioide können bei chronischen Rückenschmerzen im Rahmen eines therapeutischen
 206 Gesamtkonzepts zeitlich begrenzt indiziert sein, daher sollte die Indikation auch ständig
 207 überprüft werden. Für Patienten mit unzureichender Schmerzkontrolle, die bisher keine
 208 Therapie mit einem Opioid erhalten haben, soll ein Therapieversuch erwogen werden. Bei
 209 Patienten, die bereits eine Therapie mit einem Opioid erhalten, soll die Indikation nach den
 210 oben genannten Grundsätzen der medikamentösen Therapie überprüft und ggf. angepasst
 211 werden.

212 Opioide sind als einzige Maßnahme aber im Regelfall nicht ausreichend und führen nur bei
 213 einem Teil der Patienten zur erwünschten Schmerzlinderung und/oder einer Verbesserung der
 214 funktionellen Kapazität. Eine langfristige Behandlung ist entsprechend nur bei Patienten mit
 215 individuell gutem Ansprechen und guter Verträglichkeit sinnvoll. Aufgrund dieser
 216 eingeschränkten Wirksamkeit, des relevanten Nebenwirkungsprofils, der Suchtgefahr und der
 217 möglichen Einschränkung der Verkehrssicherheit, sollte eine langfristige Anwendung von
 218 Opioiden unter regelmäßiger kritischer Prüfung von Wirkung und Nebenwirkungen
 219 durchgeführt, angepasst oder beendet werden.

220

221 1.5.X.X Antidepressiva

222 Ohne indikationsrelevante Komorbidität sollten Antidepressiva nicht verordnet werden.

223

224 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen

225 Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Konsultationen sind:

- 226 - Erfassung der aktuellen Schmerzstärke und Funktionseinschränkung
- 227 - Erfassung von Symptomveränderungen
- 228 - Erfassung fortbestehender psychosozialer Belastungsfaktoren und
- 229 symptomunterhaltender Komorbiditäten
- 230 - Grad der Erreichung der gemeinsam vereinbarten Ziele, insbesondere hinsichtlich der
- 231 körperlichen Aktivität
- 232 - ggf. Anpassung individuell vereinbarter Ziele
- 233 - Motivation zu ausreichender körperlicher Aktivität und deren Verstetigung
- 234 - Unterstützung und Überwachung ggf. eingeleiteter Maßnahmen gem. Nummer 1.5.1
- 235 sowie Überleitung dieser Therapieinhalte in selbständige Aktivitäten
- 236 - Bei Verwendung von Schmerzmitteln über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen
- 237 Prüfung der Notwendigkeit einer Fortführung (einschl. Erfassung von Neben – und
- 238 Wechselwirkungen).
- 239 - Entscheidung über Fortführung oder Umstellung des vereinbarten Therapieplans

240

241 Für die Beurteilung des Verlaufes von Schmerz und Funktion sollen

GKV-SV, KBV die Items 3 und 5	DKG, PatV mindestens die Items 1-7
---	--

242 des CPG-Fragebogens verwendet werden.]

243

GKV-SV, DKG, KBV <i>[streichen]</i>	PatV Für die Beurteilung des Therapieverlaufes in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität kommt der VR-12 zum Einsatz.
---	---

244 Bei Änderungen des Beschwerdebildes soll die Notwendigkeit einer weiterführenden
245 Untersuchung beim spezialisierten Facharzt oder einer spezialisierten Fachärztin bzw. für eine
246 Bildgebung geprüft werden.]

247 1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

248 1.7.1 Koordinierender Arzt

249

GKV-SV, DKG, KBV <i>[streichen]</i>	PatV Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt steht im Austausch mit den behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten und Therapeutinnen und Therapeuten. Sie oder er hat die Perspektiven, Befunde und erfolgten Maßnahmen der verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das weitere therapeutische Vorgehen miteinzubeziehen.
---	--

250 Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im
251 Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt

252

GKV-SV, PatV	DKG, KBV
<p>grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben.</p> <p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit chronischen Kreuzschmerzen auch</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder - eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder - eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt <p>zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p> <p>Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.</p>	<p>durch die Hausärztin/ den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben oder durch die Fachärztin / den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Fachärztin / den Facharzt für Orthopädie, die Fachärztin / den Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder durch eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.</p>

253

254 1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils
 255 qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

256 Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei
 257 folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur
 258 Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen, nichtspezifischen
 259 Kreuzschmerzen erfolgen soll:

- 260 - bei Hinweisen auf symptomunterhaltende oder –verstärkende psychische
- 261 Belastungen/psychosoziale Konflikte oder bei Hinweisen auf psychische Komorbidität
- 262 zum ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten (nach Möglichkeit mit
- 263 schmerzpsychotherapeutischer Expertise) oder zu einem anderen entsprechend

264 qualifizierten Facharzt oder einer anderen entsprechend qualifizierten Fachärztin
 265 oder einer entsprechend qualifizierten Einrichtung,
 266

<p>GKV-SV, PatV [streichen]</p>	<p>DKG, KBV</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei anhaltend hohem Schmerzniveau oder bei wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden zur schmerztherapeutisch qualifizierten Ärztin/Arzt oder einer schmerztherapeutisch qualifizierten Einrichtung,
--	---

267

<p>GKV-SV, PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische Ursache oder bei wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden des chronischen Kreuzschmerzes oder bei nicht ausreichendem Ansprechen der Beschwerden auf die zur Anwendung gebrachten Maßnahmen je nach individueller Konstellation zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung, 	<p>DKG, KBV</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische Ursache des chronischen Kreuzschmerzes je nach individueller Konstellation zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung,
---	---

268

269 - bei neu aufgetretenen Hinweisen für extravertebrale Ursachen zum jeweils
 270 qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung.

271 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 272 Überweisung.
 273

274 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

275 Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen

276 insbesondere:

277

<p>GKV-SV, DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie [GKV-SV (siehe 1.5.4)] 	<p>KBV, PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur multimodalen Schmerztherapie (auch teilstationär und Kurzzeitbehandlung),
---	---

278

279 - bei ausgeprägtem oder zunehmendem neurologischem Defizit (Lähmung,
 280 Sensibilitätsstörung) der unteren Extremität,

281 - bei Nachlassen des Schmerzes und zunehmender Lähmung bis zum kompletten
 282 Funktionsverlust des Kennmuskels der unteren Extremität,

283 - bei Kaudasyndrom: plötzlich einsetzende Blasen-/Mastdarmstörung, z. B. Urinverhalt,
 284 vermehrtes Wasserlassen, Inkontinenz,

285 - bei Gefühlsstörung perianal/perineal,

286 - bei sonstigen akut aufgetretenen Warnhinweisen für eine spezifische Ursache des
 287 chronischen Kreuzschmerzes, die eine notfallmäßige Abklärung und Therapie
 288 erfordern.

289 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 290 Einweisung.

291 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

292 Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen.

293 Dabei sind die Schwere des chronischen Rückenschmerzes und die dadurch bedingte
 294 Funktionseinschränkung, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie
 295 die psychosoziale Belastung zu beachten.

296 Eine Leistung zur Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit,
 297 die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Patientin oder des Patienten am
 298 Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen durch den chronischen
 299 Rückenschmerz zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

300 **2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften**
 301 **Buches Sozialgesetzbuch)**

302 Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser
 303 Richtlinie geregelt.

304

305 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	<p>GKV-SV: Bei erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern: Niedrige durchschnittliche Anzahl kreuzschmerzbedingter Arbeitsunfähigkeitstage.</p> <p>DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i></p>	<p>GKV-SV: Mittelwert und Median der kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeitstage bei erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern.</p> <p>DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i></p>
2	<p>Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen.</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p>
3	<p>Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Opioidanalgetika-Therapie.</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine kreuzschmerzbedingte Opioidanalgetika-Therapie für mehr als 12 Wochen erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p>
4	<p>Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Nicht-Opioidanalgetika-Therapie.</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine kreuzschmerzbedingte dauerhafter Nicht-Opioidanalgetika-Therapie erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p>

5	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger körperlicher Aktivität.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die im Dokumentationszeitraum regelmäßig körperlich aktiv waren, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
6	<p>DKG, KBV, PatV:</p> <p>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurde.</p> <p>GKV-SV:</p> <p>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit denen aktuell mindestens ein individuelles Ziel vereinbart ist.</p>	<p>DKG, KBV, PatV:</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurden bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>GKV-SV:</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, mit denen mindestens ein individuelles Ziel vereinbart ist, bezogen auf alle Teilnehmerinnen oder Teilnehmer.</p>
7	<p>DKG, KBV, PatV:</p> <p>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit krebsspezifischer Schulung.</p> <p>GKV-SV: <i>[streichen]</i></p>	<p>DKG, KBV, PatV:</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer krebsspezifischen Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>GKV-SV: <i>[streichen]</i></p>
8	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der krebsspezifischen Schmerzstärke.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der krebsspezifischen Schmerzstärke oder gleichbleibend niedriger Schmerzstärke, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
9	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der krebsspezifischen Funktionsfähigkeit.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der krebsspezifischen Funktionsfähigkeit oder gleichbleibend niedriger Funktionseinschränkung, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
10	<p>PatV:</p> <p>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.</p> <p>DKG, GKV-SV, KBV: <i>[streichen]</i></p>	<p>PatV:</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>DKG, GKV-SV, KBV: <i>[streichen]</i></p>

307 **3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f**
 308 **Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)**

309 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose gesichert ist
 310 und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten
 311 Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

312 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

313 Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser
 314 Richtlinie geregelt.

315 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

316 Voraussetzung für die Teilnahme ist das Vorliegen und die Einhaltung der unter Nummer 1.1
 317 und Nummer 1.2 genannten Kriterien.

318 Die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt prüft regelmäßig gemeinsam mit der
 319 Patientin oder dem Patienten,

GKV-SV jedoch spätestens nach zwei Jahren,	DKG, PatV mindestens einmal jährlich,	KBV [streichen]
--	---	---------------------------

320 ob die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme an diesem DMP profitiert.

321 Kommen der Arzt oder die Ärztin und der Patient oder die Patientin zu dem Ergebnis, dass
 322 dies nicht mehr der Fall ist, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die
 323 Krankenkasse.

324 **4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2**
 325 **Nr. 4 SGB V)**

326 4.1 Schulungen der Leistungserbringer

327 Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie
 328 geregelt.

329 4.2 Schulungen der Versicherten

330 Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

331

GKV-SV Danach dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Da die unter Nummer 1.4 bis Nummer 1.5.4 beschriebenen Therapiemaßnahmen	DKG, KBV Jeder Patient <u>soll</u> Zugang zu einer strukturierten, evaluierten, und publizierten Gruppenschulung <u>erhalten</u> .	PatV Jeder Patient <u>erhält</u> Zugang zu einem geeigneten, strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Gruppenschulungsprogramm.
	KBV, PatV Diese soll mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, angeleitet durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen, enthalten und ist aktiv ühend zu gestalten.	

bereits zwingend informierende und schulende Elemente, wie sie zum Erlernen von Eigenübungsprogrammen erforderlich sind, enthalten, sind isolierte Schulungsprogramme nach § 4 DMP-A-RL für dieses DMP nicht erforderlich.	
--	--

332

333 **5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)**
 334 **(§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)**

335 Für die Evaluation nach § 6 Abs. 2 Ziffer 1 sind mindestens folgende medizinische Parameter
 336 auszuwerten:

	GKV-SV	KBV	DKG	PatV
Evaluationsparameter				
a) Arbeitsunfähigkeitstage	X	X	<i>[streichen]</i>	<i>[streichen]</i>
b) Patienten und Patientinnen mit Schulung	<i>[streichen]</i>	X	X	X
c) Dauertherapie mit Opioidanalgetika	X	X	X	X
d) Dauertherapie mit Nicht-Opioidanalgetika	X	X	X	X
e) Schmerzstärke (Item 3 nach CPG, Dokumentationsparameter lfd. Nr. X)	X	X	X	X
f) Funktionsfähigkeit (Item 5 nach CPG, Dokumentationsparameter lfd. Nr. X)	X	X	X	X
g) Wirbelsäulen-Operationen	<i>[streichen]</i>	X	<i>[streichen]</i>	X
h) ungeplante ambulante oder stationäre kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung	X	X	X	X
i) gesundheitsbezogene Lebensqualität	<i>[streichen]</i>	<i>[streichen]</i>	<i>[streichen]</i>	X

337

338 Abweichend von § 6 Abs. 3 Nr. 2 endet der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu
 339 erstellenden Bericht nach 48 Monaten, beginnend mit dem 1. Tag des der frühesten Zulassung
 340 eines DMP Chronischer Rückenschmerz folgenden Quartals.

341 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie ist
 342 aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP
 343 eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.

344 **Anlage 16 Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation**

345

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	GKV-SV: Erwerbstätig seit der letzten Dokumentation ¹ DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>	GKV-SV: Ja / Nein DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>
2	GKV-SV: Anzahl der kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeitstage ² seit der letzten Dokumentation DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>	GKV-SV: Anzahl DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>
Relevante Ereignisse		
3	Ungeplante ambulante oder stationäre kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung seit der letzten Dokumentation ¹	Anzahl
Medikamente		
4	Aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation: Opioidanalgetika	Ja, länger als 12 Wochen/Ja, weniger als 12 Wochen/ Nein
5	Aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation: Nicht Opioidanalgetika ³	Dauerhaft / Bei Bedarf / Nein
Schulung		
6	DKG, KBV, PatV: Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer multimodalen Schulung teilgenommen ⁴ GKV-SV:	DKG, KBV, PatV: Ja / Nein GKV-SV:

¹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Arbeitsunfähigkeitstage beinhalten auch die Fehltage ohne ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Hier ist auch eine Selbstmedikation zu dokumentieren

⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen

	[streichen]	[streichen]
7	DKG, KBV, PatV: Kreuzschmerz-spezifische Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) GKV-SV: [streichen]	DKG, KBV, PatV: Ja / Nein GKV-SV: [streichen]
8	DKG, KBV, PatV: Kreuzschmerz-spezifische Schulung wahrgenommen ¹ GKV-SV: [streichen]	DKG, KBV, PatV: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen GKV-SV: [streichen]
Sonstige Behandlung		
9	Regelmäßig körperlich aktiv	Ja / Nein / Nicht möglich
10	KBV, DKG, PatV: Erreichung mindestens eines der individuell vereinbarten Ziele seit der letzten Dokumentation ¹ GKV-SV: Aktuell ist mindestens ein individuelles Ziel vereinbart.	KBV, DKG, PatV: Mindestens ein Ziel erreicht / Noch kein Ziel erreicht / Kein Ziel überprüft / Kein Ziel vereinbart GKV-SV: Ja / Nein
11	CPG Item 3: Durchschnittliche Stärke der Kreuzschmerzen in den letzten drei Monaten (0 = „Keine“ bis 10 = „Stärkster Schmerz“)	Zahl (0 – 10, ganzzahlig)
12	CPG Item 5: Kreuzschmerzbedingte Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivitäten (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) in den letzten drei Monaten (0 = „Keine“ bis 10 = „Maximale Beeinträchtigung“)	Zahl (0 – 10, ganzzahlig)
13	PatV: gesundheitsbezogene Lebensqualität (VR-12) DKG, GKV-SV, KBV: [streichen]	PatV: Zahl/Score DKG, GKV-SV, KBV: [streichen]
14	Beendigung der DMP-Teilnahme vereinbart. ⁵	Ja/Nein

346 ⁵Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern hier „Ja“ angegeben wird, erfolgt eine Beendigung
347 der DMP-Teilnahme durch die Krankenkasse.

348 „

349

350 III. Die Änderung der Richtlinie tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im
351 Bundesanzeiger folgenden Quartals, nicht jedoch vor dem TT. Monat JJJJ, in Kraft.

352

353 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter
354 www.g-ba.de veröffentlicht.

355

356 Berlin, den T. Monat JJJJ

357

Gemeinsamer Bundesausschuss

358

gemäß § 91 SGB V

359

Der Vorsitzende

360

361

Prof. Hecken

1 Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

2 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen 3 Bundesausschusses 4 über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen- 5 Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, 6 Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer 7 Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer 8 Rückenschmerz - Dokumentation)

9 **Stand:**
10 12.12.2018
11 **gelb hinterlegt:** dissente Punkte

12 Vom **Beschlussdatum**

13	Inhalt	
14	1. Rechtsgrundlage.....	2
15	2. Eckpunkte der Entscheidung	2
16	3. Bürokratiekostenermittlung.....	27
17	4. Verfahrensablauf	27
18	5. Fazit.....	30
19	6. Literaturverzeichnis	30
20	7. Zusammenfassende Dokumentation	31

21

22 **1. Rechtsgrundlage**

23 Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen
 24 Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember
 25 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten
 26 Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den
 27 Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Abs. 2 SGB
 28 V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die
 29 Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 1 SGB V, die er
 30 gemäß § 137f Abs. 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. § 137f Abs. 1 Satz 3 SGB V
 31 legt fest, dass der G-BA insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und
 32 Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien zu erlassen hat.

33 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

34 **Allgemeines**

35 Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden nach dem aktuellen
 36 Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien
 37 oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des
 38 jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der
 39 Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch
 40 an Leitlinientexten orientieren.

41 Die vorliegenden Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses beschreiben die
 42 Anforderungen an die Behandlung von Patienten mit chronischem Rückenschmerz, die
 43 aufgrund der Erfüllung der Kriterien für die hinreichende Diagnostik (siehe Nummer 1.2) in ein
 44 strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind.

45 **Zu Anlage 2**

46 Die Änderung der Anlage 2 der DMP-A-RL durch eine Ergänzung der lfd. Nr. 10 um die
 47 Ausprägung chronischer Rückenschmerz wurde infolge der Ergänzung eigenständiger DMP
 48 Anforderungen chronische Rückenschmerz erforderlich.

49

KBV, DKG:	GKV-SV, PatV:
<p>Laut § 28f der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) sollen personenbezogener Daten in den strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f des SGB V nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des SGB V genutzt werden. Für die Dokumentationsfelder 13 bis 17 der Anlage 2 der DMP-A-RL sind diese Zwecke nicht gänzlich erfüllt, da keiner der Parameter, die in den Dokumentationsfeldern 13 bis 17 erfasst werden, in der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) direkt adressiert wird. Im Sinne der Entbürokratisierung am Ort der Leistungserbringung sollen diese Felder in Rahmen des DMP chronischer Rückenschmerz nicht verpflichtend sondern optional angegeben werden. Somit haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, diese Daten nur dann zu erfassen, wenn sie diese für die Behandlung nach der Anlage 15 der DMP-A-RL als relevant betrachten.</p>	<p>[streichen]</p>

50

51 **Zu Nummer 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte**
52 **Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe**

53

54 Die Definition des chronischen Rückenschmerzes erfolgte in Anlehnung an die NVL „Nicht-
55 Spezifischer Kreuzschmerz“ (NVL 2017, S. 13)[3]. Entsprechend des gesetzlichen Auftrages
56 im Rahmen des GKV-VSG, in welchem vorgegeben wurde, dass der G-BA insbesondere für
57 die Behandlung von Rückenleiden entsprechende Regelungen zu treffen und auf die genannte
58 Leitlinie verwiesen hatte, erfolgte eine Spezifikation der Definition mit der Maßgabe, die
59 Patientinnen und Patienten zu beschreiben, welche von einem strukturiertem
60 Behandlungsprogramm profitieren können.

61 Die Definition der Chronizität erfolgte nach den gültigen medizinischen Definitionen einer
62 chronischen Erkrankung mit einem Verlauf von > 12 Wochen.

63 Die Bestimmung des Schweregrades des chronischen Rückenschmerzes soll entsprechend
64 den Vorgaben der NVL 2017 (S. 13 und 14)[3] anhand der Graduierung von Schmerzen mit
65 der deutschen Version des Fragebogens „Chronic Pain Grade (CPG) Questionnaire“ (Klasen
66 et al., 2004)[6] erfolgen. Dies ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Beurteilung der
67 Schmerzstärke und Funktionsbeeinträchtigung mit 7 Items. Sowohl die englische
68 Originalversion als auch die deutsche Übersetzung zeigen moderate bis gute
69 testpsychometrische Kennwerte (von Korff et al., 1992[13]; Smith et al., 1997[10]; Klasen et
70 al., 2004[6]). Das Graduierungsschema unterscheidet den Rückenschmerz nach dem Ausmaß
71 der Schmerzintensität und der schmerzbedingten Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten.
72 Somit kann ein rechtssicheres Kriterium zur Einschreibung erhoben werden.

73 Der CPG-Fragebogen sowie das Auswertungsschema zur Bestimmung der
74 Schmerzgraduierung (Grad I – IV) sind im Folgenden dargestellt.

75

76 CPG-Fragebogen

1.	Wie würden Sie Ihre momentanen Rückenschmerzen, d.h. jetzt im Augenblick , auf einer Skala einschätzen, wenn <i>0 = kein Schmerz</i> und <i>10 = stärkster vorstellbarer Schmerz</i> bedeuten?										
	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Kein Schmerz										Stärkster vorstellbarer Schmerz
2.	Wie würden Sie Ihre stärksten Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten einschätzen, wenn <i>0 = kein Schmerz</i> und <i>10 = stärkster vorstellbarer Schmerz</i> bedeuten?										
	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Kein Schmerz										Stärkster vorstellbarer Schmerz
3.	Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten im Durchschnitt , wenn <i>0 = kein Schmerz</i> und <i>10 = stärkster vorstellbarer Schmerz</i> bedeuten?										
	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Kein Schmerz										Stärkster vorstellbarer Schmerz
4.	An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Rückenschmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Arbeit, Schule, Haushalt)?										
	an etwa _____ Tagen										
5.	In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?										
	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Keine Beeinträchtigung										Keine Aktivität mehr möglich
6.	In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- und Freundeskreis beeinträchtigt, wenn <i>0 = keine Beeinträchtigung</i> und <i>10 = keine Aktivitäten mehr möglich</i> bedeuten?										
	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Keine Beeinträchtigung										Keine Aktivität mehr möglich
7.	In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt, wenn <i>0 = keine Beeinträchtigung</i> und <i>10 = keine Aktivitäten mehr möglich</i> bedeuten?										
	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Keine Beeinträchtigung										Keine Aktivität mehr möglich

77 Quelle: Klasen et al. 2004, Seite 12 Appedix B [6]

78 **Auswertung des CPG-Fragebogens**

79 Der Auswertung der oben beschriebenen sieben Fragen soll anhand der
80 Auswertungsanleitung des CPG-Fragebogen erfolgen.

81 Für die Bestimmung des Schweregrades nach von Korff (von Korff et al., 1992)[13] werden
82 Informationen über die Schmerzintensität, die schmerzbedingte Beeinträchtigung und die
83 Tage, an denen die Patienten unfähig dazu waren, ihre üblichen Aktivitäten zu verrichten,
84 verrechnet. Als Ergebnis lässt sich ein Schweregrad von I bis IV zuordnen. Das Vorgehen
85 umfasst folgende Schritte:

86

87 **1) Schmerzintensität** (Frage 1, 2 und 3):

88

a. Berechnung des Mittelwertes aus momentaner, durchschnittlicher und
89 maximaler Schmerzintensität (Numerische Rating-Skala 0-10), dann
90 multipliziert mit 10.

91

b. Bewertung der „charakteristischen“ Schmerzintensität:

92

- bis 49 = gering

93

- ab 50 = hoch

94

95 **2) Beeinträchtigung** (Frage 5, 6 und 7):

96

a. Berechnung des Mittelwertes aus Beeinträchtigung im Alltag, Freizeitaktivität
97 und Arbeitsfähigkeit (Numerische Rating-Skala 0-10), dann multipliziert mit 10.

98

b. Bewertung des „**Disability-Score**“:

99

- 0 - 29 = 0

100

- 30 - 49 = 1

101

- 50 - 69 = 2

102

- $\geq 70 = 3$

103

104 **3) Frage 4: Anzahl der Tage, an denen sich die Patienten in den letzten 3 Monaten**
105 **unfähig fühlten, ihren üblichen Aktivitäten nachzugehen**

106

a. Einteilung in Klassen als „**Disability-Tage**“:

107

- 0 – 6 Tage = 0

108

- 7 – 14 Tage = 1

109

- 15 – 30 Tage = 2

110

- ≥ 31 Tage = 3

111

112 **4) Aus 2 und 3 (Disability-Score und Disability-Tage, jeweils klassifiziert) wird der**
113 **Summenwert der Disability-Punkte** additiv bestimmt.

114

115 **5) Aus 1 und 4 (Schmerzintensität und Disability-Punkte) errechnet sich die**
116 **Graduierung:**

117

- 1 = Geringe Schmerzintensität (< 50) und geringe schmerzbedingte
118 Beeinträchtigung (< 3 Disability-Punkte)

119

- 2 = Hohe Schmerzintensität (≥ 50), geringe schmerzbedingte
120 Beeinträchtigung (< 3 Disability-Punkte)

121

- 3 = Hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung, mäßig limitierend (3-4
122 Disability-Punkte)

123

- 4 = Hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung; stark limitierend (5-6
124 Disability-Punkte)

125

126

127 In den folgenden beiden Tabelle ist die Bestimmung des Schweregrades nach von Korff
128 zusammenfassend dargestellt.

129

130 **Schritt 1: Score-Berechnung und Schritt 2: Bewertung**

Berechnung	Bewertung	
Schmerzintensität Mittelwert aus Schmerzfragen multipliziert mit 10 = $(1 + 2 + 3)/3 \cdot 10$	Schmerz-Score: 0 = 0 (keine) 1 - 49 = 1 (gering) 50 - 100 = 2 (hoch)	Disability-Punkte: Summe aus Disability-Score und Disability-Tagen (0 - 6 Punkte)
Beeinträchtigungsgrad Mittelwert aus Funktionsfragen multipliziert mit 10 = $(5 + 6 + 7)/3 \cdot 10$	Disability-Score: 0 - 29 = 0 30 - 49 = 1 50 - 69 = 2 70 - 100 = 3	
Beeinträchtigungstage Anzahl der Tage in auf Frage 4	Disability-Tage: 0 - 6 Tage = 0 7 - 14 Tage = 1 15 - 30 Tage = 2 ≥ 31 Tage = 3	

131 **Schritt 3: Bestimmung der Schmerzgraduierung aus den berechneten Scores (Schmerz-**
132 **Score und Disability-Punkte)**

Beeinträchtigung	Schmerzintensität	Grade
Gering (Disability-Punkte = 0 - 2)	Gering (Schmerz-Score = 1)	Grad I
	Hoch (Schmerz-Score = 2)	Grad II
Mäßig (Disability-Punkte = 3 - 4)	<i>(unabhängig von der Schmerzintensität)</i>	Grad III
Hochgradig (Disability-Punkte = 5 - 6)		Grad IV

133

134 Bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen lassen sich keine eindeutigen Hinweise auf eine
135 spezifische zu behandelnde Ursache erkennen [3].

136 Die spezifischen Ursachen des chronischen Kreuzschmerzes sind insbesondere in den
137 Ausschlusskriterien genannt. Es dürfen keine Patientinnen und Patienten mit spezifischen
138 Ursachen eines chronischen Kreuzschmerzes am DMP teilnehmen.

139 Spezifische Kreuzschmerzen haben eine feststellbare somatische Ursache, deren gezielte
140 Therapie den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann, z. B. Bandscheibenvorfall,
141 Spinalkanalstenose, entzündliche Kreuzschmerzen, Osteoporose, Fraktur, Infektion, Tumor,
142 Spondylolisthesis usw. [3]. Für diese Patientinnen und Patienten ist eine Teilnahme am DMP
143 nicht geeignet, deshalb dürfen sie nicht ins DMP eingeschrieben werden.

144 Die Versorgung von Patienten mit Kreuzschmerzen findet in unterschiedlichen Sektoren und
145 unter der Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger statt.

146 Sofern es sich bei dem chronischen Rückenschmerz des Patienten um eine anerkannte
147 Berufskrankheit handelt ist eine Einschreibung in das DMP nicht möglich, da in diesem Fall
148 ein anderer Versicherungsträger zuständig ist.

149

<p>GKV-SV, KBV</p> <p>Bestehende Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen sollten grundsätzlich auch bereits vor Einschreibung in das DMP genutzt werden. Da bei einem geplanten, beantragten oder laufenden Rehabilitationsverfahren unter Umständen die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers besteht, könnte es bei gleichzeitiger Einschreibung in das DMP zu Überschneidungen von Leistungsansprüchen und gleichzeitigen unabgestimmten Behandlungen kommen.</p>	<p>DKG, PatV</p> <p>[streichen]</p>
---	--

150

<p>GKV-SV</p> <p>„Geplant“ bezüglich der Rehabilitationsmaßnahme bedeutet, dass der Arzt dem Patienten eine aus medizinischer Sicht sinnvolle Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme empfiehlt, dieser prüft den Vorschlag und informiert sich bei den zuständigen Stellen. Die Phase der Planung wird entweder durch die Stellung eines Antrages oder eine Ablehnung des Vorschlags durch den Patient beendet. Bei bereits beantragten Leistungen zur Rehabilitation ist eine Einschreibung nach Abschluss des Antragsverfahrens im Sinne einer Ablehnung oder nach Abschluss der durchgeführten Maßnahme möglich.</p>	<p>KBV, DKG</p> <p>Bei einer geplanten Rehabilitationsmaßnahme kann die Patientin oder der Patient erst dann eingeschrieben werden, wenn die Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen ist oder nicht durchgeführt wird.</p>	<p>PatV</p> <p>[streichen]</p>
--	---	---------------------------------------

151

152 **Zu Nummer 1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte**
 153 **Behandlungsprogramm Rückenschmerz**

154 Eine Einschreibung in das DMP kann bei Patienten mit chronischen unspezifischen
 155 Rückenschmerzen ab einem Verlauf von mindestens 12 Wochen Dauer in Erwägung gezogen
 156 werden. Es ist davon auszugehen, dass in diesem, einer möglichen Einschreibung
 157 vorangehenden Zeitraum wenn nötig entsprechend der klinischen Praxis und wie von den
 158 Leitlinien empfohlen, eine Abklärung möglicher spezifischer Ursachen erfolgt ist. Auf diese
 159 Informationen greift der Arzt, der mit dem Patienten die Einschreibung erwägt, anhand von
 160 Anamnese und den Dokumentationen zu Verlauf, Diagnostik und Therapie zurück.

161

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Es liegt ausdrücklich in der Entscheidung der einschreibenden Ärztin oder des einschreibenden Arztes, ob die Diagnostik zum Zeitpunkt der Einschreibung als ausreichend angesehen werden kann, um insbesondere die Ausschlusskriterien beurteilen zu können. Anforderungen an das Vorliegen von Ausschlussbefunden</p>	<p>DKG, KBV</p> <p>Für einen hinreichend sicheren Ausschluss der unter Nummer 1.1 definierten Kriterien (Ausschlusskriterien) benötigt der einschreibende Arzt/ die einschreibende Ärztin schriftliche Befunde mindestens von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder für Orthopädie oder für Neurologie oder für Neurochirurgie. Dabei sind radiologische Befunde zu berücksichtigen. Damit soll vermieden werden, dass Fälle übersehen werden, die einer spezifischen kausalen Therapie bedürfen. Insbesondere die</p>
--	--

<p>sind mit dem Ziel der Vermeidung von Überdiagnostik nicht vereinbar.</p>	<p>häufig schwierige Abgrenzung der symptomatischen Radikulopathie (siehe hierzu die Empfehlungen der NVL 2017 unter 3.3.1[3]), die ein Ausschlusskriterium darstellt, von einer pseudoradikulären Symptomatik erfordert fachärztliche Expertise, ebenso die Sichtung und Bewertung der in vielen Fällen im Vorfeld erfolgten bildgebenden Diagnostik und die Frage des Bezugs ggf. festgestellter morphologischer Auffälligkeiten zum aktuellen klinischen Befund.</p> <p>Die Empfehlung entspricht der im IQWiG Bericht enthaltenen Leitlinie der APTA 2012[4] (GR A, IQWiG V14-04, S.113).</p>
---	---

162

163 Die vom Fragebogeninstrument CPG nach v. Korff et al. (1992)[13] ermittelten Parameter
 164 korrelieren nach den Ergebnissen verschiedener Validerungsstudien [6,10] gut mit der
 165 Schmerzstärke, der funktionellen Beeinträchtigung, der Inanspruchnahme von medizinischen
 166 Leistungen sowie der Prognose von chronischen unspezifischen Rückenschmerzen. Damit
 167 stellt der CPG -Fragebogen ein geeignetes Instrument zur Beurteilung des Ausmaßes von
 168 Schmerz und Beeinträchtigung von Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der
 169 Einschreibung dar.]

170 Die Formulierung zur Indikation für eine bildgebende Diagnostik entspricht den Empfehlungen
 171 der NVL 2017 (NVL 2017[3]).

172

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Eine Überprüfung vor Einschreibung in das DMP, ob bei dem Patienten wegen seiner chronischen Rückenschmerzen eine Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommt, ist aus mehreren Gründen sinnvoll. So ist das Ziel der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit für einen großen Teil der Patienten relevant. Für die Patienten ohne Erwerbsbezug ist das Rehabilitationsziel der Erhaltung der Selbstversorgungsfähigkeit, der Teilhabe und Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit von Bedeutung. Darüber hinaus verfügen die Anbieter von Rehabilitationsmaßnahmen über Konzepte und Strukturen, die die Möglichkeit einer intensiven Behandlung während eines begrenzten Zeitraumes, auch mit multimodalen Ansätzen, bieten.</p>	<p>DKG, KBV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
---	--

173 Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in § 137 f Abs. 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V hat der G-
 174 BA nur für solche Erkrankungen Richtlinien zu entwickeln, bei welchen eine „Beeinflussbarkeit
 175 des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten“ besteht. Dieser Vorgabe wird
 176 mit dem letzten Satz unter Nummer 1.2 in den Einschlusskriterien Rechnung getragen.

177 **Zu Nummer 1.3 Therapieziele**

178 Chronische Rückenschmerzen führen zu einem Verlust an Lebensqualität und zu
 179 Einschränkungen bei den alltäglichen und beruflichen Aktivitäten[8].

180 Unmittelbare Therapieziele im DMP, wie sie auch die NVL als Ziele des Managements nicht-
 181 spezifischer Kreuzschmerzen angibt [3], sind die Minderung der Schmerzintensität sowie die
 182 Steigerung der Funktionsfähigkeit und der Belastbarkeit. Mittelbar und unmittelbar wird der
 183 Erhalt bzw. die Wiedererlangung der Eigenständigkeit, der Alltagskompetenz und der
 184 Arbeitsfähigkeit angestrebt [3].

185 Insgesamt soll aus der Behandlung eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen
 186 Lebensqualität erfolgen.

187

<p>GKV-SV, PatV</p> <p><i>[Vorschlag: nachfolgende Passage verschieben]</i></p> <p>Die Therapieziele sollen durch den strukturierten Einsatz von effektiven Behandlungsmaßnahmen und unter Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen sowie unter Vermeidung von Somatisierung und übermäßiger Fixierung auf medizinische Maßnahmen erreicht werden. Damit verbunden ist eine Reduktion</p> <p>[PatV: von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen und chirurgischen Maßnahmen.]</p> <p>[GKV-SV: des von unnötigen operativen und invasiven Interventionen , sowie eine Reduktion des Schmerzmittelgebrauchs, von Hospitalisierungen und kreuzschmerzbedingte AU-Tagen.]</p>	<p>KBV, DKG</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--

188

189

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Entsprechende Prinzipien für die Behandlung, welche durch Hinweise für eine bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung begründet sind, lassen sich aus der NVL 2017 [3] sowie Erhebungen [7] und Gutachten zur Versorgung von chronischen, nicht-spezifischen Kreuzschmerzen [9] entnehmen.</p>	<p>DKG</p> <p>Entsprechende Prinzipien für die Behandlung, welche durch Hinweise für eine bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung begründet sind, lassen sich aus der NVL 2017 [3] entnehmen.</p>	<p>KBV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--	---

190

191 **Zu Nummer 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren**

192 Die hier genannten Kriterien zur Planung der Therapie bei unspezifischem Kreuzschmerz
 193 wurden in enger Anlehnung an die NVL Kreuzschmerz 2017 formuliert.

194

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Die Therapieplanung und Therapie von nichtspezifischen Kreuzschmerzen orientiert sich dabei an den Schmerzen und dem aktuellen Funktionsstatus des Patienten/der Patientin. Der Behandlungsplan wird vom behandelnden Arzt/ der behandelnden Ärztin gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin individuell abgestimmt. (NVL 2017, S. 29)[3].</p>	<p>KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	---

<p>Der Therapieplanung soll ein abgestuftes Vorgehen zugrunde liegen.</p> <p>Basismaßnahmen sollen grundsätzlich bei jeder Patientin oder jedem Patienten zur Anwendung kommen, Diese bestehen insbesondere aus der Motivation zu körperlicher Aktivität, sowie der Vermittlung eines biospsychosozialen Krankheitsmodells und von Kompetenzen zu gesundheitsbewusstem Verhalten (NVL 2017, S. 29)[3].</p> <p>Je nach individueller Befundkonstellation, fachbezogener Begründetheit und Patientenpräferenz können zu den Basismaßnahmen individuelle Therapiemaßnahmen (siehe Nummer 1.5.2) hinzugefügt werden. Da bei Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen bereits eine mindestens 12-wöchige Erkrankungsdauer mit gegebenenfalls bereits veranlassten therapeutischen Maßnahmen vorliegt, prüft der Arzt oder die Ärztin zudem, ob die Patientin oder der Patient von einer Optimierung bereits veranlasster individueller Therapiemaßnahmen profitieren kann.</p> <p>Im DMP erfolgt die wiederholte Bewertung des Falles durch regelmäßige Verlaufsuntersuchungen Auf Basis dieser Bewertungen soll bei nicht ausreichendem Erfolg eine Modifikation der Therapiemaßnahmen im Sinne einer Intensivierung erfolgen (siehe Nummer 1.5.3). Dieser Prozess entspricht der in der NVL (S. 34)[3] beschriebenen Vorgehensweise im Rahmen eines multidisziplinären Assessments, welches im ambulanten Versorgungssystem allerdings als solches nicht zur Verfügung steht.</p> <p>Als höchste Stufe, wenn weniger intensive evidenzbasierte Therapieverfahren unzureichend wirksam waren, sollen die Patientinnen und Patienten mit multimodalen Programmen, d.h. teilstationärer oder stationärer multimodaler Schmerztherapie, behandelt werden (NVL 2017, S 69[3], siehe Nummer 1.5.4). In begründeten Fällen können diese auch als initiale Maßnahme erwogen werden.</p>	
--	--

195

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Bezüglich der Vereinbarung von Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten hat die körperliche Aktivität als wesentliches Element der Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen einen besonderen Stellenwert (NVL 2017, S. 40) [3]. Der Arzt soll zur regelmäßigen körperlichen Aktivität beraten und motivieren. Die Beratung beinhaltet die leistungsangepasste Dosierung, Regeln für die Dosissteigerung und die Zieldefinition mit Leistungssteigerung ohne Schmerzsteigerung (NVL 2017, S. 40)[3]. Aufgrund ihrer Bedeutung und der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung eignet sich die körperliche Aktivität besonders gut für die Definition eines Therapiezieles.</p>	<p>KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
---	---

196

197 **Zu Nummer 1.5 Therapeutische Maßnahmen**

198

<p>GKV-SV, DKG</p>	<p>KBV, PatV</p>
<p>Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Die therapeutischen Maßnahmen wurden in Anlehnung an die NVL 2017[3] im Sinne</p>	<p>Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Die therapeutischen Maßnahmen wurden in Anlehnung an die NVL 2017[3] im Sinne</p>

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
<p>eines Stufenschemas formuliert. Als Basismaßnahme ist vor allem die körperliche Aktivierung genannt.</p> <p>Die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigten Leitlinien ((TOP 2011, NVL 2013 und NVL 2017 (S.67) [2,3,11] unterstreichen die generell positive Wirkung der körperlichen Aktivität bei chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen. Auch von der NVL 2017 wird diese Empfehlung aufrechterhalten (S. 30)[3]. Nach der NVL 2017 [3] sollen Patienten mit chronischem nicht-spezifischen Kreuzschmerz bei anhaltenden Aktivitätseinschränkungen und Gefährdung der beruflichen Wiedereingliederung die Teilnahme an einer Rehabilitationssport- bzw. Funktionstrainingsgruppe empfohlen werden.</p> <p>[GKV-SV: Es gilt die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).]</p> <p>Zu Nummer 1.5.2 individuelle Therapiemaßnahmen</p> <p>Zusätzlich zu den Basismaßnahmen können für die Patientin oder den Patienten weitere individuelle Therapiemaßnahmen sinnvoll sein. Insbesondere sprechen die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigte NVL 2017 (S. 39) [2] Empfehlungen für die Bewegungstherapie bei chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen aus.</p> <p>Bewegungstherapie bei chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen meint die Behandlung von Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungstechniken zur Verbesserung der Beweglichkeit, der Koordination, der Muskelkraft, der Ausdauer und der</p>	<p>eines Stufenschemas formuliert. Als Basismaßnahmen werden demzufolge die Aufklärung der Patientin oder des Patienten im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells, die körperliche Aktivität, und, als zentrale Maßnahme, die multimodale Schulung empfohlen.</p> <p>Die Vermittlung des biopsychosozialen Krankheitsmodells von chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen entspricht den Empfehlungen der NVL 2017. Ergänzend zur individuellen Aufklärung sollte die Patienteninformation „Chronische Kreuzschmerzen – Aktiv gegen dauerhafte Kreuzschmerzen“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zur Verfügung gestellt werden, da diese auf der Basis der NVL 2017 in verständlicher Sprache und qualitätsgeprüft erstellt wurde. Dadurch wird gewährleistet, dass die medizinischen Inhalte der Patienteninformation den Empfehlungen des DMP entsprechen und dementsprechend kongruente Inhalte vermittelt werden.</p> <p>Die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigte NVL 2017 unterstreichen die positive Wirkung der körperlichen Aktivität bei chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen generell. Als primäre Behandlung zur Unterstützung der körperlichen Aktivität wird die Bewegungstherapie, kombiniert mit edukativen Maßnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien, in der NVL mit hohem Grading empfohlen (NVL 2017). Nach der NVL 2017 sollen Patienten mit chronischem nicht-spezifischen Kreuzschmerz bei anhaltenden Aktivitätseinschränkungen und Gefährdung der beruflichen Wiedereingliederung die Teilnahme an einer Rehabilitationssport- bzw. Funktionstrainingsgruppe empfohlen werden. Es gilt die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für</p>

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
<p>Schnellkraft. In Bezug auf die in der Heilmittelrichtlinie aufgeführten Maßnahmen der physikalischen Therapie umfasst dies unter anderem die Übungsbehandlung und die Krankengymnastik allgemein.</p> <p>Ebenso für die weiteren beschriebenen Maßnahmen, wie z.B. verhaltenstherapeutische Maßnahmen (NVL S. 49), Entspannungsverfahren (NVL S. 42) oder ergotherapeutische Maßnahmen (NVL S. 42) sind entsprechende Empfehlungen in der NVL 2017 hinterlegt. Bezüglich der ergotherapeutischen Maßnahmen empfiehlt die NVL 2017 diese im Rahmen eines multimodalen Angebotes anzubieten. Unter den Umständen, dass multimodale Programme in der ambulanten Versorgung fehlen, kommt die DMP-Versorgung mit ihren verschiedenen somatischen und psychischen Therapieansätzen einem solchen Rahmen nahe.</p>	<p>Rehabilitation (BAR).</p> <p>Für multimodale Gruppenangebote bei chronischem nicht-spezifischen Kreuzschmerz konnten signifikante langfristige Effekte auf die Schmerzreduktion und die körperliche Funktionsfähigkeit und zum Teil auf die Arbeitsfähigkeit gegenüber der herkömmlichen Behandlung sowie gegenüber einer rein somatischen Behandlung (z.B. Physiotherapie) metaanalytisch nachgewiesen werden (Kemper et al., 2014). Diese Angebote werden in der NVL 2017 mit hohem Grading empfohlen (NVL 2017 S. 69). Gemäß der aktuellen Metaanalyse (Kemper et al., 2014) ist der Begriff multimodal definiert durch mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, welche integriert und aufeinander abgestimmt sind und interdisziplinär durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen angeleitet werden.</p> <p>Für die alleinige Intensivierung einzelner, nicht aufeinander abgestimmter Maßnahmen, wie z.B. Physiotherapie oder Entspannungsübungen, liegen keine robusten Wirksamkeitsnachweise vor. Für edukative Maßnahmen konnten positive Effekte nur in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen gefunden werden (NVL 2017). Verhaltenstherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie kann nur bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung angewendet werden. Im Rahmen multimodaler Angebote wird die Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Prinzipien jedoch explizit stark empfohlen (NVL 2017, S. 49).</p> <p>Entsprechend der NVL 2017 bzw. der Metaanalyse zu multimodalen Angeboten (Kemper et al., 2014) sollen diese neben der edukativen Komponente mindestens zwei aufeinander abgestimmte Module (ein somatisches und ein psychisch orientiertes) enthalten und sind, in Abgrenzung zur reinen Edukation, aktiv ühend zu gestalten (NVL</p>

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
	<p>2017).</p> <p>Verglichen mit allen anderen in diesem DMP empfohlenen Maßnahmen existieren derzeit für multimodale Angebote, wie oben beschrieben, die vergleichsweise stärksten Wirksamkeitsbelege. Daher wird ein multimodales Angebot im Rahmen einer Gruppenschulung als zentrale Maßnahme für alle Patientinnen und Patienten im DMP chronischer Rückenschmerz empfohlen.</p> <p>Die Recherche des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Frage, ob Programme existieren, die die geforderten Kriterien erfüllen, führte zu dem Ergebnis, dass mehrere strukturierte, evaluierte und publizierte Programme vorliegen, die diesen Anforderungen entsprechen.</p> <p>Zu Nummer 1.5.2 Individuelle zusätzliche Maßnahmen</p> <p>In Abhängigkeit von der individuellen Befundkonstellation und der Patientenpräferenz können weitere therapeutische Maßnahmen sinnvoll sein.</p> <p>Für verhaltenstherapeutisch orientierte Maßnahmen sprechen die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigte NVL (S. 39) Empfehlungen aus. Eine Verhaltenstherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie kann nur beim Vorliegen einer psychischen Erkrankung angewendet werden. Im Rahmen multimodaler Angebote wird die Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Prinzipien jedoch explizit stark empfohlen (NVL 2017, S. 49) und findet im Rahmen der multimodalen Gruppenschulung in diesem DMP Anwendung.</p> <p>Die Empfehlungen zur Krankengymnastik, zu den Entspannungsverfahren, zur manuellen Therapie in Kombination mit Bewegungstherapie, zur Massage in Kombination mit Bewegungstherapie, zur Ergotherapie im Rahmen multimodaler</p>

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
	<p>Angebote und zur Akupunktur entsprechen den jeweiligen „kann“-Empfehlungen der einzelnen Maßnahmen der NVL 2017.</p> <p>Bewegungstherapie bei chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen meint die Behandlung von Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungstechniken zur Verbesserung der Beweglichkeit, der Koordination, der Muskelkraft, der Ausdauer und der Schnellkraft. In Bezug auf die in der Heilmittelrichtlinie aufgeführten Maßnahmen der physikalischen Therapie umfasst dies unter anderem die Übungsbehandlung und die Krankengymnastik allgemein.</p>

199

200 In der NVL Kreuzschmerz 2017[3], 2. Auflage, werden im Kapitel 5 eine Reihe nicht-
201 medikamentöser Maßnahmen, welche bei der Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen
202 eingesetzt werden, dargestellt und bewertet. Die im Anforderungstext des DMP nicht zur
203 Anwendung empfohlenen Maßnahmen bei chronischem nicht-spezifischem Rückenschmerz
204 beruhen auf den jeweiligen Empfehlungen/Statements aus der NVL 2017[3]. So werden die
205 Maßnahmen Traktionsbehandlung (NVL 2017, Kapitel 5.17, S. 48), Bettruhe ((NVL 2017,
206 Kapitel 5.2, S. 39), Orthesen und Schuheinlagen (NVL 2017, Kapitel 5.13, S. 46),
207 Kurzwellendiathermie (NVL 2017, Kapitel 5.8, S. 43), Therapeutischer Ultraschall (NVL 2017,
208 Kapitel 5.19, S. 49), Interferenztherapie (NVL 2017, Kapitel 5.6, S. 42), Transkutane
209 elektrische Nervenstimulation – TENS (NVL 2017, Kapitel 5.18, S. 48), Perkutane elektrische
210 Nervenstimulation – PENS (NVL 2017, Kapitel 5.14, S. 46), Magnetfeldtherapie (NVL 2017,
211 Kapitel 5.10, S. 44), Lasertherapie (NVL 2017, Kapitel 5.9, S. 44), Kältetherapie (NVL 2017,
212 Kapitel 5.16, S. 47) auch im Anforderungstext des DMP nicht zur Anwendung empfohlen [3].

213 Im Folgenden sind die Nummern der Empfehlungen sowie der dazugehörige
214 Empfehlungsgrad aus der NVL 2017 in der Tabelle als Übersicht wiedergegeben:

215

Negativempfehlung zu	Empfehlung/Statement in der NVL 2017 (Nummer der Empfehlung)	Empfehlungsgrad ¹
Traktionsbehandlung	5-24	A
Bettruhe	5-3	A
Kurzwellendiathermie	5-13	A

¹ Die NVL unterscheidet drei Empfehlungsgrade A „Starke Empfehlung“ B „Empfehlung“ und 0 „offen“

Therapeutischer Ultraschall	5-27	A
Interferenztherapie	5-11	A
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	5-26	B
Perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS)	5-20	A
Magnetfeldtherapie	5-15	A
Lasertherapie	5-14	A
Orthesen und Schuheinlagen (zusammengefasst in der Empfehlung zu Medizinischen Hilfsmitteln)	5-19	A

216

217 Diese Empfehlungen stimmen mit denen des IQWiG-Berichts überein. Diese stützen sich
 218 allerdings überwiegend auf die NVL 2013 [2] sowie auf die Leitlinie TOP 2011 [11]
 219

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
<p>Zu Nummer 1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen und 1.5.4 Multimodale Schmerztherapie</p> <p>Der IQWiG-Bericht beschreibt DMP-relevante Empfehlungen aus 3 Leitlinien zu interdisziplinären und multimodalen Rehabilitationsprogrammen. Interdisziplinäre und multimodale Rehabilitationsprogramme werden für solche Patienten mit chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen empfohlen, bei denen weniger intensive, nicht interdisziplinäre Therapien zu keiner Besserung der Symptomatik geführt haben.</p> <p>Zur Evidenz für die Wirksamkeit der multimodalen Behandlungsmaßnahmen verweisen die Leitlinien insbesondere auf einen Cochrane-Review[5] zur multidisziplinären, biopsychosozialen Rehabilitation bei chronischem Kreuzschmerz. Als wesentliche Interventionsbestandteile schloss der Review Studien ein, die sowohl eine physiotherapeutisch-somatische Komponente und eine oder beide Komponente aus den Bereichen Psychotherapie und arbeitsplatzbezogene Interventionen umfasste. Die Maßnahmen wurden von Berufsgruppen aus mindestens zwei verschiedenen Richtungen erbracht. Die Mehrzahl der Studien fand im ambulanten Setting statt.</p> <p>Eigenständige multimodale Therapiemaßnahmen bei chronischem Rückenschmerz, auf die ein DMP zurückgreifen könnte, sind im ambulanten Versorgungsbereich derzeit nicht verfügbar. Sie sind jedoch stationär oder teilstationär als interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie verfügbar (1.5.4 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie).</p> <p>Es ist aber möglich, vor dem Einsatz der stationären oder teilstationären interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie, im Sinne der vorstehend genannte Definition des Cochrane-Reviews die Therapie im ambulanten Versorgungsbereich zu intensivieren (1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen). Dazu</p>	<p>Zu Nummer 1.5.3 Weitere intensivierte Maßnahmen</p> <p>Das Erwägen intensiverter Maßnahmen nach erfolgloser Anwendung der unter 1.5.1 beschriebenen Basismaßnahmen und ggf. zusätzlicher individueller Maßnahmen gemäß 1.5.2 entsprechen den Empfehlungen der NVL 2017.</p>

<p>GKV-SV, DKG</p>	<p>KBV, PatV</p>
<p>werden über einen definierten Zeitraum zeitgleich und aufeinander abgestimmt verschiedene im Regelleistungskatalog vorhandene Behandlungsmodalitäten – mindestens 2, darunter Physiotherapie und eine aus dem psychotherapeutisch- psychosomatischen Bereich (Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie) miteinander kombiniert. Dies entspricht den Interventionen, für die im o.g. Cochrane-Review der Wirksamkeitsnachweis geführt wurde.</p>	

220

<p>GKV-SV</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p>
<p>Zu Nummer 1.5.5 Langzeitbetreuung</p> <p>Die Maßnahmen im DMP chronischer Rückenschmerz, wie die Bewegungstherapie, das Erlernen von Entspannungsverfahren, die Verhaltenstherapie und die teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie, haben im Wesentlichen eine Veränderung von Einstellungen, eine Veränderung des Lebensstils und den Erwerb von Fertigkeiten zur besseren Krankheitsbewältigung zum Ziel. Sie sind damit größtenteils für eine zeitlich begrenzte Anwendung oder für eine Wiederholung zur Verstärkung oder Auffrischung sinnvoll. Wenn deshalb alle indizierten Maßnahmen nach 1.5.1 – bis 1.5.4 durchlaufen sind, soll der Schwerpunkt in Behandlung und Arzt-Patientenbeziehung auf die Stabilisierung erworbener Verhaltens- und Handlungskompetenzen der Patientin bzw. des Patienten, die Verstetigung körperlicher Aktivität (NVL 2017, Seite 72) sowie auf die Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Interventionen gelegt werden. Wesentlich sind weiterhin die Kontrolle auf mögliche Änderungen des Beschwerdebildes und ein besonderes Augenmerk auf eine eventuell länger anhaltende Einnahme von Analgetika (NVL 2017, Seite 36ff).</p>	<p>[streichen]</p>

221

222 **Zu Nummer 1.5.X Medikamentöse Therapien**

223 Die hier genannten medikamentösen Therapieoptionen bei unspezifischem Kreuzschmerz
 224 wurden in enger Anlehnung an die NVL Kreuzschmerz 2017[3] 2. Auflage Abschnitt 6
 225 formuliert.

226 Die Empfehlung zu Metamizol wurde formuliert um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass
 227 es eine nicht zu vernachlässigende Gruppe von Patienten gibt, bei denen NSARs nicht
 228 einsetzbar sind und für die wenige medikamentöse Therapieoptionen existieren (NVL 2017[3]
 229 „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“, LoE: Expertenkonsens).

230

231 **Zu Nummer 1.5.X.X Nicht-Opioidanalgetika**

232 Die meisten Nicht-Opioidanalgetika sind zu Langzeitbehandlung nicht zugelassen und nicht
 233 geeignet. Sie erfordern wegen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen
 234 Medikamenten eine individuelle Anpassung.

235 Unberührt davon sind die Regelungen insbesondere § 34 Absatz 1 SGB V und § 12 Absatz
 236 11 AM-RL zu beachten.

237 **Zu Nummer 1.5.X.X.X Paracetamol**

238 Die im Anforderungstext des DMP nicht empfohlene Behandlung von Patientinnen und
 239 Patienten mit nicht-spezifischem Kreuzschmerz mit Paracetamol beruht auf der gleich
 240 lautenden Negativ-Empfehlung 6-7 (mittlerer Empfehlungsgrad B) der NVL 2017.

241

242 **Zu Nummer 1.5.X.X Opioidanalgetika**

243 Der Stellenwert der Opioiden bei nicht-Tumor Schmerzen wird immer kritischer beurteilt,
 244 insbesondere bei Rückenschmerzen [1](Abdel Shaheed 2016). Die Empfehlungen zur
 245 Langzeitanwendung von Opioiden wurden aus der NVL 2017[3] übernommen. Opioiden bei
 246 Rückenschmerzen erfordern ein regelmäßige Monitoring von Wirksamkeit und
 247 Nebenwirkungen entsprechend den Vorgaben der Nationalen Versorgungsleitlinie
 248 Kreuzschmerz 2017 [3] und der Leitlinie „Opioiden, Langzeitanwendung zur Behandlung bei
 249 nicht tumorbedingten Schmerzen“[4].

250

251 **Zu Nummer 1.5.X.X. Antidepressiva**

252 Die NVL Kreuzschmerz 2017[3] 2. Auflage rät in Empfehlung 6-18 von Antidepressiva zur
 253 Schmerztherapie ab (Urquhart 2008[12]). Davon unbenommen ist die erwünschte Erfassung
 254 psychosozialer Risikofaktoren und Komorbiditäten wie Depression (Empfehlungen 3-4, 3-5).
 255 Bei Vorliegen einer Depression wird eine Behandlung mit Antidepressiva nicht abgelehnt
 256 (Empfehlung 6-19)

257

258 **Zu Nummer 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen**

259 Die Standardinhalte der ärztlichen Konsultationen im Rahmen des strukturierten
 260 Behandlungsprogramms wurden im Einklang mit den Empfehlungen der NVL 2017[3] nicht-
 261 spezifischer Kreuzschmerz formuliert und beruhen auf Expertenkonsens.
 262
 263

GKV-SV, KBV	DKG, PatV
Die Verlaufsbeurteilung der Schmerzstärke und Funktionsbeeinträchtigung erfolgt mit zwei Items des CPG-Fragebogens zur Schmerzgraduierung (v. Korff, 1992)[13]. Zur Erfassung der Schmerzstärke wird das	Beim chronischen Rückenschmerz handelt es sich um einen komplexen Erkrankungszustand, dessen Therapie sich schwerpunktmäßig an den Schmerzen und dem aktuellen Funktionszustand des

<p>Item 3, welches die durchschnittliche Schmerzstärke in den letzten drei Monaten erfragt, eingesetzt.</p> <p>Zur Messung der Funktionsbeeinträchtigung wird das Item 5 angewendet, welches die Beeinträchtigung bei allgemeinen Aktivitäten erfragt. Mit diesen beiden Items werden die generischen Aspekte beider Subskalen des CPG-Fragebogens abgebildet.</p> <p>Die Empfehlung zur Verwendung der beiden Items entspricht den Forderungen nach möglichst datensparsamen bürokratischen Anforderungen an Arztpraxen.</p>	<p>Patienten orientiert. Im Hinblick auf eine fundierte Therapieplanung bedarf es einer differenzierten Einschätzung der entsprechenden körperlichen Situation. In der NVL (NVL 2017, S. 36) werden hierfür verschiedene, teilweise sehr differenzierte Erhebungsinstrumente empfohlen. Im Rahmen des DMP sollte zumindest eine regelmäßige Erfassung der Items 2-7 des oben bereits erwähnten CPG-Fragebogens erfolgen. Dieser kommt bereits zum Zeitpunkt der Einschreibung zur Anwendung und bildet eine aufwandsarme Möglichkeit der Verlaufsbeurteilung in Bezug auf Funktionseinschränkung und Schmerz.</p>
---	---

265 **Zu Nummer 1.7.1 Koordinierender Arzt**

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Unspezifische Rückenschmerzen sind ein weitverbreitetes Beschwerdebild, das selten eine bestimmten Spezialfachärztlichen Versorgung benötigt sondern bei dem der niedrigschwellige Zugang zu einer Behandlung und eine bedarfsweise Einbindung bestimmter Facharztdisziplinen im Vordergrund stehen. Eine gute Kenntnis der psychischen, beruflichen und sozialen Situation des Patienten sowie seiner Komorbiditäten sind in diesem Zusammenhang hilfreich. Deshalb werden Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen größtenteils beim Hausarzt anzutreffen sein, der aus den vorstehend genannten Gründen auch besonders gut für die Rolle des koordinierenden Arztes im DMP chronischer Rückenschmerz geeignet ist.</p> <p>In Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn der Patient bereits länger wegen der Rückenschmerzen von diesem Arzt betreut worden ist, kann er auch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie oder eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, als koordinierende Ärztin bzw. koordinierenden Arzt wählen.</p>	<p>DKG, KBV</p> <p>Für die Rolle der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz sind Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin gleichermaßen geeignet. Alle genannten Arztgruppen sind im Rahmen der fachärztlichen Grundversorgung tätig, bei denen die Behandlung und Behandlungskoordination von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen ein Kerngebiet darstellt. Das Management von komplexen Komorbiditäten ist ein Kerngebiet der Hausärztinnen und Hausärzte. Liegen solche Konstellationen vor, sollte die Koordination des strukturierten Behandlungsprogramms durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen.</p>
--	--

266

267 **Zu Nummer 1.7.2: Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom**
 268 **koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten**
 269 **Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung**

270 Symptomunterhaltende oder -verstärkende psychische Belastungen, psychosoziale Konflikte
 271 oder psychische Komorbidität spielen bei vielen Patienten mit chronischen unspezifischen
 272 Rückenschmerzen eine wichtige, die Beschwerden aufrechterhaltende oder verstärkende,
 273 evtl. sogar auslösende Rolle. In solchen Situationen kann die Überweisung zum ärztlichen

274 oder psychologischen Psychotherapeuten oder zum Psychiater (psychologischer oder
 275 ärztlicher Psychotherapeut nach Möglichkeit mit schmerzpsychotherapeutischer Expertise)
 276 erforderlich sein.

277 Ebenso können

- 278 • neu aufgetretenen Hinweise für eine spezifische Ursachen,
- 279 • neu aufgetretenen Hinweise für extravertebrale Ursachen,
- 280 • eine wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden des chronischen
 281 Kreuzschmerzes
- 282 • oder ein nicht ausreichendes Ansprechen der Beschwerden auf die zur Anwendung
 283 gebrachten Maßnahmen]

284 zusätzlich Expertise und Behandlung durch die jeweils qualifizierte Fachärztin oder den jeweils
 285 qualifizierten Facharzt und die entsprechenden Überweisung erforderlich machen.

286

<p>GKV-SV, PatV, DKG [streichen]</p>	<p>KBV Über besondere Expertise bei chronischen Schmerzen verfügen im ambulanten Sektor insbesondere Schmerztherapeuten, die im Rahmen der Schmerztherapievereinbarung gesonderten Qualitätsanforderungen unterliegen.</p>
---	---

287

288 Im Weiteren gilt, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt nach
 289 pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung entscheidet.

290 **Zu Nummer 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung**

291

<p>GKV-SV, DKG Patientinnen und Patienten, bei denen die intensivierten Therapiemaßnahmen zu keiner ausreichenden Besserung führen, können in Abhängigkeit des Therapiebedarfs eine stationäre oder teilstationäre multimodale Schmerztherapie erhalten.</p>	<p>KBV, PatV Unter den unter 1.5.3 beschriebenen Voraussetzungen kann eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie erwogen werden.</p>
---	--

292 Die weiteren Einweisungsgründe sind in Anlehnung an die NVL Kreuzschmerz (2017)
 293 formuliert. Bei Vorliegen von Warnhinweisen („red flags“) mit dringendem Handlungsbedarf,
 294 wie z. B. entzündliche Ursachen, radikuläre Wurzelkompression durch Stenose oder
 295 Bandscheibenvorfall, Frakturen sowie Tumorerkrankungen der Wirbelsäule, sind je nach
 296 Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit weitere Maßnahmen erforderlich. Es sollten hier weitere
 297 spezialfachärztliche und ggf. stationäre Behandlungen eingeleitet werden. Dies gilt ebenso für
 298 Notfallindikationen mit akut aufgetretenen Warnhinweisen für spezifische oder
 299 „extravertebrale“ Ursachen der Kreuzschmerzen. Die Abklärung ist in diesen Situationen
 300 wichtig, um eine Verzögerung des Therapiebeginns zu vermeiden und gegebenenfalls
 301 möglichst frühzeitig Symptomlinderung zu erreichen.

302 Im Weiteren gilt, dass die koordinierende Ärztin nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 303 Einweisung in ein Krankenhaus entscheidet.

304 **Zu Nummer 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung**

305 Die Ärztin oder der Arzt hat individuell zu überprüfen, ob eine medizinische Rehabilitation
 306 angezeigt ist. Die Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem die Patientin oder der Patient mit
 307 chronischen Rückenschmerzen mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt

308 werden soll, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen
 309 sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt und
 310 gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben (NVL 2017, S. 72).

311 **Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen**

<p>GKV-SV</p> <p>Das Qualitätsziel „Bei erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern: Niedrige durchschnittliche Anzahl kreuzschmerzbedingter Arbeitsunfähigkeitstage“ dient der Umsetzung des in Nummer 1.3. formulierten Therapiezieles unter Spiegelstrich vier.</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>[streichen]</p>
--	---

312

313 Die strukturierte Behandlung im Rahmen des Programms und die Stärkung des
 314 Selbstmanagements der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen unter anderem dazu dienen,
 315 außerplanmäßige ambulante oder stationäre ärztliche Akutbehandlungen zu vermeiden.
 316 Daher wurde das Qualitätsziel „Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit
 317 ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen“
 318 formuliert.

319 Aufgrund des hohen Nebenwirkungsprofils und eines möglichen Medikamentenmissgebrauchs
 320 durch die dauerhafte Einnahme von Opioid- und Nicht-Opioidanalgetika sollen die beiden
 321 Qualitätsziele „Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit
 322 kreuzschmerzbedingter dauerhafter Opioidanalgetika-Therapie“ und „Niedriger Anteil an
 323 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Nicht-
 324 Opioidanalgetika-Therapie“ die Umsetzung der unter 1.5.2.1.1 und 1.5.2.2 formulierten
 325 Empfehlungen unterstützen.

326 Das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger
 327 körperlicher Aktivität“ wurde zur Unterstützung der Umsetzung der Empfehlung zu
 328 regelmäßiger körperlicher Aktivität, wie unter 1.5XX Basismaßnahmen beschrieben,
 329 formuliert.

<p>GKV-SV</p> <p>Das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit denen aktuell mindestens ein individuelles Ziel vereinbart ist.“ soll die gemeinsame Vereinbarung von individuellen Zielen unterstützen.</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>Das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, mit denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurde“ soll die Umsetzung der unter Nummer 1.4 und 1.7 formulierten Anforderungen an die gemeinsame Vereinbarung von individuellen Zielen (z.B. zur Steigerung der körperlichen Aktivität oder zur regelmäßigen Übung von Entspannungsverfahren), deren regelmäßiger Überprüfung und ggf. deren Anpassung unterstützen.</p>
---	--

330

<p>GKV-SV</p> <p>[streichen]</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>Schulungen sind ein wesentlicher Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme (SGB V §137f, Absatz 2, Satz 2). Das Qualitätsziel</p>
---	---

	zur Teilnahme an einer multimodalen kreuzschmerzspezifischen Schulung dient der Umsetzung der unter Nummer 1.5.1 und Nummer 4.2 definierten Patientenschulung.
--	--

331

332 Die Reduktion der Schmerzintensität und die Verbesserung der Funktionsfähigkeit sind unter
 333 1.3 definierten Therapieziele. Die beiden Qualitätsziele „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und
 334 Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Schmerzstärke“ und „Hoher Anteil
 335 an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten
 336 Funktionsfähigkeit“ dienen einer standardisierten Darstellung der Therapieziele.

GKV-SV, DKG, KBV [streichen]	PatV Die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stellt ein übergreifendes Therapieziel für Teilnehmerinnen und Teilnehmer im DMP chronischer Rückenschmerz dar. Das Qualitätsziel 10 „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ dient der Umsetzung des in Nr. 1.3 formulierten Therapieziels unter Spiegelstrich eins.
--	---

337

338 **Zu Nummer 3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten**
 339 **(§137f, Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)**

340 **Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

341 Da diese Anlage Bestandteil der DMP-A-RL wird, wurde auf eine erneute Aufzählung der
 342 allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen verzichtet und es erfolgt lediglich ein Verweis auf § 3
 343 DMP-A-RL.

344

345 **Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

346

GKV-SV, DKG Anders als bei anderen Erkrankungen, für die ein DMP existiert (z.B. Diabetes mellitus Typ 2), bei denen von einem lebenslangen chronischen Verlauf auszugehen ist, sind beim chronischen Rückenschmerz Besserungen in einem Ausmaß möglich, die einen weiteren Verbleib im DMP nicht mehr zweckmäßig erscheinen lassen. Aus diesem Grund soll die koordinierende ÄrztIn/der koordinierende Arzt regelmäßig überprüfen, ob die Patientin/der Patient weiterhin von einer Teilnahme am DMP profitieren kann.	KBV, PatV Eine Teilnahme am DMP chronischer Rückenschmerz ist sinnvoll, solange die Patienten von den im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms angebotenen Maßnahmen profitieren können. Dies ist regelmäßig im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zu überprüfen.
GKV-SV Die wesentlichen Interventionen im DMP chron. Rückenschmerz – Aufklärung, Schulungskomponenten in den einzelnen Maßnahmen, Erlernen von Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie	

<p>und stationäre bzw. teilstationäre multimodale Therapie, etc. – sind Maßnahmen, die einmalig oder über einen begrenzten Zeitraum zur Anwendung kommen. Ihr Erfolg zeigt sich dadurch, dass der Patient Kenntnissen und Kompetenzen erwirbt, Einstellungen und Lebensstils verändert, etwa im Hinblick auf die körperliche Aktivität. Im positiven Fall führen diese Veränderungen beim Patienten zu einer Reduktion oder gar dem Wegfall der Schmerzen und der Funktionseinschränkung. Bei diesen Patienten ist eine Prüfung, ob sie weiterhin von einer Teilnahme am DMP profitieren, angezeigt. Im negativen Fall kann sich herausstellen, dass Patienten trotz Ausschöpfung der Maßnahmen nicht profitieren. Im positiven als auch negativen Fall führt eine Wiederholung der Maßnahmen nicht zu einem zusätzlichen Nutzen. In dieser Situation soll der Arzt gemeinsam mit dem Patienten prüfen, ob dieser von einer weiteren Teilnahme am DMP profitiert. Die Behandlung im DMP kann auch im Sinne der Erhaltungsphase (siehe 1.5.X) fortgeführt werden. Die Überprüfung vor Ablauf eines zweijährigen Zeitraums ist fakultativ, da eine gewisse Zeit benötigt wird, um die indizierten Maßnahmen anzuwenden und deren Erfolg beurteilen zu können.</p>	
<p>GKV-SV</p> <p>Kommen Arzt und der Patient zur Auffassung, dass im positiven oder negativen Fall der Patient von einer weiteren DMP-Teilnahme nicht profitiert, wird dies über den Dokumentationsparameter (Ifd. Nr. 14) dokumentiert. Die DMP-Teilnahme endet mit dem Datum dieser Dokumentation. Von der Krankenkasse wird auf dieser Basis die DMP-Teilnahme beendet. Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich.</p>	<p>KBV, PatV, [DKG prüft]</p> <p>Kommen Arzt und der Patient zur Auffassung, dass eine weitere Teilnahme am DMP nicht sinnvoll ist, wird dies über den Dokumentationsparameter (Ifd. Nr. 14) dokumentiert. Die DMP-Teilnahme endet mit dem Datum dieser Dokumentation. Von der Krankenkasse wird auf dieser Basis die Ausschreibung aus dem DMP vorgenommen. Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich.</p>

347

348 **Zu Nummer 4 Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2**
349 **Satz 2 Nr. 4 SGB V)**

350 **Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

351 Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle
352 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

353 **Zu Nummer 4.2 Schulung der Versicherten**

354

GKV-SV	KBV, PatV	DKG
<p>Nach § 4 DMP A RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Die Schulung der DMP-Teilnehmerinnen und – Teilnehmer erfolgt durch Schulungsinhalte, die bereits zwingende Bestandteile der verschiedenen Maßnahmen sind. So enthält die ärztlichen Behandlung (Aufklärung, Therapieplanung und Verlaufsbeurteilung) edukative Elemente. Bei allen verschiedenen Formen der Bewegungstherapie steht das Erlernen von Eigenübungsprogrammen im Vordergrund (Heilmittel-Richtlinie in der Fassung vom 19. Mai 2011, zuletzt geändert am 21. September 2017). Ähnliches gilt für die Entspannungsverfahren, die Verhaltenstherapie und die Ergotherapie. Schulungen sind unabdingbarer Bestandteil der stationären oder teilstationären interdisziplinären Schmerztherapie. Deshalb verzichten die Anforderungen auf die Definition eigener Schulungsprogramme.</p>	<p>Entsprechend der zentralen Empfehlungen unter Nummer 1.5.1 werden hier evidenzbasiert Mindestanforderungen an multimodale Schulungen formuliert, wie unter dem Abschnitt „zu Nummer 1.5.1“ der Tragenden Gründe beschrieben. Vor dem Hintergrund der Leitlinienempfehlungen sollen diese Angebote neben der edukativen Komponente mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul enthalten, durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen angeleitet werden und aktiv üben gestaltet sein (NVL 2017, Kamper, 2014). Die Recherche des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Frage, ob Programme existieren, die die geforderten Kriterien erfüllen, führte zu dem Ergebnis, dass mehrere strukturierte, evaluierte und publizierte Programme vorliegen, die diesen Anforderungen entsprechen.</p>	<p>Nach § 4 DMP A RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Positive Effekte von Schulungen zeigen sich bei Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz vornehmlich dann, wenn sie in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen durchgeführt werden (NVL 2017 S. 68). Sie sollen insbesondere dazu beitragen, einem erhöhten Chronifizierungsrisiko dieser Patientengruppe entgegenwirken.</p>

355

356 **Zu Nummer 5**

357 Gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die Evaluation von
 358 DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der G-BA am 19. Juni 2014 in § 6 DMP-
 359 A-RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende Bestandteile aufbaut:

360

361 1. eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung
 362 innerhalb eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,

363

364 2. ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines
 365 Programms mit der Versorgung außerhalb des Programms.

366

367 Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der
 368 DMP-A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde
 369 die fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen
 370 Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom
 371 10. Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die
 372 Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI
 373 antwortete am 20. November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise
 374 entnehmen könne, dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine
 375 vergleichende Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben
 376 der BfDI vom 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der G-
 377 BA die Streichung von § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-
 378 Evaluation verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL
 379 belassen, weil die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den
 380 Programmen nach Auffassung des G-BA auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf
 381 wurde von wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur
 382 Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.

383

384 Die medizinischen Evaluationsparameter (a bis h [PatV bis i]) wurden unter Berücksichtigung
 385 der Ziele des strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen
 386 Literatur festgelegt.

<p>GKV-SV</p> <p>Die Datengrundlage zu Buchstaben a) sind die DMP-Dokumentationsdaten.</p>	<p>KBV, PatV</p> <p>Die Datengrundlage zu Buchstaben [KBV: a)] und g) sind die administrativen Daten der Krankenkassen. Die Datengrundlage zu Buchstaben b) bis f) sowie h) [PatV: „und i)“] sind die DMP-Dokumentationsdaten.</p>
---	---

387

388 *Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten:*

389

390 **[GKV-SV und KBV]** Zu Buchstabe: a) Auszuwerten ist der Anteil aller Teilnehmerinnen und
 391 Teilnehmern im DMP chronischer Rückenschmerz mit mindestens einem Tag der
 392 kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeit sowie die Anzahl der kreuzschmerzbedingten
 393 Arbeitsunfähigkeitstage (mindestens Angabe des Mittelwerts und Medians). Diese
 394 Auswertungen sollen sowohl für die kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeitstage als auch
 395 für alle Arbeitsunfähigkeitstage, unabhängig von der Diagnose, die mit der Arbeitsunfähigkeit
 396 im Zusammenhang steht, durchgeführt werden.

397 Zu Buchstabe c) und d) Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit
 398 bestehender medikamentöser dauerhafter Schmerztherapie (getrennt nach Opioidanalgetika
 399 und Nicht-Opioidanalgetika) bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

400 Zu Buchstabe e) und f) Auszuwerten sind die Rohwerte der Schmerzstärke und
 401 Funktionseinschränkung sowie die Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den
 402 Kategorien „verbessert“, „unverändert“ und „verschlechtert“. Eine Verbesserung bzw.
 403 Verschlechterung wird in diesem DMP über einen Differenzwert von 2 bzw. -2 zwischen der
 404 aktuellen Dokumentation und der Erstdokumentation definiert.

GKV-SV, DKG	KBV und PatV
[streichen]	Zu Buchstabe g) Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen eine chirurgische Wirbelsäulen-Operation durchgeführt wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

405

406 Zu Buchstabe h) Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen
 407 eine ungeplante kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung durchgeführt wurde, bezogen auf alle
 408 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

409 Der G-BA legt für den erstmalig zu erstellenden Bericht für das DMP chronische
 410 Rückenschmerzen einen Evaluationszeitraum von 48 Monaten fest. Dieser beginnt mit dem 1.
 411 Tag des Quartals, welches auf die früheste Zulassung eines DMP chronische
 412 Rückenschmerzen folgt. Für anschließend zu erstellende Folgeberichte gelten die
 413 Bestimmungen des § 6 Abs. 3 Nr. 2.

414 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2, das heißt der Vergleich der Versicherten,
 415 die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, kann
 416 derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten der nicht am DMP
 417 teilnehmenden Versicherten, nicht durchgeführt werden. Folglich wurden keine Parameter für
 418 die vergleichende Evaluation definiert.

419 **Zu Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz Dokumentation)**

420 Die Dokumentationsparameter X bis XX dienen der Umsetzung der unter Nummer 2
 421 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten
 422 Anforderungen an die Evaluation.
 423 Mit dem Dokumentationsparameter lfd. Nr. 14 dokumentiert der Arzt das Ergebnis der
 424 Überprüfung nach 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen.

425 **3. Bürokratiekostenermittlung**

426 [wird noch ergänzt]

427 **4. Verfahrensablauf**

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. August 2014	Plenum	Auftrag an das IQWiG: Leitlinienrecherchen zu der Diagnose chronischer Rückenschmerz / Erstellung einer Leitliniensynopse für ein DMP chronischer Rückenschmerz
18. November 2015		Fertigstellung des IQWiG Berichtes

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
10. Februar 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
29. April 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
25. Mai 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
8. Juni 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
13. Juli 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
3. August 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Oktober 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
4. November 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
30. November 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
24. Januar 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. Februar 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. März 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
18. Mai 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Juli 2017	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
14. Juli 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
13. September 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz (
11. Oktober 2017	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
20. Oktober 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
8. November 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
24. Januar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
30. Januar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
28. Februar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
14. März 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
16. April 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
9. Mai 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
13. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
4. Juli 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
18. September 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
17. Oktober 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
28. November 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Dezember 2018	Unterausschuss DMP	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens im schriftlichen Beschlussverfahren
	AG Sitzung	Vorbereitung der Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen
	Unterausschuss DMP	Beschlussempfehlung an das Plenum
	Plenum	Beschluss über eine Änderung der DMP-A-RL Anlage [Nummer] und Anlage [Nummer]

428

(Tabelle Verfahrensablauf)

429 **Stellungnahmeverfahren**

430 Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde den
431 stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 3**) Gelegenheit gegeben, zum
432 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-
433 RL Anlage 9 und Anlage 10 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand
434 des Beschlusses berührt sind.

435 Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom **T. Monat JJJJ** wurde das
436 Stellungnahmeverfahren am **T. Monat JJJJ** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten
437 Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 4**. Die Frist für die Einreichung
438 der Stellungnahme endete am **T. Monat JJJJ**.

439 Es wurden **X Stellungnahmen** fristgerecht, **X Stellungnahmen** nicht fristgerecht sowie **X**
440 **Stellungnahmen** unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich
441 in **Anlage 5**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 6** dokumentiert.

442 Die Auswertung der Stellungnahme wurde in **einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ**
443 **vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ**
444 **durchgeführt (Anlage 6).**

445 Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde mit Schreiben vom **T. Monat JJJJ** zur
446 Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 6**).

447 **5. Fazit**

448 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **TT. Monat 201x** einstimmig
449 beschlossen....

450 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

451 **6. Literaturverzeichnis**

452 **[Hinweis der G-BA Geschäftsstelle:** wird nach Finalisierung der Tragenden Gründe an
453 dieser Stelle eingefügt – die zitierte Literatur befindet sich jetzt noch ganz am Ende des
454 Dokuments]

455

456

457 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

458 Anlage 1: Literaturverzeichnis

459 Anlage 2: Bürokratiekostenermittlung

460 Anlage 3: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

461 Anlage 4: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf
462 zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe

463 Anlage 5: Stellungnahmen

464 Anlage 6: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen

465

466

467 Berlin, den xx. xx 201x

468

Gemeinsamer Bundesausschuss

469

gemäß § 91 SGB V

470

Der Vorsitzende

471

472

Prof. Hecken

473

- 474 1. **Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ.** Efficacy,
475 Tolerability, and Dose-Dependent Effects of Opioid Analgesics for Low Back Pain: A
476 Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2016;176(7):958-968.
- 477 2. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),
478 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
479 Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz:
480 Langfassung; Version 4 [online]. AWMF-Registernummer nvl-007. 08.2013. Berlin
481 (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2013. [Zugriff:
482 19.01.2015]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-
483 007I_S3_Kreuzschmerz_2013-08.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-007I_S3_Kreuzschmerz_2013-08.pdf).
- 484 3. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),
485 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
486 Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie: nicht-spezifischer
487 Kreuzschmerz, Langfassung, 2. Auflage [online]. AWMF-Registernummer nvl-007.
488 Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2017. [Zugriff:
489 02.05.2017]. URL:
490 [http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-
491 lang.pdf](http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-lang.pdf).
- 492 4. **Deutsche Schmerzgesellschaft.** Empfehlungen der S3 -Leitlinie
493 „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen - "LONTS“
494 [online]. AWMF-Register Nr. 145/003. 01.2015. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft
495 der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). [Zugriff:
496 19.04.2018]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-
497 003I_S3_LONTS_2015-01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003I_S3_LONTS_2015-01.pdf).
- 498 5. **Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, et al.**
499 Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane*
500 *Database Syst Rev* [online]. 2014(9):CD000963. URL: [http://cochranelibrary-
501 wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full](http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full).
- 502 6. **Klasen BW, Hallner D, Schaub C, Willburger R, Hasenbring M.** Validation and
503 reliability of the German version of the Chronic Pain Grade questionnaire in primary
504 care back pain patients. *Psychosoc Med* 2004;1:Doc07.
- 505 7. **Marstedt G.** Faktencheck Rücken: Einstellungen, Erfahrungen, Informationsverhalten
506 – Bevölkerungsumfrage zum Rückenschmerz [online]. Gütersloh (GER): Bertelsmann
507 Stiftung; 2016. [Zugriff: 02.02.2018]. (Band 53). URL: [http://www.bertelsmann-
508 stiftung.de/fileadmin/files/BSf/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FC_Rue-
509 cken_Befragung.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSf/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FC_Ruecken_Befragung.pdf).
- 510 8. **Raspe R.** Rückenschmerzen [online]. Berlin (GER): Robert Koch-Institut; 2012.
511 [Zugriff: 05.02.2018]. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Band 53). URL:
512 [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/G
513 BEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?__blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?__blob=publicationFile).
- 514 9. **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
515 (SVR Gesundheit).** Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die
516 Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und
517 Wirtschaftlichkeit Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung [online]. Bonn (GER):
518 SVR Gesundheit; 2002. [Zugriff: 02.02.2018]. URL:
519 <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/068/1406871.pdf>.
- 520 10. **Smith BH, Penny KI, Purves AM, Munro C, Wilson B, Grimshaw J, et al.** The
521 Chronic Pain Grade questionnaire: validation and reliability in postal research. *Pain*
522 1997;71(2):141-147.
- 523 11. **Toward Optimized Practice (TOP), Institute of Health Economics (IHE).** Guideline
524 for the evidence-informed primary care management of low back pain, 2nd edition

- 525 [online]. Edmonton (CAN): TOP; 2011. [Zugriff: 18.12.2014]. URL:
526 http://www.topalbertadoctors.org/download/572/LBPGUIDELINESNov25.pdf?_20141
527 [218100322](http://www.topalbertadoctors.org/download/572/LBPGUIDELINESNov25.pdf?_20141).
- 528 12. **Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WW, Roland M, van Tulder MW.**
529 Antidepressants for non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev
530 2008(1):CD001703.
- 531 13. **Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF.** Grading the severity of chronic pain.
532 Pain 1992;50(2):133-149.
- 533

Von: [REDACTED]
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung der Anlagen 15 und 16 (DMP chronischer Rückenschmerz)
Datum: Samstag, 29. Dezember 2018 01:50:42
Anlagen: [image001.jpg](#)

Sehr geehrter Herr [REDACTED],
Ihre Anfrage haben wir erhalten. Da die Erkrankung nicht zu unserem Gebiet gehört, werden wir keine Stellungnahme dazu abgeben.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]
[Sekretariat Studiengemeinschaft für Orthopädieschuhtechnik](#)

Von: [REDACTED]@g-ba.de] **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de

Gesendet: Donnerstag, 13. Dezember 2018 14:49

An: [REDACTED]

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung der Anlagen 15 und 16 (DMP chronischer Rückenschmerz)

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per-E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH

Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. [REDACTED]

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. [REDACTED]

Sachbearbeiter

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss



Wegelystrasse 8

D-10623 Berlin

Telefon: +49 30 275838-[REDACTED]

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: [REDACTED]

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

Anlage 4 der Tragenden Gründe

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: SHV-Heilmittelverbaende
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung der Anlagen 15 und 16 (DMP chronischer Rückenschmerz)
Datum: Dienstag, 8. Januar 2019 15:21:13
Anlagen: [image006.jpg](#)

Sehr geehrte Damen und Herren,
unsere Prüfung hat ergeben, dass wir keinen Änderungsbedarf sehen.
Mit freundlichen Grüßen
i. A.

██████████
Sekretariat
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.
Deutzer Freiheit 72-74
50679 Köln
Tel. 0221/98 ██████████
info@shv-heilmittelverbaende.de
www.shv-heilmittelverbaende.de

Betreff: WG: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung der Anlagen 15 und 16 (DMP chronischer Rückenschmerz)

Von: ██████████ **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de

Gesendet: Donnerstag, 13. Dezember 2018 14:49

An: ██████████

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung der Anlagen 15 und 16 (DMP chronischer Rückenschmerz)

Sehr geehrte Damen und Herren,
anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per-E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH

Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. ██████████

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. ██████████

Sachbearbeiter

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss



D-10623 Berlin

Telefon: +49 30 275838-[REDACTED]

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: [REDACTED]

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

**Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin**

DEGAM e.V., Friedrichstraße 88, 10117 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin
Per mail dmp@g-ba.de



DEGAM-
Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 88
10117 Berlin
Tel: +49 30 20 966 9800
Fax: +49 30 20 966 9899
geschaeftsstelle@degam.de
www.degam.de

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz-Dokumentation).

Prof. Dr. Baum
Präsidentin

Prof. Dr. Hummers
Vizepräsidentin

Prof. Dr. Scherer
Vizepräsident

Prof. Dr. Simmenroth
Schriftführerin

Prof. Dr. Wilm
Schatzmeister

Prof. Dr. Niebling
Beisitzer

Dr. Eras
Beisitzerin

Prof. Dr. Bergmann
Studium und Hochschule

Prof. Dr. Steinhäuser
Weiterbildung

Dr. Egidi
Fortbildung

Dr. Popert
Versorgungsaufgaben

PD Dr. Schmiemann, MPH
Qualitätsförderung

Prof. Dr. Schneider
Forschung

Fröhlich
Geschäftsführer

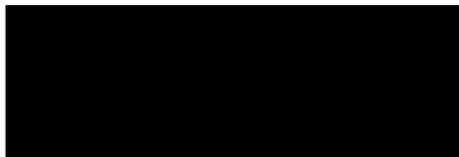
Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung, anbei finden Sie die Kommentare der DEGAM.

Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung



Günther Egidi
Sprecher Sektion Fortbildung



Guido Schmiemann
Sprecher Sektion Qualitätsförderung

Deutsche Apotheker-
und Ärztebank, Frankfurt

IBAN DE93300606010101021753
BIC DAAEDEDXXX

Steuernr.: 045 255 00133
Finanzamt Frankfurt/Main III

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-ARRL): Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz-Dokumentation)

Die DEGAM sieht die Einführung eines DMP chronischer Rückenschmerz ambivalent: auf der einen Seite besteht aktuell eine Unter-, Fehl-, aber auch eine Überversorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, die ein strukturierteres Herangehen erfordert.

Möglicherweise könnte ein (durch ein DMP induziertes) strukturierteres Herangehen mit dazu führen, dass die im internationalen Vergleich besonders hohe Dichte bei den Arzt-Patient-Kontakten in deutschen Hausarztpraxenⁱ und auch die ungezielte Inanspruchnahme orthopädischer Fachärzte dadurch abnehmen.

Auf der anderen Seite stellt dieses (5. hausärztliche) DMP einen potenziellen Eingriff in eines der Grundprinzipien hausärztlichen Handelns dar: die Offenheit gegenüber der Vielzahl möglicher von den Patienten an die Praxis herangetragenen Gesundheitsprobleme auch zu akzeptieren. Disease Management Programme fokussieren eher auf die Erkrankung als auf die Person. Money drives practice – durch die Extrabudgetäre Vergütung der DMPs droht eine Einengung des hausärztlichen Spektrums auf die Erkrankungen, die in den DMPs abgebildet sind zu Lasten anderer, den Patientinnen und Patienten womöglich aber wichtigerer Gesundheitsprobleme.

Eine Hausarztpraxis, die 2.500 Patienten im Quartal versorgt, wird durchschnittlich 500 Patientinnen und Patienten in den DMPs betreuen. Dies ist ganz ohne Delegation an medizinische Fachangestellte kaum zu leisten. Anders als die anderen hausärztlichen DMPs wäre ein DMP chronischer Rückenschmerz aber schlecht an nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen der Hausarztpraxen delegierbar, weil der Fokus auf eine Gruppe mit in besonderem Maß chronifiziertem Schmerz die persönliche ärztliche Ansprache erfordern wird.

Die mit der Einführung neuer DMPs verknüpften zusätzlichen Fortbildungspflichten drohen die Offenheit des hausärztlichen Fortbildungswesens zudem gegenüber den übrigen Fortbildungsfragen, die sich aus dem alltäglichen hausärztlichen Alltag ergeben, einzuengenⁱⁱ.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Aus diesem Grund sollte ein DMP chronischer Rückenschmerz
- beschränkt sein auf eine im besonderen Maß eingeschränkte
Patientengruppe – und
- nur im kontrollierten Vergleich eingeführt werden.

Komplexe Interventionen wie die Einführung von DMPs können durchaus schaden –
der gute Wille, einen Missstand zu beseitigen allein reicht nicht – es muss auch ein
Netto-Nutzen der Intervention nachgewiesen sein.

Wenn denn schon ein DMP chronischer Kreuzschmerz eingeführt werden soll, sollte dies

- a) von vornherein nur in einem kontrollierten, zu evaluierenden Vergleich geschehen und nicht als generelle Einführung in der Fläche – und
- b) sich konzentrieren auf die Personengruppe, die in besonderem Maß betroffen ist. Insofern begrüßt die DEGAM die von der in der NVL Kreuzschmerz abweichende Definition dieser Patientengruppe als derjenigen mit mindestens 12 Wochen lang anhaltendem Rückenschmerz (in der NVL Kreuzschmerzen 6 Wochen).
- c) Eine durch entsprechende Vergütungszuschläge oder Sonderbudgets/neue Leistungskomplexe und Patientenangebote geförderte optimierte Versorgung beinhalten

Der Einschluss über das Fragebogen-Instrument „Chronic Pain Grade“ wird von der DEGAM unterstützt – allerdings müssen natürlich die Rechte an der Nutzung dieses Instrumentes geklärt sein.

Was die hinreichende Diagnostik vor Einschluss ins DMP chronischer Rückenschmerz angeht, unterstützt die DEGAM den Vorschlag von Spitzenverband Bund und Patientenvertreter/innen: vor Einschluss ins DMP chronischer Rückenschmerz sollte zunächst die Indikation für eine Reha-Maßnahme geklärt werden. Es entspricht der hausärztlichen Erfahrung, dass bei nicht wenigen Patienten das Schmerzproblem dabei, wenn nicht gelöst, doch in einen erträglichen Rahmen zurückgeführt werden kann. Nicht selten finden in einer Reha bereits ein multimodales Assessment und eine multimodale Therapie statt, die im ambulanten setting bislang kaum umsetzbar ist, weil entsprechende Angebote fehlen.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Den Vorschlag der KBV, dass zunächst Orthopäden, Neurologen oder Neurochirurgen hinzugezogen werden sollten, lehnt die DEGAM dagegen ab. Dieser Vorschlag suggeriert, durch den Einsatz von Ärzten/Ärztinnen der genannten Disziplinen könne ein bei chronischem Rückenschmerz eigentlich erforderliches multimodales Schmerz-Assessment überflüssig gemacht werden.

Dagegen unterstützt die DEGAM nachdrücklich den Vorschlag von KBV und Patientenvertretern/innen, dass an therapeutischen Konzepten mindestens 2 Professionen beteiligt sein sollten. Hier spielen vorrangig Physio- und Psychotherapeuten eine nicht zu unterschätzende Rolleⁱⁱⁱ.

Hinsichtlich der Ziele eines DMP chronischer Rückenschmerz unterstützt die DEGAM den Vorschlag der Patientenvertreter/innen, als vorrangiges Ziel, verbesserte Strategien zur Krankheitsbewältigung zu entwickeln und unnötige Operationen und Hospitalisationen und damit vorrangig eine weitere Schmerz-Chronifizierung zu vermeiden.

Hinsichtlich der geforderten Schulungen ist die DEGAM außerordentlich skeptisch. Unseres Wissens gibt es bislang keine ausreichend evaluierten Schulungen. In den meisten Fällen handelt es sich auch weniger um kognitive Wissens-Defizite als um Schwierigkeiten der Betroffenen, Verhaltensmodifikationen einzuleiten. In der realen Welt der Hausarztmedizin in Deutschland sind die Heilmittelbudgets ein wesentliches Hindernis für eine adäquate Versorgung von Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz. Physiotherapie-Verordnungen für ins DMP eingeschriebene Patienten sollten darum von der Erfassung in den Heilmittelrichtgrößen ausgenommen werden.

Eine andere Hürde besteht zumindest für ärmere Patienten in den Zuzahlungen für Physiotherapie. Diese Hürde könnte durch Abgabe von Gutscheinen für Entspannungskurse und sportliche Übungen an eingeschriebene Patienten beseitigt werden. Für den Nutzen entsprechender Interventionen gibt es ausreichende Evidenz^{iv} ^v. Zudem sind solche Interventionen Bestandteil der Empfehlungen der NVL Kreuzschmerz.

Hinsichtlich einer multimodalen Schmerztherapie bevorzugt die DEGAM den Vorschlag von GKV-SV und DKG: sollten intensivierete Therapieverfahren nicht zum Erfolg führen, soll die Erforderlichkeit einer multimodalen Schmerztherapie geklärt werden. Eine einfache Mitbehandlung durch ambulante Schmerztherapeuten ist häufig

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

genug monothematisch auf das Schmerzgeschehen orientiert und eröffnet nicht die Möglichkeiten, die ein multimodaler Ansatz bietet.

Hinsichtlich des koordinierenden Arztes ist die Haltung der DEGAM eindeutig: der Vorschlag von GKV-SV und Patientenvertretung ist u.E. zu bevorzugen. Hausärztinnen und Hausärzte sind regelhaft in der Lage, die sehr unterschiedlichen Aspekte eines chronifizierten Schmerzgeschehens mit zu berücksichtigen. Die Hereinnahme von Orthopäden in die Gruppe der koordinierenden Ärzte würde eine u.E. Einengung des Horizontes auf Störungen der Morphologie der Bewegungsorgane mit sich bringen.

Die DEGAM sieht den Vorschlag von DKG und KBV, auch Orthopäden als Langzeit-Betreuende zu benennen, kritisch. In dieser Fachgruppe sind die notwendigen Kompetenzen und Möglichkeiten (z.B: niedrigschwelliger Zugang, Qualifikation im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung, holistischer Ansatz, wohnortnahe Versorgung) meist nicht vorhanden. Es ist allerdings möglich, dass von den spezialistischen Praxen nur solche mit einem Schwerpunkt in der Versorgung von Rückenschmerzpatienten das DMP ebenfalls anbieten können.

Die DEGAM unterstützt den Vorschlag von GKV-SV und Patientenvertretung, die Verpflichtung zu streichen, bei anhaltend hohem Schmerzniveau oder bei wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden die Betroffenen zum Schmerztherapeuten zu überweisen. Wie oben ausgeführt führt eine alleinige schmerztherapeutische Mitbetreuung eher selten zum Erfolg, wenn sie nicht in ein multimodales Konzept eingebunden ist.

Viel eher sollte nach Auffassung der DEGAM bereits vor Einschreibung ins DMP chronischer Rückenschmerz ein gesondert extrabudgetär zu vergütendes multimodales Assessment unter Einschluss der koordinierenden Ärzte durchgeführt werden.

Hinsichtlich der regelmäßigen Überprüfung, ob die Weiterführung des DMP chronischer Rückenschmerz noch erforderlich ist, befürwortet die DEGAM das 1-Jahres-Intervall. Money drives intervention – wir wissen aus dem DMP Diabetes, wieviele Patienten noch als Diabetes-Patienten weitergeführt werden, obwohl nach den Daten aus Nordrhein^{vi} 46% ein HbA1c <6,5% haben.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Zusammenfassend erscheint es nach Auffassung der DEGAM nicht gesichert, dass ein DMP chronischer Rückenschmerz mehr nutzen als schaden wird. Dies gilt insbesondere, wenn es keine zusätzlich geförderten Möglichkeiten für die Umsetzung leitliniengerechter Therapie gibt.

- Darum sollte der Kreis der einzuschließenden Patienten auf die am stärksten von einer Chronifizierung Betroffenen begrenzt werden und die DMP-Einführung zunächst nur als kontrollierter Versuch erfolgen.
- Wenn das DMP eingeführt wird, soll von Anfang an auf einen multimodalen Ansatz orientiert werden.
- Vor Einschreibung sollten Reha-Maßnahmen geprüft sowie ein zu vergütendes multimodales Assessment durchgeführt werden.
- Die Rolle des koordinierenden Arztes/der koordinierenden Ärztin sollte auf Hausärztinnen und Hausärzte beschränkt bleiben.
- Die Verordnung von Physiotherapie sollte durch Herausnahme der Verordnungskosten für ins DMP eingeschriebene Patienten aus den Heilmittelrichtgrößen-Vereinbarungen erleichtert, die Teilnahme der Patienten an entsprechenden Angeboten durch Gutscheine für Entspannungs- und Trainingsübungen gefördert werden.

ⁱ Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT: The German Health Care System in international comparison: the primary care physicians' perspective.

Dtsch Arztebl Int 2011; 108: 255–61.

ⁱⁱ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) – Sektion Fortbildung. Positionspapier zur hausärztlichen Fortbildung im Qualitätszirkel, Chancen und Risiken bei der Integration von Disease Management Programmen. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Fortbildung/Hausaerztliche%20Fortbildung%20im%20Qualitaetszirkel%20final.pdf – letzter Zugriff am 8.1.2018

ⁱⁱⁱ Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. Schmerz 2014;28:459-72

^{iv} Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. Lancet 2011;378:1560-71

^v Chou R, Deyo R, Friedly J et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2017;166:493-505

^{vi} Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR Qualitätsbericht 2015 https://www.kvno.de/downloads/quali/qualbe_dmp15.pdf - letzter Zugriff 8.1.2019

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Verfasser:

Günther Egidi/Sprecher Sektion Fortbildung

Guido Schmiemann/Sprecher Sektion Qualitätsförderung

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle

Friedrichstraße 88

10117 Berlin

Tel.: 030-20 966 9800

geschaeftsstelle@degam.de

Von: [REDACTED]
An: [REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung der Anlagen 15 und 16 (DMP chronischer Rückenschmerz)
Datum: Montag, 21. Januar 2019 08:53:57
Anlagen: [image001.jpg](#)

Sehr geehrte Damen und Herren,
vielen Dank für die Beteiligung der DVfR am Verfahren der Stellungnahme.
Die DVfR wird keine Stellungnahme abgeben.
Mit besten Grüßen
Sylvia Kurth
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstrasse 26
69123 Heidelberg
Telefon: 06221 / 187 [REDACTED]
Mobil: [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]
www.dvfr.de
www.reha-recht.de

Von: [REDACTED] **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de

Gesendet: Donnerstag, 13. Dezember 2018 14:49

An: [REDACTED]

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung der Anlagen 15 und 16 (DMP chronischer Rückenschmerz)

Sehr geehrte Damen und Herren,
anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per-E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH

Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. [REDACTED]

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. [REDACTED]

Sachbearbeiter

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss



Wegelystrasse 8

D-10623 Berlin

Telefon: +49 30 275838-[REDACTED]

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: [REDACTED]

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

**Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)
22.01.2019
zur
Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL)**

A. Vorbemerkung:

Muskel und Skeletterkrankungen sind nach wie vor die wichtigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und damit für krankheitsbedingte Fehltage von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Rückenschmerzen sind dabei weiterhin eine der drei wichtigsten Einzeldiagnosen. Damit gehören Rückenerkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen. Sie können zu dauerhaften Einschränkungen, bis hin zum Verlust der Erwerbsfähigkeit führen. (Siehe u.a. BKK Gesundheitsreport 2018)

Für die Patientinnen und Patienten bedeuten sie überdies eine zum Teil erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Die DEGEMED begrüßt daher alle Vorschläge des G-BA, die zu einer Verbesserung der Versorgungssituation erkrankter Menschen führen. Dies trifft auch auf den vorliegenden Beschlussentwurf zu.

B. Stellungnahme im Einzelnen:

1. Vorgeschlagene Änderung

Im Beschlussentwurf heißt es unter:

II. Der Richtlinie werden folgende Anlagen 15 und 16 angefügt

- 1.1. Definition der chronischen Rückenschmerzen für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe
Zeile 57 (strittig gestellt)
„Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren Kreuzschmerzen können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.“**

2. Stellungnahme und Vorschlag

Wir schlagen vor, die vorgesehene Regelung zu streichen

3. Begründung

Im vorliegenden Entwurf wird diese Regelung u.a. damit begründet, dass ein strukturiertes Behandlungsprogramm und Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation von verschiedenen Trägern bewilligt werden könnten. Mit dem Vorschlag solle vermieden werden, dass Patientinnen und Patienten zeitgleich oder mit hoher zeitlicher Dichte in Maßnahmen unterschiedlicher Leistungsträger behandelt werden.

Dies ist nach Auffassung der DEGEMED jedoch nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Alle Maßnahmen, die den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten verbessern können, so auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, sollten jederzeit verordnet und bewilligt werden können, wenn sie medizinisch geboten sind. Dass hierbei möglicherweise verschiedene gesetzliche Leistungsträger für Leistungen zuständig sind, die zeitgleich oder in unmittelbarer zeitlicher Abfolge aufeinander folgen oder ineinander greifen, wie strukturierte Behandlungsprogramme und medizinische Rehabilitation, sollte hierbei ohne Belang sein.

Mehr noch ist es gerade Aufgabe eines strukturierten Behandlungsprogrammes verschiedene medizinische Programme aufeinander abzustimmen.



Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Ausschließlich per E-Mail:

dmp@g-ba.de

Gemeinsamer Bundesausschuss

HAUSANSCHRIFT
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 [REDACTED]
FAX +49 228 619 1797

Referat_515@bvaamt.bund.de
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER HERR NOLTE

22. Januar 2019

AZ 515-5620-3428/2018
(bei Antwort bitte angeben)

**Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie
(DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer
Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation)
Ihre Mail vom 13. Dezember 2018**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesversicherungsamt bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und führt zu dem übersandten Entwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie das Folgende aus:

Stellungnahme zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie im Einzelnen

Nummer I, Randziffer 28

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorschlag von KBV, DKG:

Allgemeine Anamnese- und Befunddaten

Parameter 13 bis 17 (Körpergröße, Körpergewicht, Blutdruck, Begleiterkrankungen)

Vorschlag von GKV-SV, PatV:

[keine Änderung]

B) Stellungnahme

Wir befürworten, keine Änderung vorzunehmen, da die Erfassung der oben genannten Parameter im Zusammenhang mit dem chronischen Kreuzschmerz wesentlich ist und damit deren Erhebung nicht optional sein sollte.

C) Änderungsvorschlag

Die jeweilige Fußnote zu 4 ist zu streichen.

Nummer II., 1.2, Randziffer 78

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorschlag von DKG, KBV:

Die Voraussetzungen für die Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz müssen zum Zeitpunkt der Einschreibung durch schriftliche Befunde, unter anderem auch hinzugezogener oder vorbehandelnder Fachdisziplinen (z. B. Orthopädie, Neurologie oder Neurochirurgie unter Berücksichtigung der vorliegenden radiologischen Befunde), belegbar sein.

Vorschlag von GKV-SV, PatV:

[streichen]

B) Stellungnahme

Die Disease-Management-Programme (DMP) sollen eine gute Versorgung der Patienten sicherstellen. Dabei ist insbesondere eine Unter-, Über- und Fehlversorgung zu vermeiden. Daher ist eine zielgenaue Definition der Einschreibekriterien unter Berücksichtigung der damit entstehenden Kosten erforderlich. Soweit bereits bei der Einschreibung eine weitere Abklärung erforderlich ist, sollte diese nur in den erforderlich werdenden Fällen möglich sein.

C) Änderungsvorschlag

Die von der DKG und der KBV genannten Anforderungen sind bereits unter den Randziffern 70 bis 73 des Beschlussentwurfs geregelt. Der Vorschlag der DKG und der KBV ist daher nicht erforderlich.

Nummer II., 1.3, Randziffer 85

A) Beabsichtigte Neuregelung

Chronischer Kreuzschmerz ist mit einem erheblichen Verlust an Lebensqualität verbunden.

Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

- Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- Verbesserung der Funktionsfähigkeit
- Reduktion der Schmerzintensität
- Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit

Zusätzlich Vorschlag von PatV:

- Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung
- Reduktion von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen
- Reduktion von chirurgischen Maßnahmen

Zusätzlich Vorschlag von GKV-SV, DKG, KBV:

- Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz, sowie Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage
- Die Therapieziele sollen durch den strukturierten Einsatz von evidenzbasierten effektiven Behandlungsmaßnahmen und unter Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen erreicht werden. Die therapeutische Beziehung soll einer Somatisierung und übermäßiger Fixierung auf medizinische Maßnahmen entgegenwirken.

B) Stellungnahme

Die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität folgt aus den weiteren Therapiezielen. Das Bundesversicherungsamt schlägt folgende Fassung der Therapieziele vor:

C) Änderungsvorschlag

- Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch
 - Verbesserung der Funktionsfähigkeit
 - Reduktion der Schmerzintensität
 - Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit
- Reduktion von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen
- Reduktion von chirurgischen Maßnahmen

Nummer II., 1.5.1, Randziffer 124

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorschlag von KBV, PatV:

Ergänzend zur individuellen Aufklärung sollte allen Patientinnen und Patienten die Patienteninformation „Chronische Kreuzschmerzen – Aktiv gegen dauerhafte Kreuzschmerzen“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mit der Einschreibung in das DMP zur Verfügung gestellt werden.

Vorschlag von GKV-SV, DKG:

[streichen]

B) Stellungnahme

Im Rahmen der Zulassungsprüfung muss gewährleistet sein, dass die Patienteninformation den Anforderungen der DMP-A-RL gerecht wird und nicht im Widerspruch zur Richtlinie steht. Bei einer Änderung der Richtlinie muss sichergestellt sein, dass diese Patienteninformation weiterhin den Anforderungen der Richtlinie entspricht. Dies schließt nicht aus, dass nach Bestätigung der Richtlinienkonformität die regionalen Vertragspartner die Patienteninformation vertraglich vereinbaren.

C) Änderungsvorschlag

Auf die Aufnahme des Vorschlags von KBV und PatV sollte verzichtet werden.

Nummer II., 1.5.1, Randziffer 134

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorschlag von DKG:

Des Weiteren soll geprüft werden, ob der Patient oder die Patientin von einer Schulung gemäß Nummer 4.2 profitieren kann.

Vorschlag von KBV, PatV:

Alle Patienten erhalten als zentrale Maßnahme Zugang zu einer Schulung, die als multimodales Angebot gemäß Nummer 4.2 konzipiert ist.

Vorschlag von GKV-SV:

[streichen]

B) Stellungnahme

Nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V und § 4 der DMP-A-RL sind in den Verträgen Anforderungen an die Schulung von Versicherten und Leistungserbringern vorzusehen.

Schulungsprogramme, die im Rahmen dieses DMP verwendet werden sollen, müssen strukturiert, evaluiert und publiziert sein (vgl. auch Nummer II., 4.2., Randziffer 331) und beim Bundesversicherungsamt zur Prüfung auf Verwendbarkeit eingereicht werden. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens kann keine Beurteilung dazu abgegeben werden, ob die in den Tragenden Gründen, Seite 13, von KBV und PatV erwähnten, nach Recherche des G-BA existierenden Schulungsprogramme vom Bundesversicherungsamt als zulassungsfähig anerkannt werden können.

Soweit Schulungsprogramme verpflichtend aufgenommen werden, ist eine Zulassung eines DMP – Programmes nur möglich, wenn die Antragsteller ein zulassungsfähiges Schulungsprogramm einreichen.

Für den Fall, dass der G-BA dem Vorschlag der KBV (Bereitstellung eines multimodalen Angebotes) folgt, ist es erforderlich, dass diese Angebote existieren. Sie wären dann verpflichtende Zulassungsvoraussetzung (z.B. Bereitstellung eines interdisziplinären Teams als multimodales Angebot) und flächendeckend anzubieten.

Nummer II., 1.5.2, Randziffer 136**A) Beabsichtigte Neuregelung****Vorschlag von GKV-SV, DKG:****1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen**

Als wesentliche nicht-medikamentöse Behandlung soll die angeleitete Bewegungstherapie zur Anwendung kommen. Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.

In Abhängigkeit der individuellen Befundkonstellation und der fachbezogenen Begründbarkeit, (siehe Nummer XX) können folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:

- Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser,
- Entspannungsverfahren: Jacobsonsche Relaxationstherapie
- Verhaltenstherapie
- Ergotherapie

Grundsätzlich stehen außerdem die Maßnahmen gemäß Heilmittelkatalog sowie die Akupunktur und die ärztliche Manuelle Therapie zur Verfügung

Vorschlag von KBV, PatV:

1.5.2 Individuelle zusätzliche Maßnahmen

Ergänzend zur Basistherapie können in Abhängigkeit der individuellen Befundkonstellation, der individuellen Präferenzen und der individuell erhobenen Risikokonstellation (siehe Nummer 1.4) zusätzlich folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:

- Verhaltenstherapie (bei Vorliegen einer seelischen Krankheit)
- Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser,
- Entspannungsverfahren/progressive Muskelrelaxation
- Manuelle Therapie in Kombination mit Bewegungstherapie
- Massage in Kombination mit Bewegungstherapie
- Ergotherapie im Rahmen eines multimodalen Angebotes
- Akupunktur

Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.

Um eine zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmte Kombination von somatisch und psychisch orientierten Behandlungsmodalitäten im Sinne eines multimodalen Ansatzes in der Versorgungspraxis umzusetzen, wird die multimodale Gruppenschulung gemäß Nummer 1.5.1 und 4.2 als Basismaßnahme für alle Patientinnen und Patienten in diesem DMP empfohlen. Dieses multimodale Angebot bildet die Voraussetzung für ein strukturiertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen. Daher soll vor Einleitung weiterer intensivierter Maßnahmen die Teilnahme an einer multimodalen Gruppenschulung geprüft werden. Zeigt sich innerhalb eines angemessenen Behandlungszeitraumes keine Besserung, soll die Fortführung oder Intensivierung von singulären Interventionen (z.B. Massage, Physiotherapie, manuelle Therapie) ohne Unterstützung durch ein multimodales Angebot vermieden werden.

B) Stellungnahme

Es wird auf die mögliche Notwendigkeit der Einbindung der Heilmittelerbringer im Rahmen des Zulassungsverfahrens hingewiesen.

Nummer II., 1.5.3, Randziffer 150

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorschlag von GKV-SV, DKG:

1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen

Die Erreichung der Therapieziele und die Wirkung der individuellen Therapiemaßnahmen sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Zeigt sich innerhalb eines angemessenen Behandlungszeitraumes nach Einschreibung in das DMP keine Besserung von Schmerz und Funktionseinschränkung, prüft der Arzt oder die Ärztin, ob die Patientin oder der Patient von einer Kombination von individuellen Therapiemaßnahmen profitieren kann. Dabei sollen über einen definierten Zeitraum zeitgleich und aufeinander abgestimmt verschiedene Behandlungsmodalitäten – mindestens zwei, darunter Physiotherapie und eine aus dem psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich (Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie) - zur Anwendung kommen. Der koordinierende Arzt oder die koordinierende Ärztin überprüft mit der Patientin oder dem Patienten Motivation und Machbarkeit eines solchen intensivierten Behandlungskonzepts, das zugleich mit erhöhten Anforderungen an die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten einhergeht. Nach Abschluss des festgelegten Zeitraumes bewertet der Arzt oder die Ärztin gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten den Erfolg der intensivierten Therapiemaßnahme.

Vorschlag von KBV, PatV:

1.5.3 Weitere intensivierte Maßnahmen

Die Erreichung der gemeinsam vereinbarten Therapieziele ist nach Teilnahme an einer Schulung gemäß Nummer 4.2 in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.

Sofern die ergänzenden Maßnahmen wie unter Nummer 1.5.2 beschrieben nicht erfolgreich sind oder keinen Erfolg versprechen, soll der Einsatz der ambulanten Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung oder eine teilstationäre oder stationäre multimodale Therapie erwogen werden.

B) Stellungnahme

Es sollte definiert werden, was unter einer teilstationären oder stationären multimodalen Therapie zu verstehen ist, bzw. worin abgesehen von dem Versorgungssektor der

Unterschied zu der unter Nummer 1.5.1 und 1.5.2 angesprochenen Gruppenschulung besteht.

Nummer II., 1.5.X, Randziffer 156-162

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die medikamentöse Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen ist symptomatisch. Sie dient der Unterstützung der nicht-medikamentösen Maßnahmen, damit die Betroffenen frühzeitig ihre üblichen Aktivitäten wiederaufnehmen. Die Indikation bei chronischen Kreuzschmerzen besteht einerseits, wenn zur Umsetzung der aktivierenden Maßnahmen eine medikamentöse Schmerztherapie erforderlich ist, andererseits wenn trotz regelrechter Durchführung dieser Maßnahmen eine für den Patienten nicht tolerable schmerzbedingte funktionelle Beeinträchtigung bestehen bleibt.

B) Stellungnahme

Das Bundesversicherungsamt schlägt eine redaktionelle Änderung vor.

Die bisherige Fassung ist schwer verständlich, da die Indikation [zur medikamentösen Therapie] gerade mit dieser Indikation begründet wird: „Die Indikation [medikamentöse Therapie] bei chronischen Kreuzschmerzen besteht einerseits, wenn zur Umsetzung der aktivierenden Maßnahmen eine medikamentöse Schmerztherapie erforderlich ist,...“

Das Bundesversicherungsamt regt eine rein redaktionelle Überarbeitung wie beispielsweise im Änderungsvorschlag an.

C) Änderungsvorschlag

Die medikamentöse Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen erfolgt symptomorientiert. Sie dient der Unterstützung der nicht-medikamentösen Maßnahmen, damit die Betroffenen frühzeitig ihre üblichen Aktivitäten wiederaufnehmen können. Eine medikamentöse Therapie kann erforderlich werden, um den Beginn der aktivierenden Maßnahmen zu unterstützen. Sie kann außerdem erforderlich werden, wenn trotz regelgerechter Durchführung der nicht-medikamentösen Maßnahmen eine für den Patienten nicht tolerable schmerzbedingte funktionelle Beeinträchtigung bestehen bleibt.

Nummer II., 1.7.1., Randziffer 248

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorschlag der PatV:

Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt steht im Austausch mit den behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten und Therapeutinnen und Therapeuten. Sie

oder er hat die Perspektiven, Befunde und erfolgten Maßnahmen der verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das weitere therapeutische Vorgehen miteinzubeziehen.

Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt.....

Vorschlag von GKV-SV, DKG, KBV:

[streichen]

a) zusätzlicher Vorschlag von GKV-SV, PatV:

.....grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit chronischen Kreuzschmerzen auch

- eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder
- eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder
- eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt

zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.

b) zusätzlicher Vorschlag von DKG, KBV:

.....durch die Hausärztin/ den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben oder durch die Fachärztin / den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Fachärztin / den Facharzt für Orthopädie, die Fachärztin / den Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder durch eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der

ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Hausärztin/der Hausarzt sollte grundsätzlich die koordinierende Betreuung der DMP-Teilnehmer übernehmen, weil sie/er den Gesamtüberblick über die Krankheitsgeschichte sowie die berufliche und familiäre Situation des DMP-Teilnehmers hat.

C) Änderungsvorschlag

Das Bundesversicherungsamt befürwortet den Vorschlag des GKV-SV.

Nummer II., 3., Randziffer 305

A) Beabsichtigte Neuregelung

Qualitätsziel Nummer 10

Vorschlag der PatV:

Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Vorschlag von DKG,GKV-SV, KBV:

[streichen]

B) Stellungnahme

Dieser Vorschlag erfordert bei der Erfassung einen hohen Aufwand. In der Vergangenheit ist die Lebensqualitätsbefragung bei der Evaluation der anderen DMP-Indikationen gerade auch aus diesem Grunde weggefallen.

C) Änderungsvorschlag

Dieser Vorschlag sollte gestrichen werden.

Nummer II., 3., Randziffer 321

A) Beabsichtigte Neuregelung

Kommen der Arzt oder die Ärztin und der Patient oder die Patientin zu dem Ergebnis, dass dies nicht mehr der Fall ist, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die Krankenkasse.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des Bundesversicherungsamtes sollte der Patient in die Entscheidung über den Verbleib im DMP einbezogen werden, aber nicht alleine (entgegen der Meinung des Arztes) über den Verbleib im DMP entscheiden.

C) Änderungsvorschlag

Kommt der Arzt oder die Ärztin zu dem Ergebnis, dass dies nicht mehr der Fall ist, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die Krankenkasse.

Nummer II., 4.2., Randziffer 329-332

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorschlag von GKV-SV:

Danach dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Da die unter Nummer 1.4 bis Nummer 1.5.4 beschriebenen Therapiemaßnahmen bereits zwingend informierende und schulende Elemente, wie sie zum Erlernen von Eigenübungsprogrammen erforderlich sind, enthalten, sind isolierte Schulungsprogramme nach § 4 DMP-A-RL für dieses DMP nicht erforderlich.

Vorschlag von DKG, KBV:

Jeder Patient soll Zugang zu einer strukturierten, evaluierten, und publizierten Gruppenschulung erhalten.

Vorschlag von PatV:

Jeder Patient erhält Zugang zu einem geeigneten, strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Gruppenschulungsprogramm.

Zusätzlicher Vorschlag von KBV, PatV:

Diese soll mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, angeleitet durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen, enthalten und ist aktiv übend zu gestalten.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Nummer II., 1.5.1, Randziffer 134 verwiesen.

Grundsätzlich besteht für das Zulassungsverfahren die Notwendigkeit, die Schulungsprogramme abzugrenzen, um die im Rahmen des Zulassungsverfahrens geforderten Programme prüfen zu können. Die verschiedenen Vorschläge gehen offensichtlich teils von Schulungsprogrammen aus, wie sie auch bei den anderen DMP-Indikationen Verwendung finden (Vermittlung überwiegend theoretischer Kenntnisse). Zum Teil werden in diesem Entwurf aber auch Programme erwähnt, die multimodalen Charakter besitzen und praktische, individuell zugeschnittene Anwendungen enthalten. Diese werden ebenso als Schulungsprogramme bezeichnet. Wir bitten um eine klärende Darstellung. Die aktive Teilnahme des Versicherten ist ein wesentliches Kriterium strukturierter Behandlungsprogramme. Neben den regelmäßigen Arztbesuchen wird diese über die Wahrnehmung veranlasster Schulungen nachgewiesen. So endet die Teilnahme eines Versicherten am strukturiertem Behandlungsprogramm gemäß § 28 d Abs.2 Nr.2b) RSAV, wenn innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt wurden. Sofern dem Vorschlag des GKV-SV nachgekommen würde, keinerlei eigenständige Schulungen für das DMP chronische Rückenschmerzen vorzusehen, würde die Überprüfung dieser Teilnahmevoraussetzung entfallen. Es wäre zu prüfen, ob bzw. wie die Überprüfung dieser Teilnahmevoraussetzung ggf. nach Anpassung der RSAV nachgekommen werden könnte.

Ergänzend werden folgende redaktionelle Änderungen vorgeschlagen:**Nummer II., 1.4, Randziffer 104**

Bei der Therapieplanung **sollen** eine den individuellen Voraussetzungen der Patientin oder des Patienten angemessene, zunehmende Aktivierung und weitere Lebensstilmodifikationen berücksichtigt werden.

Nummer II., 1.5.1, Randziffer 128

Sie sollen zu regelmäßiger und entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit allmählich gesteigerter körperlicher Aktivität im Alltag motiviert werden. (Streichung des zweiten zu)

Für etwaige Rückfragen steht Ihnen das Referat 515 (Referat_515@bvamt.bund.de) zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Nolte

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Unterausschuss Disease-Management-
Programme
Postfach 12 06 06
10596 Berlin



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
PSYCHOLOGISCHE SCHMERZTHERAPIE UND
-FORSCHUNG e.V. (DGPSF)

Prof. Dr. Michael Hüppe
Präsident der DGPSF

Universität zu Lübeck
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Ratzeburger Allee 160
23568 Lübeck
Tel.: 0451 500 [REDACTED]
Fax: 0451 500 40704

E-Mail: [REDACTED]@luebeck.de

Datum: 22.01.2019

DMP – chronischer Rückenschmerz Stellungnahme der DGPSF zum Beschlussentwurf

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren des Gemeinsamen Bundesausschusses,

die *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF) hat nach dem Schreiben des G-BA vom 13. Dezember 2018 an die AWMF die *Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und – Forschung* (DGPSF) auf die Möglichkeit einer Stellungnahme zum Beschlussentwurf des G-BA über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation) hingewiesen.

Die DGPSF begrüßt Bemühungen zur Verbesserung der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit chronischem Rückenschmerz, die einem bio-psycho-sozialen Verständnis zum chronischen Rückenschmerz folgen und dabei einen interdisziplinären Behandlungsansatz favorisieren. Wir unterstützen eine Behandlung nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien.

Die DGPSF sieht es als positiv an, dass Patienten und Patientinnen mit nicht-spezifischem Kreuzschmerz mit Funktionseinschränkungen ab dem Grad II des Grading-Ansatzes nach von Korff in das DMP eingeschlossen werden können.

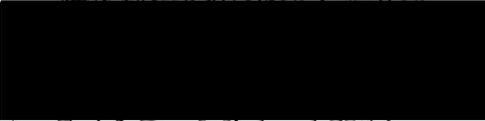
Den konsentierten Therapiezielen können wir uns gut anschließen, ebenso einer Therapieplanung auf Basis individueller Belastungsfaktoren, wobei die Therapieplanung eine gemeinsame Verständigung auf ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell zur Voraussetzung hat.

Abgestufte therapeutische Maßnahmen, die auf Basismaßnahmen aufbauen, sind ebenfalls ein erstrebenswertes Vorgehen, für das bedauerlicherweise in der Ausarbeitung kein Konsens (wie an vielen anderen Stellen des Beschlussentwurfes) erzielt wurde. Einigkeit besteht aber offensichtlich darin, dass als höchste Behandlungsoption die teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie gesehen wird. Das entspricht auch unserer Haltung.

Der/die koordinierende Arzt/ Ärztin hat in dem Beschlussentwurf die zentrale Bedeutung für die Behandlungsplanung und Umsetzung. Andere Disziplinen mit einer Spezialisierung auf die Behandlung von chronischem Schmerz wie die Psychotherapie (spezielle Schmerzpsychotherapie) oder Physiotherapie (Schmerzphysiotherapie) kommen bestenfalls randständig vor. Die Notwendigkeit und Realisierung einer verbesserten Interaktion der an der Behandlung beteiligten Disziplinen aus Medizin, Psychologie/Psychotherapie und Physiotherapie kommt in dem Beschlussentwurf nicht zum Tragen. Dies ist ein deutlicher Kritikpunkt an dem Beschlussentwurf, der nach unserer Bewertung deutlich hinter den Zielen liegt, die die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz vorsieht.

Abschließend möchten wir auch unser Erstaunen und Bedauern ausdrücken, dass es nach dreijähriger Aktivität mit 24 Sitzungen der Arbeitsgruppe und mehreren Treffen des Unterausschusses DMP, in denen es inhaltlich immer um die zukünftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz ging, nicht gelungen ist, einen von allen Beteiligten getragenen Beschlussentwurf zur Stellungnahme vorzulegen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Michael Höpfe
Präsident der DGPSF



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Stand:

12.12.2018

Blaue Schrift: Ergänzungen im Vergleich zur geltenden Fassung der DMP-A-RL

gelb hinterlegt: dissente Punkte

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT 26.04.2014 B3), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V [Veröffentlichungsnummer]), wie folgt zu ändern:

I. Die Anlage 2 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs) der Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. Die laufende Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
„10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/Asthma bronchiale/COPD/chronische Herzinsuffizienz/chronischer Rückenschmerz “

28 2.

KBV, DKG:			GKV-SV, PatV:
Die laufenden Nummern 13 bis 17 werden wie folgt gefasst:			[keine Änderung]
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung	
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten			
„13	Körpergröße ⁴⁾	m	
14	Körpergewicht ⁴⁾	kg	
15	Blutdruck ^{3) 4)}	mm Hg	
16	Raucher ⁴⁾	Ja/Nein	
17	Begleiterkrankungen ⁴⁾	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/ Diabetes mellitus/KHK/AVK/ Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen	
⁴⁾ Dieser Dokumentationsparameter ist im DMP chronischer Rückenschmerz optional auszufüllen.“			

29

30 II. Der Richtlinie werden folgende Anlagen 15 und 16 angefügt:

31

32 „Anlage 15 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für
33 Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz

34 1. **Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter**
35 **Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten,**
36 **verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen**
37 **Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)**

38

39 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte
40 Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe

41 Eingeschlossen in das DMP werden Patienten und Patientinnen mit chronischem
42 nichtspezifischem Kreuzschmerz mit wesentlicher Funktionseinschränkung Grad II – IV im
43 „Chronic Pain Grade (CPG)“-Patientenfragebogen unter andauernder Therapie.

44 Kreuzschmerz im Sinne dieser Anlage ist der Schmerz im Rückenbereich unterhalb des
45 Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten.

46 Chronisch im Sinne dieser Anlage ist der Kreuzschmerz, wenn er länger als 12 Wochen anhält.

47 Nichtspezifisch im Sinne dieser Anlage ist der Kreuzschmerz, bei dem keine spezifischen
48 Erkrankungen, wie insbesondere in den Ausschlusskriterien benannt, ursächlich sind.

49 Ausgeschlossen von der Teilnahme an diesem DMP sind Patienten und Patientinnen mit
 50 chronischen Kreuzschmerzen aufgrund folgender spezifischer Ursachen:

- 51 a. Tumor im Bereich der Wirbelsäule
- 52 b. Infektion im Bereich der Wirbelsäule
- 53 c. nicht stabil durchbaute Wirbelkörperfrakturen
- 54 d. Rheumatische Erkrankungen
- 55 e. symptomatische Radikulopathie
- 56 f. Kaudasyndrom

57

GKV-SV, DKG, KBV	PatV
<p>Versicherte, deren Kreuzschmerzen als Berufserkrankung anerkannt sind, können nicht an dem DMP teilnehmen. Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren wegen Kreuzschmerzen, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.</p>	<p>Versicherte, deren Kreuzschmerzen als Berufserkrankung anerkannt sind, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.</p> <p>Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.</p>

58

59 1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte
 60 Behandlungsprogramm Rückenschmerz

61 Die hinreichende Diagnostik für die Aufnahme besteht aus:

- 62 a. der Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der unter Nummer 1.1
 63 benannten Definition und Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe sowie der
 64 körperlichen Untersuchung.
- 65 b. der Feststellung des Ausmaßes der Schmerzstärke und der funktionellen
 66 Beeinträchtigung mit einem Ausmaß von mindestens Grad II, erhoben durch den
 67 Patientenfragebogen „Chronic Pain Grade (CPG)“. Dieser Fragebogen wird der
 68 Patientin oder dem Patienten vom Arzt für die Einschreibung zur Verfügung
 69 gestellt und von der Patientin oder vom Patienten ausgefüllt.

70 Vor Einschreibung in das DMP prüft der Arzt das Vorliegen von Ein- und
 71 Ausschlusskriterien. Dabei sind die Befunde einer vorangegangenen
 72 Abklärungsdiagnostik sowie die Dokumentation von Therapie und Verlauf insbesondere
 73 der vorangegangenen 12 Wochen zu berücksichtigen.

74 Bei Patienten mit anhaltenden aktivitätseinschränkenden oder progredienten
 75 Kreuzschmerzen trotz leitliniengerechter Therapie soll die Indikation für eine bildgebende
 76 Diagnostik überprüft werden. Die Wiederholung der Bildgebung ohne relevante Änderung
 77 des klinischen Bildes soll nicht erfolgen.

78

GKV-SV, PatV	DKG, KBV
[streichen]	Die Voraussetzungen für die Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz müssen zum Zeitpunkt der Einschreibung durch schriftliche Befunde, unter anderem auch hinzugezogener oder vorbehandelnder Fachdisziplinen (z. B. Orthopädie, Neurologie oder Neurochirurgie unter Berücksichtigung der vorliegenden radiologischen Befunde), belegbar sein.

79

GKV-SV, PatV	DKG, KBV
Der Arzt bzw. die Ärztin prüft zudem vor Einschreibung, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist den Patienten oder die Patientin ggf. für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.	[streichen]

80



81 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll gemeinsam mit dem Patienten oder
 82 der Patientin prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Kapitel 1.3
 83 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung
 84 mitwirken kann.

85 1.3 Therapieziele

86 Chronischer Kreuzschmerz ist mit einem erheblichen Verlust an Lebensqualität verbunden.
 87 Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

- 88
- 89 - Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- 90 - Verbesserung der Funktionsfähigkeit
- 91 - Reduktion der Schmerzintensität
- 92 - Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit 

93

GKV-SV, DKG, KBV	PatV
<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz, sowie Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung - Reduktion von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen - Reduktion von chirurgischen Maßnahmen

94

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Die Therapieziele sollen durch den strukturierten Einsatz von evidenzbasierten effektiven Behandlungsmaßnahmen und unter Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen erreicht werden. Die therapeutische Beziehung soll einer Somatisierung und übermäßiger Fixierung auf medizinische Maßnahmen entgegenwirken.</p>	<p>DKG, KBV</p> <p><i>[streichen, da die Maßnahmen zur Erreichung der Ziele andernorts (Nummer 1.5) definiert werden.]</i></p>
---	---

95

96 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren

97 Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten führt der koordinierende Arzt oder die
 98 koordinierende Ärztin eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis der psychischen und
 99 somatischen Situation sowie der Beurteilung des Verlaufs und der bisher stattgefundenen
 100 Untersuchungen und Behandlungen durch.

101 Der Arzt oder die Ärztin erfasst dazu die individuelle Beschwerdestärke, das Ausmaß der
 102 Funktionsbeeinträchtigung, die psychosoziale Belastung und psychische und somatische
 103 Komorbiditäten.

104 Bei der Therapieplanung soll eine den individuellen Voraussetzungen der Patientinnen oder
 105 des Patienten angemessene, zunehmende Aktivierung und weitere Lebensstilmodifikationen
 106 berücksichtigt werden. Voraussetzung für die Therapieplanung ist zudem eine gemeinsame
 107 Verständigung auf ein biopsychosoziales Krankheitsmodell.

108 Auf Basis der sich ergebenden individuellen Befundkonstellation soll die Ärztin oder der Arzt
 109 in Abstimmung mit der Patientin oder mit dem Patienten prüfen, ob die Patientin oder der
 110 Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von bestimmten
 111 Interventionen profitieren kann.

112 Die Basismaßnahmen (siehe Nummer 1.5.1) sollen grundsätzlich bei jeder Patientin oder
 113 jedem Patienten zur Anwendung kommen.

114

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Der Arzt oder die Ärztin prüft sodann, ob die Patientin oder der Patient von einer Optimierung bereits bestehender individueller Therapiemaßnahmen (siehe 1.5.2) oder deren Neu-Veranlassung profitieren kann. Bei nicht ausreichendem Erfolg soll im Weiteren eine Modifikation der Therapiemaßnahmen (siehe Nummer 1.5.3) im Sinne einer Ausweitung oder Intensivierung erfolgen. Sprechen die Beschwerden der Patientin oder des Patienten auch hierauf nicht in ausreichendem Maße an, kann eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie eingesetzt werden. In</p>	<p>KBV, PatV</p> <p>Bei nicht ausreichendem Erfolg soll eine Therapieintensivierung wie unter Nummer 1.5.2. und Nummer 1.5.3 beschrieben geprüft werden. Eine Fortsetzung von Maßnahmen, die keine Wirkung gezeigt haben, soll dabei vermieden werden.</p>
--	---

begründeten Fällen kann diese auch als initiale Maßnahme erwogen werden.	
--	--

115

116 Der koordinierende Arzt oder die koordinierende Ärztin erstellt gemeinsam mit dem Patienten
 117 oder der Patientin einen Therapieplan mit individuellen Zielen,

118

GKV-SV, DKG insbesondere mit einem individuellen Ziel zur körperlichen Aktivität.	KBV, PatV z. B. zur körperlichen Aktivität oder zu Entspannungstechniken.
---	---

119

120 1.5 Therapeutische Maßnahmen

121 1.5.1 Basismaßnahmen

122 Alle Patienten sollen im Arzt-Patienten-Gespräch über das biopsychosoziale
 123 Krankheitsverständnis von chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen aufgeklärt werden.



124

GKV-SV, DKG [streichen]	KBV, PatV Ergänzend zur individuellen Aufklärung sollte allen Patientinnen und Patienten die Patienteninformation „Chronische Kreuzschmerzen – Aktiv gegen dauerhafte Kreuzschmerzen“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mit der Einschreibung in das DMP zur Verfügung gestellt werden. 
-----------------------------------	---

125

126 Alle Patienten sollen über die entscheidende, positive Rolle von körperlicher Aktivität zur
 127 Vermeidung und Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden aufgeklärt werden. Sie sollen zu
 128 regelmäßiger und entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu allmählich gesteigerter
 129 körperlicher Aktivität im Alltag motiviert werden. Der Patient soll regelmäßig körperliches
 130 Training durchführen, entweder selbständig oder durch Teilnahme an einem von Fachkräften
 131 geleiteten Sportprogramm bzw. durch Teilnahme an Rehabilitationssport / Funktionstraining.
 132 Die Art der körperlichen Bewegung soll sich nach den individuellen Präferenzen und
 133 Voraussetzungen der Patienten und Patientinnen richten.

134

GKV-SV [streichen]	DKG Des Weiteren soll geprüft werden, ob der Patient oder die Patientin von einer Schulung gemäß Nummer 4.2 profitieren kann.	KBV, PatV Alle Patienten erhalten als zentrale Maßnahme Zugang zu einer Schulung, die als multimodales Angebot gemäß Nummer 4.2 konzipiert ist.
------------------------------	---	---

135

136

GKV-SV, DKG 1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen	KBV, PatV 1.5.2 Individuelle zusätzliche Maßnahmen
--	--

<p>Als wesentliche nicht-medikamentöse Behandlung soll die angeleitete Bewegungstherapie zur Anwendung kommen. Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.</p> <p>In Abhängigkeit der individuellen Befundkonstellation und der fachbezogenen Begründbarkeit, (siehe Nummer XX) können folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser, - Entspannungsverfahren: Jacobsonsche Relaxationstherapie - Verhaltenstherapie - Ergotherapie <p>Grundsätzlich stehen außerdem die Maßnahmen gemäß Heilmittelkatalog sowie die Akupunktur und die ärztliche Manuelle Therapie zur Verfügung</p>	<p>Ergänzend zur Basistherapie können in Abhängigkeit der individuellen Befundkonstellation, der individuellen Präferenzen und der individuell erhobenen Risikokonstellation (siehe Nummer 1.4) zusätzlich folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verhaltenstherapie (bei Vorliegen einer seelischen Krankheit) - Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser, - Entspannungsverfahren/progressive Muskelrelaxation - Manuelle Therapie in Kombination mit Bewegungstherapie - Massage in Kombination mit Bewegungstherapie - Ergotherapie im Rahmen eines multimodalen Angebotes - Akupunktur <p>Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.</p> <p>Um eine zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmte Kombination von somatisch und psychisch orientierten Behandlungsmodalitäten im Sinne eines multimodalen Ansatzes in der Versorgungspraxis umzusetzen, wird die multimodale Gruppenschulung gemäß Nummer 1.5.1 und 4.2 als Basismaßnahme für alle Patientinnen und Patienten in diesem DMP empfohlen. Dieses multimodale Angebot bildet die Voraussetzung für ein strukturiertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen. Daher soll vor Einleitung weiterer intensivierter Maßnahmen die Teilnahme an einer multimodalen Gruppenschulung geprüft werden.</p> <p>Zeigt sich innerhalb eines angemessenen Behandlungszeitraumes keine Besserung, soll die Fortführung oder Intensivierung von singulären Interventionen (z.B. Massage, Physiotherapie, manuelle Therapie) ohne Unterstützung durch ein multimodales Angebot vermieden werden.</p>
--	---

- 138 Folgende Maßnahmen werden nicht empfohlen:
- 139 - Traktionsbehandlung
 - 140 - Bettruhe
 - 141 - Orthesen und Schuheinlagen
 - 142 - Kurzwellendiathermie
 - 143 - Therapeutischer Ultraschall
 - 144 - Interferenztherapie
 - 145 - Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)
 - 146 - Perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS)
 - 147 - Magnetfeldtherapie
 - 148 - Lasertherapie
 - 149 - Kältetherapie

GKV-SV, DKG

1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen

Die Erreichung der Therapieziele und die Wirkung der individuellen Therapiemaßnahmen sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Zeigt sich innerhalb eines angemessenen Behandlungszeitraumes nach Einschreibung in das DMP keine Besserung von Schmerz und Funktionseinschränkung, prüft der Arzt oder die Ärztin, ob die Patientin oder der Patient von einer Kombination von individuellen Therapiemaßnahmen profitieren kann. Dabei sollen über einen definierten Zeitraum zeitgleich und aufeinander abgestimmt verschiedene Behandlungsmodalitäten – mindestens zwei, darunter Physiotherapie und eine aus dem psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich (Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie) - zur Anwendung kommen. Der koordinierende Arzt oder die koordinierende Ärztin überprüft mit der Patientin oder dem Patienten Motivation und Machbarkeit eines solchen intensivierten Behandlungskonzepts, das zugleich mit erhöhten Anforderungen an die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten einhergeht. Nach Abschluss des festgelegten Zeitraumes bewertet der Arzt oder die Ärztin gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten den Erfolg der intensivierten Therapiemaßnahme.

150

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>1.5.4 Multimodale Schmerztherapie</p> <p>Führen die intensivierten Therapiemaßnahmen zu keiner ausreichenden Besserung, soll die Erforderlichkeit einer stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie geprüft werden (siehe Nummer 1.4).</p>	<p>KBV, PatV</p> <p>1.5.3 Weitere intensivierte Maßnahmen</p> <p>Die Erreichung der gemeinsam vereinbarten Therapieziele ist nach Teilnahme an einer Schulung gemäß Nummer 4.2 in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.</p> <p>Sofern die ergänzenden Maßnahmen wie unter Nummer 1.5.2 beschrieben nicht erfolgreich sind oder keinen Erfolg versprechen, soll der Einsatz der ambulanten Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung oder eine teilstationäre oder stationäre multimodale Therapie erwogen werden.</p>
---	--

151

<p>GKV-SV</p> <p>1.5.5 Langzeitbetreuung</p> <p>Nach Durchlaufen aller indizierten Maßnahmen nach 1.5.1 – bis 1.5.4 soll der Schwerpunkt auf die Stabilisierung erworbener Verhaltens- und Handlungskompetenzen der Patientin bzw. des Patienten, die Verstetigung körperlicher Aktivität sowie auf die Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Interventionen gelegt werden. Wesentlich sind weiterhin die Kontrolle auf mögliche Änderungen des Beschwerdebildes und ein besonderes Augenmerk auf eine eventuell länger anhaltende Einnahme von Analgetika.</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--

152

153 ***[Redaktioneller Hinweis: die weiteren Kapitelnummerierungen zu den medikamentösen***
 154 ***Therapien werden nach Konsentierung angepasst.]***

155 **1.5.X** Medikamentöse Therapien

156 Die medikamentöse Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen ist symptomatisch. Sie dient
 157 der Unterstützung der nicht-medikamentösen Maßnahmen, damit die Betroffenen frühzeitig
 158 ihre üblichen Aktivitäten wiederaufnehmen. Die Indikation bei chronischen Kreuzschmerzen
 159 besteht einerseits, wenn zur Umsetzung der aktivierenden Maßnahmen eine medikamentöse
 160 Schmerztherapie erforderlich ist, andererseits wenn trotz regelrechter Durchführung dieser
 161 Maßnahmen eine für den Patienten nicht tolerable schmerzbedingte funktionelle
 162 Beeinträchtigung bestehen bleibt.

163 Die tatsächlich eingenommenen Medikamente sollen einschließlich der Selbstmedikation, und
 164 mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie erfragt und erfasst werden, um ggf.
 165 Therapieänderungen oder Dosisanpassungen möglichst frühzeitig vornehmen zu können.

166 Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch
 167 im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach
 168 § 31 a SGB V informiert.

169 Folgende Grundsätze sollen unabhängig von der Wahl, der Einleitung und der Durchführung
 170 der medikamentösen Therapie berücksichtigt werden:

- 171 - Aufklärung, dass Medikamente nur eine unterstützende Therapieoption bei
- 172 Rückenschmerzen darstellen

- 173 - Festlegung eines realistischen und relevanten Therapieziels auch unter
 174 Berücksichtigung der körperlichen Funktion (z.B. Verbesserung der Gehstrecke
 175 oder Belastbarkeit, relevante Schmerzlinderung (>30 oder >50%))
- 176 - Individuelle Auswahl der Medikation unter Berücksichtigung der
 177 Begleiterkrankungen, Begleitmedikation, Unverträglichkeiten, Vorerfahrungen
 178 und Präferenzen des Patienten.
- 179 - Stufenweise Dosistitration der Medikation zum Erreichen dieses Effektes mit der
 180 geringsten effektiven Dosierung
- 181 - Überprüfung des Auftretens von Nebenwirkungen und des klinischen Effekts in
 182 regelmäßigen Intervallen (ca. 4 Wochen)
- 183 - Bei akuten Schmerzen zeitiges Ausschleichen bzw. Absetzen der Medikation
 184 mit Besserung der Symptomatik
- 185 - Fortführung der Therapie nur bei guter Wirksamkeit und Verträglichkeit,
 186 Überprüfung in regelmäßigen Intervallen (alle 3 Monate)
- 187 - Ausschleichen/Absetzen der Therapie bei nicht ausreichender Wirksamkeit
 188 (trotz angemessener Dosierung) oder relevanten Nebenwirkungen

189

190 1.5.X.X Nicht-Opioidanalgetika

191 1.5.X.X.X NSAR / COX-2-Hemmer

192 Sofern NSAR eingesetzt werden, sollte dies in der möglichst niedrigsten wirksamen Dosierung
 193 geschehen. COX-2-Hemmer können als Alternative erwogen werden, wenn NSAR nicht
 194 vertragen werden. NSAR und COX-2-Hemmer sollen dabei so kurzzeitig wie möglich, unter
 195 Berücksichtigung des gastrointestinalen und kardiovaskulären Risikoprofils sowie unter
 196 Beachtung der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt werden.

197 1.5.X.X.X Paracetamol

198 Paracetamol sollte nicht zur Behandlung von nicht-spezifischen Kreuzschmerzen eingesetzt
 199 werden.

200 1.5.X.X.X Metamizol

201 Metamizol kann bei Kontraindikationen für NSAR erwogen werden. Auch hier gilt der
 202 Grundsatz: Niedrigste Dosis so kurzzeitig wie möglich unter Berücksichtigung der
 203 Warnhinweise.

204 1.5.X.X Opioidanalgetika

205 Opioide können bei chronischen Rückenschmerzen im Rahmen eines therapeutischen
 206 Gesamtkonzepts zeitlich begrenzt indiziert sein, daher sollte die Indikation auch ständig
 207 überprüft werden. Für Patienten mit unzureichender Schmerzkontrolle, die bisher keine
 208 Therapie mit einem Opioid erhalten haben, soll ein Therapieversuch erwogen werden. Bei
 209 Patienten, die bereits eine Therapie mit einem Opioid erhalten, soll die Indikation nach den
 210 oben genannten Grundsätzen der medikamentösen Therapie überprüft und ggf. angepasst
 211 werden.

212 Opioide sind als einzige Maßnahme aber im Regelfall nicht ausreichend und führen nur bei
 213 einem Teil der Patienten zur erwünschten Schmerzlinderung und/oder einer Verbesserung der
 214 funktionellen Kapazität. Eine langfristige Behandlung ist entsprechend nur bei Patienten mit
 215 individuell gutem Ansprechen und guter Verträglichkeit sinnvoll. Aufgrund dieser
 216 eingeschränkten Wirksamkeit, des relevanten Nebenwirkungsprofils, der Suchtgefahr und der
 217 möglichen Einschränkung der Verkehrssicherheit, sollte eine langfristige Anwendung von
 218 Opioiden unter regelmäßiger kritischer Prüfung von Wirkung und Nebenwirkungen
 219 durchgeführt, angepasst oder beendet werden.

220

221 1.5.X.X Antidepressiva

222 Ohne indikationsrelevante Komorbidität sollten Antidepressiva nicht verordnet werden.

223

224 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen

225 Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Konsultationen sind:

- 226 - Erfassung der aktuellen Schmerzstärke und Funktionseinschränkung
- 227 - Erfassung von Symptomveränderungen
- 228 - Erfassung fortbestehender psychosozialer Belastungsfaktoren und
- 229 symptomunterhaltender Komorbiditäten
- 230 - Grad der Erreichung der gemeinsam vereinbarten Ziele, insbesondere hinsichtlich der
- 231 körperlichen Aktivität
- 232 - ggf. Anpassung individuell vereinbarter Ziele
- 233 - Motivation zu ausreichender körperlicher Aktivität und deren Verstetigung
- 234 - Unterstützung und Überwachung ggf. eingeleiteter Maßnahmen gem. Nummer 1.5.1
- 235 sowie Überleitung dieser Therapieinhalte in selbständige Aktivitäten
- 236 - Bei Verwendung von Schmerzmitteln über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen
- 237 Prüfung der Notwendigkeit einer Fortführung (einschl. Erfassung von Neben – und
- 238 Wechselwirkungen).
- 239 - Entscheidung über Fortführung oder Umstellung des vereinbarten Therapieplans

240

241 Für die Beurteilung des Verlaufes von Schmerz und Funktion sollen

GKV-SV, KBV die Items 3 und 5	DKG, PatV mindestens die Items 1-7
---	--

242 des CPG-Fragebogens verwendet werden.]

243

GKV-SV, DKG, KBV <i>[streichen]</i>	PatV Für die Beurteilung des Therapieverlaufes in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität kommt der VR-12 zum Einsatz.
---	---

244 Bei Änderungen des Beschwerdebildes soll die Notwendigkeit einer weiterführenden
245 Untersuchung beim spezialisierten Facharzt oder einer spezialisierten Fachärztin bzw. für eine
246 Bildgebung geprüft werden.]

247 1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

248 1.7.1 Koordinierender Arzt

249

GKV-SV, DKG, KBV <i>[streichen]</i>	PatV Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt steht im Austausch mit den behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten und Therapeutinnen und Therapeuten. Sie oder er hat die Perspektiven, Befunde und erfolgten Maßnahmen der verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das weitere therapeutische Vorgehen miteinzubeziehen.
---	--

250 Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im
251 Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt

252

GKV-SV, PatV	DKG, KBV
<p>grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben.</p> <p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit chronischen Kreuzschmerzen auch</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder - eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder - eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt <p>zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p> <p>Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.</p>	<p>durch die Hausärztin/ den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben oder durch die Fachärztin / den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Fachärztin / den Facharzt für Orthopädie, die Fachärztin / den Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder durch eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.</p>

253

254 1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils
 255 qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

256 Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei
 257 folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur
 258 Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen, nichtspezifischen
 259 Kreuzschmerzen erfolgen soll:

- 260 - bei Hinweisen auf symptomunterhaltende oder –verstärkende psychische
- 261 Belastungen/psychosoziale Konflikte oder bei Hinweisen auf psychische Komorbidität
- 262 zum ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten (nach Möglichkeit mit
- 263 schmerzpsychotherapeutischer Expertise) oder zu einem anderen entsprechend

264 qualifizierten Facharzt oder einer anderen entsprechend qualifizierten Fachärztin
 265 oder einer entsprechend qualifizierten Einrichtung,
 266

<p>GKV-SV, PatV [streichen]</p>	<p>DKG, KBV</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei anhaltend hohem Schmerzniveau oder bei wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden zur schmerztherapeutisch qualifizierten Ärztin/Arzt oder einer schmerztherapeutisch qualifizierten Einrichtung,
--	---

267

<p>GKV-SV, PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische Ursache oder bei wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden des chronischen Kreuzschmerzes oder bei nicht ausreichendem Ansprechen der Beschwerden auf die zur Anwendung gebrachten Maßnahmen je nach individueller Konstellation zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung, 	<p>DKG, KBV</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische Ursache des chronischen Kreuzschmerzes je nach individueller Konstellation zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung,
---	---

268

269 - bei neu aufgetretenen Hinweisen für extravertebrale Ursachen zum jeweils
 270 qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung.

271 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 272 Überweisung.
 273

274 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

275 Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen

276 insbesondere:

277

<p>GKV-SV, DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie [GKV-SV (siehe 1.5.4)] 	<p>KBV, PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur multimodalen Schmerztherapie (auch teilstationär und Kurzzeitbehandlung),
---	---

278

279 - bei ausgeprägtem oder zunehmendem neurologischem Defizit (Lähmung,
 280 Sensibilitätsstörung) der unteren Extremität,

281 - bei Nachlassen des Schmerzes und zunehmender Lähmung bis zum kompletten
 282 Funktionsverlust des Kennmuskels der unteren Extremität,

283 - bei Kaudasyndrom: plötzlich einsetzende Blasen-/Mastdarmstörung, z. B. Urinverhalt,
 284 vermehrtes Wasserlassen, Inkontinenz,

285 - bei Gefühlsstörung perianal/perineal,

286 - bei sonstigen akut aufgetretenen Warnhinweisen für eine spezifische Ursache des
 287 chronischen Kreuzschmerzes, die eine notfallmäßige Abklärung und Therapie
 288 erfordern.

289 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 290 Einweisung.

291 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

292 Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen.

293 Dabei sind die Schwere des chronischen Rückenschmerzes und die dadurch bedingte
 294 Funktionseinschränkung, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie
 295 die psychosoziale Belastung zu beachten.

296 Eine Leistung zur Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit,
 297 die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Patientin oder des Patienten am
 298 Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen durch den chronischen
 299 Rückenschmerz zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

300 **2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften**
 301 **Buches Sozialgesetzbuch)**

302 Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser
 303 Richtlinie geregelt.

304

305 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	<p>GKV-SV:</p> <p>Bei erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern: Niedrige durchschnittliche Anzahl kreuzschmerzbedingter Arbeitsunfähigkeitstage.</p> <p>DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i></p>	<p>GKV-SV:</p> <p>Mittelwert und Median der kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeitstage bei erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern.</p> <p>DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i></p>
2	<p>Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen.</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p>
3	<p>Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Opioidanalgetika-Therapie.</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine kreuzschmerzbedingte Opioidanalgetika-Therapie für mehr als 12 Wochen erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p>
4	<p>Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Nicht-Opioidanalgetika-Therapie.</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine kreuzschmerzbedingte dauerhafter Nicht-Opioidanalgetika-Therapie erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p>

5	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger körperlicher Aktivität.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die im Dokumentationszeitraum regelmäßig körperlich aktiv waren, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
6	<p>DKG, KBV, PatV:</p> <p>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurde.</p> <p>GKV-SV:</p> <p>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit denen aktuell mindestens ein individuelles Ziel vereinbart ist.</p>	<p>DKG, KBV, PatV:</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurden bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>GKV-SV:</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, mit denen mindestens ein individuelles Ziel vereinbart ist, bezogen auf alle Teilnehmerinnen oder Teilnehmer.</p>
7	<p>DKG, KBV, PatV:</p> <p>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit krebsspezifischer Schulung.</p> <p>GKV-SV: <i>[streichen]</i></p>	<p>DKG, KBV, PatV:</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer krebsspezifischen Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>GKV-SV: <i>[streichen]</i></p>
8	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der krebsspezifischen Schmerzstärke.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der krebsspezifischen Schmerzstärke oder gleichbleibend niedriger Schmerzstärke, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
9	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der krebsspezifischen Funktionsfähigkeit.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der krebsspezifischen Funktionsfähigkeit oder gleichbleibend niedriger Funktionseinschränkung, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
10	<p>PatV:</p> <p>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.</p> <p>DKG, GKV-SV, KBV: <i>[streichen]</i></p>	<p>PatV:</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>DKG, GKV-SV, KBV: <i>[streichen]</i></p>

307 **3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f**
 308 **Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)**

309 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose gesichert ist
 310 und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten
 311 Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

312 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

313 Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser
 314 Richtlinie geregelt.

315 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

316 Voraussetzung für die Teilnahme ist das Vorliegen und die Einhaltung der unter Nummer 1.1
 317 und Nummer 1.2 genannten Kriterien.

318 Die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt prüft regelmäßig gemeinsam mit der
 319 Patientin oder dem Patienten,

GKV-SV jedoch spätestens nach zwei Jahren,	DKG, PatV mindestens einmal jährlich,	KBV [streichen]
--	---	---------------------------

320 ob die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme an diesem DMP profitiert.

321 Kommen der Arzt oder die Ärztin und der Patient oder die Patientin zu dem Ergebnis, dass
 322 dies nicht mehr der Fall ist, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die
 323 Krankenkasse.

324 **4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2**
 325 **Nr. 4 SGB V)**

326 4.1 Schulungen der Leistungserbringer

327 Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie
 328 geregelt.

329 4.2 Schulungen der Versicherten

330 Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

331

GKV-SV Danach dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Da die unter Nummer 1.4 bis Nummer 1.5.4 beschriebenen Therapiemaßnahmen	DKG, KBV Jeder Patient <u>soll</u> Zugang zu einer strukturierten, evaluierten, und publizierten Gruppenschulung <u>erhalten</u> .	PatV Jeder Patient <u>erhält</u> Zugang zu einem geeigneten, strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Gruppenschulungsprogramm.
	KBV, PatV Diese soll mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, angeleitet durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen, enthalten und ist aktiv ühend zu gestalten.	

bereits zwingend informierende und schulende Elemente, wie sie zum Erlernen von Eigenübungsprogrammen erforderlich sind, enthalten, sind isolierte Schulungsprogramme nach § 4 DMP-A-RL für dieses DMP nicht erforderlich.	
--	--

332

333 **5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)**
 334 **(§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)**

335 Für die Evaluation nach § 6 Abs. 2 Ziffer 1 sind mindestens folgende medizinische Parameter
 336 auszuwerten:

	GKV-SV	KBV	DKG	PatV
Evaluationsparameter				
a) Arbeitsunfähigkeitstage	X	X	<i>[streichen]</i>	<i>[streichen]</i>
b) Patienten und Patientinnen mit Schulung	<i>[streichen]</i>	X	X	X
c) Dauertherapie mit Opioidanalgetika	X	X	X	X
d) Dauertherapie mit Nicht-Opioidanalgetika	X	X	X	X
e) Schmerzstärke (Item 3 nach CPG, Dokumentationsparameter lfd. Nr. X)	X	X	X	X
f) Funktionsfähigkeit (Item 5 nach CPG, Dokumentationsparameter lfd. Nr. X)	X	X	X	X
g) Wirbelsäulen-Operationen	<i>[streichen]</i>	X	<i>[streichen]</i>	X
h) ungeplante ambulante oder stationäre kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung	X	X	X	X
i) gesundheitsbezogene Lebensqualität	<i>[streichen]</i>	<i>[streichen]</i>	<i>[streichen]</i>	X

337

338 Abweichend von § 6 Abs. 3 Nr. 2 endet der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu
 339 erstellenden Bericht nach 48 Monaten, beginnend mit dem 1. Tag des der frühesten Zulassung
 340 eines DMP Chronischer Rückenschmerz folgenden Quartals.

341 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie ist
 342 aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP
 343 eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.

344 **Anlage 16 Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation**

345

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	GKV-SV: Erwerbstätig seit der letzten Dokumentation ¹ DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>	GKV-SV: Ja / Nein DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>
2	GKV-SV: Anzahl der kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeitstage ² seit der letzten Dokumentation DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>	GKV-SV: Anzahl DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>
Relevante Ereignisse		
3	Ungeplante ambulante oder stationäre kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung seit der letzten Dokumentation ¹	Anzahl
Medikamente		
4	Aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation: Opioidanalgetika	Ja, länger als 12 Wochen/Ja, weniger als 12 Wochen/ Nein
5	Aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation: Nicht Opioidanalgetika ³	Dauerhaft / Bei Bedarf / Nein
Schulung		
6	DKG, KBV, PatV: Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer multimodalen Schulung teilgenommen ⁴ GKV-SV:	DKG, KBV, PatV: Ja / Nein GKV-SV:

¹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Arbeitsunfähigkeitstage beinhalten auch die Fehltage ohne ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Hier ist auch eine Selbstmedikation zu dokumentieren

⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen

	[streichen]	[streichen]
7	DKG, KBV, PatV: Kreuzschmerz-spezifische Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) GKV-SV: [streichen]	DKG, KBV, PatV: Ja / Nein GKV-SV: [streichen]
8	DKG, KBV, PatV: Kreuzschmerz-spezifische Schulung wahrgenommen ¹ GKV-SV: [streichen]	DKG, KBV, PatV: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen GKV-SV: [streichen]
Sonstige Behandlung		
9	Regelmäßig körperlich aktiv	Ja / Nein / Nicht möglich
10	KBV, DKG, PatV: Erreichung mindestens eines der individuell vereinbarten Ziele seit der letzten Dokumentation ¹ GKV-SV: Aktuell ist mindestens ein individuelles Ziel vereinbart.	KBV, DKG, PatV: Mindestens ein Ziel erreicht / Noch kein Ziel erreicht / Kein Ziel überprüft / Kein Ziel vereinbart GKV-SV: Ja / Nein
11	CPG Item 3: Durchschnittliche Stärke der Kreuzschmerzen in den letzten drei Monaten (0 = „Keine“ bis 10 = „Stärkster Schmerz“)	Zahl (0 – 10, ganzzahlig)
12	CPG Item 5: Kreuzschmerzbedingte Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivitäten (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) in den letzten drei Monaten (0 = „Keine“ bis 10 = „Maximale Beeinträchtigung“)	Zahl (0 – 10, ganzzahlig)
13	PatV: gesundheitsbezogene Lebensqualität (VR-12) DKG, GKV-SV, KBV: [streichen]	PatV: Zahl/Score DKG, GKV-SV, KBV: [streichen]
14	Beendigung der DMP-Teilnahme vereinbart. ⁵	Ja/Nein

346 ⁵Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern hier „Ja“ angegeben wird, erfolgt eine Beendigung
347 der DMP-Teilnahme durch die Krankenkasse.

348 „

349

350 III. Die Änderung der Richtlinie tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im
351 Bundesanzeiger folgenden Quartals, nicht jedoch vor dem TT. Monat JJJJ, in Kraft.

352

353 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter
354 www.g-ba.de veröffentlicht.

355

356 Berlin, den T. Monat JJJJ

357

Gemeinsamer Bundesausschuss

358

gemäß § 91 SGB V

359

Der Vorsitzende

360

361

Prof. Hecken



1 **Beschlussentwurf**
 2 **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die**
 3 **XX. Änderung der**
 4 **DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):**
 5 **Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage**
 6 **15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der**
 7 **Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz -**
 8 **Dokumentation)**

9 **Stand:**
 10 12.12.2018
 11 **Blaue Schrift:** Ergänzungen im Vergleich zur geltenden Fassung der DMP-A-RL
 12 **gelb hinterlegt:** dissente Punkte

13
 14 Vom T. Monat JJJJ
 15 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ
 16 beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung
 17 der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V
 18 (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT
 19 26.04.2014 B3), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V
 20 [Veröffentlichungsnummer]), wie folgt zu ändern:

- 21
 22 I. Die Anlage 2 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs) der
 23 Richtlinie wird wie folgt geändert:
 24 1. Die laufende Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

25

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
„10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/Asthma bronchiale/COPD/chronische Herzinsuffizienz/chronischer Rückenschmerz *

26
 27

Kommentarzusammenfassung für 2019-01-23_von DRV-
 Bund_Kommentiert Anlage 1_BE_DMP_Rücken_DRV.pdf
 Diese Seite enthält keine Kommentare.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

28

2.		KBV, DKG:	GKV-SV, PatV:
Die laufenden Nummern 13 bis 17 werden wie folgt gefasst:			[keine Änderung]
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung	
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten			
„13	Körpergröße ⁴⁾	m	
14	Körpergewicht ⁴⁾	kg	
15	Blutdruck ^{3) 4)}	mm Hg	
16	Raucher ⁴⁾	Ja/Nein	
17	Begleiterkrankungen ⁴⁾	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/Diabetes mellitus/KHK/AVK/ Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen	
⁴⁾ Dieser Dokumentationsparameter ist im DMP chronischer Rückenschmerz optional auszufüllen.“			

29

30 II. Der Richtlinie werden folgende Anlagen 15 und 16 angefügt:

31

32 **„Anlage 15 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für**

33 **Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz**

34 **1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter**

35 **Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten,**

36 **verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen**

37 **Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)**

38

39 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte

40 Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe

41 Eingeschlossen in das DMP werden Patienten und Patientinnen mit chronischem

42 nichtspezifischem Kreuzschmerz mit wesentlicher Funktionseinschränkung Grad II – IV im

43 „Chronic Pain Grade (CPG)“-Patientenfragebogen unter andauernder Therapie.

44 Kreuzschmerz im Sinne dieser Anlage ist der Schmerz im Rückenbereich unterhalb des

45 Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten.

46 Chronisch im Sinne dieser Anlage ist der Kreuzschmerz, wenn er länger als 12 Wochen anhält.

47 Nichtspezifisch im Sinne dieser Anlage ist der Kreuzschmerz, bei dem keine spezifischen

48 Erkrankungen, wie insbesondere in den Ausschlusskriterien benannt, ursächlich sind.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

- 49 Ausgeschlossen von der Teilnahme an diesem DMP sind Patienten und Patientinnen mit
- 50 chronischen Kreuzschmerzen aufgrund folgender spezifischer Ursachen:
- 51 a. Tumor im Bereich der Wirbelsäule
- 52 b. Infektion im Bereich der Wirbelsäule
- 53 c. nicht stabil durchbaute Wirbelkörperfrakturen
- 54 d. Rheumatische Erkrankungen
- 55 e. symptomatische Radikulopathie
- 56 f. Kaudasyndrom
- 57

GKV-SV, DKG, KBV	PatV
Versicherte, deren Kreuzschmerzen als Berufserkrankung anerkannt sind, können nicht an dem DMP teilnehmen. Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren wegen Kreuzschmerzen, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.	Versicherte, deren Kreuzschmerzen als Berufserkrankung anerkannt sind, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden. Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.

- 58
- 59 1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte
- 60 Behandlungsprogramm Rückenschmerz
- 61 Die hinreichende Diagnostik für die Aufnahme besteht aus:
- 62 a. der Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der unter Nummer 1.1
- 63 benannten Definition und Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe sowie der
- 64 körperlichen Untersuchung.
- 65 b. der Feststellung des Ausmaßes der Schmerzstärke und der funktionellen
- 66 Beeinträchtigung mit einem Ausmaß von mindestens Grad II, erhoben durch den
- 67 Patientenfragebogen „Chronic Pain Grade (CPG)“. Dieser Fragebogen wird der
- 68 Patientin oder dem Patienten vom Arzt für die Einschreibung zur Verfügung
- 69 gestellt und von der Patientin oder vom Patienten ausgefüllt.
- 70 Vor Einschreibung in das DMP prüft der Arzt das Vorliegen von Ein- und
- 71 Ausschlusskriterien. Dabei sind die Befunde einer vorangegangenen
- 72 Abklärungsdiagnostik sowie die Dokumentation von Therapie und Verlauf insbesondere
- 73 der vorangegangenen 12 Wochen zu berücksichtigen.
- 74 Bei Patienten mit anhaltenden aktivitätseinschränkenden oder progredienten
- 75 Kreuzschmerzen trotz leitliniengerechter Therapie soll die Indikation für eine bildgebende
- 76 Diagnostik überprüft werden. Die Wiederholung der Bildgebung ohne relevante Änderung
- 77 des klinischen Bildes soll nicht erfolgen.
- 78

Seite: 4

GKV-SV, PatV [streichen]	DKG, KBV Die Voraussetzungen für die Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz müssen zum Zeitpunkt der Einschreibung durch schriftliche Befunde, unter anderem auch hinzugezogener oder vorbehandelnder Fachdisziplinen (z. B. Orthopädie, Neurologie oder Neurochirurgie unter Berücksichtigung der vorliegenden radiologischen Befunde), belegbar sein.
------------------------------------	--

Verfasser: Deutsche Rentenversicherung Bund Thema: Notiz Datum: 21.01.2019 10:12:26
 Diesen Absatz nicht ersatzlos streichen:
 Vor der Einschreibung sollte individuell durch die Ärztin bzw. den Arzt geprüft werden, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist, z. B. um negative Auswirkungen auf die Teilhabe zu verhindern. Sollte eine Rehabilitationsbedürftigkeit bestehen, verweist er/sie den Patienten oder die Patientin für die weitere Beratung und Prüfung an den Rehabilitationsträger (z. B. Renten-, Unfall- oder Krankenversicherung) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.

79

GKV-SV, PatV	Der Arzt bzw. die Ärztin prüft zudem vor Einschreibung, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist den Patienten oder die Patientin ggf. für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.	DKG, KBV [streichen]
---------------------	---	--------------------------------

Verfasser: Deutsche Rentenversicherung Bund Thema: Notiz Datum: 21.01.2019 09:59:52
 - Verbesserung der Aktivität, Belastungsfähigkeit und Teilhabe

80

81 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll gemeinsam mit dem Patienten oder
 82 der Patientin prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Kapitel 1.3
 83 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung
 84 mitwirken kann.

85

1.3 Therapieziele

86

Chronischer Kreuzschmerz ist mit einem erheblichen Verlust an Lebensqualität verbunden.
 87 Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

88

- 89 - Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- 90 - Verbesserung der Funktionsfähigkeit
- 91 - Reduktion der Schmerzintensität
- 92 - Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit

93

GKV-SV, DKG, KBV	PatV
- Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz, sowie Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage	- Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung - Reduktion von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen - Reduktion von chirurgischen Maßnahmen

94

Diese Seite enthält keine Kommentare.

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Die Therapieziele sollen durch den strukturierten Einsatz von evidenzbasierten effektiven Behandlungsmaßnahmen und unter Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen erreicht werden. Die therapeutische Beziehung soll einer Somatisierung und übermäßiger Fixierung auf medizinische Maßnahmen entgegenwirken.</p>	<p>DKG, KBV</p> <p><i>[streichen, da die Maßnahmen zur Erreichung der Ziele andernorts (Nummer 1.5) definiert werden.]</i></p>
---	---

95

96 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren

97 Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten führt der koordinierende Arzt oder die

98 koordinierende Ärztin eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis der psychischen und

99 somatischen Situation sowie der Beurteilung des Verlaufs und der bisher stattgefundenen

100 Untersuchungen und Behandlungen durch.

101 Der Arzt oder die Ärztin erfasst dazu die individuelle Beschwerdestärke, das Ausmaß der

102 Funktionsbeeinträchtigung, die psychosoziale Belastung und psychische und somatische

103 Komorbiditäten.

104 Bei der Therapieplanung soll eine den individuellen Voraussetzungen der Patientinnen oder

105 des Patienten angemessene, zunehmende Aktivierung und weitere Lebensstilmodifikationen

106 berücksichtigt werden. Voraussetzung für die Therapieplanung ist zudem eine gemeinsame

107 Verständigung auf ein biopsychosoziales Krankheitsmodell.

108 Auf Basis der sich ergebenden individuellen Befundkonstellation soll die Ärztin oder der Arzt

109 in Abstimmung mit der Patientin oder mit dem Patienten prüfen, ob die Patientin oder der

110 Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von bestimmten

111 Interventionen profitieren kann.

112 Die Basismaßnahmen (siehe Nummer 1.5.1) sollen grundsätzlich bei jeder Patientin oder

113 jedem Patienten zur Anwendung kommen.

114

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Der Arzt oder die Ärztin prüft sodann, ob die Patientin oder der Patient von einer Optimierung bereits bestehender individueller Therapiemaßnahmen (siehe 1.5.2) oder deren Neu-Veranlassung profitieren kann.</p> <p>Bei nicht ausreichendem Erfolg soll im Weiteren eine Modifikation der Therapiemaßnahmen (siehe Nummer 1.5.3) im Sinne einer Ausweitung oder Intensivierung erfolgen.</p> <p>Sprechen die Beschwerden der Patientin oder des Patienten auch hierauf nicht in ausreichendem Maße an, kann eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie eingesetzt werden. In</p>	<p>KBV, PatV</p> <p>Bei nicht ausreichendem Erfolg soll eine Therapieintensivierung wie unter Nummer 1.5.2. und Nummer 1.5.3 beschrieben geprüft werden. Eine Fortsetzung von Maßnahmen, die keine Wirkung gezeigt haben, soll dabei vermieden werden.</p>
--	---

Seite: 6

Verfasser: Deutsche Rentenversicherung Bund Thema: Notiz Datum: 18.01.2019 12:27:26

Alle Patienten sollen im Arzt-Patienten-Gespräch über das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis von chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen aufgeklärt werden. In diesem Sinne sollen neben den somatischen auch die psychischen und sozialen Faktoren bei Krankheitsentstehung und -fortdauer eruiert werden und bei der Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden.

Verfasser: a0077056 Thema: Notiz Datum: 21.01.2019 10:37:44

kann belassen werden.

begründeten Fällen kann diese auch als initiale Maßnahme erwogen werden.

115
116 Der koordinierende Arzt oder die koordinierende Ärztin erstellt gemeinsam mit dem Patienten
117 oder der Patientin einen Therapieplan mit individuellen Zielen,

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
insbesondere mit einem individuellen Ziel zur körperlichen Aktivität.	z. B. zur körperlichen Aktivität oder zu Entspannungstechniken.

118
119
120 1.5 Therapeutische Maßnahmen

121 1.5.1 Basismaßnahmen

122 Alle Patienten sollen im Arzt-Patienten-Gespräch über das biopsychosoziale
123 Krankheitsverständnis von chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen aufgeklärt werden.

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
[streichen]	Ergänzend zur individuellen Aufklärung sollte allen Patientinnen und Patienten die Patienteninformation „Chronische Kreuzschmerzen – Aktiv gegen dauerhafte Kreuzschmerzen“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mit der Einschreibung in das DMP zur Verfügung gestellt werden.

125
126 Alle Patienten sollen über die entscheidende, positive Rolle von körperlicher Aktivität zur
127 Vermeidung und Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden aufgeklärt werden. Sie sollen zu
128 regelmäßiger und entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu allmählich gesteigerter
129 körperlicher Aktivität im Alltag motiviert werden. Der Patient soll regelmäßig körperliches
130 Training durchführen, entweder selbständig oder durch Teilnahme an einem von Fachkräften
131 geleiteten Sportprogramm bzw. durch Teilnahme an Rehabilitationssport / Funktionstraining.
132 Die Art der körperlichen Bewegung soll sich nach den individuellen Präferenzen und
133 Voraussetzungen der Patienten und Patientinnen richten.

GKV-SV	DKG	KBV, PatV
[streichen]	Des Weiteren soll geprüft werden, ob der Patient oder die Patientin von einer Schulung gemäß Nummer 4.2 profitieren kann.	Alle Patienten erhalten als zentrale Maßnahme Zugang zu einer Schulung, die als multimodales Angebot gemäß Nummer 4.2 konzipiert ist.

135
136

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen	1.5.2 Individuelle zusätzliche Maßnahmen

Diese Seite enthält keine Kommentare.

<p>Als wesentliche nicht-medikamentöse Behandlung soll die angeleitete Bewegungstherapie zur Anwendung kommen. Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.</p> <p>In Abhängigkeit der individuellen Befundkonstellation und der fachbezogenen Begründbarkeit, (siehe Nummer XX) können folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser, - Entspannungsverfahren: Jacobsonsche Relaxationstherapie - Verhaltenstherapie - Ergotherapie <p>Grundsätzlich stehen außerdem die Maßnahmen gemäß Heilmittelkatalog sowie die Akupunktur und die ärztliche Manuelle Therapie zur Verfügung</p>	<p>Ergänzend zur Basistherapie können in Abhängigkeit der individuellen Befundkonstellation, der individuellen Präferenzen und der individuell erhobenen Risikokonstellation (siehe Nummer 1.4) zusätzlich folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verhaltenstherapie (bei Vorliegen einer seelischen Krankheit) - Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser, - Entspannungsverfahren/progressive Muskelrelaxation - Manuelle Therapie in Kombination mit Bewegungstherapie - Massage in Kombination mit Bewegungstherapie - Ergotherapie im Rahmen eines multimodalen Angebotes - Akupunktur <p>Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.</p> <p>Um eine zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmte Kombination von somatisch und psychisch orientierten Behandlungsmodalitäten im Sinne eines multimodalen Ansatzes in der Versorgungspraxis umzusetzen, wird die multimodale Gruppenschulung gemäß Nummer 1.5.1 und 4.2 als Basismaßnahme für alle Patientinnen und Patienten in diesem DMP empfohlen. Dieses multimodale Angebot bildet die Voraussetzung für ein strukturiertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen. Daher soll vor Einleitung weiterer intensiver Maßnahmen die Teilnahme an einer multimodalen Gruppenschulung geprüft werden.</p> <p>Zeigt sich innerhalb eines angemessenen Behandlungszeitraumes keine Besserung, soll die Fortführung oder Intensivierung von singulären Interventionen (z.B. Massage, Physiotherapie, manuelle Therapie) ohne Unterstützung durch ein multimodales Angebot vermieden werden.</p>
--	---

Diese Seite enthält keine Kommentare.

- 138 Folgende Maßnahmen werden nicht empfohlen:
- 139 - Traktionsbehandlung
- 140 - Bettruhe
- 141 - Orthesen und Schuheinlagen
- 142 - Kurzwellendiathermie
- 143 - Therapeutischer Ultraschall
- 144 - Interferenztherapie
- 145 - Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)
- 146 - Perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS)
- 147 - Magnetfeldtherapie
- 148 - Lasertherapie
- 149 - Kältetherapie

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen</p> <p>Die Erreichung der Therapieziele und die Wirkung der individuellen Therapiemaßnahmen sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Zeigt sich innerhalb eines angemessenen Behandlungszeitraumes nach Einschreibung in das DMP keine Besserung von Schmerz und Funktionseinschränkung, prüft der Arzt oder die Ärztin, ob die Patientin oder der Patient von einer Kombination von individuellen Therapiemaßnahmen profitieren kann. Dabei sollen über einen definierten Zeitraum zeitgleich und aufeinander abgestimmt verschiedene Behandlungsmodalitäten – mindestens zwei, darunter Physiotherapie und eine aus dem psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich (Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie) - zur Anwendung kommen. Der koordinierende Arzt oder die koordinierende Ärztin überprüft mit der Patientin oder dem Patienten Motivation und Machbarkeit eines solchen intensivierten Behandlungskonzepts, das zugleich mit erhöhten Anforderungen an die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten einhergeht. Nach Abschluss des festgelegten Zeitraumes bewertet der Arzt oder die Ärztin gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten den Erfolg der intensivierten Therapiemaßnahme.</p>	
--	--

150

Diese Seite enthält keine Kommentare.

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>1.5.4 Multimodale Schmerztherapie</p> <p>Führen die intensivierten Therapiemaßnahmen zu keiner ausreichenden Besserung, soll die Erforderlichkeit einer stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie geprüft werden (siehe Nummer 1.4).</p>	<p>KBV, PatV</p> <p>1.5.3 Weitere intensivierte Maßnahmen</p> <p>Die Erreichung der gemeinsam vereinbarten Therapieziele ist nach Teilnahme an einer Schulung gemäß Nummer 4.2 in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.</p> <p>Sofern die ergänzenden Maßnahmen wie unter Nummer 1.5.2 beschrieben nicht erfolgreich sind oder keinen Erfolg versprechen, soll der Einsatz der ambulanten Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung oder eine teilstationäre oder stationäre multimodale Therapie erwogen werden.</p>
---	--

151

<p>GKV-SV</p> <p>1.5.5 Langzeitbetreuung</p> <p>Nach Durchlaufen aller indizierten Maßnahmen nach 1.5.1 – bis 1.5.4 soll der Schwerpunkt auf die Stabilisierung erworbener Verhaltens- und Handlungskompetenzen der Patientin bzw. des Patienten, die Verstärkung körperlicher Aktivität sowie auf die Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Interventionen gelegt werden. Wesentlich sind weiterhin die Kontrolle auf mögliche Änderungen des Beschwerdebildes und ein besonderes Augenmerk auf eine eventuell länger anhaltende Einnahme von Analgetika.</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
---	--

152

153 **[Redaktioneller Hinweis: die weiteren Kapitelnummerierungen zu den medikamentösen**
 154 **Therapien werden nach Konsentierung angepasst.]**

155 **1.5.X** Medikamentöse Therapien

156 Die medikamentöse Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen ist symptomatisch. Sie dient
 157 der Unterstützung der nicht-medikamentösen Maßnahmen, damit die Betroffenen frühzeitig
 158 ihre üblichen Aktivitäten wiederaufnehmen. Die Indikation bei chronischen Kreuzschmerzen
 159 besteht einerseits, wenn zur Umsetzung der aktivierenden Maßnahmen eine medikamentöse
 160 Schmerztherapie erforderlich ist, andererseits wenn trotz regelrechter Durchführung dieser
 161 Maßnahmen eine für den Patienten nicht tolerable schmerzbedingte funktionelle
 162 Beeinträchtigung bestehen bleibt.

163 Die tatsächlich eingenommenen Medikamente sollen einschließlich der Selbstmedikation, und
 164 mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie erfragt und erfasst werden, um ggf.
 165 Therapieänderungen oder Dosisanpassungen möglichst frühzeitig vornehmen zu können.

166 Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch
 167 im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach
 168 § 31 a SGB V informiert.

169 Folgende Grundsätze sollen unabhängig von der Wahl, der Einleitung und der Durchführung
 170 der medikamentösen Therapie berücksichtigt werden:

171 - Aufklärung, dass Medikamente nur eine unterstützende Therapieoption bei
 172 Rückenschmerzen darstellen

Diese Seite enthält keine Kommentare.

- 173 - Festlegung eines realistischen und relevanten Therapieziels auch unter
 174 Berücksichtigung der körperlichen Funktion (z.B. Verbesserung der Gehstrecke
 175 oder Belastbarkeit, relevante Schmerzlinderung (>30 oder >50%))
- 176 - Individuelle Auswahl der Medikation unter Berücksichtigung der
 177 Begleiterkrankungen, Begleitmedikation, Unverträglichkeiten, Vorerfahrungen
 178 und Präferenzen des Patienten.
- 179 - Stufenweise Dosisstufung der Medikation zum Erreichen dieses Effektes mit der
 180 geringsten effektiven Dosierung
- 181 - Überprüfung des Auftretens von Nebenwirkungen und des klinischen Effekts in
 182 regelmäßigen Intervallen (ca. 4 Wochen)
- 183 - Bei akuten Schmerzen zeitiges Ausschleichen bzw. Absetzen der Medikation
 184 mit Besserung der Symptomatik
- 185 - Fortführung der Therapie nur bei guter Wirksamkeit und Verträglichkeit,
 186 Überprüfung in regelmäßigen Intervallen (alle 3 Monate)
- 187 - Ausschleichen/Absetzen der Therapie bei nicht ausreichender Wirksamkeit
 188 (trotz angemessener Dosierung) oder relevanten Nebenwirkungen
 189
- 190 1.5.X.X Nicht-Opioidanalgetika
- 191 1.5.X.X.X NSAR / COX-2-Hemmer
- 192 Sofern NSAR eingesetzt werden, sollte dies in der möglichst niedrigsten wirksamen Dosierung
 193 geschehen. COX-2-Hemmer können als Alternative erwogen werden, wenn NSAR nicht
 194 vertragen werden. NSAR und COX-2-Hemmer sollen dabei so kurzzeitig wie möglich, unter
 195 Berücksichtigung des gastrointestinalen und kardiovaskulären Risikoprofils sowie unter
 196 Beachtung der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt werden.
- 197 1.5.X.X.X Paracetamol
- 198 Paracetamol sollte nicht zur Behandlung von nicht-spezifischen Kreuzschmerzen eingesetzt
 199 werden.
- 200 1.5.X.X.X Metamizol
- 201 Metamizol kann bei Kontraindikationen für NSAR erwogen werden. Auch hier gilt der
 202 Grundsatz: Niedrigste Dosis so kurzzeitig wie möglich unter Berücksichtigung der
 203 Warnhinweise.
- 204 1.5.X.X Opioidanalgetika
- 205 Opioide können bei chronischen Rückenschmerzen im Rahmen eines therapeutischen
 206 Gesamtkonzepts zeitlich begrenzt indiziert sein, daher sollte die Indikation auch ständig
 207 überprüft werden. Für Patienten mit unzureichender Schmerzkontrolle, die bisher keine
 208 Therapie mit einem Opioid erhalten haben, soll ein Therapieversuch erwogen werden. Bei
 209 Patienten, die bereits eine Therapie mit einem Opioid erhalten, soll die Indikation nach den
 210 oben genannten Grundsätzen der medikamentösen Therapie überprüft und ggf. angepasst
 211 werden.
- 212 Opioide sind als einzige Maßnahme aber im Regelfall nicht ausreichend und führen nur bei
 213 einem Teil der Patienten zur erwünschten Schmerzlinderung und/oder einer Verbesserung der
 214 funktionellen Kapazität. Eine langfristige Behandlung ist entsprechend nur bei Patienten mit
 215 individuell gutem Ansprechen und guter Verträglichkeit sinnvoll. Aufgrund dieser
 216 eingeschränkten Wirksamkeit, des relevanten Nebenwirkungsprofils, der Suchtgefahr und der
 217 möglichen Einschränkung der Verkehrssicherheit, sollte eine langfristige Anwendung von
 218 Opioiden unter regelmäßiger kritischer Prüfung von Wirkung und Nebenwirkungen
 219 durchgeführt, angepasst oder beendet werden.
- 220

Diese Seite enthält keine Kommentare.

- 221 1.5.X.X Antidepressiva
- 222 Ohne indikationsrelevante Komorbidität sollten Antidepressiva nicht verordnet werden.
- 223
- 224 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen
- 225 Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Konsultationen sind:
 - 226 - Erfassung der aktuellen Schmerzstärke und Funktionseinschränkung
 - 227 - Erfassung von Symptomveränderungen
 - 228 - Erfassung fortbestehender psychosozialer Belastungsfaktoren und
 - 229 symptomunhaltender Komorbiditäten
 - 230 - Grad der Erreichung der gemeinsam vereinbarten Ziele, insbesondere hinsichtlich der
 - 231 körperlichen Aktivität
 - 232 - ggf. Anpassung individuell vereinbarter Ziele
 - 233 - Motivation zu ausreichender körperlicher Aktivität und deren Verstetigung
 - 234 - Unterstützung und Überwachung ggf. eingeleiteter Maßnahmen gem. Nummer 1.5.1
 - 235 sowie Überleitung dieser Therapieinhalte in selbständige Aktivitäten
 - 236 - Bei Verwendung von Schmerzmitteln über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen
 - 237 Prüfung der Notwendigkeit einer Fortführung (einschl. Erfassung von Neben – und
 - 238 Wechselwirkungen).
 - 239 - Entscheidung über Fortführung oder Umstellung des vereinbarten Therapieplans

241 Für die Beurteilung des Verlaufes von Schmerz und Funktion sollen

GKV-SV, KBV	DKG, PatV
die Items 3 und 5	mindestens die Items 1-7

242 des CPG-Fragebogens verwendet werden.]

243

GKV-SV, DKG, KBV	PatV
<i>[streichen]</i>	Für die Beurteilung des Therapieverlaufes in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität kommt der VR-12 zum Einsatz.

244 Bei Änderungen des Beschwerdebildes soll die Notwendigkeit einer weiterführenden
 245 Untersuchung beim spezialisierten Facharzt oder einer spezialisierten Fachärztin bzw. für eine
 246 Bildgebung geprüft werden.]

247 1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

248 1.7.1 Koordinierender Arzt

249

GKV-SV, DKG, KBV	PatV	Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt steht im Austausch mit den behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten und Therapeutinnen und Therapeuten. Sie oder er hat die Perspektiven, Befunde und erfolgten Maßnahmen der verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das weitere therapeutische Vorgehen miteinzubeziehen.
<i>[streichen]</i>		

250 Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im
 251 Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt

Diese Seite enthält keine Kommentare.

252

GKV-SV, PatV	DKG, KBV
<p>grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben.</p> <p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit chronischen Kreuzschmerzen auch</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder - eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder - eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt <p>zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p> <p>Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.</p>	<p>durch die Hausärztin/ den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben oder durch die Fachärztin / den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Fachärztin / den Facharzt für Orthopädie, die Fachärztin / den Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder durch eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.</p>

253

254 1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils
255 qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

256 Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei
257 folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur
258 Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen, nichtspezifischen
259 Kreuzschmerzen erfolgen soll:

- 260 - bei Hinweisen auf symptomunterhaltende oder –verstärkende psychische
- 261 Belastungen/psychosoziale Konflikte oder bei Hinweisen auf psychische Komorbidität
- 262 zum ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten (nach Möglichkeit mit
- 263 schmerzpsychotherapeutischer Expertise) oder zu einem anderen entsprechend

Diese Seite enthält keine Kommentare.

264 qualifizierten Facharzt oder einer anderen entsprechend qualifizierten Fachärztin
 265 oder einer entsprechend qualifizierten Einrichtung,
 266

<p>GKV-SV, PatV [streichen]</p>	<p>DKG, KBV</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei anhaltend hohem Schmerzniveau oder bei wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden zur schmerztherapeutisch qualifizierten Ärztin/Arzt oder einer schmerztherapeutisch qualifizierten Einrichtung,
--	---

267

<p>GKV-SV, PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische Ursache oder bei wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden des chronischen Kreuzschmerzes oder bei nicht ausreichendem Ansprechen der Beschwerden auf die zur Anwendung gebrachten Maßnahmen je nach individueller Konstellation zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung, 	<p>DKG, KBV</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische Ursache des chronischen Kreuzschmerzes je nach individueller Konstellation zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung,
---	---

268 - bei neu aufgetretenen Hinweisen für extravertebrale Ursachen zum jeweils
 269 qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung.
 270 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 271 Überweisung.
 272
 273

274 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung
 275 Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen
 276 insbesondere:
 277

<p>GKV-SV, DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie [GKV-SV (siehe 1.5.4)] 	<p>KBV, PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur multimodalen Schmerztherapie (auch teilstationär und Kurzzeitbehandlung),
---	---

278
 279 - bei ausgeprägtem oder zunehmendem neurologischem Defizit (Lähmung,
 280 Sensibilitätsstörung) der unteren Extremität,
 281 - bei Nachlassen des Schmerzes und zunehmender Lähmung bis zum kompletten
 282 Funktionsverlust des Kennmuskels der unteren Extremität,
 283 - bei Kaudasyndrom: plötzlich einsetzende Blasen-/Mastdarmstörung, z. B. Urinverhalt,
 284 vermehrtes Wasserlassen, Inkontinenz,
 285 - bei Gefühlsstörung perianal/perineal,
 286 - bei sonstigen akut aufgetretenen Warnhinweisen für eine spezifische Ursache des
 287 chronischen Kreuzschmerzes, die eine notfallmäßige Abklärung und Therapie
 288 erfordern.

289 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 290 Einweisung.

291 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

292 Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen.

293 Dabei sind die Schwere des chronischen Rückenschmerzes und die dadurch bedingte
 294 Funktionseinschränkung, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie
 295 die psychosoziale Belastung zu beachten.

296 Eine Leistung zur Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit,
 297 die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Patientin oder des Patienten am
 298 Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen durch den chronischen
 299 Rückenschmerz zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

300 2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften
 301 Buches Sozialgesetzbuch)

302 Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser
 303 Richtlinie geregelt.

304

305 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	<p>GKV-SV: Bei erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern: Niedrige durchschnittliche Anzahl kreuzschmerzbedingter Arbeitsunfähigkeitstage. DKG, KBV, PatV: [streichen]</p>	<p>GKV-SV: Mittelwert und Median der kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeitstage bei erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern. DKG, KBV, PatV: [streichen]</p>
2	<p>Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen.</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p>
3	<p>Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Opioidanalgetika-Therapie.</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine kreuzschmerzbedingte Opioidanalgetika-Therapie für mehr als 12 Wochen erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p>
4	<p>Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Nicht-Opioidanalgetika-Therapie.</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine kreuzschmerzbedingte dauerhafter Nicht-Opioidanalgetika-Therapie erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p>

Diese Seite enthält keine Kommentare.

5	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger körperlicher Aktivität.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die im Dokumentationszeitraum regelmäßig körperlich aktiv waren, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
6	DKG, KBV, PatV: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurde. GKV-SV: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit denen aktuell mindestens ein individuelles Ziel vereinbart ist.	DKG, KBV, PatV: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurden bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer. GKV-SV: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, mit denen mindestens ein individuelles Ziel vereinbart ist, bezogen auf alle Teilnehmerinnen oder Teilnehmer.
7	DKG, KBV, PatV: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzspezifischer Schulung. GKV-SV: <i>[streichen]</i>	DKG, KBV, PatV: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer kreuzschmerzspezifischen Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer. GKV-SV: <i>[streichen]</i>
8	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Schmerzstärke.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Schmerzstärke oder gleichbleibend niedriger Schmerzstärke, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
9	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Funktionsfähigkeit.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Funktionsfähigkeit oder gleichbleibend niedriger Funktionseinschränkung, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
10	PatV: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. DKG, GKV-SV, KBV: <i>[streichen]</i>	PatV: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer. DKG, GKV-SV, KBV: <i>[streichen]</i>

Diese Seite enthält keine Kommentare.

307 3. **Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f**
 308 **Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)**

309 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose gesichert ist
 310 und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten
 311 Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

312 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

313 Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser
 314 Richtlinie geregelt.

315 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

316 Voraussetzung für die Teilnahme ist das Vorliegen und die Einhaltung der unter Nummer 1.1
 317 und Nummer 1.2 genannten Kriterien.

318 Die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt prüft regelmäßig gemeinsam mit der
 319 Patientin oder dem Patienten,

GKV-SV jedoch spätestens nach zwei Jahren,	DKG, PatV mindestens einmal jährlich,	KBV [streichen]
--	---	---------------------------

320 ob die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme an diesem DMP profitiert.

321 Kommen der Arzt oder die Ärztin und der Patient oder die Patientin zu dem Ergebnis, dass
 322 dies nicht mehr der Fall ist, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die
 323 Krankenkasse.

324 4. **Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2**
 325 **Nr. 4 SGB V)**

326 4.1 Schulungen der Leistungserbringer

327 Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie
 328 geregelt.

329 4.2 Schulungen der Versicherten

330 Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

331

GKV-SV Danach dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Da die unter Nummer 1.4 bis 1.5.4 beschriebenen Therapiemaßnahmen	DKG, KBV Jeder Patient <u>soll</u> Zugang zu einer strukturierten, evaluierten, und publizierten Gruppenschulung <u>erhalten</u> . KBV, PatV Diese soll mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, angeleitet durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen, enthalten und ist aktiv ühend zu gestalten.	PatV Jeder Patient <u>erhält</u> Zugang zu einem geeigneten, strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Gruppenschulungsprogramm.
--	--	--

Diese Seite enthält keine Kommentare.

bereits zwingend informierende und schulende Elemente, wie sie zum Erlernen von Eigenübungsprogrammen erforderlich sind, enthalten, sind isolierte Schulungsprogramme nach § 4 DMP-A-RL für dieses DMP nicht erforderlich.

332

333 **5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)**
 334 **(§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)**

335 Für die Evaluation nach § 6 Abs. 2 Ziffer 1 sind mindestens folgende medizinische Parameter
 336 auszuwerten:

	GKV-SV	KBV	DKG	PatV
Evaluationsparameter				
a) Arbeitsunfähigkeitstage	X	X	<i>[streichen]</i>	<i>[streichen]</i>
b) Patienten und Patientinnen mit Schulung	<i>[streichen]</i>	X	X	X
c) Dauertherapie mit Opioidanalgetika	X	X	X	X
d) Dauertherapie mit Nicht-Opioidanalgetika	X	X	X	X
e) Schmerzstärke (Item 3 nach CPG, Dokumentationsparameter lfd. Nr. X)	X	X	X	X
f) Funktionsfähigkeit (Item 5 nach CPG, Dokumentationsparameter lfd. Nr. X)	X	X	X	X
g) Wirbelsäulen-Operationen	<i>[streichen]</i>	X	<i>[streichen]</i>	X
h) ungeplante ambulante oder stationäre kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung	X	X	X	X
i) gesundheitsbezogene Lebensqualität	<i>[streichen]</i>	<i>[streichen]</i>	<i>[streichen]</i>	X

337

338 Abweichend von § 6 Abs. 3 Nr. 2 endet der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu
 339 erstellenden Bericht nach 48 Monaten, beginnend mit dem 1. Tag des der frühesten Zulassung
 340 eines DMP Chronischer Rückenschmerz folgenden Quartals.

341 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie ist
 342 aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP
 343 eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

344 **Anlage 16 Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation**
 345

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	GKV-SV: Erwerbstätig seit der letzten Dokumentation ¹ DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>	GKV-SV: Ja / Nein DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>
2	GKV-SV: Anzahl der kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeitstage ² seit der letzten Dokumentation DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>	GKV-SV: Anzahl DKG, KBV, PatV: <i>[streichen]</i>
Relevante Ereignisse		
3	Ungeplante ambulante oder stationäre kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung seit der letzten Dokumentation ¹	Anzahl
Medikamente		
4	Aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation: Opioidanalgetika	Ja, länger als 12 Wochen/Ja, weniger als 12 Wochen/ Nein
5	Aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation: Nicht Opioidanalgetika ³	Dauerhaft / Bei Bedarf / Nein
Schulung		
6	DKG, KBV, PatV: Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer multimodalen Schulung teilgenommen ⁴ GKV-SV:	DKG, KBV, PatV: Ja / Nein GKV-SV:

¹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.
² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Arbeitsunfähigkeitstage beinhalten auch die Fehltage ohne ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Hier ist auch eine Selbstmedikation zu dokumentieren
⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen

Diese Seite enthält keine Kommentare.

	[streichen]	[streichen]
7	<p>DKG, KBV, PatV: Kreuzschmerz-spezifische Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)</p> <p>GKV-SV: [streichen]</p>	<p>DKG, KBV, PatV: Ja / Nein</p> <p>GKV-SV: [streichen]</p>
8	<p>DKG, KBV, PatV: Kreuzschmerz-spezifische Schulung wahrgenommen¹</p> <p>GKV-SV: [streichen]</p>	<p>DKG, KBV, PatV: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen</p> <p>GKV-SV: [streichen]</p>
Sonstige Behandlung		
9	Regelmäßig körperlich aktiv	Ja / Nein / Nicht möglich
10	<p>KBV, DKG, PatV: Erreichung mindestens eines der individuell vereinbarten Ziele seit der letzten Dokumentation¹</p> <p>GKV-SV: Aktuell ist mindestens ein individuelles Ziel vereinbart.</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Mindestens ein Ziel erreicht / Noch kein Ziel erreicht / Kein Ziel überprüft / Kein Ziel vereinbart</p> <p>GKV-SV: Ja / Nein</p>
11	CPG Item 3: Durchschnittliche Stärke der Kreuzschmerzen in den letzten drei Monaten (0 = „Keine“ bis 10 = „Stärkster Schmerz“)	Zahl (0 – 10, ganzzahlig)
12	CPG Item 5: Kreuzschmerzbedingte Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivitäten (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) in den letzten drei Monaten (0 = „Keine“ bis 10 = „Maximale Beeinträchtigung“)	Zahl (0 – 10, ganzzahlig)
13	<p>PatV: gesundheitsbezogene Lebensqualität (VR-12)</p> <p>DKG, GKV-SV, KBV: [streichen]</p>	<p>PatV: Zahl/Score</p> <p>DKG, GKV-SV, KBV: [streichen]</p>
14	Beendigung der DMP-Teilnahme vereinbart. ⁵	Ja/Nein

Diese Seite enthält keine Kommentare.

346 ⁵Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern hier „Ja“ angegeben wird, erfolgt eine Beendigung
347 der DMP-Teilnahme durch die Krankenkasse.

348 „

349

350 III. Die Änderung der Richtlinie tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im
351 Bundesanzeiger folgenden Quartals, nicht jedoch vor dem TT. Monat JJJJ, in Kraft.

352

353 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter
354 www.g-ba.de veröffentlicht.

355

356 Berlin, den T. Monat JJJJ

357
358 Gemeinsamer Bundesausschuss
359 gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

360

361 Prof. Hecken

1 Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

2 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen 3 Bundesausschusses 4 über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen- 5 Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, 6 Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer 7 Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer 8 Rückenschmerz - Dokumentation)

9 **Stand:**
10 12.12.2018
11 **gelb hinterlegt:** dissente Punkte

12 Vom **Beschlusdatum**

13	Inhalt	
14	1. Rechtsgrundlage.....	2
15	2. Eckpunkte der Entscheidung	2
16	3. Bürokratiekostenermittlung.....	27
17	4. Verfahrensablauf	27
18	5. Fazit.....	30
19	6. Literaturverzeichnis	30
20	7. Zusammenfassende Dokumentation	31

21

22 **1. Rechtsgrundlage**

23 Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen
 24 Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember
 25 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten
 26 Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den
 27 Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Abs. 2 SGB
 28 V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die
 29 Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 1 SGB V, die er
 30 gemäß § 137f Abs. 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. § 137f Abs. 1 Satz 3 SGB V
 31 legt fest, dass der G-BA insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und
 32 Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien zu erlassen hat.

33 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

34 **Allgemeines**

35 Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden nach dem aktuellen
 36 Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien
 37 oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des
 38 jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der
 39 Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch
 40 an Leitlinientexten orientieren.

41 Die vorliegenden Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses beschreiben die
 42 Anforderungen an die Behandlung von Patienten mit chronischem Rückenschmerz, die
 43 aufgrund der Erfüllung der Kriterien für die hinreichende Diagnostik (siehe Nummer 1.2) in ein
 44 strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind.

45 **Zu Anlage 2**

46 Die Änderung der Anlage 2 der DMP-A-RL durch eine Ergänzung der lfd. Nr. 10 um die
 47 Ausprägung chronischer Rückenschmerz wurde infolge der Ergänzung eigenständiger DMP
 48 Anforderungen chronische Rückenschmerz erforderlich.

49

KBV, DKG:	GKV-SV, PatV:
<p>Laut § 28f der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) sollen personenbezogener Daten in den strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f des SGB V nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des SGB V genutzt werden. Für die Dokumentationsfelder 13 bis 17 der Anlage 2 der DMP-A-RL sind diese Zwecke nicht gänzlich erfüllt, da keiner der Parameter, die in den Dokumentationsfeldern 13 bis 17 erfasst werden, in der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) direkt adressiert wird. Im Sinne der Entbürokratisierung am Ort der Leistungserbringung sollen diese Felder in Rahmen des DMP chronischer Rückenschmerz nicht verpflichtend sondern optional angegeben werden. Somit haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, diese Daten nur dann zu erfassen, wenn sie diese für die Behandlung nach der Anlage 15 der DMP-A-RL als relevant betrachten.</p>	<p>[streichen]</p>

50

51 **Zu Nummer 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte**
52 **Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe**

53

54 Die Definition des chronischen Rückenschmerzes erfolgte in Anlehnung an die NVL „Nicht-
55 Spezifischer Kreuzschmerz“ (NVL 2017, S. 13)[3]. Entsprechend des gesetzlichen Auftrages
56 im Rahmen des GKV-VSG, in welchem vorgegeben wurde, dass der G-BA insbesondere für
57 die Behandlung von Rückenleiden entsprechende Regelungen zu treffen und auf die genannte
58 Leitlinie verwiesen hatte, erfolgte eine Spezifikation der Definition mit der Maßgabe, die
59 Patientinnen und Patienten zu beschreiben, welche von einem strukturiertem
60 Behandlungsprogramm profitieren können.

61 Die Definition der Chronizität erfolgte nach den gültigen medizinischen Definitionen einer
62 chronischen Erkrankung mit einem Verlauf von > 12 Wochen.

63 Die Bestimmung des Schweregrades des chronischen Rückenschmerzes soll entsprechend
64 den Vorgaben der NVL 2017 (S. 13 und 14)[3] anhand der Graduierung von Schmerzen mit
65 der deutschen Version des Fragebogens „Chronic Pain Grade (CPG) Questionnaire“ (Klasen
66 et al., 2004)[6] erfolgen. Dies ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Beurteilung der
67 Schmerzstärke und Funktionsbeeinträchtigung mit 7 Items. Sowohl die englische
68 Originalversion als auch die deutsche Übersetzung zeigen moderate bis gute
69 testpsychometrische Kennwerte (von Korff et al., 1992[13]; Smith et al., 1997[10]; Klasen et
70 al., 2004[6]). Das Graduierungsschema unterscheidet den Rückenschmerz nach dem Ausmaß
71 der Schmerzintensität und der schmerzbedingten Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten.
72 Somit kann ein rechtssicheres Kriterium zur Einschreibung erhoben werden.

73 Der CPG-Fragebogen sowie das Auswertungsschema zur Bestimmung der
74 Schmerzgraduierung (Grad I – IV) sind im Folgenden dargestellt.

75

76 CPG-Fragebogen

1. Wie würden Sie Ihre **momentanen** Rückenschmerzen, d.h. **jetzt im Augenblick**, auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = *kein Schmerz* und 10 = *stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kein Schmerz Stärkster vorstellbarer Schmerz

2. Wie würden Sie Ihre **stärksten Rückenschmerzen** in den letzten 3 Monaten einschätzen, wenn 0 = *kein Schmerz* und 10 = *stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kein Schmerz Stärkster vorstellbarer Schmerz

3. Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen **in den letzten 3 Monaten im Durchschnitt**, wenn 0 = *kein Schmerz* und 10 = *stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kein Schmerz Stärkster vorstellbarer Schmerz

4. **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Rückenschmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Arbeit, Schule, Haushalt)?

an etwa _____ Tagen

5. In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Keine Beeinträchtigung Keine Aktivität mehr möglich

6. In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt, wenn 0 = *keine Beeinträchtigung* und 10 = *keine Aktivitäten mehr möglich* bedeuten?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Keine Beeinträchtigung Keine Aktivität mehr möglich

7. In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt, wenn 0 = *keine Beeinträchtigung* und 10 = *keine Aktivitäten mehr möglich* bedeuten?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Keine Beeinträchtigung Keine Aktivität mehr möglich

77 Quelle: Klasen et al. 2004, Seite 12 Appedix B [6]

78 **Auswertung des CPG-Fragebogens**

79 Der Auswertung der oben beschriebenen sieben Fragen soll anhand der
80 Auswertungsanleitung des CPG-Fragebogen erfolgen.

81 Für die Bestimmung des Schweregrades nach von Korff (von Korff et al., 1992)[13] werden
82 Informationen über die Schmerzintensität, die schmerzbedingte Beeinträchtigung und die
83 Tage, an denen die Patienten unfähig dazu waren, ihre üblichen Aktivitäten zu verrichten,
84 verrechnet. Als Ergebnis lässt sich ein Schweregrad von I bis IV zuordnen. Das Vorgehen
85 umfasst folgende Schritte:

86

87 **1) Schmerzintensität** (Frage 1, 2 und 3):

88

a. Berechnung des Mittelwertes aus momentaner, durchschnittlicher und
89 maximaler Schmerzintensität (Numerische Rating-Skala 0-10), dann
90 multipliziert mit 10.

91

b. Bewertung der „charakteristischen“ Schmerzintensität:

92

- bis 49 = gering

93

- ab 50 = hoch

94

95 **2) Beeinträchtigung** (Frage 5, 6 und 7):

96

a. Berechnung des Mittelwertes aus Beeinträchtigung im Alltag, Freizeitaktivität
97 und Arbeitsfähigkeit (Numerische Rating-Skala 0-10), dann multipliziert mit 10.

98

b. Bewertung des „**Disability-Score**“:

99

- 0 - 29 = 0

100

- 30 - 49 = 1

101

- 50 - 69 = 2

102

- $\geq 70 = 3$

103

104 **3) Frage 4: Anzahl der Tage, an denen sich die Patienten in den letzten 3 Monaten**
105 **unfähig fühlten, ihren üblichen Aktivitäten nachzugehen**

106

a. Einteilung in Klassen als „**Disability-Tage**“:

107

- 0 – 6 Tage = 0

108

- 7 – 14 Tage = 1

109

- 15 – 30 Tage = 2

110

- ≥ 31 Tage = 3

111

112 **4) Aus 2 und 3 (Disability-Score und Disability-Tage, jeweils klassifiziert) wird der**
113 **Summenwert der Disability-Punkte** additiv bestimmt.

114

115 **5) Aus 1 und 4 (Schmerzintensität und Disability-Punkte) errechnet sich die**
116 **Graduierung:**

117

- 1 = Geringe Schmerzintensität (< 50) und geringe schmerzbedingte
118 Beeinträchtigung (< 3 Disability-Punkte)

119

- 2 = Hohe Schmerzintensität (≥ 50), geringe schmerzbedingte
120 Beeinträchtigung (< 3 Disability-Punkte)

121

- 3 = Hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung, mäßig limitierend (3-4
122 Disability-Punkte)

123

- 4 = Hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung; stark limitierend (5-6
124 Disability-Punkte)

125

126

127 In den folgenden beiden Tabelle ist die Bestimmung des Schweregrades nach von Korff
128 zusammenfassend dargestellt.

129

130 **Schritt 1: Score-Berechnung und Schritt 2: Bewertung**

Berechnung	Bewertung	
Schmerzintensität Mittelwert aus Schmerzfragen multipliziert mit 10 = $(1 + 2 + 3)/3 \cdot 10$	Schmerz-Score: 0 = 0 (keine) 1 - 49 = 1 (gering) 50 - 100 = 2 (hoch)	Disability-Punkte: Summe aus Disability-Score und Disability-Tagen (0 - 6 Punkte)
Beeinträchtigungsgrad Mittelwert aus Funktionsfragen multipliziert mit 10 = $(5 + 6 + 7)/3 \cdot 10$	Disability-Score: 0 - 29 = 0 30 - 49 = 1 50 - 69 = 2 70 - 100 = 3	
Beeinträchtigungstage Anzahl der Tage in auf Frage 4	Disability-Tage: 0 - 6 Tage = 0 7 - 14 Tage = 1 15 - 30 Tage = 2 ≥ 31 Tage = 3	

131 **Schritt 3: Bestimmung der Schmerzgraduierung aus den berechneten Scores (Schmerz-**
132 **Score und Disability-Punkte)**

Beeinträchtigung	Schmerzintensität	Grade
Gering (Disability-Punkte = 0 - 2)	Gering (Schmerz-Score = 1)	Grad I
	Hoch (Schmerz-Score = 2)	Grad II
Mäßig (Disability-Punkte = 3 - 4)	<i>(unabhängig von der Schmerzintensität)</i>	Grad III
Hochgradig (Disability-Punkte = 5 - 6)		Grad IV

133

134 Bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen lassen sich keine eindeutigen Hinweise auf eine
135 spezifische zu behandelnde Ursache erkennen [3].

136 Die spezifischen Ursachen des chronischen Kreuzschmerzes sind insbesondere in den
137 Ausschlusskriterien genannt. Es dürfen keine Patientinnen und Patienten mit spezifischen
138 Ursachen eines chronischen Kreuzschmerzes am DMP teilnehmen.

139 Spezifische Kreuzschmerzen haben eine feststellbare somatische Ursache, deren gezielte
140 Therapie den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann, z. B. Bandscheibenvorfall,
141 Spinalkanalstenose, entzündliche Kreuzschmerzen, Osteoporose, Fraktur, Infektion, Tumor,
142 Spondylolisthesis usw. [3]. Für diese Patientinnen und Patienten ist eine Teilnahme am DMP
143 nicht geeignet, deshalb dürfen sie nicht ins DMP eingeschrieben werden.

144 Die Versorgung von Patienten mit Kreuzschmerzen findet in unterschiedlichen Sektoren und
145 unter der Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger statt.

146 Sofern es sich bei dem chronischen Rückenschmerz des Patienten um eine anerkannte
147 Berufskrankheit handelt ist eine Einschreibung in das DMP nicht möglich, da in diesem Fall
148 ein anderer Versicherungsträger zuständig ist.

149

<p>GKV-SV, KBV</p> <p>Bestehende Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen sollten grundsätzlich auch bereits vor  Einschreibung in das DMP genutzt werden. Da bei einem geplanten, beantragten oder laufenden Rehabilitationsverfahren unter Umständen die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers besteht, könnte es bei gleichzeitiger Einschreibung in das DMP zu Überschneidungen von Leistungsansprüchen und gleichzeitigen unabgestimmten Behandlungen kommen.</p>	<p>DKG, PatV</p> <p>[streichen]</p>
--	--

150

<p>GKV-SV</p> <p>„Geplant“ bezüglich der Rehabilitationsmaßnahme bedeutet, dass der Arzt dem Patienten eine aus medizinischer Sicht sinnvolle Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme empfiehlt, dieser prüft den Vorschlag und informiert sich bei den zuständigen Stellen. Die Phase der Planung wird entweder durch die Stellung eines Antrages oder eine Ablehnung des Vorschlags durch den Patient beendet. Bei bereits beantragten Leistungen zur Rehabilitation ist eine Einschreibung nach Abschluss des Antragsverfahrens im Sinne einer Ablehnung oder nach Abschluss der durchgeführten Maßnahme möglich.</p>	<p>KBV, DKG</p> <p>Bei einer geplanten Rehabilitationsmaßnahme kann die Patientin oder der Patient erst dann eingeschrieben werden, wenn die Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen ist oder nicht durchgeführt wird.</p>	<p>PatV</p> <p>[streichen]</p> 
---	--	---

151

152 **Zu Nummer 1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte**
 153 **Behandlungsprogramm Rückenschmerz**

154 Eine Einschreibung in das DMP kann bei Patienten mit chronischen unspezifischen
 155 Rückenschmerzen ab einem Verlauf von mindestens 12 Wochen Dauer in Erwägung gezogen
 156 werden. Es ist davon auszugehen, dass in diesem, einer möglichen Einschreibung
 157 vorangehenden Zeitraum wenn nötig entsprechend der klinischen Praxis und wie von den
 158 Leitlinien empfohlen, eine Abklärung möglicher spezifischer Ursachen erfolgt ist. Auf diese
 159 Informationen greift der Arzt, der mit dem Patienten die Einschreibung erwägt, anhand von
 160 Anamnese und den Dokumentationen zu Verlauf, Diagnostik und Therapie zurück.

161

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Es liegt ausdrücklich in der Entscheidung der einschreibenden Ärztin oder des einschreibenden Arztes, ob die Diagnostik zum Zeitpunkt der Einschreibung als ausreichend angesehen werden kann, um insbesondere die Ausschlusskriterien beurteilen zu können. Anforderungen an das Vorliegen von Ausschlussbefunden</p>	<p>DKG, KBV</p> <p>Für einen hinreichend sicheren Ausschluss der unter Nummer 1.1 definierten Kriterien (Ausschlusskriterien) benötigt der einschreibende Arzt/ die einschreibende Ärztin schriftliche Befunde mindestens von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder für Orthopädie oder für Neurologie oder für Neurochirurgie. Dabei sind radiologische Befunde zu berücksichtigen. Damit soll vermieden werden, dass Fälle übersehen werden, die einer spezifischen kausalen Therapie bedürfen. Insbesondere die</p>
--	--

<p>sind mit dem Ziel der Vermeidung von Überdiagnostik nicht vereinbar.</p>	<p>häufig schwierige Abgrenzung der symptomatischen Radikulopathie (siehe hierzu die Empfehlungen der NVL 2017 unter 3.3.1[3]), die ein Ausschlusskriterium darstellt, von einer pseudoradikulären Symptomatik erfordert fachärztliche Expertise, ebenso die Sichtung und Bewertung der in vielen Fällen im Vorfeld erfolgten bildgebenden Diagnostik und die Frage des Bezugs ggf. festgestellter morphologischer Auffälligkeiten zum aktuellen klinischen Befund.</p> <p>Die Empfehlung entspricht der im IQWiG Bericht enthaltenen Leitlinie der APTA 2012[4] (GR A, IQWiG V14-04, S.113).</p>
---	---

162

163 Die vom Fragebogeninstrument CPG nach v. Korff et al. (1992)[13] ermittelten Parameter
 164 korrelieren nach den Ergebnissen verschiedener Validerungsstudien [6,10] gut mit der
 165 Schmerzstärke, der funktionellen Beeinträchtigung, der Inanspruchnahme von medizinischen
 166 Leistungen sowie der Prognose von chronischen unspezifischen Rückenschmerzen. Damit
 167 stellt der CPG -Fragebogen ein geeignetes Instrument zur Beurteilung des Ausmaßes von
 168 Schmerz und Beeinträchtigung von Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der
 169 Einschreibung dar.]

170 Die Formulierung zur Indikation für eine bildgebende Diagnostik entspricht den Empfehlungen
 171 der NVL 2017 (NVL 2017[3]).

172

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Eine Überprüfung vor Einschreibung in das DMP, ob bei dem Patienten wegen seiner chronischen <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> eine Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommt, ist aus mehreren Gründen sinnvoll. So ist das Ziel der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit für einen großen Teil der Patienten relevant. Für die Patienten ohne Erwerbsbezug ist das Rehabilitationsziel <input type="checkbox"/> der <input type="checkbox"/> Erhaltung <input type="checkbox"/> der Selbstversorgungsfähigkeit, <input type="checkbox"/> der Teilhabe und Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit von Bedeutung. Darüber hinaus verfügen die Anbieter <input type="checkbox"/> von <input type="checkbox"/> Rehabilitationsmaßnahmen über Konzepte und Strukturen, die die Möglichkeit einer intensiven Behandlung während eines begrenzten Zeitraumes, auch mit multimodalen Ansätzen, bieten.</p>	<p>DKG, KBV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--

173 Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in § 137 f Abs. 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V hat der G-
 174 BA nur für solche Erkrankungen Richtlinien zu entwickeln, bei welchen eine „Beeinflussbarkeit
 175 des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten“ besteht. Dieser Vorgabe wird
 176 mit dem letzten Satz unter Nummer 1.2 in den Einschlusskriterien Rechnung getragen.

177 **Zu Nummer 1.3 Therapieziele**

178 Chronische Rückenschmerzen führen zu einem Verlust an Lebensqualität und zu
 179 Einschränkungen bei den alltäglichen und beruflichen Aktivitäten[8].

180 Unmittelbare Therapieziele im DMP, wie sie auch die NVL als Ziele des Managements nicht-
 181 spezifischer Kreuzschmerzen angibt [3], sind die Minderung der Schmerzintensität sowie die
 182 Steigerung der Funktionsfähigkeit und der Belastbarkeit. Mittelbar und unmittelbar wird der
 183 Erhalt bzw. die Wiedererlangung der Eigenständigkeit, der Alltagskompetenz und der
 184 Arbeitsfähigkeit angestrebt [3].

185 Insgesamt soll aus der Behandlung eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen
 186 Lebensqualität erfolgen.

187

<p>GKV-SV, PatV</p> <p><i>[Vorschlag: nachfolgende Passage verschieben]</i></p> <p>Die Therapieziele sollen durch den strukturierten Einsatz von effektiven Behandlungsmaßnahmen und unter Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen sowie unter Vermeidung von Somatisierung und übermäßiger Fixierung auf medizinische Maßnahmen erreicht werden. Damit verbunden ist eine Reduktion</p> <p>[PatV: von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen und chirurgischen Maßnahmen.]</p> <p>[GKV-SV: des von unnötigen operativen und invasiven Interventionen , sowie eine Reduktion des Schmerzmittelgebrauchs, von Hospitalisierungen und kreuzschmerzbedingte AU-Tagen.]</p>	<p>KBV, DKG</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--

188

189

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Entsprechende Prinzipien für die Behandlung, welche durch Hinweise für eine bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung begründet sind, lassen sich aus der NVL 2017 [3] sowie Erhebungen [7] und Gutachten zur Versorgung von chronischen, nicht-spezifischen Kreuzschmerzen [9] entnehmen.</p>	<p>DKG</p> <p>Entsprechende Prinzipien für die Behandlung, welche durch Hinweise für eine bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung begründet sind, lassen sich aus der NVL 2017 [3] entnehmen.</p>	<p>KBV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--	---

190

191 **Zu Nummer 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren**

192 Die hier genannten Kriterien zur Planung der Therapie bei unspezifischem Kreuzschmerz
 193 wurden in enger Anlehnung an die NVL Kreuzschmerz 2017 formuliert.

194

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Die Therapieplanung und Therapie von nichtspezifischen Kreuzschmerzen orientiert sich dabei an den Schmerzen und dem aktuellen Funktionsstatus des Patienten/der Patientin. Der Behandlungsplan wird vom behandelnden Arzt/ der behandelnden Ärztin gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin individuell abgestimmt. (NVL 2017, S. 29)[3].</p>	<p>KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	---

<p>Der Therapieplanung soll ein abgestuftes Vorgehen zugrunde liegen.</p> <p>Basismaßnahmen sollen grundsätzlich bei jeder Patientin oder jedem Patienten zur Anwendung kommen, Diese bestehen insbesondere aus der Motivation zu körperlicher Aktivität, sowie der Vermittlung eines biospsychosozialen Krankheitsmodells und von Kompetenzen zu gesundheitsbewusstem Verhalten (NVL 2017, S. 29)[3].</p> <p>Je nach individueller Befundkonstellation, fachbezogener Begründetheit und Patientenpräferenz können zu den Basismaßnahmen individuelle Therapiemaßnahmen (siehe Nummer 1.5.2) hinzugefügt werden. Da bei Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen bereits eine mindestens 12-wöchige Erkrankungsdauer mit gegebenenfalls bereits veranlassten therapeutischen Maßnahmen vorliegt, prüft der Arzt oder die Ärztin zudem, ob die Patientin oder der Patient von einer Optimierung bereits veranlasster individueller Therapiemaßnahmen profitieren kann.</p> <p>Im DMP erfolgt die wiederholte Bewertung des Falles durch regelmäßige Verlaufsuntersuchungen Auf Basis dieser Bewertungen soll bei nicht ausreichendem Erfolg eine Modifikation der Therapiemaßnahmen im Sinne einer Intensivierung erfolgen (siehe Nummer 1.5.3). Dieser Prozess entspricht der in der NVL (S. 34)[3] beschriebenen Vorgehensweise im Rahmen eines multidisziplinären Assessments, welches im ambulanten Versorgungssystem allerdings als solches nicht zur Verfügung steht.</p> <p>Als höchste Stufe, wenn weniger intensive evidenzbasierte Therapieverfahren unzureichend wirksam waren, sollen die Patientinnen und Patienten mit multimodalen Programmen, d.h. teilstationärer oder stationärer multimodaler Schmerztherapie, behandelt werden (NVL 2017, S 69[3], siehe Nummer 1.5.4). In begründeten Fällen können diese auch als initiale Maßnahme erwogen werden.</p>	
--	--

195

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Bezüglich der Vereinbarung von Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten hat die körperliche Aktivität als wesentliches Element der Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen einen besonderen Stellenwert (NVL 2017, S. 40) [3]. Der Arzt soll zur regelmäßigen körperlichen Aktivität beraten und motivieren. Die Beratung beinhaltet die leistungsangepasste Dosierung, Regeln für die Dosissteigerung und die Zieldefinition mit Leistungssteigerung ohne Schmerzsteigerung (NVL 2017, S. 40)[3]. Aufgrund ihrer Bedeutung und der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung eignet sich die körperliche Aktivität besonders gut für die Definition eines Therapiezieles.</p>	<p>KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
---	---

196

197 **Zu Nummer 1.5 Therapeutische Maßnahmen**

198

<p>GKV-SV, DKG</p>	<p>KBV, PatV</p>
<p>Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Die therapeutischen Maßnahmen wurden in Anlehnung an die NVL 2017[3] im Sinne</p>	<p>Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Die therapeutischen Maßnahmen wurden in Anlehnung an die NVL 2017[3] im Sinne</p>

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
<p>eines Stufenschemas formuliert. Als Basismaßnahme ist vor allem die körperliche Aktivierung genannt.</p> <p>Die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigten Leitlinien ((TOP 2011, NVL 2013 und NVL 2017 (S.67) [2,3,11] unterstreichen die generell positive Wirkung der körperlichen Aktivität bei chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen. Auch von der NVL 2017 wird diese Empfehlung aufrechterhalten (S. 30)[3]. Nach der NVL 2017 [3] sollen Patienten mit chronischem nicht-spezifischen Kreuzschmerz bei anhaltenden Aktivitätseinschränkungen und Gefährdung der beruflichen Wiedereingliederung die Teilnahme an einer Rehabilitationssport- bzw. Funktionstrainingsgruppe empfohlen werden.</p> <p>[GKV-SV: Es gilt die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).]</p> <p>Zu Nummer 1.5.2 individuelle Therapiemaßnahmen</p> <p>Zusätzlich zu den Basismaßnahmen können für die Patientin oder den Patienten weitere individuelle Therapiemaßnahmen sinnvoll sein. Insbesondere sprechen die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigte NVL 2017 (S. 39) [2] Empfehlungen für die Bewegungstherapie bei chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen aus.</p> <p>Bewegungstherapie bei chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen meint die Behandlung von Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungstechniken zur Verbesserung der Beweglichkeit, der Koordination, der Muskelkraft, der Ausdauer und der</p>	<p>eines Stufenschemas formuliert. Als Basismaßnahmen werden demzufolge die Aufklärung der Patientin oder des Patienten im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells, die körperliche Aktivität, und, als zentrale Maßnahme, die multimodale Schulung empfohlen.</p> <p>Die Vermittlung des biopsychosozialen Krankheitsmodells von chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen entspricht den Empfehlungen der NVL 2017. Ergänzend zur individuellen Aufklärung sollte die Patienteninformation „Chronische Kreuzschmerzen – Aktiv gegen dauerhafte Kreuzschmerzen“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zur Verfügung gestellt werden, da diese auf der Basis der NVL 2017 in verständlicher Sprache und qualitätsgeprüft erstellt wurde. Dadurch wird gewährleistet, dass die medizinischen Inhalte der Patienteninformation den Empfehlungen des DMP entsprechen und dementsprechend kongruente Inhalte vermittelt werden.</p> <p>Die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigte NVL 2017 unterstreichen die positive Wirkung der körperlichen Aktivität bei chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen generell. Als primäre Behandlung zur Unterstützung der körperlichen Aktivität wird die Bewegungstherapie, kombiniert mit edukativen Maßnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien, in der NVL mit hohem Grading empfohlen (NVL 2017). Nach der NVL 2017 sollen Patienten mit chronischem nicht-spezifischen Kreuzschmerz bei anhaltenden Aktivitätseinschränkungen und Gefährdung der beruflichen Wiedereingliederung die Teilnahme an einer Rehabilitationssport- bzw. Funktionstrainingsgruppe empfohlen werden. Es gilt die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für</p>

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
<p>Schnellkraft. In Bezug auf die in der Heilmittelrichtlinie aufgeführten Maßnahmen der physikalischen Therapie umfasst dies unter anderem die Übungsbehandlung und die Krankengymnastik allgemein.</p> <p>Ebenso für die weiteren beschriebenen Maßnahmen, wie z.B. verhaltenstherapeutische Maßnahmen (NVL S. 49), Entspannungsverfahren (NVL S. 42) oder ergotherapeutische Maßnahmen (NVL S. 42) sind entsprechende Empfehlungen in der NVL 2017 hinterlegt. Bezüglich der ergotherapeutischen Maßnahmen empfiehlt die NVL 2017 diese im Rahmen eines multimodalen Angebotes anzubieten. Unter den Umständen, dass multimodale Programme in der ambulanten Versorgung fehlen, kommt die DMP-Versorgung mit ihren verschiedenen somatischen und psychischen Therapieansätzen einem solchen Rahmen nahe.</p>	<p>Rehabilitation (BAR).</p> <p>Für multimodale Gruppenangebote bei chronischem nicht-spezifischen Kreuzschmerz konnten signifikante langfristige Effekte auf die Schmerzreduktion und die körperliche Funktionsfähigkeit und zum Teil auf die Arbeitsfähigkeit gegenüber der herkömmlichen Behandlung sowie gegenüber einer rein somatischen Behandlung (z.B. Physiotherapie) metaanalytisch nachgewiesen werden (Kamper et al., 2014). Diese Angebote werden in der NVL 2017 mit hohem Grading empfohlen (NVL 2017 S. 69). Gemäß der aktuellen Metaanalyse (Kamper et al., 2014) ist der Begriff multimodal definiert durch mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, welche integriert und aufeinander abgestimmt sind und interdisziplinär durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen angeleitet werden.</p> <p>Für die alleinige Intensivierung einzelner, nicht aufeinander abgestimmter Maßnahmen, wie z.B. Physiotherapie oder Entspannungsübungen, liegen keine robusten Wirksamkeitsnachweise vor. Für edukative Maßnahmen konnten positive Effekte nur in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen gefunden werden (NVL 2017). Verhaltenstherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie kann nur bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung angewendet werden. Im Rahmen multimodaler Angebote wird die Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Prinzipien jedoch explizit stark empfohlen (NVL 2017, S. 49).</p> <p>Entsprechend der NVL 2017 bzw. der Metaanalyse zu multimodalen Angeboten (Kamper et al., 2014) sollen diese neben der edukativen Komponente mindestens zwei aufeinander abgestimmte Module (ein somatisches und ein psychisch orientiertes) enthalten und sind, in Abgrenzung zur reinen Edukation, aktiv ühend zu gestalten (NVL</p>

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
	<p>2017).</p> <p>Verglichen mit allen anderen in diesem DMP empfohlenen Maßnahmen existieren derzeit für multimodale Angebote, wie oben beschrieben, die vergleichsweise stärksten Wirksamkeitsbelege. Daher wird ein multimodales Angebot im Rahmen einer Gruppenschulung als zentrale Maßnahme für alle Patientinnen und Patienten im DMP chronischer Rückenschmerz empfohlen.</p> <p>Die Recherche des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Frage, ob Programme existieren, die die geforderten Kriterien erfüllen, führte zu dem Ergebnis, dass mehrere strukturierte, evaluierte und publizierte Programme vorliegen, die diesen Anforderungen entsprechen.</p> <p>Zu Nummer 1.5.2 Individuelle zusätzliche Maßnahmen</p> <p>In Abhängigkeit von der individuellen Befundkonstellation und der Patientenpräferenz können weitere therapeutische Maßnahmen sinnvoll sein.</p> <p>Für verhaltenstherapeutisch orientierte Maßnahmen sprechen die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigte NVL (S. 39) Empfehlungen aus. Eine Verhaltenstherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie kann nur beim Vorliegen einer psychischen Erkrankung angewendet werden. Im Rahmen multimodaler Angebote wird die Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Prinzipien jedoch explizit stark empfohlen (NVL 2017, S. 49) und findet im Rahmen der multimodalen Gruppenschulung in diesem DMP Anwendung.</p> <p>Die Empfehlungen zur Krankengymnastik, zu den Entspannungsverfahren, zur manuellen Therapie in Kombination mit Bewegungstherapie, zur Massage in Kombination mit Bewegungstherapie, zur Ergotherapie im Rahmen multimodaler</p>

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
	<p>Angebote und zur Akupunktur entsprechen den jeweiligen „kann“-Empfehlungen der einzelnen Maßnahmen der NVL 2017.</p> <p>Bewegungstherapie bei chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen meint die Behandlung von Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungstechniken zur Verbesserung der Beweglichkeit, der Koordination, der Muskelkraft, der Ausdauer und der Schnellkraft. In Bezug auf die in der Heilmittelrichtlinie aufgeführten Maßnahmen der physikalischen Therapie umfasst dies unter anderem die Übungsbehandlung und die Krankengymnastik allgemein.</p>

199

200 In der NVL Kreuzschmerz 2017[3], 2. Auflage, werden im Kapitel 5 eine Reihe nicht-
 201 medikamentöser Maßnahmen, welche bei der Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen
 202 eingesetzt werden, dargestellt und bewertet. Die im Anforderungstext des DMP nicht zur
 203 Anwendung empfohlenen Maßnahmen bei chronischem nicht-spezifischem Rückenschmerz
 204 beruhen auf den jeweiligen Empfehlungen/Statements aus der NVL 2017[3]. So werden die
 205 Maßnahmen Traktionsbehandlung (NVL 2017, Kapitel 5.17, S. 48), Bettruhe ((NVL 2017,
 206 Kapitel 5.2, S. 39), Orthesen und Schuheinlagen (NVL 2017, Kapitel 5.13, S. 46),
 207 Kurzwellendiathermie (NVL 2017, Kapitel 5.8, S. 43), Therapeutischer Ultraschall (NVL 2017,
 208 Kapitel 5.19, S. 49), Interferenztherapie (NVL 2017, Kapitel 5.6, S. 42), Transkutane
 209 elektrische Nervenstimulation – TENS (NVL 2017, Kapitel 5.18, S. 48), Perkutane elektrische
 210 Nervenstimulation – PENS (NVL 2017, Kapitel 5.14, S. 46), Magnetfeldtherapie (NVL 2017,
 211 Kapitel 5.10, S. 44), Lasertherapie (NVL 2017, Kapitel 5.9, S. 44), Kältetherapie (NVL 2017,
 212 Kapitel 5.16, S. 47) auch im Anforderungstext des DMP nicht zur Anwendung empfohlen [3].

213 Im Folgenden sind die Nummern der Empfehlungen sowie der dazugehörige
 214 Empfehlungsgrad aus der NVL 2017 in der Tabelle als Übersicht wiedergegeben:

215

Negativempfehlung zu	Empfehlung/Statement in der NVL 2017 (Nummer der Empfehlung)	Empfehlungsgrad ¹
Traktionsbehandlung	5-24	A
Bettruhe	5-3	A
Kurzwellendiathermie	5-13	A

¹ Die NVL unterscheidet drei Empfehlungsgrade A „Starke Empfehlung“ B „Empfehlung“ und 0 „offen“

Therapeutischer Ultraschall	5-27	A
Interferenztherapie	5-11	A
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	5-26	B
Perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS)	5-20	A
Magnetfeldtherapie	5-15	A
Lasertherapie	5-14	A
Orthesen und Schuheinlagen (zusammengefasst in der Empfehlung zu Medizinischen Hilfsmitteln)	5-19	A

216

217 Diese Empfehlungen stimmen mit denen des IQWiG-Berichts überein. Diese stützen sich
 218 allerdings überwiegend auf die NVL 2013 [2] sowie auf die Leitlinie TOP 2011 [11]
 219

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
<p>Zu Nummer 1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen und 1.5.4 Multimodale Schmerztherapie</p> <p>Der IQWiG-Bericht beschreibt DMP-relevante Empfehlungen aus 3 Leitlinien zu interdisziplinären und multimodalen Rehabilitationsprogrammen. Interdisziplinäre und multimodale Rehabilitationsprogramme werden für solche Patienten mit chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen empfohlen, bei denen weniger intensive, nicht interdisziplinäre Therapien zu keiner Besserung der Symptomatik geführt haben.</p> <p>Zur Evidenz für die Wirksamkeit der multimodalen Behandlungsmaßnahmen verweisen die Leitlinien insbesondere auf einen Cochrane-Review[5] zur multidisziplinären, biopsychosozialen Rehabilitation bei chronischem Kreuzschmerz. Als wesentliche Interventionsbestandteile schloss der Review Studien ein, die sowohl eine physiotherapeutisch-somatische Komponente und eine oder beide Komponente aus den Bereichen Psychotherapie und arbeitsplatzbezogene Interventionen umfasste. Die Maßnahmen wurden von Berufsgruppen aus mindestens zwei verschiedenen Richtungen erbracht. Die Mehrzahl der Studien fand im ambulanten Setting statt.</p> <p>Eigenständige multimodale Therapiemaßnahmen bei chronischem Rückenschmerz, auf die ein DMP zurückgreifen könnte, sind im ambulanten Versorgungsbereich derzeit nicht verfügbar. Sie sind jedoch stationär oder teilstationär als interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie verfügbar (1.5.4 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie).</p> <p>Es ist aber möglich, vor dem Einsatz der stationären oder teilstationären interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie, im Sinne der vorstehend genannte Definition des Cochrane-Reviews die Therapie im ambulanten Versorgungsbereich zu intensivieren (1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen). Dazu</p>	<p>Zu Nummer 1.5.3 Weitere intensivierte Maßnahmen</p> <p>Das Erwägen intensivierter Maßnahmen nach erfolgloser Anwendung der unter 1.5.1 beschriebenen Basismaßnahmen und ggf. zusätzlicher individueller Maßnahmen gemäß 1.5.2 entsprechen den Empfehlungen der NVL 2017.</p>

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
<p>werden über einen definierten Zeitraum zeitgleich und aufeinander abgestimmt verschiedene im Regelleistungskatalog vorhandene Behandlungsmodalitäten – mindestens 2, darunter Physiotherapie und eine aus dem psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich (Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie) miteinander kombiniert. Dies entspricht den Interventionen, für die im o.g. Cochrane-Review der Wirksamkeitsnachweis geführt wurde.</p>	

220

GKV-SV	DKG, KBV, PatV
<p>Zu Nummer 1.5.5 Langzeitbetreuung</p> <p>Die Maßnahmen im DMP chronischer Rückenschmerz, wie die Bewegungstherapie, das Erlernen von Entspannungsverfahren, die Verhaltenstherapie und die teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie, haben im Wesentlichen eine Veränderung von Einstellungen, eine Veränderung des Lebensstils und den Erwerb von Fertigkeiten zur besseren Krankheitsbewältigung zum Ziel. Sie sind damit größtenteils für eine zeitlich begrenzte Anwendung oder für eine Wiederholung zur Verstärkung oder Auffrischung sinnvoll. Wenn deshalb alle indizierten Maßnahmen nach 1.5.1 – bis 1.5.4 durchlaufen sind, soll der Schwerpunkt in Behandlung und Arzt-Patientenbeziehung auf die Stabilisierung erworbener Verhaltens- und Handlungskompetenzen der Patientin bzw. des Patienten, die Verstetigung körperlicher Aktivität (NVL 2017, Seite 72) sowie auf die Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Interventionen gelegt werden. Wesentlich sind weiterhin die Kontrolle auf mögliche Änderungen des Beschwerdebildes und ein besonderes Augenmerk auf eine eventuell länger anhaltende Einnahme von Analgetika (NVL 2017, Seite 36ff).</p>	[streichen]

221

222 **Zu Nummer 1.5.X Medikamentöse Therapien**

223 Die hier genannten medikamentösen Therapieoptionen bei unspezifischem Kreuzschmerz
 224 wurden in enger Anlehnung an die NVL Kreuzschmerz 2017[3] 2. Auflage Abschnitt 6
 225 formuliert.

226 Die Empfehlung zu Metamizol wurde formuliert um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass
 227 es eine nicht zu vernachlässigende Gruppe von Patienten gibt, bei denen NSARs nicht
 228 einsetzbar sind und für die wenige medikamentöse Therapieoptionen existieren (NVL 2017[3]
 229 „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“, LoE: Expertenkonsens).

230

231 **Zu Nummer 1.5.X.X Nicht-Opioidanalgetika**

232 Die meisten Nicht-Opioidanalgetika sind zu Langzeitbehandlung nicht zugelassen und nicht
 233 geeignet. Sie erfordern wegen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen
 234 Medikamenten eine individuelle Anpassung.

235 Unberührt davon sind die Regelungen insbesondere § 34 Absatz 1 SGB V und § 12 Absatz
 236 11 AM-RL zu beachten.

237 **Zu Nummer 1.5.X.X.X Paracetamol**

238 Die im Anforderungstext des DMP nicht empfohlene Behandlung von Patientinnen und
 239 Patienten mit nicht-spezifischem Kreuzschmerz mit Paracetamol beruht auf der gleich
 240 lautenden Negativ-Empfehlung 6-7 (mittlerer Empfehlungsgrad B) der NVL 2017.

241

242 **Zu Nummer 1.5.X.X Opioidanalgetika**

243 Der Stellenwert der Opioiden bei nicht-Tumor Schmerzen wird immer kritischer beurteilt,
 244 insbesondere bei Rückenschmerzen [1](Abdel Shaheed 2016). Die Empfehlungen zur
 245 Langzeitanwendung von Opioiden wurden aus der NVL 2017[3] übernommen. Opioiden bei
 246 Rückenschmerzen erfordern ein regelmäßige Monitoring von Wirksamkeit und
 247 Nebenwirkungen entsprechend den Vorgaben der Nationalen Versorgungsleitlinie
 248 Kreuzschmerz 2017 [3] und der Leitlinie „Opioiden, Langzeitanwendung zur Behandlung bei
 249 nicht tumorbedingten Schmerzen“[4].

250

251 **Zu Nummer 1.5.X.X. Antidepressiva**

252 Die NVL Kreuzschmerz 2017[3] 2. Auflage rät in Empfehlung 6-18 von Antidepressiva zur
 253 Schmerztherapie ab (Urquhart 2008[12]). Davon unbenommen ist die erwünschte Erfassung
 254 psychosozialer Risikofaktoren und Komorbiditäten wie Depression (Empfehlungen 3-4, 3-5).
 255 Bei Vorliegen einer Depression wird eine Behandlung mit Antidepressiva nicht abgelehnt
 256 (Empfehlung 6-19)

257

258 **Zu Nummer 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen**

259 Die Standardinhalte der ärztlichen Konsultationen im Rahmen des strukturierten
 260 Behandlungsprogramms wurden im Einklang mit den Empfehlungen der NVL 2017[3] nicht-
 261 spezifischer Kreuzschmerz formuliert und beruhen auf Expertenkonsens.
 262
 263

GKV-SV, KBV	DKG, PatV
Die Verlaufsbeurteilung der Schmerzstärke und Funktionsbeeinträchtigung erfolgt mit zwei Items des CPG-Fragebogens zur Schmerzgraduierung (v. Korff, 1992)[13]. Zur Erfassung der Schmerzstärke wird das	Beim chronischen Rückenschmerz handelt es sich um einen komplexen Erkrankungszustand, dessen Therapie sich schwerpunktmäßig an den Schmerzen und dem aktuellen Funktionszustand des

<p>Item 3, welches die durchschnittliche Schmerzstärke in den letzten drei Monaten erfragt, eingesetzt.</p> <p>Zur Messung der Funktionsbeeinträchtigung wird das Item 5 angewendet, welches die Beeinträchtigung bei allgemeinen Aktivitäten erfragt. Mit diesen beiden Items werden die generischen Aspekte beider Subskalen des CPG-Fragebogens abgebildet.</p> <p>Die Empfehlung zur Verwendung der beiden Items entspricht den Forderungen nach möglichst datensparsamen bürokratischen Anforderungen an Arztpraxen.</p>	<p>Patienten orientiert. Im Hinblick auf eine fundierte Therapieplanung bedarf es einer differenzierten Einschätzung der entsprechenden körperlichen Situation. In der NVL (NVL 2017, S. 36) werden hierfür verschiedene, teilweise sehr differenzierte Erhebungsinstrumente empfohlen. Im Rahmen des DMP sollte zumindest eine regelmäßige Erfassung der Items 2-7 des oben bereits erwähnten CPG-Fragebogens erfolgen. Dieser kommt bereits zum Zeitpunkt der Einschreibung zur Anwendung und bildet eine aufwandsarme Möglichkeit der Verlaufsbeurteilung in Bezug auf Funktionseinschränkung und Schmerz.</p>
---	---

265 **Zu Nummer 1.7.1 Koordinierender Arzt****GKV-SV, PatV**

Unspezifische Rückenschmerzen sind ein weitverbreitetes Beschwerdebild, das selten eine bestimmten Spezialfachärztlichen Versorgung benötigt sondern bei dem der niedrigschwellige Zugang zu einer Behandlung und eine bedarfsweise Einbindung bestimmter Facharzt Disziplinen im Vordergrund stehen. Eine gute Kenntnis der psychischen, beruflichen und sozialen Situation des Patienten sowie seiner Komorbiditäten sind in diesem Zusammenhang hilfreich. Deshalb werden Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen größtenteils beim Hausarzt anzutreffen sein, der aus den vorstehend genannten Gründen auch besonders gut für die Rolle des koordinierenden Arztes im DMP chronischer Rückenschmerz geeignet ist.

In Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn der Patient bereits länger wegen der Rückenschmerzen von diesem Arzt betreut worden ist, kann er auch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie oder eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, als koordinierende Ärztin bzw. koordinierenden Arzt wählen.

DKG, KBV

Für die Rolle der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz sind Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin gleichermaßen geeignet. Alle genannten Arztgruppen sind im Rahmen der fachärztlichen Grundversorgung tätig, bei denen die Behandlung und Behandlungskoordination von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen ein Kerngebiet darstellt. Das Management von komplexen Komorbiditäten ist ein Kerngebiet der Hausärztinnen und Hausärzte. Liegen solche Konstellationen vor, sollte die Koordination des strukturierten Behandlungsprogramms durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen.

266

267 **Zu Nummer 1.7.2: Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom**
 268 **koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten**
 269 **Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung**

270 Symptomunterhaltende oder -verstärkende psychische Belastungen, psychosoziale Konflikte
 271 oder psychische Komorbidität spielen bei vielen Patienten mit chronischen unspezifischen
 272 Rückenschmerzen eine wichtige, die Beschwerden aufrechterhaltende oder verstärkende,
 273 evtl. sogar auslösende Rolle. In solchen Situationen kann die Überweisung zum ärztlichen

274 oder psychologischen Psychotherapeuten oder zum Psychiater (psychologischer oder
 275 ärztlicher Psychotherapeut nach Möglichkeit mit schmerzpsychotherapeutischer Expertise)
 276 erforderlich sein.

277 Ebenso können

- 278 • neu aufgetretenen Hinweise für eine spezifische Ursachen,
- 279 • neu aufgetretenen Hinweise für extravertebrale Ursachen,
- 280 • eine wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden des chronischen
 281 Kreuzschmerzes
- 282 • oder ein nicht ausreichendes Ansprechen der Beschwerden auf die zur Anwendung
 283 gebrachten Maßnahmen]

284 zusätzlich Expertise und Behandlung durch die jeweils qualifizierte Fachärztin oder den jeweils
 285 qualifizierten Facharzt und die entsprechenden Überweisung erforderlich machen.

286

<p>GKV-SV, PatV, DKG [streichen]</p>	<p>KBV Über besondere Expertise bei chronischen Schmerzen verfügen im ambulanten Sektor insbesondere Schmerztherapeuten, die im Rahmen der Schmerztherapievereinbarung gesonderten Qualitätsanforderungen unterliegen.</p>
---	---

287

288 Im Weiteren gilt, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt nach
 289 pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung entscheidet.

290 **Zu Nummer 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung**

291

<p>GKV-SV, DKG Patientinnen und Patienten, bei denen die intensivierten Therapiemaßnahmen zu keiner ausreichenden Besserung führen, können in Abhängigkeit des Therapiebedarfs eine stationäre oder teilstationäre multimodale Schmerztherapie erhalten.</p>	<p>KBV, PatV Unter den unter 1.5.3 beschriebenen Voraussetzungen kann eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie erwogen werden.</p>
---	--

292 Die weiteren Einweisungsgründe sind in Anlehnung an die NVL Kreuzschmerz (2017)
 293 formuliert. Bei Vorliegen von Warnhinweisen („red flags“) mit dringendem Handlungsbedarf,
 294 wie z. B. entzündliche Ursachen, radikuläre Wurzelkompression durch Stenose oder
 295 Bandscheibenvorfall, Frakturen sowie Tumorerkrankungen der Wirbelsäule, sind je nach
 296 Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit weitere Maßnahmen erforderlich. Es sollten hier weitere
 297 spezialfachärztliche und ggf. stationäre Behandlungen eingeleitet werden. Dies gilt ebenso für
 298 Notfallindikationen mit akut aufgetretenen Warnhinweisen für spezifische oder
 299 „extravertebrale“ Ursachen der Kreuzschmerzen. Die Abklärung ist in diesen Situationen
 300 wichtig, um eine Verzögerung des Therapiebeginns zu vermeiden und gegebenenfalls
 301 möglichst frühzeitig Symptomlinderung zu erreichen.

302 Im Weiteren gilt, dass die koordinierende Ärztin nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 303 Einweisung in ein Krankenhaus entscheidet.

304 **Zu Nummer 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung**

305 Die Ärztin oder der Arzt hat individuell zu überprüfen, ob eine medizinische Rehabilitation
 306 angezeigt ist. Die Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem die Patientin oder der Patient mit
 307 chronischen Rückenschmerzen mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt

308 werden soll, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen
 309 sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt und
 310 gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben (NVL 2017, S. 72).

311 **Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen**

<p>GKV-SV</p> <p>Das Qualitätsziel „Bei erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern: Niedrige durchschnittliche Anzahl kreuzschmerzbedingter Arbeitsunfähigkeitstage“ dient der Umsetzung des in Nummer 1.3. formulierten Therapiezieles unter Spiegelstrich vier.</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>[streichen]</p>
--	---

312

313 Die strukturierte Behandlung im Rahmen des Programms und die Stärkung des
 314 Selbstmanagements der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen unter anderem dazu dienen,
 315 außerplanmäßige ambulante oder stationäre ärztliche Akutbehandlungen zu vermeiden.
 316 Daher wurde das Qualitätsziel „Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit
 317 ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen“
 318 formuliert.

319 Aufgrund des hohen Nebenwirkungsprofils und eines möglichen Medikamentenmissgebrauchs
 320 durch die dauerhafte Einnahme von Opioid- und Nicht-Opioidanalgetika sollen die beiden
 321 Qualitätsziele „Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit
 322 kreuzschmerzbedingter dauerhafter Opioidanalgetika-Therapie“ und „Niedriger Anteil an
 323 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Nicht-
 324 Opioidanalgetika-Therapie“ die Umsetzung der unter 1.5.2.1.1 und 1.5.2.2 formulierten
 325 Empfehlungen unterstützen.

326 Das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger
 327 körperlicher Aktivität“ wurde zur Unterstützung der Umsetzung der Empfehlung zu
 328 regelmäßiger körperlicher Aktivität, wie unter 1.5XX Basismaßnahmen beschrieben,
 329 formuliert.

<p>GKV-SV</p> <p>Das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit denen aktuell mindestens ein individuelles Ziel vereinbart ist.“ soll die gemeinsame Vereinbarung von individuellen Zielen unterstützen.</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>Das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, mit denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurde“ soll die Umsetzung der unter Nummer 1.4 und 1.7 formulierten Anforderungen an die gemeinsame Vereinbarung von individuellen Zielen (z.B. zur Steigerung der körperlichen Aktivität oder zur regelmäßigen Übung von Entspannungsverfahren), deren regelmäßiger Überprüfung und ggf. deren Anpassung unterstützen.</p>
---	--

330

<p>GKV-SV</p> <p>[streichen]</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>Schulungen sind ein wesentlicher Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme (SGB V §137f, Absatz 2, Satz 2). Das Qualitätsziel</p>
---	---

	zur Teilnahme an einer multimodalen kreuzschmerzspezifischen Schulung dient der Umsetzung der unter Nummer 1.5.1 und Nummer 4.2 definierten Patientenschulung.
--	--

331

332 Die Reduktion der Schmerzintensität und die Verbesserung der Funktionsfähigkeit sind unter
 333 1.3 definierten Therapieziele. Die beiden Qualitätsziele „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und
 334 Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Schmerzstärke“ und „Hoher Anteil
 335 an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten
 336 Funktionsfähigkeit“ dienen einer standardisierten Darstellung der Therapieziele.

GKV-SV, DKG, KBV [streichen]	PatV Die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stellt ein übergreifendes Therapieziel für Teilnehmerinnen und Teilnehmer im DMP chronischer Rückenschmerz dar. Das Qualitätsziel 10 „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ dient der Umsetzung des in Nr. 1.3 formulierten Therapieziels unter Spiegelstrich eins.
--	---

337

338 **Zu Nummer 3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten**
 339 **(§137f, Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)**

340 **Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

341 Da diese Anlage Bestandteil der DMP-A-RL wird, wurde auf eine erneute Aufzählung der
 342 allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen verzichtet und es erfolgt lediglich ein Verweis auf § 3
 343 DMP-A-RL.

344

345 **Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

346

GKV-SV, DKG Anders als bei anderen Erkrankungen, für die ein DMP existiert (z.B. Diabetes mellitus Typ 2), bei denen von einem lebenslangen chronischen Verlauf auszugehen ist, sind beim chronischen Rückenschmerz Besserungen in einem Ausmaß möglich, die einen weiteren Verbleib im DMP nicht mehr zweckmäßig erscheinen lassen. Aus diesem Grund soll die koordinierende ÄrztIn/der koordinierende Arzt regelmäßig überprüfen, ob die Patientin/der Patient weiterhin von einer Teilnahme am DMP profitieren kann.	KBV, PatV Eine Teilnahme am DMP chronischer Rückenschmerz ist sinnvoll, solange die Patienten von den im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms angebotenen Maßnahmen profitieren können. Dies ist regelmäßig im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zu überprüfen.
GKV-SV Die wesentlichen Interventionen im DMP chron. Rückenschmerz – Aufklärung, Schulungskomponenten in den einzelnen Maßnahmen, Erlernen von Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie	

<p>und stationäre bzw. teilstationäre multimodale Therapie, etc. – sind Maßnahmen, die einmalig oder über einen begrenzten Zeitraum zur Anwendung kommen. Ihr Erfolg zeigt sich dadurch, dass der Patient Kenntnissen und Kompetenzen erwirbt, Einstellungen und Lebensstils verändert, etwa im Hinblick auf die körperliche Aktivität. Im positiven Fall führen diese Veränderungen beim Patienten zu einer Reduktion oder gar dem Wegfall der Schmerzen und der Funktionseinschränkung. Bei diesen Patienten ist eine Prüfung, ob sie weiterhin von einer Teilnahme am DMP profitieren, angezeigt. Im negativen Fall kann sich herausstellen, dass Patienten trotz Ausschöpfung der Maßnahmen nicht profitieren. Im positiven als auch negativen Fall führt eine Wiederholung der Maßnahmen nicht zu einem zusätzlichen Nutzen. In dieser Situation soll der Arzt gemeinsam mit dem Patienten prüfen, ob dieser von einer weiteren Teilnahme am DMP profitiert. Die Behandlung im DMP kann auch im Sinne der Erhaltungsphase (siehe 1.5.X) fortgeführt werden. Die Überprüfung vor Ablauf eines zweijährigen Zeitraums ist fakultativ, da eine gewisse Zeit benötigt wird, um die indizierten Maßnahmen anzuwenden und deren Erfolg beurteilen zu können.</p>	
<p>GKV-SV</p> <p>Kommen Arzt und der Patient zur Auffassung, dass im positiven oder negativen Fall der Patient von einer weiteren DMP-Teilnahme nicht profitiert, wird dies über den Dokumentationsparameter (Ifd. Nr. 14) dokumentiert. Die DMP-Teilnahme endet mit dem Datum dieser Dokumentation. Von der Krankenkasse wird auf dieser Basis die DMP-Teilnahme beendet. Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich.</p>	<p>KBV, PatV, [DKG prüft]</p> <p>Kommen Arzt und der Patient zur Auffassung, dass eine weitere Teilnahme am DMP nicht sinnvoll ist, wird dies über den Dokumentationsparameter (Ifd. Nr. 14) dokumentiert. Die DMP-Teilnahme endet mit dem Datum dieser Dokumentation. Von der Krankenkasse wird auf dieser Basis die Ausschreibung aus dem DMP vorgenommen. Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich.</p>

347

348 **Zu Nummer 4 Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2**
349 **Satz 2 Nr. 4 SGB V)**

350 **Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

351 Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle
352 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

353 **Zu Nummer 4.2 Schulung der Versicherten**

354

GKV-SV	KBV, PatV	DKG
<p>Nach § 4 DMP A RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Die Schulung der DMP-Teilnehmerinnen und – Teilnehmer erfolgt durch Schulungsinhalte, die bereits zwingende Bestandteile der verschiedenen Maßnahmen sind. So enthält die ärztlichen Behandlung (Aufklärung, Therapieplanung und Verlaufsbeurteilung) edukative Elemente. Bei allen verschiedenen Formen der Bewegungstherapie steht das Erlernen von Eigenübungsprogrammen im Vordergrund (Heilmittel-Richtlinie in der Fassung vom 19. Mai 2011, zuletzt geändert am 21. September 2017). Ähnliches gilt für die Entspannungsverfahren, die Verhaltenstherapie und die Ergotherapie. Schulungen sind unabdingbarer Bestandteil der stationären oder teilstationären interdisziplinären Schmerztherapie. Deshalb verzichten die Anforderungen auf die Definition eigener Schulungsprogramme.</p>	<p>Entsprechend der zentralen Empfehlungen unter Nummer 1.5.1 werden hier evidenzbasiert Mindestanforderungen an multimodale Schulungen formuliert, wie unter dem Abschnitt „zu Nummer 1.5.1“ der Tragenden Gründe beschrieben. Vor dem Hintergrund der Leitlinienempfehlungen sollen diese Angebote neben der edukativen Komponente mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul enthalten, durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen angeleitet werden und aktiv üben gestaltet sein (NVL 2017, Kamper, 2014). Die Recherche des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Frage, ob Programme existieren, die die geforderten Kriterien erfüllen, führte zu dem Ergebnis, dass mehrere strukturierte, evaluierte und publizierte Programme vorliegen, die diesen Anforderungen entsprechen.</p>	<p>Nach § 4 DMP A RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Positive Effekte von Schulungen zeigen sich bei Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz vornehmlich dann, wenn sie in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen durchgeführt werden (NVL 2017 S. 68). Sie sollen insbesondere dazu beitragen, einem erhöhten Chronifizierungsrisiko dieser Patientengruppe entgegenwirken.</p>

355

356 **Zu Nummer 5**

357 Gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die Evaluation von
 358 DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der G-BA am 19. Juni 2014 in § 6 DMP-
 359 A-RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende Bestandteile aufbaut:

360

361 1. eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung
 362 innerhalb eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,

363

364 2. ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines
 365 Programms mit der Versorgung außerhalb des Programms.

366

367 Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der
 368 DMP-A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde
 369 die fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen
 370 Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom
 371 10. Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die
 372 Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI
 373 antwortete am 20. November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise
 374 entnehmen könne, dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine
 375 vergleichende Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben
 376 der BfDI vom 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der G-
 377 BA die Streichung von § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-
 378 Evaluation verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL
 379 belassen, weil die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den
 380 Programmen nach Auffassung des G-BA auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf
 381 wurde von wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur
 382 Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.

383

384 Die medizinischen Evaluationsparameter (a bis h [PatV bis i]) wurden unter Berücksichtigung
 385 der Ziele des strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen
 386 Literatur festgelegt.

<p>GKV-SV</p> <p>Die Datengrundlage zu Buchstaben a) sind die DMP-Dokumentationsdaten.</p>	<p>KBV, PatV</p> <p>Die Datengrundlage zu Buchstaben [KBV: a)] und g) sind die administrativen Daten der Krankenkassen. Die Datengrundlage zu Buchstaben b) bis f) sowie h) [PatV: „und i)“] sind die DMP-Dokumentationsdaten.</p>
---	---

387

388 *Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten:*

389

390 **[GKV-SV und KBV]** Zu Buchstabe: a) Auszuwerten ist der Anteil aller Teilnehmerinnen und
 391 Teilnehmern im DMP chronischer Rückenschmerz mit mindestens einem Tag der
 392 kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeit sowie die Anzahl der kreuzschmerzbedingten
 393 Arbeitsunfähigkeitstage (mindestens Angabe des Mittelwerts und Medians). Diese
 394 Auswertungen sollen sowohl für die kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeitstage als auch
 395 für alle Arbeitsunfähigkeitstage, unabhängig von der Diagnose, die mit der Arbeitsunfähigkeit
 396 im Zusammenhang steht, durchgeführt werden.

397 Zu Buchstabe c) und d) Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit
 398 bestehender medikamentöser dauerhafter Schmerztherapie (getrennt nach Opioidanalgetika
 399 und Nicht-Opioidanalgetika) bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

400 Zu Buchstabe e) und f) Auszuwerten sind die Rohwerte der Schmerzstärke und
 401 Funktionseinschränkung sowie die Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den
 402 Kategorien „verbessert“, „unverändert“ und „verschlechtert“. Eine Verbesserung bzw.
 403 Verschlechterung wird in diesem DMP über einen Differenzwert von 2 bzw. -2 zwischen der
 404 aktuellen Dokumentation und der Erstdokumentation definiert.

GKV-SV, DKG	KBV und PatV
[streichen]	Zu Buchstabe g) Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen eine chirurgische Wirbelsäulen-Operation durchgeführt wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

405

406 Zu Buchstabe h) Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen
 407 eine ungeplante kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung durchgeführt wurde, bezogen auf alle
 408 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

409 Der G-BA legt für den erstmalig zu erstellenden Bericht für das DMP chronische
 410 Rückenschmerzen einen Evaluationszeitraum von 48 Monaten fest. Dieser beginnt mit dem 1.
 411 Tag des Quartals, welches auf die früheste Zulassung eines DMP chronische
 412 Rückenschmerzen folgt. Für anschließend zu erstellende Folgeberichte gelten die
 413 Bestimmungen des § 6 Abs. 3 Nr. 2.

414 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2, das heißt der Vergleich der Versicherten,
 415 die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, kann
 416 derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten der nicht am DMP
 417 teilnehmenden Versicherten, nicht durchgeführt werden. Folglich wurden keine Parameter für
 418 die vergleichende Evaluation definiert.

419 **Zu Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz Dokumentation)**

420 Die Dokumentationsparameter X bis XX dienen der Umsetzung der unter Nummer 2
 421 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten
 422 Anforderungen an die Evaluation.

423 Mit dem Dokumentationsparameter lfd. Nr. 14 dokumentiert der Arzt das Ergebnis der
 424 Überprüfung nach 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen.

425 **3. Bürokratiekostenermittlung**

426 [wird noch ergänzt]

427 **4. Verfahrensablauf**

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. August 2014	Plenum	Auftrag an das IQWiG: Leitlinienrecherchen zu der Diagnose chronischer Rückenschmerz / Erstellung einer Leitliniensynopse für ein DMP chronischer Rückenschmerz
18. November 2015		Fertigstellung des IQWiG Berichtes

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
10. Februar 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
29. April 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
25. Mai 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
8. Juni 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
13. Juli 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
3. August 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Oktober 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
4. November 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
30. November 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
24. Januar 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. Februar 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. März 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
18. Mai 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Juli 2017	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
14. Juli 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
13. September 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz (
11. Oktober 2017	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
20. Oktober 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
8. November 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
24. Januar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
30. Januar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
28. Februar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
14. März 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
16. April 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
9. Mai 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
13. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
4. Juli 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
18. September 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
17. Oktober 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
28. November 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Dezember 2018	Unterausschuss DMP	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens im schriftlichen Beschlussverfahren
	AG Sitzung	Vorbereitung der Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen
	Unterausschuss DMP	Beschlussempfehlung an das Plenum
	Plenum	Beschluss über eine Änderung der DMP-A-RL Anlage [Nummer] und Anlage [Nummer]

428

(Tabelle Verfahrensablauf)

429 **Stellungnahmeverfahren**

430 Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde den
431 stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 3**) Gelegenheit gegeben, zum
432 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-
433 RL Anlage 9 und Anlage 10 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand
434 des Beschlusses berührt sind.

435 Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom **T. Monat JJJJ** wurde das
436 Stellungnahmeverfahren am **T. Monat JJJJ** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten
437 Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 4**. Die Frist für die Einreichung
438 der Stellungnahme endete am **T. Monat JJJJ**.

439 Es wurden **X Stellungnahmen** fristgerecht, **X Stellungnahmen** nicht fristgerecht sowie **X**
440 **Stellungnahmen** unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich
441 in **Anlage 5**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 6** dokumentiert.

442 Die Auswertung der Stellungnahme wurde in **einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ**
443 **vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ**
444 **durchgeführt (Anlage 6).**

445 Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde mit Schreiben vom **T. Monat JJJJ** zur
446 Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 6**).

447 **5. Fazit**

448 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **TT. Monat 201x** einstimmig
449 beschlossen....

450 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

451 **6. Literaturverzeichnis**

452 **[Hinweis der G-BA Geschäftsstelle:** wird nach Finalisierung der Tragenden Gründe an
453 dieser Stelle eingefügt – die zitierte Literatur befindet sich jetzt noch ganz am Ende des
454 Dokuments]

455

456

457 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

458 Anlage 1: Literaturverzeichnis

459 Anlage 2: Bürokratiekostenermittlung

460 Anlage 3: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

461 Anlage 4: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf
462 zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe

463 Anlage 5: Stellungnahmen

464 Anlage 6: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen

465

466

467 Berlin, den xx. xx 201x

468

Gemeinsamer Bundesausschuss

469

gemäß § 91 SGB V

470

Der Vorsitzende

471

472

Prof. Hecken

473

- 474 1. **Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ.** Efficacy,
475 Tolerability, and Dose-Dependent Effects of Opioid Analgesics for Low Back Pain: A
476 Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2016;176(7):958-968.
- 477 2. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),
478 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
479 Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz:
480 Langfassung; Version 4 [online]. AWMF-Registernummer nvl-007. 08.2013. Berlin
481 (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2013. [Zugriff:
482 19.01.2015]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-
483 007I_S3_Kreuzschmerz_2013-08.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-007I_S3_Kreuzschmerz_2013-08.pdf).
- 484 3. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),
485 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
486 Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie: nicht-spezifischer
487 Kreuzschmerz, Langfassung, 2. Auflage [online]. AWMF-Registernummer nvl-007.
488 Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2017. [Zugriff:
489 02.05.2017]. URL:
490 [http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-
491 lang.pdf](http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-lang.pdf).
- 492 4. **Deutsche Schmerzgesellschaft.** Empfehlungen der S3 -Leitlinie
493 „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen - "LONTS“
494 [online]. AWMF-Register Nr. 145/003. 01.2015. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft
495 der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). [Zugriff:
496 19.04.2018]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-
497 003I_S3_LONTS_2015-01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003I_S3_LONTS_2015-01.pdf).
- 498 5. **Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, et al.**
499 Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane*
500 *Database Syst Rev* [online]. 2014(9):CD000963. URL: [http://cochranelibrary-
501 wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full](http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full).
- 502 6. **Klasen BW, Hallner D, Schaub C, Willburger R, Hasenbring M.** Validation and
503 reliability of the German version of the Chronic Pain Grade questionnaire in primary
504 care back pain patients. *Psychosoc Med* 2004;1:Doc07.
- 505 7. **Marstedt G.** Faktencheck Rücken: Einstellungen, Erfahrungen, Informationsverhalten
506 – Bevölkerungsumfrage zum Rückenschmerz [online]. Gütersloh (GER): Bertelsmann
507 Stiftung; 2016. [Zugriff: 02.02.2018]. (Band 53). URL: [http://www.bertelsmann-
508 stiftung.de/fileadmin/files/BSf/Publicationen/GrauePublicationen/Studie_VV_FC_Rue-
509 cken_Befragung.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSf/Publicationen/GrauePublicationen/Studie_VV_FC_Ruecken_Befragung.pdf).
- 510 8. **Raspe R.** Rückenschmerzen [online]. Berlin (GER): Robert Koch-Institut; 2012.
511 [Zugriff: 05.02.2018]. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Band 53). URL:
512 [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/G
513 BEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?__blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?__blob=publicationFile).
- 514 9. **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
515 (SVR Gesundheit).** Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die
516 Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und
517 Wirtschaftlichkeit Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung [online]. Bonn (GER):
518 SVR Gesundheit; 2002. [Zugriff: 02.02.2018]. URL:
519 <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/068/1406871.pdf>.
- 520 10. **Smith BH, Penny KI, Purves AM, Munro C, Wilson B, Grimshaw J, et al.** The
521 Chronic Pain Grade questionnaire: validation and reliability in postal research. *Pain*
522 1997;71(2):141-147.
- 523 11. **Toward Optimized Practice (TOP), Institute of Health Economics (IHE).** Guideline
524 for the evidence-informed primary care management of low back pain, 2nd edition

- 525 [online]. Edmonton (CAN): TOP; 2011. [Zugriff: 18.12.2014]. URL:
526 http://www.topalbertadoctors.org/download/572/LBPGUIDELINESNov25.pdf?_20141
527 [218100322](http://www.topalbertadoctors.org/download/572/LBPGUIDELINESNov25.pdf?_20141).
- 528 12. **Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WW, Roland M, van Tulder MW.**
529 Antidepressants for non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev
530 2008(1):CD001703.
- 531 13. **Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF.** Grading the severity of chronic pain.
532 Pain 1992;50(2):133-149.
- 533

1

Tragende Gründe



2

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

3

über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

4

5

6

7

8

9

Stand:
12.12.2018
gelb hinterlegt: dissente Punkte

10

11

12

Vom Beschlussdatum

13

Inhalt

14

1. Rechtsgrundlage 2

15

2. Eckpunkte der Entscheidung 2

16

3. Bürokratiekostenermittlung.....27

17

4. Verfahrensablauf27

18

5. Fazit.....30

19

6. Literaturverzeichnis30

20

7. Zusammenfassende Dokumentation31

21

Kommentarzusammenfassung für 2019-01-23_von DRV-Bund_Stellungnahme_Anlage 2_TrGr_DMP_Rücken DRV-.pdf

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

22 **1. Rechtsgrundlage**

23 Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen
24 Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember
25 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten
26 Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den
27 Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Abs. 2 SGB
28 V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die
29 Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 1 SGB V, die er
30 gemäß § 137f Abs. 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. § 137f Abs. 1 Satz 3 SGB V
31 legt fest, dass der G-BA insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und
32 Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien zu erlassen hat.

33 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

34 **Allgemeines**

35 Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden nach dem aktuellen
36 Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien
37 oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des
38 jeweiligen Versorgungsektors normiert, vgl. § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der
39 Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch
40 an Leitlinientexten orientieren.

41 Die vorliegenden Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses beschreiben die
42 Anforderungen an die Behandlung von Patienten mit chronischem Rückenschmerz, die
43 aufgrund der Erfüllung der Kriterien für die hinreichende Diagnostik (siehe Nummer 1.2) in ein
44 strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind.

45 **Zu Anlage 2**

46 Die Änderung der Anlage 2 der DMP-A-RL durch eine Ergänzung der lfd. Nr. 10 um die
47 Ausprägung chronischer Rückenschmerz wurde infolge der Ergänzung eigenständiger DMP
48 Anforderungen chronische Rückenschmerz erforderlich.

49

KBV, DKG:	GKV-SV, PatV:
Laut § 28f der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) sollen personenbezogener Daten in den strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f des SGB V nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des SGB V genutzt werden. Für die Dokumentationsfelder 13 bis 17 der Anlage 2 der DMP-A-RL sind diese Zwecke nicht gänzlich erfüllt, da keiner der Parameter, die in den Dokumentationsfeldern 13 bis 17 erfasst werden, in der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) direkt adressiert wird. Im Sinne der Entbürokratisierung am Ort der Leistungserbringung sollen diese Felder in Rahmen des DMP chronischer Rückenschmerz nicht verpflichtend sondern optional angegeben werden. Somit haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, diese Daten nur dann zu erfassen, wenn sie diese für die Behandlung nach der Anlage 15 der DMP-A-RL als relevant betrachten.	[streichen]

50

Diese Seite enthält keine Kommentare.

51 **Zu Nummer 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte**
52 **Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe**

53

54 Die Definition des chronischen Rückenschmerzes erfolgte in Anlehnung an die NVL „Nicht-
55 Spezifischer Kreuzschmerz“ (NVL 2017, S. 13)[3]. Entsprechend des gesetzlichen Auftrages
56 im Rahmen des GKV-VSG, in welchem vorgegeben wurde, dass der G-BA insbesondere für
57 die Behandlung von Rückenleiden entsprechende Regelungen zu treffen und auf die genannte
58 Leitlinie verwiesen hatte, erfolgte eine Spezifikation der Definition mit der Maßgabe, die
59 Patientinnen und Patienten zu beschreiben, welche von einem strukturiertem
60 Behandlungsprogramm profitieren können.

61 Die Definition der Chronizität erfolgte nach den gültigen medizinischen Definitionen einer
62 chronischen Erkrankung mit einem Verlauf von > 12 Wochen.

63 Die Bestimmung des Schweregrades des chronischen Rückenschmerzes soll entsprechend
64 den Vorgaben der NVL 2017 (S. 13 und 14)[3] anhand der Graduierung von Schmerzen mit
65 der deutschen Version des Fragebogens „Chronic Pain Grade (CPG) Questionnaire“ (Klasen
66 et al., 2004)[6] erfolgen. Dies ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Beurteilung der
67 Schmerzstärke und Funktionsbeeinträchtigung mit 7 Items. Sowohl die englische
68 Originalversion als auch die deutsche Übersetzung zeigen moderate bis gute
69 testpsychometrische Kennwerte (von Korff et al., 1992[13]; Smith et al., 1997[10]; Klasen et
70 al., 2004[6]). Das Graduierungsschema unterscheidet den Rückenschmerz nach dem Ausmaß
71 der Schmerzintensität und der schmerzbedingten Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten.
72 Somit kann ein rechtssicheres Kriterium zur Einschreibung erhoben werden.

73 Der CPG-Fragebogen sowie das Auswertungsschema zur Bestimmung der
74 Schmerzgraduierung (Grad I – IV) sind im Folgenden dargestellt.

75

Diese Seite enthält keine Kommentare.

76 CPG-Fragebogen

1. Wie würden Sie Ihre **momentanen** Rückenschmerzen, d.h. **jetzt im Augenblick**, auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = *kein Schmerz* und 10 = *stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kein Schmerz

Stärkster vorstellbarer Schmerz

2. Wie würden Sie Ihre **stärksten Rückenschmerzen** in den letzten 3 Monaten einschätzen, wenn 0 = *kein Schmerz* und 10 = *stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kein Schmerz

Stärkster vorstellbarer Schmerz

3. Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen **in den letzten 3 Monaten im Durchschnitt**, wenn 0 = *kein Schmerz* und 10 = *stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kein Schmerz

Stärkster vorstellbarer Schmerz

4. **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Rückenschmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Arbeit, Schule, Haushalt)?

an etwa _____Tagen

5. In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Keine Beeinträchtigung

Keine Aktivität mehr möglich

6. In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt, wenn 0 = *keine Beeinträchtigung* und 10 = *keine Aktivitäten mehr möglich* bedeuten?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Keine Beeinträchtigung

Keine Aktivität mehr möglich

7. In welchem Maße haben Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt, wenn 0 = *keine Beeinträchtigung* und 10 = *keine Aktivitäten mehr möglich* bedeuten?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Keine Beeinträchtigung

Keine Aktivität mehr möglich

77 Quelle: Klasek et al. 2004, Seite 12 Appedix B [6]

78 **Auswertung des CPG-Fragebogens**

79 Der Auswertung der oben beschriebenen sieben Fragen soll anhand der
80 Auswertungsanleitung des CPG-Fragebogen erfolgen.

81 Für die Bestimmung des Schweregrades nach von Korff (von Korff et al., 1992)[13] werden
82 Informationen über die Schmerzintensität, die schmerzbedingte Beeinträchtigung und die
83 Tage, an denen die Patienten unfähig dazu waren, ihre üblichen Aktivitäten zu verrichten,
84 verrechnet. Als Ergebnis lässt sich ein Schweregrad von I bis IV zuordnen. Das Vorgehen
85 umfasst folgende Schritte:

86
87 1) **Schmerzintensität** (Frage 1, 2 und 3):

88 a. Berechnung des Mittelwertes aus momentaner, durchschnittlicher und
89 maximaler Schmerzintensität (Numerische Rating-Skala 0-10), dann
90 multipliziert mit 10.

91 b. Bewertung der „charakteristischen“ Schmerzintensität:

- 92 - bis 49 = gering
- 93 - ab 50 = hoch

94

95 2) **Beeinträchtigung** (Frage 5, 6 und 7):

96 a. Berechnung des Mittelwertes aus Beeinträchtigung im Alltag, Freizeitaktivität
97 und Arbeitsfähigkeit (Numerische Rating-Skala 0-10), dann multipliziert mit 10.

98 b. Bewertung des „Disability-Score“:

- 99 - 0 - 29 = 0
- 100 - 30 - 49 = 1
- 101 - 50 - 69 = 2
- 102 - $\geq 70 = 3$

103

104 3) Frage 4: Anzahl der Tage, an denen sich die Patienten in den letzten 3 Monaten
105 unfähig fühlten, ihren üblichen Aktivitäten nachzugehen

106 a. Einteilung in Klassen als „Disability-Tage“:

- 107 - 0 – 6 Tage = 0
- 108 - 7 – 14 Tage = 1
- 109 - 15 – 30 Tage = 2
- 110 - ≥ 31 Tage = 3

111

112 4) Aus 2 und 3 (Disability-Score und Disability-Tage, jeweils klassifiziert) wird der
113 Summenwert der **Disability-Punkte** additiv bestimmt.

114

115 5) Aus 1 und 4 (**Schmerzintensität** und **Disability-Punkte**) errechnet sich die

116 **Graduierung:**

117

118 - 1 = Geringe Schmerzintensität (< 50) und geringe schmerzbedingte
119 Beeinträchtigung (< 3 Disability-Punkte)

120 - 2 = Hohe Schmerzintensität (≥ 50), geringe schmerzbedingte

121 Beeinträchtigung (< 3 Disability-Punkte)

122 - 3 = Hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung, mäßig limitierend (3-4
123 Disability-Punkte)

124 - 4 = Hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung; stark limitierend (5-6
125 Disability-Punkte)

126

127 In den folgenden beiden Tabelle ist die Bestimmung des Schweregrades nach von Korff
128 zusammenfassend dargestellt.

129

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

130 **Schritt 1: Score-Berechnung und Schritt 2: Bewertung**

Berechnung	Bewertung	
Schmerzintensität Mittelwert aus Schmerzfragen multipliziert mit 10 = (1 + 2 + 3)/3*10	Schmerz-Score: 0 = 0 (keine) 1 - 49 = 1 (gering) 50 - 100 = 2 (hoch)	Disability-Punkte: Summe aus Disability-Score und Disability-Tagen (0 - 6 Punkte)
Beeinträchtigungsgrad Mittelwert aus Funktionsfragen multipliziert mit 10 = (5 + 6 + 7)/3*10	Disability-Score: 0 - 29 = 0 30 - 49 = 1 50 - 69 = 2 70 - 100 = 3	
Beeinträchtigungstage Anzahl der Tage in auf Frage 4	Disability-Tage: 0 - 6 Tage = 0 7 - 14 Tage = 1 15 - 30 Tage = 2 ≥ 31 Tage = 3	

131 **Schritt 3: Bestimmung der Schmerzgraduierung aus den berechneten Scores (Schmerz-Score und Disability-Punkte)**

Beeinträchtigung	Schmerzintensität	Grade
Gering (Disability-Punkte = 0 - 2)	Gering (Schmerz-Score = 1)	Grad I
Mäßig (Disability-Punkte = 3 - 4)	Hoch (Schmerz-Score = 2)	Grad II
Hochgradig (Disability-Punkte = 5 - 6)	(unabhängig von der Schmerzintensität)	Grad III Grad IV

- 133
- 134 Bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen lassen sich keine eindeutigen Hinweise auf eine
135 spezifische zu behandelnde Ursache erkennen [3].
- 136 Die spezifischen Ursachen des chronischen Kreuzschmerzes sind insbesondere in den
137 Ausschlusskriterien genannt. Es dürfen keine Patientinnen und Patienten mit spezifischen
138 Ursachen eines chronischen Kreuzschmerzes am DMP teilnehmen.
- 139 Spezifische Kreuzschmerzen haben eine feststellbare somatische Ursache, deren gezielte
140 Therapie den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann, z. B. Bandscheibenvorfall,
141 Spinalkanalstenose, entzündliche Kreuzschmerzen, Osteoporose, Fraktur, Infektion, Tumor,
142 Spondylolisthesis usw. [3]. Für diese Patientinnen und Patienten ist eine Teilnahme am DMP
143 nicht geeignet, deshalb dürfen sie nicht ins DMP eingeschrieben werden.
- 144 Die Versorgung von Patienten mit Kreuzschmerzen findet in unterschiedlichen Sektoren und
145 unter der Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger statt.
- 146 Sofern es sich bei dem chronischen Rückenschmerz des Patienten um eine anerkannte
147 Berufskrankheit handelt ist eine Einschreibung in das DMP nicht möglich, da in diesem Fall
148 ein anderer Versicherungsträger zuständig ist.
- 149

Seite: 7

GKV-SV, KBV	DKG, PatV
Bestehende Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen sollten grundsätzlich auch bereits vor Einschreibung in das DMP genutzt werden. Bei einem geplanten, beantragten oder laufenden Rehabilitationsverfahren unter Umständen die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers besteht, könnte es bei gleichzeitiger Einschreibung in das DMP zu Überschneidungen von Leistungsansprüchen und gleichzeitigen unabgestimmten Behandlungen kommen.	[streichen]

Verfasser: a0077056 Thema: Durchstreichen Datum: 23.01.2019 15:18:10
Wir sind für den Vorschlag des GKV-SV, bitten jedoch den zweiten Teil streichen, da er den Behandler mehr verwirrt als dem Pat. hilft. Der zuständige Träger wird zur Not unter den Reha-Trägern selbst ermittelt (BTHG/"Reha wie aus einer Hand")

Verfasser: a0077056 Thema: Notiz Datum: 21.01.2019 14:00:09

150

GKV-SV	KBV, DKG	PatV
„Geplant“ bezüglich der Bei einer geplanten Rehabilitationsmaßnahme bedeutet, dass der Arzt dem Patienten eine aus medizinischer Sicht sinnvolle Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme empfiehlt, dieser prüft den Vorschlag und informiert sich bei den zuständigen Stellen. Die Phase der Planung wird entweder durch die Stellung eines Antrages oder eine Ablehnung des Vorschlags durch den Patient beendet. Bei bereits beantragten Leistungen zur Rehabilitation ist eine Einschreibung nach Abschluss des Antragsverfahrens im Sinne einer Ablehnung oder nach Abschluss der durchgeführten Maßnahme möglich.		[streichen]

Verfasser: a0077056 Thema: Eingefügter Text Datum: 23.01.2019 15:31:46
. Rehabilitation kann jedoch weder die Initialdiagnostik noch eine akute Behandlungsbedürftigkeit ersetzen.

Verfasser: a0077056 Thema: Notiz Datum: 23.01.2019 15:20:54
DRV ist für streichen! Beide Konzepte können sich problemlos ergänzen. Die hier skizzierten Abläufe und Bedingungen stellen eine Barriere für den Reha-Zugang dar und sollten ggf. entfallen.

151

Zu Nummer 1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz

Eine Einschreibung in das DMP kann bei Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen ab einem Verlauf von mindestens 12 Wochen Dauer in Erwägung gezogen werden. Es ist davon auszugehen, dass in diesem, einer möglichen Einschreibung vorangehenden Zeitraum wenn nötig entsprechend der klinischen Praxis und wie von den Leitlinien empfohlen, eine Abklärung möglicher spezifischer Ursachen erfolgt ist. Auf diese Informationen greift der Arzt, der mit dem Patienten die Einschreibung erwägt, anhand von Anamnese und den Dokumentationen zu Verlauf, Diagnostik und Therapie zurück.

161

GKV-SV, PatV	DKG, KBV
Es liegt ausdrücklich in der Entscheidung der einschreibenden Ärztin oder des einschreibenden Arztes, ob die Diagnostik zum Zeitpunkt der Einschreibung als ausreichend angesehen werden kann, um insbesondere die Ausschlusskriterien beurteilen zu können. Anforderungen an das Vorliegen von Ausschlussbefunden	Für einen hinreichend sicheren Ausschluss der unter Nummer 1.1 definierten Kriterien (Ausschlusskriterien) benötigt der einschreibende Arzt/ die einschreibende Ärztin schriftliche Befunde mindestens von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder für Orthopädie oder für Neurologie oder für Neurochirurgie. Dabei sind radiologische Befunde zu berücksichtigen. Damit soll vermieden werden, dass Fälle übersehen werden, die einer spezifischen kausalen Therapie bedürfen. Insbesondere die

<p>sind mit dem Ziel der Vermeidung von Überdiagnostik nicht vereinbar.</p>	<p>häufig schwierige Abgrenzung der symptomatischen Radikulopathie (siehe hierzu die Empfehlungen der NVL 2017 unter 3.3.1[3]), die ein Ausschlusskriterium darstellt, von einer pseudoradikulären Symptomatik erfordert fachärztliche Expertise, ebenso die Sichtung und Bewertung der in vielen Fällen im Vorfeld erfolgten bildgebenden Diagnostik und die Frage des Bezugs ggf. festgestellter morphologischer Auffälligkeiten zum aktuellen klinischen Befund.</p> <p>Die Empfehlung entspricht der im IQWiG Bericht enthaltenen Leitlinie der APTA 2012[4] (GR A, IQWiG V14-04, S.113).</p>
---	---

Verfasser: a0077056	Thema: Kommentar zu Text	Datum: 23.01.2019 15:23:11
GKV-SV Ausführungen beibehalten, geringfügig ändern.		
Verfasser: a0077056	Thema: Durchstreichen	Datum: 21.01.2019 14:00:49

162
 163 Die vom Fragebogeninstrument CPG nach v. Korff et al. (1992)[13] ermittelten Parameter
 164 korrelieren nach den Ergebnissen verschiedener Validierungsstudien [6,10] gut mit der
 165 Schmerzstärke, der funktionellen Beeinträchtigung, der Inanspruchnahme von medizinischen
 166 Leistungen sowie der Prognose von chronischen unspezifischen Rückenschmerzen. Damit
 167 stellt der CPG -Fragebogen ein geeignetes Instrument zur Beurteilung des Ausmaßes von
 168 Schmerz und Beeinträchtigung von Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der
 169 Einschreibung dar.]

170 Die Formulierung zur Indikation für eine bildgebende Diagnostik entspricht den Empfehlungen
 171 der NVL 2017 (NVL 2017[3]).

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Eine Überprüfung vor Einschreibung in das DMP, ob bei dem Patienten wegen seiner chronischen Rückenschmerzen eine Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommt, ist aus mehreren Gründen sinnvoll. So ist das Ziel der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit für einen großen Teil der Patienten relevant. Für die Patienten ohne Erwerbsbezug ist das Rehabilitationsziel der Erhaltung der Selbstversorgungsfähigkeit, der Teilhabe und Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit von Bedeutung. Darüber hinaus verfügen die Anbieter von Rehabilitationsmaßnahmen über Konzepte und Strukturen, die die Möglichkeit einer intensiven Behandlung während eines begrenzten Zeitraumes, auch mit multimodalen Ansätzen, bieten.</p>	<p>DKG, KBV</p> <p>[streichen]</p>
---	---

173 Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in § 137 f Abs. 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V hat der G-
 174 BA nur für solche Erkrankungen Richtlinien zu entwickeln, bei welchen eine „Beeinflussbarkeit
 175 des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten“ besteht. Dieser Vorgabe wird
 176 mit dem letzten Satz unter Nummer 1.2 in den Einschlusskriterien Rechnung getragen.

177 **Zu Nummer 1.3 Therapieziele**

178 Chronische Rückenschmerzen führen zu einem Verlust an Lebensqualität und zu
 179 Einschränkungen bei den alltäglichen und beruflichen Aktivitäten[8].

Diese Seite enthält keine Kommentare.

180 Unmittelbare Therapieziele im DMP, wie sie auch die NVL als Ziele des Managements nicht-
 181 spezifischer Kreuzschmerzen angibt [3], sind die Minderung der Schmerzintensität sowie die
 182 Steigerung der Funktionsfähigkeit und der Belastbarkeit. Mittelbar und unmittelbar wird der
 183 Erhalt bzw. die Wiedererlangung der Eigenständigkeit, der Alltagskompetenz und der
 184 Arbeitsfähigkeit angestrebt [3].

185 Insgesamt soll aus der Behandlung eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen
 186 Lebensqualität erfolgen.

187

<p>GKV-SV, PatV</p> <p><i>[Vorschlag: nachfolgende Passage verschieben]</i></p> <p>Die Therapieziele sollen durch den strukturierten Einsatz von effektiven Behandlungsmaßnahmen und unter Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen sowie unter Vermeidung von Somatisierung und übermäßiger Fixierung auf medizinische Maßnahmen erreicht werden. Damit verbunden ist eine Reduktion</p> <p>[PatV: von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen und chirurgischen Maßnahmen.]</p> <p>[GKV-SV: des von unnötigen operativen und invasiven Interventionen , sowie eine Reduktion des Schmerzmittelgebrauchs, von Hospitalisierungen und kreuzschmerzbedingte AU-Tagen.]</p>	<p>KBV, DKG</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--

188

189

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Entsprechende Prinzipien für die Behandlung, welche durch Hinweise für eine bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung begründet sind, lassen sich aus der NVL 2017 [3] sowie Erhebungen [7] und Gutachten zur Versorgung von chronischen, nicht-spezifischen Kreuzschmerzen [9] entnehmen.</p>	<p>DKG</p> <p>Entsprechende Prinzipien für die Behandlung, welche durch Hinweise für eine bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung begründet sind, lassen sich aus der NVL 2017 [3] entnehmen.</p>	<p>KBV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--	---

190

191 **Zu Nummer 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren**

192 Die hier genannten Kriterien zur Planung der Therapie bei unspezifischem Kreuzschmerz
 193 wurden in enger Anlehnung an die NVL Kreuzschmerz 2017 formuliert.

194

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Die Therapieplanung und Therapie von nichtspezifischen Kreuzschmerzen orientiert sich dabei an den Schmerzen und dem aktuellen Funktionsstatus des Patienten/der Patientin. Der Behandlungsplan wird vom behandelnden Arzt/ der behandelnden Ärztin gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin individuell abgestimmt. (NVL 2017, S. 29)[3].</p>	<p>KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	---

Diese Seite enthält keine Kommentare.

<p>Der Therapieplanung soll ein abgestuftes Vorgehen zugrunde liegen.</p> <p>Basismaßnahmen sollen grundsätzlich bei jeder Patientin oder jedem Patienten zur Anwendung kommen, Diese bestehen insbesondere aus der Motivation zu körperlicher Aktivität, sowie der Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells und von Kompetenzen zu gesundheitsbewusstem Verhalten (NVL 2017, S. 29)[3].</p> <p>Je nach individueller Befundkonstellation, fachbezogener Begründetheit und Patientenpräferenz können zu den Basismaßnahmen individuelle Therapiemaßnahmen (siehe Nummer 1.5.2) hinzugefügt werden. Da bei Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen bereits eine mindestens 12-wöchige Erkrankungsdauer mit gegebenenfalls bereits veranlassten therapeutischen Maßnahmen vorliegt, prüft der Arzt oder die Ärztin zudem, ob die Patientin oder der Patient von einer Optimierung bereits veranlasster individueller Therapiemaßnahmen profitieren kann.</p> <p>Im DMP erfolgt die wiederholte Bewertung des Falles durch regelmäßige Verlaufsuntersuchungen Auf Basis dieser Bewertungen soll bei nicht ausreichendem Erfolg eine Modifikation der Therapiemaßnahmen im Sinne einer Intensivierung erfolgen (siehe Nummer 1.5.3). Dieser Prozess entspricht der in der NVL (S. 34)[3] beschriebenen Vorgehensweise im Rahmen eines multidisziplinären Assessments, welches im ambulanten Versorgungssystem allerdings als solches nicht zur Verfügung steht.</p> <p>Als höchste Stufe, wenn weniger intensive evidenzbasierte Therapieverfahren unzureichend wirksam waren, sollen die Patientinnen und Patienten mit multimodalen Programmen, d.h. teilstationärer oder stationärer multimodaler Schmerztherapie, behandelt werden (NVL 2017, S 69[3], siehe Nummer 1.5.4). In begründeten Fällen können diese auch als initiale Maßnahme erwogen werden.</p>					
<p>195</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="241 878 779 1096"> <p>GKV-SV, DKG</p> <p>Bezüglich der Vereinbarung von Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten hat die körperliche Aktivität als wesentliches Element der Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen einen besonderen Stellenwert (NVL 2017, S. 40) [3]. Der Arzt soll zur regelmäßigen körperlichen Aktivität beraten und motivieren. Die Beratung beinhaltet die leistungsangepasste Dosierung, Regeln für die Dosissteigerung und die Zieldefinition mit Leistungssteigerung ohne Schmerzsteigerung (NVL 2017, S. 40)[3]. Aufgrund ihrer Bedeutung und der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung eignet sich die körperliche Aktivität besonders gut für die Definition eines Therapiezieles.</p> </td> <td data-bbox="779 878 905 1096"> <p>KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p> </td> </tr> </table>	<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Bezüglich der Vereinbarung von Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten hat die körperliche Aktivität als wesentliches Element der Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen einen besonderen Stellenwert (NVL 2017, S. 40) [3]. Der Arzt soll zur regelmäßigen körperlichen Aktivität beraten und motivieren. Die Beratung beinhaltet die leistungsangepasste Dosierung, Regeln für die Dosissteigerung und die Zieldefinition mit Leistungssteigerung ohne Schmerzsteigerung (NVL 2017, S. 40)[3]. Aufgrund ihrer Bedeutung und der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung eignet sich die körperliche Aktivität besonders gut für die Definition eines Therapiezieles.</p>	<p>KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>		
<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Bezüglich der Vereinbarung von Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten hat die körperliche Aktivität als wesentliches Element der Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen einen besonderen Stellenwert (NVL 2017, S. 40) [3]. Der Arzt soll zur regelmäßigen körperlichen Aktivität beraten und motivieren. Die Beratung beinhaltet die leistungsangepasste Dosierung, Regeln für die Dosissteigerung und die Zieldefinition mit Leistungssteigerung ohne Schmerzsteigerung (NVL 2017, S. 40)[3]. Aufgrund ihrer Bedeutung und der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung eignet sich die körperliche Aktivität besonders gut für die Definition eines Therapiezieles.</p>	<p>KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>				
<p>196</p>					
<p>197</p>	<p>Zu Nummer 1.5 Therapeutische Maßnahmen</p>				
<p>198</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="241 1203 569 1242"> <p>GKV-SV, DKG</p> </td> <td data-bbox="569 1203 905 1242"> <p>KBV, PatV</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="241 1242 569 1344"> <p>Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Die therapeutischen Maßnahmen wurden in Anlehnung an die NVL 2017[3] im Sinne</p> </td> <td data-bbox="569 1242 905 1344"> <p>Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Die therapeutischen Maßnahmen wurden in Anlehnung an die NVL 2017[3] im Sinne</p> </td> </tr> </table>	<p>GKV-SV, DKG</p>	<p>KBV, PatV</p>	<p>Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Die therapeutischen Maßnahmen wurden in Anlehnung an die NVL 2017[3] im Sinne</p>	<p>Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Die therapeutischen Maßnahmen wurden in Anlehnung an die NVL 2017[3] im Sinne</p>
<p>GKV-SV, DKG</p>	<p>KBV, PatV</p>				
<p>Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Die therapeutischen Maßnahmen wurden in Anlehnung an die NVL 2017[3] im Sinne</p>	<p>Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Die therapeutischen Maßnahmen wurden in Anlehnung an die NVL 2017[3] im Sinne</p>				
<p>10</p>					

Diese Seite enthält keine Kommentare.

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
<p>eines Stufenschemas formuliert. Als Basismaßnahme ist vor allem die körperliche Aktivierung genannt.</p> <p>Die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigten Leitlinien ((TOP 2011, NVL 2013 und NVL 2017 (S.67) [2,3,11] unterstreichen die generell positive Wirkung der körperlichen Aktivität bei chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen. Auch von der NVL 2017 wird diese Empfehlung aufrechterhalten (S. 30)[3]. Nach der NVL 2017 [3] sollen Patienten mit chronischem nicht-spezifischen Kreuzschmerz bei anhaltenden Aktivitätseinschränkungen und Gefährdung der beruflichen Wiedereingliederung die Teilnahme an einer Rehabilitationssport- bzw. Funktionstrainingsgruppe empfohlen werden.</p> <p>[GKV-SV: Es gilt die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).]</p> <p>Zu Nummer 1.5.2 individuelle Therapiemaßnahmen</p> <p>Zusätzlich zu den Basismaßnahmen können für die Patientin oder den Patienten weitere individuelle Therapiemaßnahmen sinnvoll sein. Insbesondere sprechen die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigte NVL 2017 (S. 39) [2] Empfehlungen für die Bewegungstherapie bei chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen aus.</p> <p>Bewegungstherapie bei chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen meint die Behandlung von Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungstechniken zur Verbesserung der Beweglichkeit, der Koordination, der Muskelkraft, der Ausdauer und der</p>	<p>eines Stufenschemas formuliert. Als Basismaßnahmen werden demzufolge die Aufklärung der Patientin oder des Patienten im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells, die körperliche Aktivität, und, als zentrale Maßnahme, die multimodale Schulung empfohlen.</p> <p>Die Vermittlung des biopsychosozialen Krankheitsmodells von chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen entspricht den Empfehlungen der NVL 2017. Ergänzend zur individuellen Aufklärung sollte die Patienteninformation „Chronische Kreuzschmerzen – Aktiv gegen dauerhafte Kreuzschmerzen“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zur Verfügung gestellt werden, da diese auf der Basis der NVL 2017 in verständlicher Sprache und qualitätsgeprüft erstellt wurde. Dadurch wird gewährleistet, dass die medizinischen Inhalte der Patienteninformation den Empfehlungen des DMP entsprechen und dementsprechend kongruente Inhalte vermittelt werden.</p> <p>Die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigte NVL 2017 unterstreichen die positive Wirkung der körperlichen Aktivität bei chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen generell. Als primäre Behandlung zur Unterstützung der körperlichen Aktivität wird die Bewegungstherapie, kombiniert mit edukativen Maßnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien, in der NVL mit hohem Grading empfohlen (NVL 2017). Nach der NVL 2017 sollen Patienten mit chronischem nicht-spezifischen Kreuzschmerz bei anhaltenden Aktivitätseinschränkungen und Gefährdung der beruflichen Wiedereingliederung die Teilnahme an einer Rehabilitationssport- bzw. Funktionstrainingsgruppe empfohlen werden. Es gilt die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für</p>

Diese Seite enthält keine Kommentare.

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
<p>Schnellkraft. In Bezug auf die in der Heilmittelrichtlinie aufgeführten Maßnahmen der physikalischen Therapie umfasst dies unter anderem die Übungsbehandlung und die Krankengymnastik allgemein.</p> <p>Ebenso für die weiteren beschriebenen Maßnahmen, wie z.B. verhaltenstherapeutische Maßnahmen (NVL S. 49), Entspannungsverfahren (NVL S. 42) oder ergotherapeutische Maßnahmen (NVL S. 42) sind entsprechende Empfehlungen in der NVL 2017 hinterlegt. Bezüglich der ergotherapeutischen Maßnahmen empfiehlt die NVL 2017 diese im Rahmen eines multimodalen Angebotes anzubieten. Unter den Umständen, dass multimodale Programme in der ambulanten Versorgung fehlen, kommt die DMP-Versorgung mit ihren verschiedenen somatischen und psychischen Therapieansätzen einem solchen Rahmen nahe.</p>	<p>Rehabilitation (BAR).</p> <p>Für multimodale Gruppenangebote bei chronischem nicht-spezifischen Kreuzschmerz konnten signifikante langfristige Effekte auf die Schmerzminderung und die körperliche Funktionsfähigkeit und zum Teil auf die Arbeitsfähigkeit gegenüber der herkömmlichen Behandlung sowie gegenüber einer rein somatischen Behandlung (z.B. Physiotherapie) metaanalytisch nachgewiesen werden (Kamper et al., 2014). Diese Angebote werden in der NVL 2017 mit hohem Grading empfohlen (NVL 2017 S. 69). Gemäß der aktuellen Metaanalyse (Kamper et al., 2014) ist der Begriff multimodal definiert durch mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, welche integriert und aufeinander abgestimmt sind und interdisziplinär durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen angeleitet werden.</p> <p>Für die alleinige Intensivierung einzelner, nicht aufeinander abgestimmter Maßnahmen, wie z.B. Physiotherapie oder Entspannungsübungen, liegen keine robusten Wirksamkeitsnachweise vor. Für edukative Maßnahmen konnten positive Effekte nur in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen gefunden werden (NVL 2017). Verhaltenstherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie kann nur bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung angewendet werden. Im Rahmen multimodaler Angebote wird die Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Prinzipien jedoch explizit stark empfohlen (NVL 2017, S. 49).</p> <p>Entsprechend der NVL 2017 bzw. der Metaanalyse zu multimodalen Angeboten (Kamper et al., 2014) sollen diese neben der edukativen Komponente mindestens zwei aufeinander abgestimmte Module (ein somatisches und ein psychisch orientiertes) enthalten und sind, in Abgrenzung zur reinen Edukation, aktiv ühend zu gestalten (NVL</p>

Diese Seite enthält keine Kommentare.

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
	<p>2017).</p> <p>Verglichen mit allen anderen in diesem DMP empfohlenen Maßnahmen existieren derzeit für multimodale Angebote, wie oben beschrieben, die vergleichsweise stärksten Wirksamkeitsbelege. Daher wird ein multimodales Angebot im Rahmen einer Gruppenschulung als zentrale Maßnahme für alle Patientinnen und Patienten im DMP chronischer Rückenschmerz empfohlen.</p> <p>Die Recherche des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Frage, ob Programme existieren, die die geforderten Kriterien erfüllen, führte zu dem Ergebnis, dass mehrere strukturierte, evaluierte und publizierte Programme vorliegen, die diesen Anforderungen entsprechen.</p> <p>Zu Nummer 1.5.2 Individuelle zusätzliche Maßnahmen</p> <p>In Abhängigkeit von der individuellen Befundkonstellation und der Patientenpräferenz können weitere therapeutische Maßnahmen sinnvoll sein.</p> <p>Für verhaltenstherapeutisch orientierte Maßnahmen sprechen die Leitlinienrecherche des IQWiG und die darin berücksichtigte NVL (S. 39) Empfehlungen aus. Eine Verhaltenstherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie kann nur beim Vorliegen einer psychischen Erkrankung angewendet werden. Im Rahmen multimodaler Angebote wird die Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Prinzipien jedoch explizit stark empfohlen (NVL 2017, S. 49) und findet im Rahmen der multimodalen Gruppenschulung in diesem DMP Anwendung.</p> <p>Die Empfehlungen zur Krankengymnastik, zu den Entspannungsverfahren, zur manuellen Therapie in Kombination mit Bewegungstherapie, zur Massage in Kombination mit Bewegungstherapie, zur Ergotherapie im Rahmen multimodaler</p>

Diese Seite enthält keine Kommentare.

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
	<p>Angebote und zur Akupunktur entsprechen den jeweiligen „kann“-Empfehlungen der einzelnen Maßnahmen der NVL 2017.</p> <p>Bewegungstherapie bei chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen meint die Behandlung von Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungstechniken zur Verbesserung der Beweglichkeit, der Koordination, der Muskelkraft, der Ausdauer und der Schnellkraft. In Bezug auf die in der Heilmittelrichtlinie aufgeführten Maßnahmen der physikalischen Therapie umfasst dies unter anderem die Übungsbehandlung und die Krankengymnastik allgemein.</p>

199
 200 In der NVL Kreuzschmerz 2017[3], 2. Auflage, werden im Kapitel 5 eine Reihe nicht-
 201 medikamentöser Maßnahmen, welche bei der Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen
 202 eingesetzt werden, dargestellt und bewertet. Die im Anforderungstext des DMP nicht zur
 203 Anwendung empfohlenen Maßnahmen bei chronischem nicht-spezifischem Rückenschmerz
 204 beruhen auf den jeweiligen Empfehlungen/Statements aus der NVL 2017[3]. So werden die
 205 Maßnahmen Traktionsbehandlung (NVL 2017, Kapitel 5.17, S. 48), Bettruhe ((NVL 2017,
 206 Kapitel 5.2, S. 39), Orthesen und Schuheinlagen (NVL 2017, Kapitel 5.13, S. 46),
 207 Kurzwellendiathermie (NVL 2017, Kapitel 5.8, S. 43), Therapeutischer Ultraschall (NVL 2017,
 208 Kapitel 5.19, S. 49), Interferenztherapie (NVL 2017, Kapitel 5.6, S. 42), Transkutane
 209 elektrische Nervenstimulation – TENS (NVL 2017, Kapitel 5.18, S. 48), Perkutane elektrische
 210 Nervenstimulation – PENS (NVL 2017, Kapitel 5.14, S. 46), Magnetfeldtherapie (NVL 2017,
 211 Kapitel 5.10, S. 44), Lasertherapie (NVL 2017, Kapitel 5.9, S. 44), Kältetherapie (NVL 2017,
 212 Kapitel 5.16, S. 47) auch im Anforderungstext des DMP nicht zur Anwendung empfohlen [3].
 213 Im Folgenden sind die Nummern der Empfehlungen sowie der dazugehörige
 214 Empfehlungsgrad aus der NVL 2017 in der Tabelle als Übersicht wiedergegeben:
 215

Negativempfehlung zu	Empfehlung/Statement in der NVL 2017 (Nummer der Empfehlung)	Empfehlungsgrad ¹
Traktionsbehandlung	5-24	A
Bettruhe	5-3	A
Kurzwellendiathermie	5-13	A

¹ Die NVL unterscheidet drei Empfehlungsgrade A „Starke Empfehlung“ B „Empfehlung“ und 0 „offen“

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Therapeutischer Ultraschall	5-27	A
Interferenztherapie	5-11	A
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	5-26	B
Perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS)	5-20	A
Magnetfeldtherapie	5-15	A
Lasertherapie	5-14	A
Orthesen und Schuheinlagen (zusammengefasst in der Empfehlung zu Medizinischen Hilfsmitteln)	5-19	A

216

217 Diese Empfehlungen stimmen mit denen des IQWiG-Berichts überein. Diese stützen sich
218 allerdings überwiegend auf die NVL 2013 [2] sowie auf die Leitlinie TOP 2011 [11]
219

Diese Seite enthält keine Kommentare.

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
<p>Zu Nummer 1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen und 1.5.4 Multimodale Schmerztherapie</p> <p>Der IQWiG-Bericht beschreibt DMP-relevante Empfehlungen aus 3 Leitlinien zu interdisziplinären und multimodalen Rehabilitationsprogrammen. Interdisziplinäre und multimodale Rehabilitationsprogramme werden für solche Patienten mit chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen empfohlen, bei denen weniger intensive, nicht interdisziplinäre Therapien zu keiner Besserung der Symptomatik geführt haben.</p> <p>Zur Evidenz für die Wirksamkeit der multimodalen Behandlungsmaßnahmen verweisen die Leitlinien insbesondere auf einen Cochrane-Review[5] zur multidisziplinären, biopsychosozialen Rehabilitation bei chronischem Kreuzschmerz. Als wesentliche Interventionsbestandteile schloss der Review Studien ein, die sowohl eine physiotherapeutisch-somatische Komponente und eine oder beide Komponente aus den Bereichen Psychotherapie und arbeitsplatzbezogene Interventionen umfasste. Die Maßnahmen wurden von Berufsgruppen aus mindestens zwei verschiedenen Richtungen erbracht. Die Mehrzahl der Studien fand im ambulanten Setting statt.</p> <p>Eigenständige multimodale Therapiemaßnahmen bei chronischem Rückenschmerz, auf die ein DMP zurückgreifen könnte, sind im ambulanten Versorgungsbereich derzeit nicht verfügbar. Sie sind jedoch stationär oder teilstationär als interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie verfügbar (1.5.4 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie).</p> <p>Es ist aber möglich, vor dem Einsatz der stationären oder teilstationären interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie, im Sinne der vorstehend genannte Definition des Cochrane-Reviews die Therapie im ambulanten Versorgungsbereich zu intensivieren (1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen). Dazu</p>	<p>Zu Nummer 1.5.3 Weitere intensivierte Maßnahmen</p> <p>Das Erwägen intensiverter Maßnahmen nach erfolgloser Anwendung der unter 1.5.1 beschriebenen Basismaßnahmen und ggf. zusätzlicher individueller Maßnahmen gemäß 1.5.2 entsprechen den Empfehlungen der NVL 2017.</p>

Diese Seite enthält keine Kommentare.

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
werden über einen definierten Zeitraum zeitgleich und aufeinander abgestimmt verschiedene im Regelleistungskatalog vorhandene Behandlungsmodalitäten – mindestens 2, darunter Physiotherapie und eine aus dem psychotherapeutisch-psychoomatischen Bereich (Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie) miteinander kombiniert. Dies entspricht den Interventionen, für die im o.g. Cochrane-Review der Wirksamkeitsnachweis geführt wurde.	

220

GKV-SV	DKG, KBV, PatV
Zu Nummer 1.5.5 Langzeitbetreuung	[streichen]
Die Maßnahmen im DMP chronischer Rückenschmerz, wie die Bewegungstherapie, das Erlernen von Entspannungsverfahren, die Verhaltenstherapie und die teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie, haben im Wesentlichen eine Veränderung von Einstellungen, eine Veränderung des Lebensstils und den Erwerb von Fertigkeiten zur besseren Krankheitsbewältigung zum Ziel. Sie sind damit größtenteils für eine zeitlich begrenzte Anwendung oder für eine Wiederholung zur Verstärkung oder Auffrischung sinnvoll. Wenn deshalb alle indizierten Maßnahmen nach 1.5.1 – bis 1.5.4 durchlaufen sind, soll der Schwerpunkt in Behandlung und Arzt-Patientenbeziehung auf die Stabilisierung erworbener Verhaltens- und Handlungskompetenzen der Patientin bzw. des Patienten, die Verstetigung körperlicher Aktivität (NVL 2017, Seite 72) sowie auf die Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Interventionen gelegt werden. Wesentlich sind weiterhin die Kontrolle auf mögliche Änderungen des Beschwerdebildes und ein besonderes Augenmerk auf eine eventuell länger anhaltende Einnahme von Analgetika (NVL 2017, Seite 36ff).	

221

Diese Seite enthält keine Kommentare.

222 **Zu Nummer 1.5.X Medikamentöse Therapien**
 223 Die hier genannten medikamentösen Therapieoptionen bei unspezifischem Kreuzschmerz
 224 wurden in enger Anlehnung an die NVL Kreuzschmerz 2017[3] 2. Auflage Abschnitt 6
 225 formuliert.
 226 Die Empfehlung zu Metamizol wurde formuliert um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass
 227 es eine nicht zu vernachlässigende Gruppe von Patienten gibt, bei denen NSARs nicht
 228 einsetzbar sind und für die wenige medikamentöse Therapieoptionen existieren (NVL 2017[3]
 229 „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“, LoE: Expertenkonsens).
 230
 231 **Zu Nummer 1.5.X.X Nicht-Opioidanalgetika**
 232 Die meisten Nicht-Opioidanalgetika sind zu Langzeitbehandlung nicht zugelassen und nicht
 233 geeignet. Sie erfordern wegen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen
 234 Medikamenten eine individuelle Anpassung.
 235 Unberührt davon sind die Regelungen insbesondere § 34 Absatz 1 SGB V und § 12 Absatz
 236 11 AM-RL zu beachten.
 237 **Zu Nummer 1.5.X.X.X Paracetamol**
 238 Die im Anforderungstext des DMP nicht empfohlene Behandlung von Patientinnen und
 239 Patienten mit nicht-spezifischem Kreuzschmerz mit Paracetamol beruht auf der gleich
 240 lautenden Negativ-Empfehlung 6-7 (mittlerer Empfehlungsgrad B) der NVL 2017.
 241
 242 **Zu Nummer 1.5.X.X Opioidanalgetika**
 243 Der Stellenwert der Opiode bei nicht-Tumor Schmerzen wird immer kritischer beurteilt,
 244 insbesondere bei Rückenschmerzen [1](Abdel Shaheed 2016). Die Empfehlungen zur
 245 Langzeitanwendung von Opioiden wurden aus der NVL 2017[3] übernommen. Opiode bei
 246 Rückenschmerzen erfordern ein regelmäßige Monitoring von Wirksamkeit und
 247 Nebenwirkungen entsprechend den Vorgaben der Nationalen Versorgungsleitlinie
 248 Kreuzschmerz 2017 [3] und der Leitlinie „Opiode, Langzeitanwendung zur Behandlung bei
 249 nicht tumorbedingten Schmerzen“[4].
 250
 251 **Zu Nummer 1.5.X.X. Antidepressiva**
 252 Die NVL Kreuzschmerz 2017[3] 2. Auflage rät in Empfehlung 6-18 von Antidepressiva zur
 253 Schmerztherapie ab (Urquhart 2008[12]). Davon unbenommen ist die erwünschte Erfassung
 254 psychosozialer Risikofaktoren und Komorbiditäten wie Depression (Empfehlungen 3-4, 3-5).
 255 Bei Vorliegen einer Depression wird eine Behandlung mit Antidepressiva nicht abgelehnt
 256 (Empfehlung 6-19)
 257
 258 **Zu Nummer 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen**
 259 Die Standardinhalte der ärztlichen Konsultationen im Rahmen des strukturierten
 260 Behandlungsprogramms wurden im Einklang mit den Empfehlungen der NVL 2017[3] nicht-
 262 spezifischer Kreuzschmerz formuliert und beruhen auf Expertenkonsens.
 263

GKV-SV, KBV	DKG, PatV
Die Verlaufsbeurteilung der Schmerzstärke und Funktionsbeeinträchtigung erfolgt mit zwei Items des CPG-Fragebogens zur Schmerzgraduierung (v. Korff, 1992)[13]. Zur Erfassung der Schmerzstärke wird das	Beim chronischen Rückenschmerz handelt es sich um einen komplexen Erkrankungszustand, dessen Therapie sich schwerpunktmäßig an den Schmerzen und dem aktuellen Funktionszustand des

Diese Seite enthält keine Kommentare.

<p>Item 3, welches die durchschnittliche Schmerzstärke in den letzten drei Monaten erfragt, eingesetzt.</p> <p>Zur Messung der Funktionsbeeinträchtigung wird das Item 5 angewendet, welches die Beeinträchtigung bei allgemeinen Aktivitäten erfragt. Mit diesen beiden Items werden die generischen Aspekte beider Subskalen des CPG-Fragebogens abgebildet.</p> <p>Die Empfehlung zur Verwendung der beiden Items entspricht den Forderungen nach möglichst datensparsamen bürokratischen Anforderungen an Arztpraxen.</p>	<p>Patienten orientiert. Im Hinblick auf eine fundierte Therapieplanung bedarf es einer differenzierten Einschätzung der entsprechenden körperlichen Situation. In der NVL (NVL 2017, S. 36) werden hierfür verschiedene, teilweise sehr differenzierte Erhebungsinstrumente empfohlen. Im Rahmen des DMP sollte zumindest eine regelmäßige Erfassung der Items 2-7 des oben bereits erwähnten CPG-Fragebogens erfolgen. Dieser kommt bereits zum Zeitpunkt der Einschreibung zur Anwendung und bildet eine aufwandsarme Möglichkeit der Verlaufsbeurteilung in Bezug auf Funktionseinschränkung und Schmerz.</p>
---	---

264

Diese Seite enthält keine Kommentare.

265 **Zu Nummer 1.7.1 Koordinierender Arzt**

GKV-SV, PatV

Unspezifische Rückenschmerzen sind ein weitverbreitetes Beschwerdebild, das selten eine bestimmten Spezialfachärztlichen Versorgung benötigt sondern bei dem der niedrighschwellige Zugang zu einer Behandlung und eine bedarfsweise Einbindung bestimmter Facharztdisziplinen im Vordergrund stehen. Eine gute Kenntnis der psychischen, beruflichen und sozialen Situation des Patienten sowie seiner Komorbiditäten sind in diesem Zusammenhang hilfreich. Deshalb werden Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen größtenteils beim Hausarzt anzutreffen sein, der aus den vorstehend genannten Gründen auch besonders gut für die Rolle des koordinierenden Arztes im DMP chronischer Rückenschmerz geeignet ist.

In Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn der Patient bereits länger wegen der Rückenschmerzen von diesem Arzt betreut worden ist, kann er auch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie oder eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, als koordinierende Ärztin bzw. koordinierenden Arzt wählen.

DKG, KBV

Für die Rolle der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz sind Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin gleichermaßen geeignet. Alle genannten Arztgruppen sind im Rahmen der fachärztlichen Grundversorgung tätig, bei denen die Behandlung und Behandlungskoordination von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen ein Kerngebiet darstellt. Das Management von komplexen Komorbiditäten ist ein Kerngebiet der Hausärztinnen und Hausärzte. Liegen solche Konstellationen vor, sollte die Koordination des strukturierten Behandlungsprogramms durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen.

266

267 **Zu Nummer 1.7.2: Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom**
 268 **koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten**
 269 **Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung**

270 Symptomunterhaltende oder -verstärkende psychische Belastungen, psychosoziale Konflikte
 271 oder psychische Komorbidität spielen bei vielen Patienten mit chronischen unspezifischen
 272 Rückenschmerzen eine wichtige, die Beschwerden aufrechterhaltende oder verstärkende,
 273 evtl. sogar auslösende Rolle. In solchen Situationen kann die Überweisung zum ärztlichen

Diese Seite enthält keine Kommentare.

274 oder psychologischen Psychotherapeuten oder zum Psychiater (psychologischer oder
 275 ärztlicher Psychotherapeut nach Möglichkeit mit schmerzpsychotherapeutischer Expertise)
 276 erforderlich sein.

- 277 Ebenso können
- 278 • neu aufgetretenen Hinweise für eine spezifische Ursachen,
 - 279 • neu aufgetretenen Hinweise für extravertebrale Ursachen,
 - 280 • eine wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden des chronischen
 281 Kreuzschmerzes
 - 282 • oder ein nicht ausreichendes Ansprechen der Beschwerden auf die zur Anwendung
 283 gebrachten Maßnahmen]

284 zusätzlich Expertise und Behandlung durch die jeweils qualifizierte Fachärztin oder den jeweils
 285 qualifizierten Facharzt und die entsprechenden Überweisung erforderlich machen.

286

GKV-SV, PatV, DKG	KBV
<i>[streichen]</i>	Über besondere Expertise bei chronischen Schmerzen verfügen im ambulanten Sektor insbesondere Schmerztherapeuten, die im Rahmen der Schmerztherapievereinbarung gesonderten Qualitätsanforderungen unterliegen.

287
 288 Im Weiteren gilt, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt nach
 289 pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung entscheidet.

290 **Zu Nummer 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung**

291

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
Patientinnen und Patienten, bei denen die intensivierten Therapiemaßnahmen zu keiner ausreichenden Besserung führen, können in Abhängigkeit des Therapiebedarfs eine stationäre oder teilstationäre multimodale Schmerztherapie erhalten.	Unter den unter 1.5.3 beschriebenen Voraussetzungen kann eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie erwogen werden.

292 Die weiteren Einweisungsgründe sind in Anlehnung an die NVL Kreuzschmerz (2017)
 293 formuliert. Bei Vorliegen von Warnhinweisen („red flags“) mit dringendem Handlungsbedarf,
 294 wie z. B. entzündliche Ursachen, radikuläre Wurzelkompression durch Stenose oder
 295 Bandscheibenvorfall, Frakturen sowie Tumorerkrankungen der Wirbelsäule, sind je nach
 296 Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit weitere Maßnahmen erforderlich. Es sollten hier weitere
 297 spezialfachärztliche und ggf. stationäre Behandlungen eingeleitet werden. Dies gilt ebenso für
 298 Notfallindikationen mit akut aufgetretenen Warnhinweisen für spezifische oder
 299 „extravertebrale“ Ursachen der Kreuzschmerzen. Die Abklärung ist in diesen Situationen
 300 wichtig, um eine Verzögerung des Therapiebeginns zu vermeiden und gegebenenfalls
 301 möglichst frühzeitig Symptomlinderung zu erreichen.

302 Im Weiteren gilt, dass die koordinierende Ärztin nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 303 Einweisung in ein Krankenhaus entscheidet.

304 **Zu Nummer 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung**

305 Die Ärztin oder der Arzt hat individuell zu überprüfen, ob eine medizinische Rehabilitation
 306 angezeigt ist. Die Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem die Patientin oder der Patient mit
 307 chronischen Rückenschmerzen mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt

Diese Seite enthält keine Kommentare.

308 werden soll, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen
 309 sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt und
 310 gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben (NVL 2017, S. 72).

311 **Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen**

GKV-SV	DKG, KBV, PatV
Das Qualitätsziel „Bei erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern: Niedrige durchschnittliche Anzahl kreuzschmerzbedingter Arbeitsunfähigkeitstage“ dient der Umsetzung des in Nummer 1.3. formulierten Therapiezieles unter Spiegelstrich vier.	[streichen]

312

313 Die strukturierte Behandlung im Rahmen des Programms und die Stärkung des
 314 Selbstmanagements der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen unter anderem dazu dienen,
 315 außerplanmäßige ambulante oder stationäre ärztliche Akutbehandlungen zu vermeiden.
 316 Daher wurde das Qualitätsziel „Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit
 317 ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen“
 318 formuliert.

319 Aufgrund des hohen Nebenwirkungsprofils und eines möglichen Medikamentenfehlgebrauchs
 320 durch die dauerhafte Einnahme von Opioid- und Nicht-Opioidanalgetika sollen die beiden
 321 Qualitätsziele „Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit
 322 kreuzschmerzbedingter dauerhafter Opioidanalgetika-Therapie“ und „Niedriger Anteil an
 323 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Nicht-
 324 Opioidanalgetika-Therapie“ die Umsetzung der unter 1.5.2.1.1 und 1.5.2.2 formulierten
 325 Empfehlungen unterstützen.

326 Das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger
 327 körperlicher Aktivität“ wurde zur Unterstützung der Umsetzung der Empfehlung zu
 328 regelmäßiger körperlicher Aktivität, wie unter 1.5XX Basismaßnahmen beschrieben,
 329 formuliert.

GKV-SV	DKG, KBV, PatV
Das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit denen aktuell mindestens ein individuelles Ziel vereinbart ist.“ soll die gemeinsame Vereinbarung von individuellen Zielen unterstützen.	Das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, mit denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurde“ soll die Umsetzung der unter Nummer 1.4 und 1.7 formulierten Anforderungen an die gemeinsame Vereinbarung von individuellen Zielen (z.B. zur Steigerung der körperlichen Aktivität oder zur regelmäßigen Übung von Entspannungsverfahren), deren regelmäßiger Überprüfung und ggf. deren Anpassung unterstützen.

330

GKV-SV	DKG, KBV, PatV
[streichen]	Schulungen sind ein wesentlicher Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme (SGB V §137f, Absatz 2, Satz 2). Das Qualitätsziel

Diese Seite enthält keine Kommentare.

	zur Teilnahme an einer multimodalen kreuzschmerzspezifischen Schulung dient der Umsetzung der unter Nummer 1.5.1 und Nummer 4.2 definierten Patientenschulung.
--	--

331

332 Die Reduktion der Schmerzintensität und die Verbesserung der Funktionsfähigkeit sind unter
 333 1.3 definierten Therapieziele. Die beiden Qualitätsziele „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und
 334 Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Schmerzstärke“ und „Hoher Anteil
 335 an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten
 336 Funktionsfähigkeit“ dienen einer standardisierten Darstellung der Therapieziele.

GKV-SV, DKG, KBV <i>[streichen]</i>	PatV Die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stellt ein übergreifendes Therapieziel für Teilnehmerinnen und Teilnehmer im DMP chronischer Rückenschmerz dar. Das Qualitätsziel 10 „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ dient der Umsetzung des in Nr. 1.3 formulierten Therapieziels unter Spiegelstrich eins.
---	---

337

338 **Zu Nummer 3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten**
 339 **(§137f, Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)**

340 **Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

341 Da diese Anlage Bestandteil der DMP-A-RL wird, wurde auf eine erneute Aufzählung der
 342 allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen verzichtet und es erfolgt lediglich ein Verweis auf § 3
 343 DMP-A-RL.

344

345 **Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

346

GKV-SV, DKG Anders als bei anderen Erkrankungen, für die ein DMP existiert (z.B. Diabetes mellitus Typ 2), bei denen von einem lebenslangen chronischen Verlauf auszugehen ist, sind beim chronischen Rückenschmerz Besserungen in einem Ausmaß möglich, die einen weiteren Verbleib im DMP nicht mehr zweckmäßig erscheinen lassen. Aus diesem Grund soll die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt regelmäßig überprüfen, ob die Patientin/der Patient weiterhin von einer Teilnahme am DMP profitieren kann.	KBV, PatV Eine Teilnahme am DMP chronischer Rückenschmerz ist sinnvoll, solange die Patienten von den im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms angebotenen Maßnahmen profitieren können. Dies ist regelmäßig im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zu überprüfen.
GKV-SV Die wesentlichen Interventionen im DMP chron. Rückenschmerz – Aufklärung, Schulungskomponenten in den einzelnen Maßnahmen, Erlernen von Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie	

Diese Seite enthält keine Kommentare.

und stationäre bzw. teilstationäre multimodale Therapie, etc. – sind Maßnahmen, die einmalig oder über einen begrenzten Zeitraum zur Anwendung kommen. Ihr Erfolg zeigt sich dadurch, dass der Patient Kenntnissen und Kompetenzen erwirbt, Einstellungen und Lebensstils verändert, etwa im Hinblick auf die körperliche Aktivität. Im positiven Fall führen diese Veränderungen beim Patienten zu einer Reduktion oder gar dem Wegfall der Schmerzen und der Funktionseinschränkung. Bei diesen Patienten ist eine Prüfung, ob sie weiterhin von einer Teilnahme am DMP profitieren, angezeigt. Im negativen Fall kann sich herausstellen, dass Patienten trotz Ausschöpfung der Maßnahmen nicht profitieren. Im positiven als auch negativen Fall führt eine Wiederholung der Maßnahmen nicht zu einem zusätzlichen Nutzen. In dieser Situation soll der Arzt gemeinsam mit dem Patienten prüfen, ob dieser von einer weiteren Teilnahme am DMP profitiert. Die Behandlung im DMP kann auch im Sinne der Erhaltungsphase (siehe 1.5.X) fortgeführt werden. Die Überprüfung vor Ablauf eines zweijährigen Zeitraums ist fakultativ, da eine gewisse Zeit benötigt wird, um die indizierten Maßnahmen anzuwenden und deren Erfolg beurteilen zu können.

GKV-SV
 Kommen Arzt und der Patient zur Auffassung, dass im positiven oder negativen Fall der Patient von einer weiteren DMP-Teilnahme nicht profitiert, wird dies über den Dokumentationsparameter (Ifd. Nr. 14) dokumentiert. Die DMP-Teilnahme endet mit dem Datum dieser Dokumentation. Von der Krankenkasse wird auf dieser Basis die DMP-Teilnahme beendet. Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich.

KBV, PatV, [DKG prüft]
 Kommen Arzt und der Patient zur Auffassung, dass eine weitere Teilnahme am DMP nicht sinnvoll ist, wird dies über den Dokumentationsparameter (Ifd. Nr. 14) dokumentiert. Die DMP-Teilnahme endet mit dem Datum dieser Dokumentation. Von der Krankenkasse wird auf dieser Basis die Ausschreibung aus dem DMP vorgenommen. Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich.

- 347
- 348 **Zu Nummer 4 Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2**
- 349 **Satz 2 Nr. 4 SGB V)**
- 350 **Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer**
- 351 Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle
- 352 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

353 **Zu Nummer 4.2 Schulung der Versicherten**

354

GKV-SV	KBV, PatV	DKG
<p>Nach § 4 DMP A RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Die Schulung der DMP-Teilnehmerinnen und – Teilnehmer erfolgt durch Schulungsinhalte, die bereits zwingende Bestandteile der verschiedenen Maßnahmen sind. So enthält die ärztlichen Behandlung (Aufklärung, Therapieplanung und Verlaufsbeurteilung) edukative Elemente. Bei allen verschiedenen Formen der Bewegungstherapie steht das Erlernen von Eigenübungsprogrammen im Vordergrund (Heilmittel-Richtlinie in der Fassung vom 19. Mai 2011, zuletzt geändert am 21. September 2017). Ähnliches gilt für die Entspannungsverfahren, die Verhaltenstherapie und die Ergotherapie. Schulungen sind unabdingbarer Bestandteil der stationären oder teilstationären interdisziplinären Schmerztherapie. Deshalb verzichten die Anforderungen auf die Definition eigener Schulungsprogramme.</p>	<p>Entsprechend der zentralen Empfehlungen unter Nummer 1.5.1 werden hier evidenzbasiert Mindestanforderungen an multimodale Schulungen formuliert, wie unter dem Abschnitt „zu Nummer 1.5.1“ der Tragenden Gründe beschrieben. Vor dem Hintergrund der Leitlinienempfehlungen sollen diese Angebote neben der edukativen Komponente mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul enthalten, durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen angeleitet werden und aktiv übend gestaltet sein (NVL 2017, Kamper, 2014). Die Recherche des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Frage, ob Programme existieren, die die geforderten Kriterien erfüllen, führte zu dem Ergebnis, dass mehrere strukturierte, evaluierte und publizierte Programme vorliegen, die diesen Anforderungen entsprechen.</p>	<p>Nach § 4 DMP A RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Positive Effekte von Schulungen zeigen sich bei Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz vornehmlich dann, wenn sie in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen durchgeführt werden (NVL 2017 S. 68). Sie sollen insbesondere dazu beitragen, einem erhöhten Chronifizierungsrisiko dieser Patientengruppe entgegenwirken.</p>

355

Diese Seite enthält keine Kommentare.

356 **Zu Nummer 5**

357 Gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die Evaluation von
358 DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der G-BA am 19. Juni 2014 in § 6 DMP-
359 A-RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende Bestandteile aufbaut:

360

361 1. eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung
362 innerhalb eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,

363

364 2. ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines
365 Programms mit der Versorgung außerhalb des Programms.

366

367 Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der
368 DMP-A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde
369 die fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen
370 Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom
371 10. Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die
372 Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI
373 antwortete am 20. November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise
374 entnehmen könne, dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine
375 vergleichende Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben
376 der BfDI vom 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der G-
377 BA die Streichung von § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-
378 Evaluation verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL
379 belassen, weil die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den
380 Programmen nach Auffassung des G-BA auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf
381 wurde von wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur
382 Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.

383

384 Die medizinischen Evaluationsparameter (a bis h [PatV bis i]) wurden unter Berücksichtigung
385 der Ziele des strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen
386 Literatur festgelegt.

<p>GKV-SV</p> <p>Die Datengrundlage zu Buchstaben a) sind die DMP-Dokumentationsdaten.</p>	<p>KBV, PatV</p> <p>Die Datengrundlage zu Buchstaben [KBV: a)] und g) sind die administrativen Daten der Krankenkassen. Die Datengrundlage zu Buchstaben b) bis f) sowie h) [PatV: „und i)“] sind die DMP-Dokumentationsdaten.</p>
---	---

387

388 *Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten:*

389

390 **[GKV-SV und KBV]** Zu Buchstabe: a) Auszuwerten ist der Anteil aller Teilnehmerinnen und
391 Teilnehmern im DMP chronischer Rückenschmerz mit mindestens einem Tag der
392 kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeit sowie die Anzahl der kreuzschmerzbedingten
393 Arbeitsunfähigkeitstage (mindestens Angabe des Mittelwerts und Medians). Diese
394 Auswertungen sollen sowohl für die kreuzschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeitstage als auch
395 für alle Arbeitsunfähigkeitstage, unabhängig von der Diagnose, die mit der Arbeitsunfähigkeit
396 im Zusammenhang steht, durchgeführt werden.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

397 Zu Buchstabe c) und d) Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit
 398 bestehender medikamentöser dauerhafter Schmerztherapie (getrennt nach Opioidanalgetika
 399 und Nicht-Opioidanalgetika) bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

400 Zu Buchstabe e) und f) Auszuwerten sind die Rohwerte der Schmerzstärke und
 401 Funktionseinschränkung sowie die Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den
 402 Kategorien „verbessert“, „unverändert“ und „verschlechtert“. Eine Verbesserung bzw.
 403 Verschlechterung wird in diesem DMP über einen Differenzwert von 2 bzw. -2 zwischen der
 404 aktuellen Dokumentation und der Erstdokumentation definiert.

GKV-SV, DKG	KBV und PatV
[streichen]	Zu Buchstabe g) Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen eine chirurgische Wirbelsäulen-Operation durchgeführt wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

405

406 Zu Buchstabe h) Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen
 407 eine ungeplante kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung durchgeführt wurde, bezogen auf alle
 408 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

409 Der G-BA legt für den erstmalig zu erstellenden Bericht für das DMP chronische
 410 Rückenschmerzen einen Evaluationszeitraum von 48 Monaten fest. Dieser beginnt mit dem 1.
 411 Tag des Quartals, welches auf die früheste Zulassung eines DMP chronische
 412 Rückenschmerzen folgt. Für anschließend zu erstellende Folgeberichte gelten die
 413 Bestimmungen des § 6 Abs. 3 Nr. 2.

414 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2, das heißt der Vergleich der Versicherten,
 415 die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, kann
 416 derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten der nicht am DMP
 417 teilnehmenden Versicherten, nicht durchgeführt werden. Folglich wurden keine Parameter für
 418 die vergleichende Evaluation definiert.

419 **Zu Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz Dokumentation)**

420 Die Dokumentationsparameter **X bis XX** dienen der Umsetzung der unter Nummer 2
 421 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten
 422 Anforderungen an die Evaluation.
 423 Mit dem Dokumentationsparameter lfd. Nr. 14 dokumentiert der Arzt das Ergebnis der
 424 Überprüfung nach 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen.

425 **3. Bürokratiekostenermittlung**

426 [wird noch ergänzt]

427 **4. Verfahrensablauf**

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. August 2014	Plenum	Auftrag an das IQWiG: Leitlinienrecherchen zu der Diagnose chronischer Rückenschmerz / Erstellung einer Leitliniensynopse für ein DMP chronischer Rückenschmerz
18. November 2015		Fertigstellung des IQWiG Berichtes

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
10. Februar 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
29. April 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
25. Mai 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
8. Juni 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
13. Juli 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
3. August 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Oktober 2016	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
4. November 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
30. November 2016	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
24. Januar 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. Februar 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. März 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
18. Mai 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Juli 2017	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
14. Juli 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
13. September 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz (
11. Oktober 2017	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
20. Oktober 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
8. November 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
24. Januar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
30. Januar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
28. Februar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
14. März 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
16. April 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
9. Mai 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
13. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
22. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
4. Juli 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
18. September 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
17. Oktober 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
28. November 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz
12. Dezember 2018	Unterausschuss DMP	Einleitung des Stenunahmeverfahrens im schriftlichen Beschlussverfahren
	AG Sitzung	Vorbereitung der Auswertung der eingegangenen Stenunahmen
	Unterausschuss DMP	Beschlussempfehlung an das Plenum
	Plenum	Beschluss über eine Änderung der DMP-A-RL Anlage [Nummer] und Anlage [Nummer]

428 (Tabelle Verfahrensablauf)

429 **Stenunahmeverfahren**

430 Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde den
 431 stenunahmeberechtigten Organiasationen (vgl. **Anlage 3**) Gelegenheit gegeben, zum
 432 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-
 433 RL Anlage 9 und Anlage 10 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand
 434 des Beschlusses berührt sind.

435 Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom **T. Monat JJJJ** wurde das
 436 Stenunahmeverfahren am **T. Monat JJJJ** eingeleitet. Die den stenunahmeberechtigten
 437 Organiasationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 4**. Die Frist für die Einreichung
 438 der Stenunahme endete am **T. Monat JJJJ**.

439 Es wurden Stenunahmen fristgerecht, Stenunahmen nicht fristgerecht sowie
 440 Stenunahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stenunahmen befinden sich
 441 in **Anlage 5**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 6** dokumentiert.

442 Die Auswertung der Stenunahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am **T. Monat JJJJ**
 443 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ**
 444 durchgeführt (**Anlage 6**).

445 Die stenunahmeberechtigten Organiasationen wurde mit Schreiben vom **T. Monat JJJJ** zur
 446 Anhörung im Rahmen des Stenunahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 6**).

447 **5. Fazit**

448 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat 201x einstimmig
 449 beschlossen....

450 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

451 **6. Literaturverzeichnis**

452 **[Hinweis der G-BA Geschäftsstelle:** wird nach Finalisierung der Tragenden Gründe an
 453 dieser Stelle eingefügt – die zitierte Literatur befindet sich jetzt noch ganz am Ende des
 454 Dokuments]

455

456

457 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

458 Anlage 1: Literaturverzeichnis

459 Anlage 2: Bürokratiekostenermittlung

460 Anlage 3: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

461 Anlage 4: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf
462 zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe

463 Anlage 5: Stellungnahmen

464 Anlage 6: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen

465

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

- 474 1. **Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ.** Efficacy,
475 Tolerability, and Dose-Dependent Effects of Opioid Analgesics for Low Back Pain: A
476 Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2016;176(7):958-968.
- 477 2. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),
478 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
479 Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz:
480 Langfassung; Version 4 [online]. AWMF-Registernummer nvl-007. 08.2013. Berlin
481 (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2013. [Zugriff:
482 19.01.2015]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-
483 0071_S3_Kreuzschmerz_2013-08.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0071_S3_Kreuzschmerz_2013-08.pdf).
- 484 3. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),
485 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
486 Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie: nicht-spezifischer
487 Kreuzschmerz, Langfassung, 2. Auflage [online]. AWMF-Registernummer nvl-007.
488 Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2017. [Zugriff:
489 02.05.2017]. URL:
490 [http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2auf1-vers1-
491 lang.pdf](http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2auf1-vers1-lang.pdf).
- 492 4. **Deutsche Schmerzgesellschaft.** Empfehlungen der S3 -Leitlinie
493 „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen - "LONTS"
494 [online]. AWMF-Register Nr. 145/003. 01.2015. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft
495 der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). [Zugriff:
496 19.04.2018]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-
497 003l_S3_LONTS_2015-01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003l_S3_LONTS_2015-01.pdf).
- 498 5. **Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, et al.**
499 Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane*
500 *Database Syst Rev* [online]. 2014(9):CD000963. URL: [http://cochranelibrary-
501 wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full](http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full).
- 502 6. **Klasen BW, Hallner D, Schaub C, Willburger R, Hasenbring M.** Validation and
503 reliability of the German version of the Chronic Pain Grade questionnaire in primary
504 care back pain patients. *Psychosoc Med* 2004;1:Doc07.
- 505 7. **Marstedt G.** Faktencheck Rücken: Einstellungen, Erfahrungen, Informationsverhalten
506 – Bevölkerungsumfrage zum Rückenschmerz [online]. Gütersloh (GER): Bertelsmann
507 Stiftung; 2016. [Zugriff: 02.02.2018]. (Band 53). URL: [http://www.bertelsmann-
508 stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FC_Rue-
509 cken_Befragung.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FC_Ruecken_Befragung.pdf).
- 510 8. **Raspe R.** Rückenschmerzen [online]. Berlin (GER): Robert Koch-Institut; 2012.
511 [Zugriff: 05.02.2018]. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Band 53). URL:
512 [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/G
513 BEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?__blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?__blob=publicationFile).
- 514 9. **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
515 (SVR Gesundheit).** Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die
516 Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und
517 Wirtschaftlichkeit Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung [online]. Bonn (GER):
518 SVR Gesundheit; 2002. [Zugriff: 02.02.2018]. URL:
519 <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/068/1406871.pdf>.
- 520 10. **Smith BH, Penny KI, Purves AM, Munro C, Wilson B, Grimshaw J, et al.** The
521 Chronic Pain Grade questionnaire: validation and reliability in postal research. *Pain*
522 1997;71(2):141-147.
- 523 11. **Toward Optimized Practice (TOP), Institute of Health Economics (IHE).** Guideline
524 for the evidence-informed primary care management of low back pain, 2nd edition

- 525 [online]. Edmonton (CAN): TOP; 2011. [Zugriff: 18.12.2014]. URL:
526 http://www.topalbertadoctors.org/download/572/LBPGUIDELINESNov25.pdf?_20141
527 [218100322](http://www.topalbertadoctors.org/download/572/LBPGUIDELINESNov25.pdf?_20141).
- 528 12. **Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WW, Roland M, van Tulder MW.**
529 Antidepressants for non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev
530 2008(1):CD001703.
- 531 13. **Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF.** Grading the severity of chronic pain.
532 Pain 1992;50(2):133-149.
- 533

Diese Seite enthält keine Kommentare.



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Anlage 4 der Tragenden Gründe

Berlin, 24.01.2019

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 [REDACTED]
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.10

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung QS-V
Frau Karola Pötter-Kirchner
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation)

Ihr Schreiben vom 13.12.2018

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 13.12.2018, in welchem der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zum Thema „chronischer Rückenschmerz“ (DMP-A-RL, Anlagen 2, 15 und 16) gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]
Dr. rer. nat. Ulrich Zorn; MPH
Leiter Dezernat 3



BPTK – Bundes Psychotherapeuten Kammer · Klosterstraße 64 · 10179 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Karola Pötter-Kirchner
Abteilung QS-V
Wegelystraße 8
10623 Berlin

-per E-Mail-

24. Januar 2019

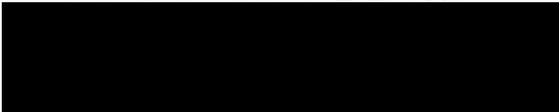
Stellungnahmerecht gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zu Richtlinien des G-BA

hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation)

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihre E-Mail vom 13. Dezember 2018 und die Möglichkeit zur Stellungnahme, die wir Ihnen in der Anlage übersenden. An der Anhörung am 13. März 2019 werde ich teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen


Timo Harfst
Stellvertretender Geschäftsführer

Anlage

Stellungnahme

DMP-Anforderungen Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation)

24.01.2019

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Zu 1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz	3
Zu 1.3 Therapieziele	5
Zu 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren	5
Zu 1.5 Therapeutische Maßnahmen	7
1.5.1 Basismaßnahmen	7
1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen/Individuelle zusätzliche Maßnahmen.....	8
1.5.3 Weitere intensivierete Maßnahmen/1.5.4 Multimodale Schmerztherapie	9
1.5.5 Langzeitbetreuung.....	9
Zu 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen	9
Zu 1.7 Kooperation der Versorgungsebenen.....	10
1.7.1 Koordinierender Arzt	10
1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung.....	10
1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung	10
Zu 2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)	10
Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren.....	10
Zu 4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)	11
4.2. Schulungen der Versicherten	11
Zu 5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation; § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V).....	12
Zu Anlage 16 Chronischer Rückenschmerz – Dokumentation	12

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die Vorlage eines Beschlussentwurfs für ein neues DMP chronischer Rückenschmerz, das den gesetzlichen Auftrag gemäß § 137f Absatz 1 Satz 3 SGB V aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz umsetzt. Da in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz nach wie vor erhebliche Versorgungsdefizite bestehen, die durch eine strukturierte multiprofessionelle Versorgung sinnvoll adressiert werden können, beinhaltet die Implementierung das Potenzial, zu einer Verbesserung der Versorgung beizutragen. Zudem liegen mit der Nationalen Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz (NVL KS, 2. Auflage) umfangreiche Empfehlungen für eine gestufte und koordinierte Versorgung von Patienten mit unspezifischen Kreuzschmerzen vor, die dazu geeignet sind, handlungsleitend für die Strukturierung der Versorgung in einem DMP chronischer Rückenschmerz herangezogen zu werden. Insbesondere für Patienten mit anhaltenden Kreuzschmerzen besteht ein relevantes Versorgungsdefizit in Bezug auf die rechtzeitige Identifikation der geeigneten Patienten und die Indikationsstellung und Einleitung einer multimodalen Behandlung, um die Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben zu fördern und Chronifizierung, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung zu verhindern. Für Patienten mit anhaltenden Kreuzschmerzen, die im Rahmen eines DMP behandelt werden, sollte sich deshalb die Versorgungsqualität insgesamt, aber auch der Zugang zu multimodalen Behandlungsprogrammen verbessern. Mit der Einschreibung in ein DMP, die definitionsgemäß erst bei chronischen unspezifischen Kreuzschmerzen erfolgt, sollte deshalb zum einen eine bessere Koordination der Behandlung erfolgen, zum anderen aber auch gemäß des Versorgungsalgorithmus der NVL eine strukturierte Indikationsstellung für eine intensiviertere multimodale Behandlung.

Zu 1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz

- Die BPTK schließt sich der Auffassung von GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Patientenvertretung (PatV) an, nach der es im Ermessen des behandelnden Arztes liegen sollte, welche (weiteren) diagnostischen Maßnahmen für die Entscheidung zur Einschreibung in das DMP erforderlich sind und welche nicht. Es sollte keine Verpflichtung bestehen, die Erfüllung der Kriterien für die Aufnahme in das DMP-Programm durch schriftliche Befunde hinzugezogener oder vorbehandelnder Fachdisziplinen belegen zu müssen, z. B. durch entsprechende radiologische Befunde.

Begründung:

Gemäß der NVL KS sollten, wenn sich durch die sorgfältige Anamnese und klinische Untersuchung keine Hinweise auf akut behandlungsbedürftige Verläufe ergeben, zunächst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen erfolgen, da die Befunde technischer Untersuchungen die Therapieentscheidung und den Behandlungserfolg häufig nicht verbessern. Die Überprüfung der bisherigen Diagnostik inklusive Überprüfung der Indikation zur Bildgebung kann dabei durch den koordinierenden DMP-Arzt erfolgen. Weitere diagnostische Maßnahmen und damit der Einbezug weiterer Fachdisziplinen, wie z. B. eines Facharztes für Neurologie, sollten nur gezielt bei entsprechendem klinischem Verdacht erfolgen. Zusätzliche Anforderungen, die eine unsachgemäße Ausweitung technisch-diagnostischer Untersuchungen im Sinne einer Überdiagnostik anreizen, sollten im Rahmen des DMP nicht gesetzt werden, auch um eine (weitere) Chronifizierung der Schmerzen aufgrund der Verstärkung eines einseitig somatischen Erklärungsmodells zu vermeiden.

- Die BPTK stimmt der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu, dass die dezidierte Vorgabe einer Prüfung, ob eine Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll ist, vor der Einschreibung in das DMP nicht erforderlich ist.

Begründung:

Die vorgesehene Regelung, dass eine Einschreibung in das DMP nicht möglich ist bei Versicherten mit einem geplanten, beantragten oder laufenden Rehabilitationsverfahren, ist für diese Zwecke ausreichend. Dabei obliegt es dem behandelnden Arzt, während des Krankheitsverlaufs zu prüfen, ob eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert ist. Die Zuweisung von Patienten in den rehabilitativen Versorgungsbereich sollte nicht vorrangig vor Maßnahmen der kurativen Versorgung erfolgen und die explizite Prüfung dieser Indikation sollte entsprechend nicht als Vorbedingung für die Einschreibung in das DMP definiert werden. Die multimodale Schmerztherapie im Rahmen des SGB V und die Rehabilitation unterliegen unterschiedlichen Indikationen und Zielsetzungen und können sich gegenseitig ergänzen. Um die geeignete Therapieform auszuwählen, sind im Krankheitsverlauf die patientenseitigen Kriterien und die sich daraus abzuleitenden Erfordernisse und Zielsetzungen heranzuziehen. Dies sollte nicht zwingend einer Entscheidung für die Aufnahme in das DMP vorangestellt werden, sondern auch als Teil der Therapie- und Behandlungsplanung im Rahmen des DMP möglich sein.

Zu 1.3 Therapieziele

- Die BPTK schließt sich dem Vorschlag von GKV-SV, DKG und KBV an, Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz sowie die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage als Therapieziele aufzunehmen. Zugleich sollte die Ergänzung gemäß Vorschlag von GKV-SV und PatV aufgegriffen werden.

Begründung:

Auch aus Sicht der BPTK ist die zusammenfassende Beschreibung der übergeordneten Therapieziele und der grundlegenden Therapieprinzipien an dieser Stelle als Information für den koordinierenden Arzt sinnvoll. Mit Ergänzung des letzten Satzes wird darüber hinaus als zentrales Therapieziel festgehalten, dass über die zentralen Therapieprinzipien auch einer Somatisierung und übermäßigen Fixierung auf medizinische Maßnahmen entgegengewirkt werden soll.

Zu 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren

- Die BPTK schlägt zum Punkt „1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren“ zweiter Absatz folgende Ergänzung vor:

„Der Arzt oder die Ärztin erfasst dazu die individuelle Beschwerdestärke, das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung, die psychosoziale Belastung und psychische und somatische Komorbiditäten. **Für die Beurteilung des Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigung sowie, ob psychische Komorbiditäten vorliegen, bezieht der koordinierende Arzt weitere Fachdisziplinen wie Physiotherapeuten und Psychotherapeuten mit ein.**“

Begründung:

Die NVL unspezifischer Kreuzschmerz empfiehlt mit einem starken Empfehlungsgrad die Durchführung eines multidisziplinären Assessments zur weiteren Therapieplanung bei den folgenden Indikationen:

- nach sechs Wochen Schmerzdauer, alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie sowie dem Vorliegen von psychosozialen und/oder arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren zur Chronifizierung;
- **nach zwölf Wochen Schmerzdauer, alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie;**

- bei chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen mit erneuter therapieresistenter Exazerbation.

In das DMP sollen Patienten mit chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen und wesentlichen Funktionseinschränkungen aufgenommen werden. Für diese Patienten soll nach den Empfehlungen der NVL KS ein multidisziplinäres Assessment als Grundlage für die weitere Therapieplanung erfolgen. Wesentlicher Bestandteil des Assessments ist nach der NVL KS neben der ärztlichen Beurteilung die Beurteilung durch eine bewegungstherapeutische (z. B. Physiotherapie) und eine psychotherapeutisch orientierte (z. B. Psychiater, ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut) Disziplin. Bei Hinweisen auf das Vorliegen einer psychischen Komorbidität sollte der koordinierende Arzt zur diagnostischen Abklärung und Prüfung der Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung an eine entsprechende Fachdisziplin verweisen. Mit der Aufnahme einer „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ in den Leistungskatalog der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten wurde die Möglichkeit einer zeitnahen diagnostischen Abklärung, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und welche spezifischen Hilfen in der weiteren Versorgung des Patienten indiziert sind, geschaffen. Das Ergebnis der psychotherapeutischen Sprechstunde sollte dann in die weitere Therapieplanung im Rahmen des DMP einbezogen werden.

- Die BPTK befürwortet den Vorschlag des GKV-SV und der PatV, der gemäß den Empfehlungen der NVL nicht-spezifischer Kreuzschmerz die Beschreibung des abgestuften Vorgehens in der Therapieplanung vorsieht.

Begründung:

Der explizite Hinweis auf die Möglichkeit einer teilstationären oder stationären multimodalen Schmerztherapie, wenn weniger intensive Therapiemaßnahmen nicht erfolgreich waren, ist vor dem Hintergrund, dass eine entsprechende Therapieintensität ambulant häufig nicht umgesetzt werden kann, und der Überlegenheit multimodaler Programme gegenüber herkömmlichen Therapien gerechtfertigt, um den Zugang der Patienten zu dieser Behandlungsform zu fördern.

- Die BPTK schließt sich dem Votum von GKV-SV und DKG an, dass die körperliche Aktivierung als ein wesentliches Element in der Behandlung chronischer Kreuzschmerzen besonders betont werden sollte.

Begründung:

Dem hohen Stellenwert, den die körperliche Aktivierung bzw. die Bewegungstherapie in der Prävention und Behandlung chronischer Kreuzschmerzen hat, wird dadurch Rechnung getragen. Ein Ziel, das mit der Implementierung der NVL KS verfolgt wird, ist zudem die Optimierung der Informationsvermittlung zum Nutzen körperlichen Trainings für die Prävention und Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen und darüber hinaus die Verbesserung der Annahme von Angeboten zur körperlichen Aktivität durch die Betroffenen. Das DMP Kreuzschmerz sollte hierzu einen Beitrag leisten.

Zu 1.5 Therapeutische Maßnahmen**1.5.1 Basismaßnahmen**

- Die BPTK stimmt dem Vorschlag von KBV und PatV zu, die individuelle Aufklärung des Patienten durch schriftliche Informationen zu unterstützen. Dies gibt dem Patienten die Gelegenheit, Inhalte bei Bedarf auch nach dem ärztlichen Gespräch nachzulesen und damit besser zu verarbeiten und zu verinnerlichen.
- Die BPTK schließt sich dem Votum von KBV und PatV an, dass alle Patienten als zentrale Basismaßnahme Zugang zu einer Schulung, die als multimodales Angebot entsprechend Abschnitt 4.2 (Vorschlag KBV/PatV) konzipiert ist, erhalten sollen.

Begründung:

Als wesentliche und wirksamste Behandlung bei chronischen Rückenschmerzen gelten multimodale Behandlungsprogramme. Für sie liegen nach den Empfehlungen der NVL KS die vergleichsweise stärksten Wirksamkeitsbelege im Vergleich zu alleinigen Therapiemaßnahmen, die häufig nicht aufeinander abgestimmt nebeneinander angewandt werden, vor. Gemäß der NVL unspezifische Kreuzschmerzen sollen Patienten mit chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen, wenn weniger intensive evidenzbasierte Therapieverfahren unzureichend wirksam waren, mit multimodalen Programmen behandelt werden.

Ein Ziel, das mit der Einführung von Disease-Management-Programmen verfolgt wird, ist der Abbau von Versorgungsdefiziten und die Förderung einer leitliniengerechten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Gemäß den definierten Aufnahmekriterien können Patienten in das DMP „Chronischer Rückenschmerz“ aufgenommen werden, wenn sie länger als 12 Wochen trotz andauernder Therapie an nicht-spezifischen Kreuzschmerzen mit wesentlichen Funktionseinschränkungen leiden. Es handelt sich also

um Patienten, deren Erkrankung bereits einen gewissen Schwere- und Chronifizierungsgrad erreicht hat und bei denen bisherige Behandlungen keinen oder keinen ausreichenden Erfolg gezeigt haben. Gemäß dem in der NVL unspezifische Kreuzschmerzen empfohlenen gestuften Vorgehen sollte mit der Einschreibung in das DMP darum von Beginn an eine im Vergleich zur bisherigen Behandlung intensiviertere Behandlung erfolgen. Derzeit fehlen in der ambulanten Versorgung regelhaft multimodale Behandlungsangebote. Diese stehen meistens nur als hochintensives Angebot im Rahmen einer teilstationären oder stationären Krankenhausbehandlung oder im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zur Verfügung. Durch das verpflichtende Angebot einer multimodalen Schulung als Basismaßnahme, die jedoch im Vergleich zu den stationär und teilstationär angebotenen Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen eine geringere Intensitätsstufe hat, soll deshalb die Etablierung multimodaler evidenzbasierter Programme in der ambulanten Versorgung gefördert und der Zugang zu diesen für Patienten, die in einem DMP chronischer Rückenschmerz eingeschrieben sind, ermöglicht werden. Dies entspricht auch den Empfehlungen der NVL unspezifische Kreuzschmerzen, nach denen sich die Ausgestaltung der Programme an dem Therapiebedarf des Patienten orientieren und von hochintensiven vollstationären, über teilstationäre bis hin zu berufsbegleitenden Programmen reichen sollte.

1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen/Individuelle zusätzliche Maßnahmen

- Im Sinne eines gestuften Vorgehens, wie es auch in der NVL KS empfohlen wird, befürwortet die BPTK den Vorschlag von KBV und PatV, der vorsieht, die Basismaßnahmen nach Nummer 1.5.1 und die multimodale Gruppenschulung gemäß 4.2 als Basismaßnahme bei entsprechender Indikation um weitere Einzelmaßnahmen, wie z. B. einer Psychotherapie bei Vorliegen einer komorbiden psychischen Erkrankung, zu ergänzen und damit zu intensivieren. Eine Eingrenzung der psychotherapeutischen Behandlung auf die Verhaltenstherapie ist jedoch mit Blick auf die Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen, die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie und mit Blick auf die angesprochene Berücksichtigung der individuellen Präferenzen der Patienten nicht sachgerecht. Die BPTK schlägt daher vor, beim Vorschlag der KBV, PatV im ersten Spiegelstrich „Verhaltenstherapie“ durch „Psychotherapieverfahren gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie“ zu ersetzen. Darüber hinaus ist es aus Sicht der BPTK sachgerecht, dass in den Anforderungen zu Ziffer 1.5.2 nochmals die Notwendigkeit einer zeitlichen und inhaltlichen Abstimmung der somatisch und psychisch orientierten Behandlungsmodalitäten im Sinne eines multimodalen Ansatzes zu betonen und die Teilnahme einer multimodalen Gruppenschulung vor Einleitung weiterer intensivierter Maßnahmen vom koordinierenden Arzt prüfen zu lassen.

1.5.3 Weitere intensivierte Maßnahmen/1.5.4 Multimodale Schmerztherapie

- Bei Nicht-Erreichen der Therapieziele durch eine Ergänzung der Basisschulung um weitere therapeutische Einzelmaßnahmen (siehe 1.5.2 Vorschlag KBV und PatV) bzw. nach Intensivierung der individuellen Therapiemaßnahmen durch Kombination von mindestens zwei aufeinander abgestimmten Behandlungsmodalitäten (siehe 1.5.3 Vorschlag GKV-SV und DKG) soll auch aus Sicht der BPTK die Indikation für eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie geprüft werden (siehe 1.5.4 Multimodale Schmerztherapie, Vorschlag GKV-SV und DKG bzw. 1.5.3 Weitere intensive Maßnahmen, Vorschlag KBV und PatV). Der Einsatz der ambulanten Schmerztherapie gemäß Schmerztherapie-Vereinbarung, wie von KBV und PatV unter 1.5.3 Weitere Intensive Maßnahmen vorgeschlagen, sollte jedoch nicht als zusätzliche Alternative aufgeführt werden.

Begründung:

Die in der Schmerztherapie-Vereinbarung festgelegte Therapie entspricht nach Auffassung der BPTK nicht den in der NVL unspezifische Kreuzschmerzen beschriebenen Anforderungen an multimodale Behandlungsprogramme für chronische Rückenschmerzen. Als Multimodale Schmerztherapie wird hier die gleichzeitige, inhaltliche, zeitliche und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen „aus einer Hand“ bezeichnet, in die verschiedene somatische, körperlich und psychologisch übende sowie psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan eingebunden sind. Diese Voraussetzungen werden mit einer Therapie gemäß der Schmerztherapie-Vereinbarung, in der verschiedene Einzelmaßnahmen durch einen schmerzmedizinisch qualifizierten Facharzt koordiniert werden, unseres Erachtens nach nicht ausreichend erfüllt.

1.5.5 Langzeitbetreuung

- Die BPTK hält einen eigenen Abschnitt zur Langzeitbetreuung nach Durchlaufen aller indizierten Maßnahmen nach 1.5.1 bis 1.5.4 für nicht erforderlich. Vielmehr ist im weiteren Behandlungsverlauf individuell und ggf. wiederholt zu prüfen, ob der Einsatz spezifischer Maßnahmen oder deren Kombination (erneut) indiziert ist.

Zu 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen

- Aus Gründen der Datensparsamkeit und des Bürokratieabbaus schließt sich die BPTK hier den Voten von GKV-SV und KBV bzw. GKV-SV, DKG und KBV an.

Zu 1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

1.7.1 Koordinierender Arzt

- Die BPTK schließt sich dem Vorschlag der PatV an, dass der koordinierende Arzt im Austausch mit den anderen eingebundenen Fachärzten und Therapeuten stehen sollte, da nur so der Anspruch an eine besser koordinierte, aufeinander abgestimmte Behandlung, die durch die Einschreibung in ein DMP mit gefördert werden soll, eingelöst werden kann.
- Auch aus Sicht der BPTK sollte die Koordination – wie von GKV-SV und PatV vorgeschlagen – grundsätzlich durch den Hausarzt erfolgen, sofern der Patient nicht bereits vor der Einschreibung dauerhaft durch einen anderen Facharzt, z. B. einen Facharzt für Orthopädie, betreut wurde. In diesem Fall sollte dieser die Funktion des koordinierenden Arztes übernehmen können.

1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

- Die BPTK stimmt dem Vorschlag von DKG und KBV zu, die Überweisung zu einem schmerztherapeutisch qualifizierten Arzt oder zu einer schmerztherapeutisch qualifizierten Ärztin an dieser Stelle gesondert zu erwähnen, da diese zum einen im ambulanten Sektor über besondere Expertise in der Behandlung chronischer Schmerzen verfügen und diese Möglichkeit damit schlechter übersehen werden kann.

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

- Die BPTK plädiert für die Umsetzung des Vorschlags von KBV und PatV. Da bereits in der Überschrift „stationäre“ Behandlung steht, kann es im Spiegelstrich „zur multimodalen Schmerztherapie“ statt zur „stationären multimodalen Schmerztherapie“ heißen.

Zu 2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Nummer 1:

Die BPTK spricht sich gegen die Aufnahme des vom GKV-SV vorgeschlagenen Indikators „Niedrige durchschnittliche Anzahl kreuzschmerzbedingter AU-Tage“ aus. Der Mittelwert und Median kreuzschmerzbedingter AU-Tage ist ohne weitere Bezugsgröße, zu der er in

eine sinnvolle Relation gestellt wird, nicht zu bewerten und deshalb auch nicht aussagekräftig. Zielführender wäre es an dieser Stelle, das Item 7 des CPG-Fragebogens heranzuziehen, um die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf abzubilden.

Nummer 6:

Die BPTK schließt sich dem Vorschlag von DKG, KBV und PatV an, da hier sowohl die Zielvereinbarung als auch die Überprüfung der Erreichung in den Indikator eingehen und dieser damit differenzierter ist und die unter 1.4. und 1.7 formulierten Anforderungen berücksichtigt.

Nummer 7:

Da die BPTK auch für das Angebot einer multimodalen Schulung als Basismaßnahme vortiert, schließt sie sich dem Vorschlag von DKG, KBV und PatV an, die Teilnahme an einer Schulung als Qualitätsindikator vorzusehen.

Nummer 10:

Grundsätzlich hält die BPTK die gesundheitsbezogene Lebensqualität für einen zentralen Zielparameter für strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen. Die vorgesehene Dokumentation erlaubt es nicht, diesen Bereich methodisch angemessen breit zu erfassen, sondern vermag nur einzelne Aspekte abzubilden. Da im DMP zugleich der Dokumentationsaufwand nicht weiter erhöht werden sollte, spricht sich die BPTK dafür aus, auf diesen Indikator zu verzichten.

Zu 4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)

4.2. Schulungen der Versicherten

- Die BPTK schließt sich dem Vorschlag von DKG und KBV an, dass jeder Patient Zugang zu einer strukturierten, evaluierten und publizierten Gruppenschulung erhalten soll.
- Zudem unterstützt die BPTK den Vorschlag von KBV und PatV, dass diese Schulung mindestens zwei Module – ein psychisches und ein somatisches – enthalten und durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen durchgeführt und aktiv übend gestaltet werden soll. Damit werden Anforderungen an ein gemäß den Empfehlungen der NVL unspezifischer Kreuzschmerz auszugestaltendes multimodales Behandlungsprogramm festgelegt, das zwar weniger intensiv als ein stationäres Behand-

lungsprogramm ist, aber dennoch die wesentlichen Grundprinzipien dieser Programme – aktiv, aus einer Hand, aufeinander abgestimmt und somatisch als auch psychologisch orientiert – umsetzt.

Zu 5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation; § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)

- Die BPTK schließt sich dem Vorschlag der KBV an.

Zu Anlage 16 Chronischer Rückenschmerz – Dokumentation

Da die Dokumentationsparameter der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten Anforderungen an die Evaluation dienen, ergeben sich diese automatisch aus den noch zu fassenden Beschlüssen zu Nummer 2 und Nummer 5 und die BPTK verzichtet an dieser Stelle deshalb auf weitere Anmerkungen.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Ihre Ansprechpartnerin:

Frau Sonja Hillebrand
erreichbar: Mo-Mi 8.30-13.30 Uhr
Telefon: 089 / 330 3 [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]@dgaum.de

München, 24. Januar 2019

G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung der Anlagen 15 und 16 (DMP chronischer Rückenschmerz)

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend finden Sie Kommentare zu den weitergeleiteten Unterlagen im o. g. Vorgang:

Zu 1.1:

Die im Dokument enthaltenen Informationen zu Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich der Berufskrankheiten (BKEn) können zu Irrtümern führen:

Versicherte mit einer anerkannten Berufskrankheit leiden nicht an unspezifischem chronischem Rückenschmerz. Im Sinne der BK ist eine Bandscheiben-bedingte Erkrankung (Vorwölbung, Prolaps, etc.) zugrunde zu legen, die zu Lumbalsyndrom, Wurzelreizsyndrom, Kaudasyndrom führt. Die Formulierung „Versicherte, deren Kreuzschmerzen als Berufskrankheit anerkannt wurden...“ ist damit per definitionem nicht korrekt und in diesem Kontext verwirrend. Richtiger wäre es zu formulieren: Versicherte, deren bandscheiben-bedingte Schmerzerkrankung als Berufskrankheit anerkannt wurde...“ aber das wären wiederum per definitionem keine unspezifischen chronischen Rückenschmerzen.

Formulierung Pat-V: Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.

Geschäftsstelle

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und
Umweltmedizin e.V. (DGAUM)
Schwanthaler Straße 73 b (Rückgebäude)
80336 München
Telefon: 089/330 396-0 • Fax: 089/330 396-13
E-Mail: gs@dgaum.de • www.dgaum.de

Präsident

Professor Dr. med. Hans Drexler

Vizepräsident

Professor Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel

Hauptgeschäftsführer

Dr. phil. Thomas Nessler

Bankverbindung

Commerzbank AG Filiale Höchst
IBAN: DE87 5008 0000 0746 0600 00 • BIC: DRESDEFF
Konto: 746 060 000 • BLZ: 500 800 00

Vereinsregister München VR 7671

Die Formulierung ist nur dann zutreffend, wenn ein organisches Bandscheiben-Korrelat identifiziert werden kann (s. o.). Unspezifischer Rückenschmerz rechtfertigt keinen begründeten Verdacht für das Vorliegen einer Berufskrankheit. Die aktuelle Formulierung würde dem Irrglauben Vorschub leisten, dass „Rückenschmerzen“ als Berufskrankheit anerkannt werden könnten. Dass auf die ärztliche Anzeigepflicht im Falle eines BK-Verdachts hingewiesen wird, ist grundsätzlich sehr zu begrüßen, sollte aber unter Berücksichtigung der derzeitigen BK-Liste um-formuliert werden:

Formulierungs-Vorschlag für die Ausschlusskriterien:

1.1.g. bandscheiben-bedingte Erkrankungen mit Radikulopathie, lokalem Lumbalsyndrom, mono- oder polyradikulärem lokalem Wurzelreizsyndrom im Sinne einer Berufskrankheit (der LWS). Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.

Zu 1.3:

Im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells stellt die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit ein wichtiges Therapieziel dar, das aber durch die Kennzahl bzw. den Indikator AU-Tage nur mit vielen Ungewissheiten abgebildet werden kann (s.u.).

NB: Im Sinne der Programmplanung bzw. eines „logic models“ wäre die „Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung“ kein Outcome im eigentlichen Sinn, sondern ein „enabling factor“, der z. B. zum Outcome „erhöhte gesundheitsbezogene Lebensqualität“ führen kann.

Zu 1.4:

„Erfolg“ wird – außer relativ allgemein in der Anlage zu 3.2 – nicht konkret definiert. Das lässt Interpretationsspielraum zu und erschwert die Evaluation. Sollte unter „Erfolg“ das Erreichen eines individuell festgelegten Therapieziels, z. B. im Zuge der ärztlichen Verlaufskontrollen (1.6.) zu verstehen sein, so sollte dies klar formuliert werden.

Zu 1.7:

Bei Ausdehnung des biopsychosozialen Ansatzes auf den Arbeitsplatz und die Arbeitsfähigkeit fehlen in diesem Kontext („Schnittstellenproblematik“ (s. unten)) betriebliche Akteure/Ansprechpartner, z. B. Betriebsarzt, Gleichstellungsbeauftragte, BGM, Arbeitsschutz.

Geschäftsstelle

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und
Umweltmedizin e.V. (DGAUM)
Schwanthaler Straße 73 b (Rückgebäude)
80336 München
Telefon: 089/330 396-0 • Fax: 089/330 396-13
E-Mail: gs@dgaum.de • www.dgaum.de

Präsident

Professor Dr. med. Hans Drexler

Vizepräsident

Professor Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel

Hauptgeschäftsführer

Dr. phil. Thomas Nessler

Bankverbindung

Commerzbank AG Filiale Höchst
IBAN: DE87 5008 0000 0746 0600 00 • BIC: DRESDEFF
Konto: 746 060 000 • BLZ: 500 800 00

Vereinsregister München VR 7671

Zu 3 und 5:

Grundsätzlich werden im DMP zwar u. a. reduzierte Arbeitsunfähigkeitszeiten von einigen Akteuren zum Ziel/Evaluationsparameter erklärt, aber die Schnittstelle zwischen med. Versorgung und Arbeitsplatz findet im Programm inhaltlich keine wesentliche Berücksichtigung.

Für eine sinnvolle prozessuale Veränderung und damit veränderte Versorgungsrealität für Betroffene wären an dieser Stelle aber weiterführende/ergänzende Aktivitäten/Informationen (s.o.) notwendig, um die „Versorgungssystem-überschreitende Lücke“ zwischen Krankheit/Schmerz, Disability und beruflicher Einsatzfähigkeit ggf. leistungsgewandelter Personen zu schließen.

Die Erfassung von Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) als Qualitätsindikator und Evaluationsparameter ist daher kritisch zu bewerten.

Die multikausale Verursachung von Arbeitsunfähigkeitstagen lässt bei der Erfassung und Interpretation von Veränderungen dieses Parameters nur auf wenig Erkenntnisgewinn für das DMP in seiner jetzigen Gestalt hoffen. Auch kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich über diesen Parameter konkrete Rückschlüsse auf die Qualität der Intervention im Rahmen des vorliegenden DMP ziehen lassen.

Neben Schmerzen und Funktionseinschränkungen, die zur Arbeitsunfähigkeit beitragen können, können AU-Tage durch chronische Kreuzschmerzen auch durch verschiedene betriebliche Faktoren beeinflusst werden. Beispielhaft soll an dieser Stelle die seit 2004 gesetzliche Verpflichtung von Arbeitgebern erwähnt werden, bei krankheitsbedingter Abwesenheit von Mitarbeitern von sechs Wochen und mehr eine betriebliche Wiedereingliederung anzubieten (SGB IV, § 167). Aus der Erfahrung lässt sich festhalten, dass diese Verpflichtung noch nicht flächendeckend umgesetzt wurde, aber gerade bei chronischen Prozessen eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz und damit eine Reduktion von AU-Tagen darstellen kann (da in diesem Fall wichtige Informationen zum Arbeitsplatz, auch zu psychischen und physischen Belastungen zusammengetragen werden). Weiterhin lassen Studienergebnisse vermuten, dass die Einbindung eines Betriebsarztes in den Rückkehrprozess zu einer Ergebnisverbesserung beitragen kann. Im Rahmen der jetzigen DMP-Gestaltung finden diese Ansätze/Informationen keine Berücksichtigung, insofern könnte die Erfassung von AU-Tagen mehr Fragen aufwerfen als klären.

Vielversprechender für die Erfassung und Bewertung von Qualität und Ergebnis scheinen hier die genannten, vor und nach Eintritt ins DMP direkt messbaren Kriterien zu sein: Schmerzmittelkonsum, Erfassungen von Veränderungen in der Selbsteinschätzung CPG oder gesundheitsbezogene Lebensqualität, ggf. Arbeitsfähigkeit.

Geschäftsstelle

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und
Umweltmedizin e.V. (DGAUM)
Schwanthaler Straße 73 b (Rückgebäude)
80336 München
Telefon: 089/330 396-0 • Fax: 089/330 396-13
E-Mail: gs@dgaum.de • www.dgaum.de

Präsident

Professor Dr. med. Hans Drexler

Vizepräsident

Professor Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel

Hauptgeschäftsführer

Dr. phil. Thomas Nessler

Bankverbindung

Commerzbank AG Filiale Höchst
IBAN: DE87 5008 0000 0746 0600 00 • BIC: DRESDEFF
Konto: 746 060 000 • BLZ: 500 800 00

Vereinsregister München VR 7671

Zu 4.2:

Die Schulungen für beschäftigte Versicherte sollten auch Informationen zu Arbeitsplätzen und dort vorhandenen Möglichkeiten beinhalten, da diese den Betroffenen erfahrungsgemäß oft nicht bekannt sind.

Mit freundlichen Grüßen

E. Ochsmann

Geschäftsstelle

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und
Umweltmedizin e.V. (DGAUM)
Schwanthaler Straße 73 b (Rückgebäude)
80336 München
Telefon: 089/330 396-0 • Fax: 089/330 396-13
E-Mail: gs@dgaum.de • www.dgaum.de

Präsident

Professor Dr. med. Hans Drexler

Vizepräsident

Professor Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel

Hauptgeschäftsführer

Dr. phil. Thomas Nesseler

Bankverbindung

Commerzbank AG Filiale Höchst
IBAN: DE87 5008 0000 0746 0600 00 • BIC: DRESDEFF
Konto: 746 060 000 • BLZ: 500 800 00

Vereinsregister München VR 7671



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR ORTHOPÄDIE UND
ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE



DGOOC • Straße des 17. Juni 106-108 • 10623 Berlin
Frau
Karola Pötter-Kirchner
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Qualitätssicherung u. sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte (QS-V)
Wegelystraße 8

10623 Berlin

Per E-Mail: dmp@g-ba.de

Geschäftsstelle

Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Germany
Tel.: +49 - (0)30 - 340 60 [REDACTED]
Fax: +49 - (0)30 - 340 60 36 31
E-Mail: info@dgooc.de
Web: www.dgooc.de

Bankverbindung

Sparkasse Aachen
IBAN: DE52 3905 0000 0020 0220 00
BIC: AACS DE 33

Berlin, 24.01.2019

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Interdisziplinären Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), Sektion der DGOOC, zum Beschlussentwurf über die DMP-Anforderungsrichtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation)

Sehr geehrte Frau Kirchner,

in der Anlage übersenden wir Ihnen die gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Interdisziplinären Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), einer Sektion der DGOOC, zum Beschlussentwurf über die DMP-Anforderungsrichtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation).

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]
Prof. Dr. med. Bernd Kladny
Generalsekretär der DGOOC

[REDACTED]
Dr. med. Fritjof Bock
Präsident der IGOST

Präsident: Prof. Dr. med. C. Perka
1. Vizepräsidentin: Prof. Dr. Dr. med. W. Siebert • **2. Vizepräsident:** Prof. Dr. med. D. Wirtz
Generalsekretär: Prof. Dr. med. B. Kladny • **Schatzmeister:** Prof. Dr. med. K.-D. Heller
Präsident des BVOU: Dr. med. J. Flechtenmacher • **Orthopädischer Vertreter im KUOU:** Prof. Dr. med. M. Rickert
Vorsitzender VLOU: Prof. Dr. med. K.-D. Heller





DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR ORTHOPÄDIE UND
ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Interdisziplinären Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), Sektion der DGOOC, zum Beschlussentwurf über die DMP-Anforderungsrichtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation)

Seite 2 Zeile 28: Die Dokumentation Parameter 13 - 17 sollten obligat anstatt optional ausgefüllt werden.

Zeile 54: Die Definition rheumatische Erkrankungen sollte präzisiert werden zu „Autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen“.

Zeile 57: Zustimmung (GKV, DKG, KBV).

Zeile 74-77: Ergänzung: Die rechtfertigende Indikation zu einer schnittbildgebenden Diagnostik soll erst nach fachärztlicher Untersuchung gestellt werden.

Zeile 78: Belassen: Es kann nicht sein, dass ein Patient ins DMP Rücken eingeschrieben wird, ohne dass eine fachärztliche Untersuchung stattgefunden hat und auch dokumentiert ist. Das wäre ein Verstoß gegen zwei Leitlinien und damit würde das DMP gegenüber der Regelversorgung eine qualitative Verschlechterung darstellen.

Zeile 114: GKV-SG, DKG: Zumindest der 3. Absatz muss gestrichen werden; der Hinweis auf die Punkte 1.5.2 und 1.5 und 3 sollen belassen werden. Ein chronischer nicht spezifischer Kreuzschmerz ist definitionsgemäß keine Indikation zur Durchführung einer stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie.

Zeile 134+136: KBV PatV: So belassen, da Schulungen verpflichtender Bestandteile eines jeden DMP lt. §137f (2)4 SGB V sind. Eine multimodale Schulung wäre das innovative Element dieses DMP.

Zeile 149: Zu 11.5.3: Eine weitere Intensivierung der Maßnahmen nach 12 Wochen frustraner Therapie widerspricht allen Leitlinien. Hier bedarf es neuer Therapieansätze, statt mehr von der monomodalen Therapie in intensivierter Form.

Zeile: 183 + 184: Streichen: In einem DMP chronischer Rückenschmerz werden definitionsgemäß keine akuten Schmerzen behandelt.

Zeile 241: Zur Beurteilung des Verlaufes von Schmerzen und Funktion sollen immer der komplette Fragebogen abgefragt werden. Die Validierung eines Fragebogens bezieht sich immer auf den gesamten Inhalt des Fragebogens.

Zeile 252: Unabdingbar ist zu fordern, dass der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und der Hausarzt gleichberechtigt als koordinierender Arzt im Bereich des DMP chronischer Rückenschmerz aufgeführt wird. Schon die Tatsache, dass die Fachärzte definitiv aufgeführt werden, während auf der anderen Seite „nur“ Hausarzt steht, ohne Spezifizierung, ob es sich hierbei um einen Facharzt für Allgemeinmedizin, praktischen Arzt oder hausärztlich tätigen Internisten handelt. Orthopäden und Unfallchirurgen sind im Bereich chronischer Rückenschmerz





grundversorgende Fachärzte, ohne die große Teile der betroffenen Patienten für ein DMP nicht erreicht werden könnten.

Zeile 277: Hier muss zum einen das Motto gelten „ambulant vor stationär“, daher in dieser Reihenfolge nennen und die Formulierung „Schmerztherapie“ sollte in „multimodale Rückenschmerztherapie“ geändert werden, da Schmerztherapie als zu ungenau erscheint.

Zeile 305: Punkt 1 muss gestrichen werden, es besteht die Gefahr, dass nur Menschen in das DMP aufgenommen werden, welche im Arbeitsleben stehen; Punkt 6 und 7 sollte so belassen werden. Punkt 10 streichen, da nicht messbar.

Generell ist als Evolutionsparameter die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage kritisch zu sehen, da definitionsgemäß nicht nur arbeitsfähige Patienten oder in Arbeit stehende Patienten in das DMP eingeschrieben werden sollen. (widerspricht dem AGG).

Zeile 336: Punkt b) belassen, Punkt i) streichen.

Zeile 345: Lfd. Nr. 1 + 2 streichen (s.o.); lfd. Nr. 8 belassen; Lfd. Nr. 13 nicht streichen.

Nun folgen Anmerkungen zur Anlage 2: Tragende Gründe

Der CPG Fragebogen kann akzeptiert werden.

Zeile 161 (KBV): Unbedingt so belassen.

Zeile 172: Streichen.

Zeile 187 + 189: Streichen, hier werden Mutmaßungen formuliert, diese gehören nicht in ein qualifiziertes DMP.

Zeile 194 + 195: Streichen.

Zeile 198: KBV-Formulierung zu befürworten.

Zeile 215: zu 1.5.3: Die Behauptung, dass eine eigenständige multimodale Therapiemaßnahme bei chronischen Rückenschmerz, auf die ein DMP zurückgreifen könnte, im ambulanten Bereich nicht verfügbar sei, ist so nicht haltbar. Die Literaturrecherche des G-BA hatte hier mehrere Programme identifiziert.

Zeile 220: Streichen.

Zeile 265: KBV-Statement so belassen.

Zeile 286: Muss unbedingt so aufgeführt werden; nur durch ein qualifiziertes Assessment durch einen besonders qualifizierten schmerztherapeutischen Arzt kann entschieden werden, ob ein Patient im DMP bleiben kann oder nicht.





DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR ORTHOPÄDIE UND
ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE



Zeile 311: Streichen.

Zeile 330: Belassen.

Zeile 336: Streichen; wie soll eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität validiert gemessen werden?

Zeile 346: (KBV): So belassen.

Prof. Dr. med. Bernd Kladny
Generalsekretär der DGOOC

Dr. med. Fritjof Bock
Präsident der IGOST





DGPRM e.V. • Messering 8, Haus F • 01067 Dresden

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Wegelystrasse 8
D-10623 Berlin

■ **Präsident**

Univ.-Prof. Dr. med.
Christoph Gutenbrunner

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Rehabilitationsmedizin
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Tel. +49 511 [REDACTED]
Fax. +49 511 532161042
E-Mail: [REDACTED]

[REDACTED]@mh-hannover.de

24.01.2019

■ **Geschäftsstelle DGPRM**

Messering 8, Haus F
01067 Dresden
Deutschland

Tel. +49 351 8975932
Fax. +49 351 8975939
E-Mail: info@dgprm.de

■ **Bank**

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank
IBAN:
DE79 3006 0601 0004 4649 07
BIC: DAAEDED3

Ust-IdNr. DE 179332403

■ **Internet**

www.dgprm.de

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Ihr Schreiben vom 13.12.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit nehmen wir, gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und 137f, Abs. 2 Satz 5 SGB V zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Änderungen der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation), fachlich Stellung.

Dabei gehen wir davon aus, dass das o.g. DMP für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, die als nichtspezifisch klassifiziert werden, gelten soll. Bei dieser heterogenen Gruppe von Patientinnen und Patienten liegt bekanntlich meist eine multifaktorielle Genese, bei der eine monomodale Behandlung in der Regel nicht wirksam ist und damit eine Fehlbehandlung darstellt vor. Die aktuellen Leitlinien fordern deshalb eine interdisziplinäre Diagnostik und eine befundgerechte Komplexbehandlung. Dem trägt der o.G. Entwurf im Wesentlichen Rechnung.

Aus Sicht unseres Fachgebietes sind allerdings die folgenden Punkte zu korrigieren bzw. zu berücksichtigen:

1. Koordinierender Arzt (Kapitel 1.7.1): Neben Hausärztinnen und Hausärzten müssen Fachärztinnen und Fachärzte gleichberechtigt koordinierende Ärzte sein können. Maßstab sollten die vorhandenen Qualifikationen und

Erfahrungen der Fachgebiete sein. So sind vor allem Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie konservative Orthopädinnen und Orthopäden in der Diagnostik und der nichtoperativen multimodalen Behandlung ausgebildet und erfahren. Des Weiteren sollten auch Ärzte anderer Fachgebiete mit Erfahrungen und Qualifikationen (ZB) in Manueller Medizin, Physikalischer Therapie, Spezieller Schmerztherapie und Psychosomatischer Grundversorgung koordinierende Ärzte sein können.

2. Therapeutische Maßnahmen und Schulungen (Kapitel 1.5 und 4.2): Um der Notwendigkeit einer komplexen Herangehensweise (Interdisziplinarität und multimodaler Behandlung) gerecht zu werden, sind Kombinationen von den empfohlenen nichtoperativen Therapieverfahren befundgerecht anzuwenden und qualifizierte Schulungen zwingend neu in die Versorgung zu integrieren.

Die Schulungen müssen die somatischen und psychosozialen Anteile (zwei entsprechend qualifizierte Berufsgruppen) berücksichtigen, aktiv übende Elemente enthalten und sich an den Erkenntnissen und Erfahrungen aus klinischen und teilstationären Komplexprogrammen orientieren.

Dabei ist zu betonen, dass sich die Aspekte der Zeilen 81-84 auf funktionsbezogene (ICF-orientierte) Ziele fokussieren müssen und sich nicht alleine auf eine Schmerzreduktion beschränken dürfen. Die Anwendung der ICF ist Kernkompetenz der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, und diese Ziele können in der Regel nur in einer gut koordinierten multiprofessionellen Zusammenarbeit erreicht werden.

Daher sollte die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt verpflichtet werden, mit den zu dem DMP qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten einen mündlichen und/oder schriftlichen Austausch zu pflegen, der über das Ausstellen einer Heilmittelverordnung hinaus geht. Der/die Therapeut/in sollte verpflichtet werden, einen Therapiebericht nach vorher erstellten und geschulten Qualitätsmerkmalen zu erstellen. Auch hierin sind die Fachärzte für PRM in der derzeitigen Realität am besten geeignet, denn den Berufsgruppen ist die Fachsprache des ICF geläufig.

Weiterhin sollten die folgenden Änderungen im Detail vorgenommen werden (in der Reihenfolge des Beschlusses – nicht nach fachlicher Gewichtung):

- Zeile 57: wie PatV: Ambulante und stationäre Rehabilitationsverfahren sowie Präventionsleistungen zu Lasten der DRV sollten positiv in des DMP-Verfahren integriert werden können, und deren Stellung ist klar zu definieren.
- Zeile 78: Bitte den Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin ergänzen.
- Zeile 79: Streichen: Begründung siehe auch Zeile 57.
- Zeile 93: Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz sowie Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage, Verbesserung des Verständnisses für Schmerzentwicklung und Chronifizierungsfaktoren. Bitte ergänzen.
- Zeile 94 wie KBV
- Zeile 104: wie KBV
- Zeile 118: Dem Vorschlag der KBV ist der Vorzug zu geben, da häufig Schmerzen durch Verspannungen bedingt sind.
- Zeile 124: wie KBV (schriftliche Information ist hilfreich und wichtig)
- Zeile 134: Bitte Schulung mit körperlicher Aktivität verbinden! Kognition und Edukation allein reicht nicht aus! Die Einbindung der therapeutischen Berufsgruppen ist dringend systematisch mit einzubeziehen.
- Zeile 136: Hier ist es wichtig, im Rahmen von Gruppensettings, Einzelsettings so einzubauen, dass die zuvor erarbeiteten individuellen Therapieziele Berücksichtigung finden! Die Frage stellt

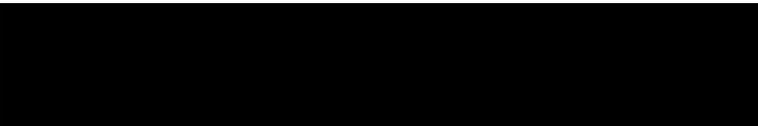
sich, wer die psychischen und psychosomatischen Aspekte berücksichtigen kann. Es sollte eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten erfolgen, und diese beiden Berufsgruppen sollten hier zusammen geschult werden, um die Schnittstellen zu verstehen!

- Zusätzlich befundorientierter Einsatz von sporttherapeutischen Maßnahmen, Übergang in den leistungsadäquaten Breitensport einleiten.
- Zeile 151: Wie GKV: Unbedingt wichtig sind die Langzeitbetreuung, wie beschrieben, und das kurzfristige Auffangen möglicher zwischenzeitlicher Exazerbationen.
- Zeile 241. Schmerz, Funktion und Lebensqualität – sowie damit auch die Inanspruchnahme im Gesundheitswesen - sind von allen 7 Punkten abhängig.
- Zeile 243: Integration des VR12 zur Thematisierung der Lebensqualität empfohlen. Aus Erfahrung bietet die Besprechung des Ergebnisses eine gute Möglichkeit, auf den psychosomatischen Zusammenhang oder auch auf die Bedeutung oder das Vorhandensein von psychischen Faktoren zu sprechen zu kommen (sog. Türöffner).
- Zeile 249: Wie PatV: Die Zusammenführung der Befunde und Maßnahmen durch den koordinierenden Arzt/Ärztin und deren Wertung in Bezug auf die Beschwerden der/des Patientin/Patienten und den Verlauf der Therapie ist grundlegend notwendig, um nachhaltig gegen Chronifizierung zu wirken.
- Zeile 252: Die Variante der KBV ist deutlich zu befürworten. Fachärzte sollten nicht nur in Ausnahmefällen hinzugezogen werden, um Probleme im Sinne von Unter- oder Überdiagnostik, unsichere Erkennung von Red flags für die Ein- und Ausschlusskriterien abzusichern.
- Zeile 266: streichen
- Zeile 319: Wie GKV: (eine Überprüfung ist sicher ein logistisches Problem, hat aber Sinn, um keine unkontrollierten Selbstläufer zu produzieren). Eine jährliche Überprüfung ist zu empfehlen.
- Zeile 331: Wie PatV: Unbedingt die aktiv übenden Inhalte und zwei Professionen bei der Schulung berücksichtigen.
- Zeile 336: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist in die Evaluation mit einzubeziehen. Sie hat sich in vielen Studien als valides und sensibles Instrument zur Messung von Veränderung von Behandlungsprogrammen erwiesen und ist ein wesentlicher Parameter zur Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen.
- Zeile 345: Dokumentation wie von der KBV vorgeschlagen + VR12

Für das gesamte Dokument gilt: Die Facharztbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ sollte immer jeweils mit Großbuchstaben geschrieben werden.

Die oben angeführten Aspekte sind mit dem Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin (BVPRM) abgestimmt.

Für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM)


Univ.-Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner, FRCP
Präsident

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
e. V. (DGRW) zum
Beschlussentwurf des gemeinsamen Bundesausschusses über die XX.
Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der
Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der
Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation)
21.01.2019**

Die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften begrüßt die Initiative des G-BA zur Änderung von Anlagen zum DMP „chronischer Rückenschmerz“, insbesondere im Hinblick auf die Bedeutung der Rehabilitation für dieses Krankheitsbild.

Die DGRW empfiehlt entsprechend der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz:

Anmerkungen zu:

Beschlussentwurf Zeile 57 und Tragende Gründe Zeile 150: Die NVL (S. 69) weist darauf hin, dass die Zuweisung von Patienten in den kurativen oder rehabilitativen Versorgungsbereich nicht alternativ oder gar subsidiär sei. Da es sich um chronische Krankheitsverläufe handelt, kann im Sinne einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit Rehabilitationsbedarf bestehen und gleichzeitig und mittelfristig für den Patienten oder die Patientin eine Betreuung im DMP sinnvoll sein, insbesondere im Hinblick auf die Verhinderung einer weiteren Verschlechterung des Krankheitsbildes. Die Ausführungen zur Berufskrankheit teilen wir und stimmen deshalb für die Version des PatV.

Beschlussentwurf Zeile 79: Wir stimmen für die Version der GKV-SV und PatV.

Beschlussentwurf Zeile 93: Bei den Therapiezielen sollte bei Erwerbstätigen der Erhalt der Erwerbsfähigkeit als wesentlicher Bestandteil der Teilhabe nach ICF aufgenommen werden. Wir stimmen deshalb für die Version von GKV-SV, DKG, KBV.

Beschlussentwurf Zeile 292 und Tragende Gründe Zeile 172 und Zeile 310: Beim Vorliegen chronischer Rückenschmerzen ist bei der Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ein Hinweis auf die Notwendigkeit einer multimodalen Behandlung sinnvoll. Hier sollten spezielle multimodale Rehabilitationsformen wie die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) beim Vorliegen von psychosozialen Risikofaktoren („yellow flags“) oder die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) bei arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren („blue flags“/„black flags“) empfohlen werden. (NVL S. 17, S. 70). Mit zunehmender Dauer der schmerzbedingten Arbeitsunfähigkeit sinkt die Rückkehrwahrscheinlichkeit an den Arbeitsplatz signifikant (ab einer Dauer von 12 Wochen, NVL S. 23). Da die Einleitung und Umsetzung von Rehabilitationsmaßnahmen meist diesen Zeitraum ab Schmerzbeginn überschreiten, wäre der Ausschluss aus dem DMP bis dahin ein Verlust von wesentlicher Zeit und damit mit einer Verschlechterung der Prognose verknüpft. Bei Teilnahme am DMP erscheint die Wahrscheinlichkeit gegenüber der konventionellen kurativen Behandlung erhöht, dass Arzt/Ärztin und Patient/Patientin die Rehabilitation als weitere wichtige Option des Krankheitsmanagements in Erwägung ziehen.

Beschlussentwurf Zeile 345: Bei der Dokumentation von Erwerbstätigkeit und Arbeitsunfähigkeit stimmen wir für die Version der GKV-SV. Bei der Dokumentation der Schulungsempfehlung und Schulungsteilnahme sowie der Zielerreichung stimmen wir für die Version der DKG, KBV und PatV.

Literatur:

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie : nicht-spezifischer Kreuzschmerz, Langfassung, 2. Auflage (online). AWMF-Registernummer nvl-007. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2017 [Zugriff: 18.01.2019]. URL:

<http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-lang.pdf>

Für die DGRW:

Gez. Dr. med. Désirée Herbold, Chefarztin der Paracelsus-Klinik an der Gande,
Bad Gandersheim

Prof. Dr. med. Wilfried Mau (Präsident und Delegierter der DGRW für die AWMF)



Deutscher Heilbäderverband e.V. | Charlottenstr. 13 | 10969 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Karola Pötter-Kirchner
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

per E-Mail: dmp@g-ba.de

CC: [REDACTED]

vorab per Fax: 030 / 27 58 38 505

Deutscher Heilbäderverband e.V.
Charlottenstr. 13 | 10969 Berlin

Tel: +49 30 246 369 20
Fax: +49 30 246 369 22 9

info@dhv-berlin.de
www.deutscher-heilbaederverband.de

AG Charlottenburg VR 29767

FA Berlin 27/620/59436

Ihre Nachricht vom
13.12.2018

Unser Zeichen
Zi/Gü

Datum
24.01.2019

**Stellungnahme des Deutschen Heilbäderverbandes e.V. zum
Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Änderung der Anlagen 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)
und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

gerne nehmen wir Stellung zum oben genannten Beschlussentwurf.

Rückenschmerzen zählen gemäß aktuellem Gutachten 2018 des „Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ zu den häufigsten Zivilisationsleiden. Muskel- und Skelett-Erkrankungen sind nach wie vor die wichtigste Ursache für Fehltage von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und stehen sogar an zweiter Stelle der Anlässe von Rentenzugängen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit. Darüber hinaus beeinträchtigen Rückenschmerzen die subjektive Gesundheit und Lebensqualität.

Wir begrüßen daher, die im Beschlussentwurf enthaltenen Vorschläge, die durch chronische Rückenschmerzen bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:

Beschlussentwurf:

- II Der Richtlinie werden folgende Anlagen 15 und 16 angefügt (...)**
- 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe**



Zeile 57, Eingabe von GKV-SV, DKG und KBV, Satz 2:

„Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren wegen Kreuzschmerzen können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.“

Stellungnahme und Vorschlag:

Wir schlagen vor, Satz 2 gemäß der Eingabe des GKV-SV, der DKG und der KBV vorgesehenen Regelung zu streichen.

Gemäß der tragenden Gründen des Beschlusentwurfes wird in Zeile 149 seitens des GKV-SV und der KBV ausgeführt, dass bei einem geplanten, beantragten oder laufenden Rehabilitationsverfahren unter Umständen die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers besteht. Bei einer gleichzeitigen Einschreibung in das DMP könne dies zu Überschneidungen von Leistungsansprüchen und gleichzeitigen unabgestimmten Behandlungen kommen.

Um das gemeinsame Ziel, die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten, zu erreichen, sollte die Frage nach dem Kostenträger nachrangig sein und sich vielmehr nach den Erfordernissen der Patientinnen und Patienten richten. So kann eine Rehabilitationsmaßnahme insbesondere in den Heilbädern und Kurorten Deutschlands eine wirksame Ergänzung zum DMP für den Patienten sein. Nirgendwo sonst als in den Heilbädern und Kurorten werden Prävention und Rehabilitationsangebote in einer solch hohen Therapiedichte und individuell zugeschnitten angeboten. Der kurtypische Wechsel in das gesundheitsdienliche Milieu der Kurorte und die dadurch bedingte Entlastungssituation sind eigenständige Therapiefaktoren. Sie fördern eine selbstkritische Hinterfragung der Lebensbalancen und ermöglicht den Menschen oft erst, aus eingefahrenen, krankheitsbahnenden Lebensgewohnheiten durch Einsicht und Übung herauszutreten.

Beschlusentwurf:

1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz

Zeile 79, Eingabe GKV-SV, PatV:

„Der Arzt bzw. die Ärztin prüft zudem vor Einschreibung, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist den Patienten oder die Patientin ggf. für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.“

Stellungnahme und Vorschlag:

Wir schlagen vor, die Regelung gemäß der Eingabe des GKV-SV und der PatV zu erweitern und wie folgt aufzunehmen:

„Der Arzt bzw. die Ärztin prüft zudem ~~vor~~ **Einschreibung**, ob eine **ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Heilbad oder Kurort** sowie eine



medizinische Rehabilitation sinnvoll sind und verweist den Patienten oder die Patientin ggf. für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.“

Gemäß obiger Ausführung plädieren wir dafür, dass Patientinnen und Patienten, die am strukturierten Behandlungsprogramm „chronischer Rückenschmerz“ teilnehmen, auch die Option haben, eine Rehabilitation in Anspruch nehmen zu können. Die Prüfung, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist, sollte daher jederzeit in den Therapieplan mit einbezogen werden. Darüber hinaus schlagen wir vor, die ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Heilbädern oder Kurorten aufzunehmen. Ambulante Vorsorgeleistungen in Heilbädern und Kurorten sind Bestandteil des gestuften Systems der Prävention und Rehabilitation. Liegen nachgewiesene Risikofaktoren vor, die durch eine ambulante Vorsorgeleistung beseitigt oder beeinflusst oder die Bewältigung dieser Faktoren den Patientinnen und Patienten erleichtert werden kann, so können ambulante Vorsorgeleistungen angezeigt sein.

Beschlussentwurf:

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Basismaßnahmen

Zeile 134, Eingabe KBV, PatV:

„Alle Patienten erhalten als zentrale Maßnahme Zugang zu einer Schulung, die als multimodales Angebot gemäß Nummer 4.2 konzipiert ist.“

Stellungnahme und Vorschlag:

Wir schlagen vor, die seitens der KBV und der PatV eingebrachte Regelung in Zeile 134 aufzunehmen.

Die Kurortmedizin geht von einem multidisziplinären Therapieansatz aus. Ein Element des Maßnahmenpaketes zur Erzielung des therapeutischen Langzeiterfolges ist Gesundheitsbildung und -training in Seminaren und Übungsgruppen. Dies fördert die Selbsthilfe. Schulungen können den Patientinnen und Patienten Möglichkeiten aufzeigen, selbst zur Linderung und Verbesserung ihres Krankheitsbildes beizutragen. Aufgrund der positiven Erfahrungen im Bereich der ambulanten Vorsorgeleistungen halten wir es im Rahmen des DMP ebenfalls für sinnvoll, dass Patientinnen und Patienten auch an Schulungsprogrammen partizipieren.

Beschlussentwurf

4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 4 SGB V)

4.2 Schulung der Versicherten



Zeile 331, Eingabe PatV:

„Jeder Patient erhält Zugang zu einem geeigneten, strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Gruppenschulungsprogramm.“

Stellungnahme und Vorschlag:

Wir schlagen vor, die seitens der PatV eingebrachte Regelung in Zeile 331 aufzunehmen und weisen insoweit auf unsere Argumentation zu Zeile 134 hin.

Falls sich aus dem schriftlichen Stellungnahmeverfahren Fragen oder nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens neue Erkenntnisse ergeben, nehmen wir gern an der Anhörung teil.

Mit freundlichen Grüßen



Volker Zimmermann
Geschäftsführer



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b
D-10559 Berlin
Tel: 030-39409689-0
Fax: 030-39409689-9
info@dgss.org

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. · Alt-Moabit 101 b · 10559 Berlin

vorab per E-Mail

Herrn Vorsitzenden
Prof. Josef Hecken
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Berlin, 24. Januar 2019

Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL), hier: GMP chronischer Rückenschmerz

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,
sehr geehrte Damen und Herren,

grundsätzlich begrüßt die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. das Vorhaben der Erarbeitung eines DMP-Rückenschmerz, sieht aber in dem aktuell - nach über dreijähriger Beratungsarbeit - vorgelegten Entwurf im Detail wesentlichen Überarbeitungsbedarf, soll es gelingen, eine systematische Verbesserung der Versorgung bei Rückenschmerzen in Deutschland über ein DMP zu erreichen. Bedarf und Umsetzbarkeit haben wir in unserer seinerzeitigen Antworten https://www.dgss.org/fileadmin/pdf/DMP_Abschluss_Version_Fragenkatalog_140430.pdf beschrieben.

Insbesondere bedürfte es der Einführung eines systematischen und interdisziplinären Assessments mit geeigneten Aufgreifkriterien sowie je nach Schweregrad oder Progredienz der Chronifizierung eine Zuführung in differenzierte und teilweise neue Versorgungsangebote, die gegenwärtig nicht in der Regelversorgung abgebildet und auch nicht finanziert werden.

Hinweisen möchten wir darauf, dass der Entwurf der im Betreff genannten DMP-Anforderungs-Richtlinie sich an wesentlichen Punkten nicht klar genug an den Ergebnissen der NVL Kreuzschmerz orientiert, was insbesondere die wichtigen Punkte „mehr Interaktion und Kommunikation der beteiligten Fachgruppen“ betrifft. Beispielsweise wäre es nötig, das Leitbild einer umfassenderen Diagnostik inkl. Screening auf Risikofaktoren im DMP deutlich abzubilden. Zwar wird im Text (S. 10, Mitte der Seite) darauf hingewiesen, dass ein solches multidisziplinäres Assessment im ambulanten Versorgungssystem nicht zur Verfügung steht, andererseits gibt es entsprechende Modellprojekte, auf die aufgebaut werden könnte. Insbesondere das vom Innovationsfonds finanzierte Projekt PAIN2020 kann ergänzend als Vorbild der zukünftigen Implementierung gewählt werden.

Bezüglich der zur Verfügung stehenden Therapie-Optionen ist positiv zu bewerten, dass als höchste Stufe teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie empfohlen wird.

Die Rolle der Schmerztherapeuten wird jedoch leider eher randständig behandelt; eine reguläre Einbindung ist nicht vorgesehen. Zudem schlagen wir bezüglich Punkt 1.5.3 vor, im Falle eines Versagens der im DMP vorgesehenen, ergänzenden Maßnahmen den Einsatz der ambulanten Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung oder eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie zu erwägen, was leider von GKV und DKG abgelehnt wird (Zeile 155 und 266), fachinhaltlich aber nötig wäre.

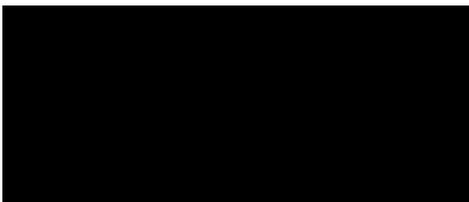
Ein weiteres zentrales Problem ist die Empfehlung von Schulungsprogrammen für Patienten. Sofern entsprechende Schulungsprogramme erwogen werden, ist fachlich zwingend sicherzustellen, dass die ins Auge gefassten Schulungen dem multimodalen Gedanken in ausreichender Weise gerecht werden, was derzeit aus dem Richtlinienentwurf in keinsten Weise deutlich wird! Schulungsangebote sollten nach schmerztherapeutischer Auffassung multimodal konzipiert sein, d. h., Edukation (im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Sinn) UND Bewegungsübungen enthalten und sie müssten von qualifizierten Therapeuten (gemeinsam) durchgeführt werden.

Insgesamt ist leider insbesondere die Notwendigkeit einer Verbesserung der Berufsgruppen-Interaktion und Kommunikation (ärztlich, psychologisch, physiotherapeutisch) in dem Entwurf nicht abgebildet. Ein gutes DMP darf folglich nicht nur - bisher nicht bedarfsorientiert enthaltene bzw. fehlende - Maßnahmen aus dem bisherigen Regelkatalog berücksichtigen, sondern muss gerade neuen und innovativen Ideen zur Verbesserung der Versorgung ausgestalten!

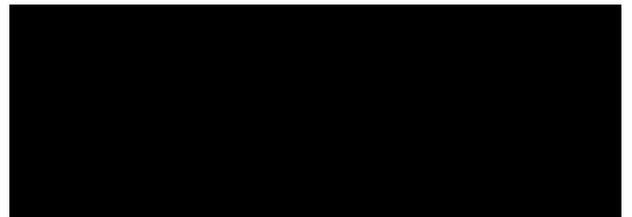
Fazit des derzeitigen Richtlinienentwurfs: Es bleibt letztlich (nur) eine gewisse Umsetzung der NVL-Empfehlungen bzgl. konkreter Maßnahmen (wie Medikation). Darüber hinaus werden richtige Zielsetzungen (mehr Aktivität, keine passiven Maßnahmen, mehr Berücksichtigung von psycho-soz. Aspekten) formuliert, aber es besteht ein gravierendes Defizit in der Beschreibung konkreter Schritte, wie diese Ziele erreicht werden können. Auf welche Weise Physiotherapeuten und Psychotherapeuten eingebunden werden sollen, insbesondere das, was diese Berufsgruppen genau inhaltlich beitragen, wie sie interagieren, an einem gemeinsamen Konzept orientiert sind, bleibt letztlich unklar. Insofern fehlt die Umsetzung des „multimodalen Geistes“ nahezu vollständig. Zudem muss sichergestellt werden, dass nur ein vergütetes und systematisch einzuführendes multimodales Assessment die Grundlage für ein DMP bilden kann.

Zu Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Claudia Sommer
Präsidentin



Thomas Isenberg
Geschäftsführer



An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 120006
10596 Berlin

Hürth-Efferen 19-01-24 / ba

Stellungnahmerecht des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz-Dokumentation)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der DVGS begrüßt zum DMP chronischer Rückenschmerz ausdrücklich die Akzeptanz einer umfassenden biopsychosozialen Perspektive, deren Bedeutung in einem sehr aktuellen Review unterstrichen wird (Salathé et al. 2018).

Dabei unterstützt der DVGS ebenfalls im Sinne der bedarfsorientierten Zuweisung die unter 1. 4 (ab Zeile 96) dargestellte ausführliche „Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren“. Allerdings sollte bei der Erörterung der „individuellen Voraussetzungen des Patienten“ vom Arzt Art und Umfang des Items „regelmäßigen körperlichen Aktivität des Patienten“ erfragt werden. Nur dadurch wird das unter 1. 3 genannte Therapieziel „Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit“ für den Patienten plausibel und langfristig konkret planbar und durchführbar.



Zur bedarfsorientierten Erhebung wird der Einsatz von standardisierten Screeninginstrumenten oder Fragebögen empfohlen (z. B. auf der Basis des IPAQ dt. Version; vgl. zu Validierung Cleland et al. 2018). Erst der Vergleich von tatsächlichem Bewegungsumfang des Patienten mit den vorgegebenen, weltweit anerkannten, Mindestanforderungen liefert die Grundlage für die in den Zeilen 125 – 133 beschriebene Aufklärung und Motivation.

Zu den Mindestanforderungen an körperlicher Aktivität siehe <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>

(sowie die Aktualisierung von Piercy & Troiano 2018)

Erst auf dieser Basis kann der Arzt mit dem Patienten die angestrebte „allmählich gesteigerte körperliche Aktivität“ (Zeile 128) erreichen.

Bereits 2005 konnte in einem umfangreichen Review die besondere Bedeutung des Krafttrainings für Patienten mit chronischem Rückenschmerz belegt werden (Hayden, J. A. et al. 2005). Zahlreiche andere Studien bestätigen inzwischen die Bedeutung dieses Ansatzes. (Searle et al. 2015). Studien zeigen einen hohen Zusammenhang zwischen dem chronischen Rückenschmerz und und insuffizienten Lumbalextensoren (Conway et al. 2018). Dies ist wohl auch der Grund für die kurzfristige Wirksamkeit von kräftigenden und stabilisierenden Übungen (Coulombe et al. 2017). Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass sich die Effektivität von Krafttraining in zahlreichen sehr aktuellen Leitlinien zum chronischen Rückenschmerz niederschlägt. So empfehlen die dänischen Leitlinien “Supervised exercise ...back-specific strengthening (Stochkendahl et al. 2018, S. 66).

Eine gleichlautende Empfehlung findet sich auch in der NVL *nicht - spezifischer Kreuzschmerz, Langfassung*: „Programme, die die Kräftigung der Muskulatur und Stabilisierung fördern, scheinen für die Linderung der Kreuzschmerzsymptomatik bessere Ergebnisse zu erzielen als kardiorespiratorisch ausgelegte Programme“ (BÄK, NVL 2017, S. 40). Aus Sicht des DVGS sollte deshalb dem Krafttraining gerade hinsichtlich eines langfristigen Managements der Rückenbeschwerden ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden. In diesem Kontext ist es auch angebracht, auf die besondere Bedeutung einer angemessenen fachlichen Supervision hinzuweisen. In zahlreichen Studien aus anderen Indikationsgebieten konnte die Überlegenheit eines supervidierten Trainings nachgewiesen werden (Hayashino et al. 2012, Umpierre et al. 2013, Meneses-Echávez et al. 2015).



Literatur

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 24.01.2019]. DOI: 10.6101/AZQ/000353.

Cleland, C., Ferguson, S., Ellis, G., & Hunter, R. F. (2018). Validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for assessing moderate-to-vigorous physical activity and sedentary behaviour of older adults in the United Kingdom. *BMC medical research methodology*, 18(1), 176.

Conway, R., Behennah, J., Fisher, J., Osborne, N., & Steele, J. (2018). A Comparison of Isolated Lumbar Extension Strength Between Healthy Asymptomatic Participants and Chronic Low Back Pain Participants Without Previous Lumbar Spine Surgery. *Spine*, 43(20), E1232-E1237.

Coulombe, B. J., Games, K. E., Neil, E. R., & Eberman, L. E. (2017). Core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. *Journal of athletic training*, 52(1), 71-72.

Hayashino, Y., Jackson, J. L., Fukumori, N., Nakamura, F., & Fukuhara, S. (2012). Effects of supervised exercise on lipid profiles and blood pressure control in people with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes research and clinical practice*, 98(3), 349-360.

Hayden, J. A., Van Tulder, M. W., & Tomlinson, G. (2005). Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Annals of internal medicine*, 142(9), 776-785.

Meneses-Echávez, J. F., González-Jiménez, E., & Ramírez-Vélez, R. (2015). Effects of supervised exercise on cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *BMC cancer*, 15(1), 77.

Piercy, K. L., & Troiano, R. P. (2018). Physical Activity Guidelines for Americans From the US Department of Health and Human Services: Cardiovascular Benefits and Recommendations. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 11(11), e005263.



Salathé, C. R., Melloh, M., Crawford, R., Scherrer, S., Boos, N., & Elfering, A. (2018). Treatment Efficacy, Clinical Utility, and Cost-Effectiveness of Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation Treatments for Persistent Low Back Pain: A Systematic Review. *Global spine journal*, 8(8), 872-886.

Searle, A., Spink, M., Ho, A., & Chuter, V. (2015). Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical rehabilitation*, 29(12), 1155-1167.

Stochkendahl, M. J., Kjaer, P., Hartvigsen, J., Kongsted, A., Aaboe, J., Andersen, M., ... & Jensen, L. D. (2018). National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European Spine Journal*, 1-16.

Umpierre, D., Ribeiro, P. A. B., Schaan, B. D., & Ribeiro, J. P. (2013). Volume of supervised exercise training impacts glycaemic control in patients with type 2 diabetes: a systematic review with meta-regression analysis. *Diabetologia*, 56(2), 242-251.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Professor Dr. Gerhard Huber

Präsident DVGS e.V.



Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-
TELEFAX (0228) 997799-5550
E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Christian Heinick
INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 25.01.2019
GESCHÄFTSZ. 13-315/072#0960

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Änderung der DMP-A-
RL: Ergänzung der Anlagen 15 und 16 (DMP chronischer Rückenschmerz)**

BEZUG Ihr Schreiben vom 13.12.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V danke ich Ihnen.

Zu diesem Beschlussentwurf gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Heinick

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

DGOU/DGOOC/DGU Geschäftsstelle · Str. des 17. Juni 106-108 · 10623 Berlin

Frau
Karola Pötter-Kirchner
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Qualitätssicherung u. sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte (QS-V)
Wegelystraße 8

10623 Berlin

Per E-Mail: dmp@g-ba.de

GESCHÄFTSSTELLE

DGOU/DGOOC/DGU Geschäftsstelle
Straße des 17. Juni 106 – 108
10623 Berlin
Tel. +49 - (0)30 - 340 60 36 00
Fax +49 - (0)30 - 340 60 36 01
office@dgou.de
www.dgou.de

Berlin, 24.01.2019

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Sehr geehrte Frau Kirchner,

die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) begrüßen ausdrücklich, dass ein Disease Management Programm (DMP) für den Bereich des chronischen Rückenschmerzes auf den Weg gebracht worden ist. Chronischer Rückenschmerz zählt wie Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz usw. zu den echten Volkserkrankungen und wir halten es daher für absolut überfällig, dass die Behandlung der betroffenen Patientengruppe durch ein derartiges DMP verbessert werden kann.

Wir unterstützen daher den vorliegenden Beschlussentwurf und möchten einige Punkte aus wissenschaftlicher Sicht kommentieren:

Zu Definition und Diagnostik (Kapitel 1.1 und 1.2)

Im vorliegenden Entwurf werden als wesentliche Aufnahmekriterien in das DMP der Ausschluss eines sogenannten spezifischen Rückenschmerzes sowie eine erhebliche Beeinträchtigung des Patienten genannt. Eine erhebliche Beeinträchtigung soll dann festgelegt werden, wenn sie mindestens einem Schweregrad von 2 beim „Chronic Pain Grad“ Fragebogen **CPG** entspricht.

Der GKV-SV und die Pat-V stellen es in das Ermessen des einschreibenden Arztes, ob eine ausreichende Ausschlussdiagnostik betrieben worden ist, DKG und KBV fordern dagegen, dass schriftliche fachärztliche Untersuchungsbefunde hierzu vorliegen.

Kommentar hierzu:

Die DGOU, DGOOC und DGU halten es im Sinne einer Qualitätssicherung für ganz wesentlich, dass beide Kriterien schriftlich belegt sein müssen. Zum Ausschluss einer spezifischen Ursache erfordern es auch die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz und die Leitlinie der APTA, dass spätestens nach einer Periode von 6 bis 12 Wochen Rückenschmerz die fachärztliche Expertise hinzukommen muss. Die Aufnahme eines Patienten in ein DMP Rücken, ohne dass eine vorherige fachärztliche Untersuchung stattgefunden hat, würde bedeuten, dass ein solches DMP Rückenschmerz nicht den aktuellen qualitativen Anforderungen an eine leitliniengerechte Therapie entsprechen würde.

Ein DMP Rückenschmerz darf die aktuellen qualitativen Ansprüche an eine leitliniengerechte Therapie nicht unterlaufen. Eine spezialärztliche Vorstellung gehört sich daher vor Einschreibung in ein DMP. Diese Vorstellung sollte selbstverständlich schriftlich dokumentiert sein. Eine entsprechende Formulierung, wie von DKG und KBV (Zeile 78) vorgesehen, sollte daher in den Beschlussentwurf aufgenommen werden.

Zu therapeutischen Maßnahmen und Schulungen (Kapitel 1.5 und Kapitel 4.2)

Die KBV und die Patvertretung PatV fordern als Basismaßnahme eine neue eigenständige ambulante multimodale Schulung für alle teilnehmenden Patienten mit chronischem unspezifischem Rückenschmerz.

Multimodale Schulung bedeutet:

- enthält mindestens ein somatisch und ein psychisch orientiertes Modul
- angeleitet durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen
- ist aktiv ühend

Es existieren mehrere solcher strukturierten, evaluierten und publizierten Schulungsprogramme für die ambulante Versorgung, so dass derartige Programme in der ambulanten Versorgung umgesetzt werden können.

Die GKV-SV und die DKG fordern dagegen eine „Mogelpackung“ (siehe 1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen), in dem der am DMP teilnehmende Arzt selbst die verschiedenen Behandlungen (z.B. Physio- und Psychotherapie) zeitlich und inhaltlich für jeden einzelnen Patienten aufeinander abstimmen muss. Der GKV-SV sieht in diesem DMP sogar Schulungen als nicht erforderlich an, obwohl Schulungen ein Kernelement in den DMPs sind, siehe 4.2. Zur Begründung heißt es, dass Informations- und Schulungsinhalte in den therapeutischen Maßnahmen selbst (Physiotherapie, etc.) enthalten seien.

Kommentar hierzu:

Wenn Schulungen verpflichtender Bestandteil eines jeden DMPs sind, dann macht es Sinn, sie qualifiziert, d. h. mit einem multimodalen Ansatz zu erbringen. Der Hinweis von GKV und DKG, Schulungen seien bereits z. B. in der Physiotherapie enthalten und damit in der Versorgung etabliert, ist klar vor dem Hintergrund einer gewünschten Kostenbegrenzung zu sehen. Eine zeitliche und inhaltliche Abstimmung (insbesondere Konsentierung eines biopsychosozialen Behandlungsansatzes) zwischen Psychotherapeuten und weiteren Leistungserbringern wie Physiotherapeuten für jeden Einzelfall ist in der vertragsärztlichen Versorgung nicht umsetzbar. Alleine die Wartezeiten bei unterschiedlichen Leistungserbringern verunmöglichen die geforderte Abstimmung. Eine Steuerung des Patienten vom koordinierenden Arzt zu einzelnen vom Arzt favorisierten Leistungserbringern ist außerdem rechtlich nicht zulässig.

Für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen ohne manifeste psychische Erkrankung steht zudem keine

Richtlinien-Psychotherapie zur Verfügung. Eine solche Diagnose liegt nicht bei allen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen vor. Wir unterstützen daher den Vorschlag von KBV und PatV, in dem strukturierte multimodale Schulungen, die aufeinander abgestimmte psychische als auch somatische Module enthalten, gefordert werden.

**Zum koordinierenden Arzt
(s. Kapitel 1.7.1)**

KBV und DKG fordern gleichberechtigt den Orthopäden und den Hausarzt als koordinierenden Arzt, d. h. der Arzt, der das DMP chronischer Rückenschmerz durchführen kann.

Der GKV-SV und die PatV fordern grundsätzlich den Hausarzt als koordinierenden Arzt und nur in Ausnahmefällen den Orthopäden

Kommentar hierzu:

Die jetzige kassenärztliche Versorgung sieht kein verpflichtendes Primärarztsystem vor. Dies führt dazu, dass z.B. im Bereich der AOK Baden Württemberg 38 % der Patienten mit chronischem Rückenschmerz nur von einem Orthopäden und nicht von einem Hausarzt betreut werden.

(Aqua Institut (8/2017)). Ein DMP Programm Rückenschmerz, in dem der Orthopäde nur in Ausnahmefällen koordinierender Arzt sein kann, würde somit dem gesetzlichen Anspruch auf eine flächendeckende Versorgung nicht gerecht werden. Die Formulierung „nur in Ausnahmefällen“ birgt zudem die Gefahr, dass diese Formulierung vom Bundesamt für Versicherung (BVA) aufgegriffen und angesichts der Versorgungsrealität ggf. Leistungserbringer ausgeschlossen werden.

Chronische Rückenschmerzen gehören gleichermaßen zum Kerngebiet von Hausärzten und Orthopäden. Orthopäden gehören zu den Fachgebieten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen und nehmen diese Aufgabe, wie oben dargestellt, für einen erheblichen Teil der Patienten wahr.

Um eine flächendeckende Versorgung zu erreichen, wird daher diese **Formulierung von uns mitgetragen.**

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Bernd Kladny
Generalsekretär der DGOU
Generalsekretär der DGOOC



Prof. Dr. med. Dietmar Pennig
Stellv. Generalsekretär der DGOU
Generalsekretär der DGU

**Auswertung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie**

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Studiengemeinschaft für Orthopädieschuhtechnik	27. Dezember 2018	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	8. Januar 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)	18. Januar 2019	Stellungnahme
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)	21. Januar 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesversicherungsamt (BVA)	22. Januar 2019	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -Forschung (DGPSF)	22. Januar 2019	Stellungnahme
Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGE-MED)	23. Januar 2019	Stellungnahme
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)	23. Januar 2019	Stellungnahme
Bundesärztekammer	24. Januar 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST)	24. Januar 2019	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)	24. Januar 2019	Stellungnahme
Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW)	24. Januar 2019	Stellungnahme
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS), 24.01.2019	24. Januar 2019	Stellungnahme
Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.	24. Januar 2019	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	24. Januar 2019	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)	24. Januar 2019	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)	24. Januar 2019	Stellungnahme
Deutscher Heilbäderverband e.V. (DHV)	24. Januar 2019	Stellungnahme
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	25. Januar 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in eine Arbeitsgruppen-Sitzungen am 29. Januar 2019, am 1. Februar 2019 und am 13. Februar 2019 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 13. März 2019 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.1	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	<p>Die DEGAM sieht die Einführung eines DMP chronischer Rückenschmerz ambivalent: auf der einen Seite besteht aktuell eine Unter-, Fehl-, aber auch eine Überversorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, die ein strukturierteres Herangehen erfordert.</p> <p>Möglicherweise könnte ein (durch ein DMP induziertes) strukturierteres Herangehen mit dazu führen, dass die im internationalen Vergleich besonders hohe Dichte bei den Arzt-Patient-Kontakten in deutschen Hausarztpraxen¹ und auch die ungezielte Inanspruchnahme orthopädischer Fachärzte dadurch abnehmen.</p> <p>Auf der anderen Seite stellt dieses (5. Hausärztliche) DMP einen potenziellen Eingriff in eines der Grundprinzipien hausärztlichen Handelns dar: die Offenheit gegenüber der Vielzahl möglicher von den Patienten an die Praxis herangetragener Gesundheitsprobleme auch zu akzeptieren. Disease Management Programme fokussieren eher auf die Erkrankung als auf die Person. Money drives practice – durch die Extrabudgetäre Vergütung der DMPs droht eine Einengung des hausärztlichen Spektrums auf die Erkrankungen, die in</p>	Die Erstellung von Anforderungen an ein DMP chronischer Rückenschmerz ist als gesetzliche Vorgabe an den G-BA mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in § 137f Absatz 1 Satz 3 SGB V eingeführt worden.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>den DMPs abgebildet sind zu Lasten anderer, den Patientinnen und Patienten womöglich aber wichtigerer Gesundheitsprobleme.</p> <p>Eine Hausarztpraxis, die 2.500 Patienten im Quartal versorgt, wird durchschnittlich 500 Patientinnen und Patienten in den DMPs betreuen. Dies ist ganz ohne Delegation an medizinische Fachangestellte kaum zu leisten. Anders als die anderen hausärztlichen DMPs wäre ein DMP chronischer Rückenschmerz aber schlecht an nichtärztliche Mitarbeiterinnen der Hausarztpraxen delegierbar, weil der Fokus auf eine Gruppe mit in besonderem Maß chronifiziertem Schmerz die persönliche ärztliche Ansprache erfordern wird.</p> <p>Die mit der Einführung neuer DMPs verknüpften zusätzlichen Fortbildungspflichten drohen die Offenheit des hausärztlichen Fortbildungswesens zudem gegenüber den übrigen Fortbildungsfragen, die sich aus dem alltäglichen hausärztlichen Alltag ergeben, einzuengenⁱⁱ.</p> <p>Aus diesem Grund sollte ein DMP chronischer Rückenschmerz</p> <ul style="list-style-type: none"> - beschränkt sein auf eine im besonderen Maß eingeschränkte Patientengruppe – und - nur im kontrollierten Vergleich eingeführt werden. <p>Komplexe Interventionen wie die Einführung von DMPs können durchaus schaden – der gute Wille, einen Missstand zu</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>beseitigen allein reicht nicht – es muss auch ein Netto-Nutzen der Intervention nachgewiesen sein.</p> <p>Wenn denn schon ein DMP chronischer Kreuzschmerz eingeführt werden soll, sollte dies</p> <p>3) von vornherein nur in einem kontrollierten, zu evaluierenden Vergleich geschehen und nicht als generelle Einführung in der Fläche – und</p> <p>b) sich konzentrieren auf die Personengruppe, die in besonderem Maß betroffen ist. Insofern begrüßt die DEGAM die von der in der NVL Kreuzschmerz abweichende Definition dieser Patientengruppe als derjenigen mit mindestens 12 Wochen lang anhaltendem Rückenschmerz (in der NVL Kreuzschmerzen 6 Wochen).</p> <p>c) Eine durch entsprechende Vergütungszuschläge oder Sonderbudgets/neue Leistungskomplexe und Patientenangebote geförderte optimierte Versorgung beinhalten</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Die Vergütung der DMP-Leistungen liegt nicht in der Regelungsbefugnis des G-BA.</p> <p>Der Beschränkung auf eine in besonderem Maße eingeschränkte Patientengruppe wurde durch die Einschlusskriterien Rechnung getragen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			Grundsätzlich ist eine evidenzbasierte Einführung eines neuen DMP durch einen kontrollierten Vergleich wünschenswert. Da die Realisierung einer solchen kontrollierten Einführung an eine Vielzahl von Voraussetzungen geknüpft ist und insbesondere aufgrund der engen zeitlichen Vorgabe zur Erstellung der Richtlinie somit nicht zur Diskussion stand, sei darauf verwiesen, dass die Erstellung der Anforderungen an das DMP und die Gestaltung der Maßnahmen nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin erfolgt.
1.2	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	Der Einschluss über das Fragebogen-Instrument „Chronic Pain Grade“ wird von der DEGAM unterstützt – allerdings müssen natürlich die Rechte an der Nutzung dieses Instrumentes geklärt sein.	Kenntnisnahme
1.3	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	Was die hinreichende Diagnostik vor Einschluss ins DMP chronischer Rückenschmerz angeht, unterstützt die DEGAM den Vorschlag von Spitzenverband Bund und Patientenvertreter/innen: vor Einschluss ins DMP chronischer Rückenschmerz sollte zunächst die Indikation für eine Reha-Maßnahme geklärt werden. Es entspricht der hausärztlichen Erfahrung, dass bei nicht wenigen Patienten das Schmerzproblem dabei, wenn nicht gelöst, doch in einen erträglichen Rahmen zurückgeführt werden kann. Nicht selten finden in einer	GKV-SV und PatV: Dank und Kenntnisnahme KBV und DKG: Die Zielgruppendefinition ist unter Zeile 57 des Beschlussentwurfes bereits ausreichend geregelt und muss an dieser Stelle nicht erneut genannt werden.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Reha bereits ein multimodales Assessment und eine multimodale Therapie statt, die im ambulanten setting bislang kaum umsetzbar ist, weil entsprechende Angebote fehlen.	
1.4	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	Den Vorschlag der KBV, dass zunächst Orthopäden, Neurologen oder Neurochirurgen hinzugezogen werden sollten, lehnt die DEGAM dagegen ab. Dieser Vorschlag suggeriert, durch den Einsatz von Ärzten/Ärztinnen der genannten Disziplinen könne ein bei chronischem Rückenschmerz eigentlich erforderliches multimodales Schmerz-Assessment überflüssig gemacht werden.	<p>KBV und DKG: Nach 12 Wochen Rückenschmerz fordert die NVL (und APTA) das Hinzuziehen weiterer spezialfachärztlicher Disziplinen. Eine Einschreibung in das DMP ohne dies wäre somit nicht leitliniengerecht.</p> <p>DKG: Zudem wird mit dem Vorschlag die Bedeutung der Abklärung anderer Ursachen verdeutlicht.</p> <p>Die KBV ist nicht der Auffassung, dass durch die Sicherung der Diagnose durch entsprechend qualifizierte Fachärzte ein multimodales Schmerz-Assessment ersetzt wird.</p> <p>GKV-SV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
1.5	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	Dagegen unterstützt die DEGAM nachdrücklich den Vorschlag von KBV und Patientenvertretern/ innen, dass an therapeutischen Konzepten mindestens 2 Professionen beteiligt sein sollten. Hier spielen vorrangig Physio- und Psychotherapeuten eine nicht zu unterschätzende Rolle ⁱⁱⁱ .	<p>KBV und PatV: Dankende Kenntnisnahme. Ein niederschwelliges multimodales Angebot lässt sich aus Sicht von KBV und PatV durch die existierenden evaluierten publizierten multimodalen Schulungsprogramme mit mindestens den beiden genannten Professionen umsetzen (s. Nummer 4.2 Beschlussentwurf). Die Einführung von Schulungsleistungen ist explizit im DMP möglich und auch gefordert.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>GKV-SV und DKG: Hierzu wird auf den Abschnitt 1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen verwiesen. Dort wird ausdrücklich die Anwendung von unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten, mindestens zwei, darunter Physiotherapie und eine aus dem psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich (Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie) beschrieben, was eben den Einsatz unterschiedlicher Professionen erfordert. Auch Abschnitt 1.5.4 enthält ausdrücklich einen multiprofessionellen Ansatz.</p>
1.6	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	Hinsichtlich der Ziele eines DMP chronischer Rückenschmerz unterstützt die DEGAM den Vorschlag der Patientenvertreter/innen, als vorrangiges Ziel, verbesserte Strategien zur Krankheitsbewältigung zu entwickeln und unnötige Operationen und Hospitalisationen und damit vorrangig eine weitere Schmerz-Chronifizierung zu vermeiden.	Infolge der Stellungnahme wurde der Text des Beschlussentwurfes unter Nummer 1.3 modifiziert.
1.7	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	Hinsichtlich der geforderten Schulungen ist die DEGAM außerordentlich skeptisch. Unseres Wissens gibt es bislang keine ausreichend evaluierten Schulungen. In den meisten Fällen handelt es sich auch weniger um kognitive Wissensdefizite als um Schwierigkeiten der Betroffenen, Verhaltensmodifikationen einzuleiten. In der realen Welt der Hausarztmedizin in Deutschland sind die Heilmittelbudgets ein wesentliches Hindernis für eine adäquate Versorgung von Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz. Physiotherapie-	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme zur Stellungnahme zu den Schulungen.</p> <p>KBV, DKG und PatV: Nach den Recherchen des G-BA existieren mehrere evaluierte und publizierte Schulungen, die nach Ansicht der KBV, der DKG und der PatV die im Beschlussentwurf formulierten Mindestanforderungen eines so-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Verordnungen für ins DMP eingeschriebene Patienten sollten darum von der Erfassung in den Heilmittelrichtgrößen ausgenommen werden.	<p>matischen und eines psychisch orientierten Ansatzes inklusive der entsprechenden Professionen erfüllt. Diese sind u.a.: Rückenfit-Programm „Lebenslust statt Krankheitsfrust“; Curriculum Rücken-schule (DRV Bund); Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP); (KddR-) Neue Rückenschule; Back to Balance – Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm; Münchener Rücken-Intensiv-Programm (MRIP).</p> <p>Diese multimodalen Schulungsprogramme sind aktuell noch nicht flächendeckend in der Versorgung umgesetzt, eine Etablierung im Rahmen des DMP ist jedoch ausdrücklich gewünscht.</p> <p><i>Konsentiert:</i> Geltende Regelungen des Leistungsanspruchs können im Rahmen dieser Richtlinie nicht geregelt werden. Regionale Verträge könne hierzu jedoch besondere Leistungen vorsehen.</p>
1.8	Deutsche Gesellschaft für Allgemein-	Eine andere Hürde besteht zumindest für ärmere Patienten in den Zuzahlungen für Physiotherapie. Diese Hürde könnte durch Abgabe von Gutscheinen für Entspannungskurse und	KBV: Nach Kenntnis der KBV liegt keine Evidenz für die Wirksamkeit nicht näher beschriebener Entspannungskurse

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	medizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	sportliche Übungen an eingeschriebene Patienten beseitigt werden. Für den Nutzen entsprechender Interventionen gibt es ausreichende Evidenz ^{iv v} . Zudem sind solche Interventionen Bestandteil der Empfehlungen der NVL Kreuzschmerz.	und unspezifischer sportlicher Übungen außerhalb des Heilmittelkatalogs vor. GKV-SV, KBV und DKG: In § 62 SGB V ist die Belastungsgrenze für gesetzliche Zuzahlungen im Hinblick auf ökonomisch schlechter gestellte Patienten definiert.
1.9	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	Hinsichtlich einer multimodalen Schmerztherapie bevorzugt die DEGAM den Vorschlag von GKV-SV und DKG: sollten intensiviertere Therapieverfahren nicht zum Erfolg führen, soll die Erforderlichkeit einer multimodalen Schmerztherapie geklärt werden. Eine einfache Mitbehandlung durch ambulante Schmerztherapeuten ist häufig genug monothematisch auf das Schmerzgeschehen orientiert und eröffnet nicht die Möglichkeiten, die ein multimodaler Ansatz bietet.	GKV-SV und DKG: Dank und Kenntnisnahme
1.10	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	Die DEGAM sieht den Vorschlag von DKG und KBV, auch Orthopäden als Langzeit- Betreuende zu benennen, kritisch. In dieser Fachgruppe sind die notwendigen Kompetenzen und Möglichkeiten (z. B: niedrighschwelliger Zugang, Qualifikation im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung, holistischer Ansatz, wohnortnahe Versorgung) meist nicht vorhanden. Es ist allerdings möglich, dass von den spezialistischen Praxen nur solche mit einem Schwerpunkt in der Versorgung von Rückenschmerzpatienten das DMP ebenfalls anbieten können.	GKV-SV und PatV: Dank und Kenntnisnahme KBV und DKG: Es ist absehbar, dass an diesem DMP nur solche grundversorgenden Ärzte teilnehmen, die einen Schwerpunkt in der Versorgung von Rückenschmerzpatienten haben und an diesem Thema besonders interessiert sind, unabhängig von den genannten Fachgruppen. Beispielsweise etwa 50% aller Orthopäden verfügen über die Zusatzqualifikation der psychosomatischen Grundversor-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			gung. Bis zu 40% aller Rückenschmerzpatienten in orthopädischen Praxen werden ohne Hinzuziehen eines Hausarztes wohnortnah versorgt.
1.11	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	Die DEGAM unterstützt den Vorschlag von GKV-SV und Patientenvertretung, die Verpflichtung zu streichen, bei anhaltend hohem Schmerzniveau oder bei wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden die Betroffenen zum Schmerztherapeuten zu überweisen. Wie oben ausgeführt führt eine alleinige schmerztherapeutische Mitbetreuung eher selten zum Erfolg, wenn sie nicht in ein multimodales Konzept eingebunden ist.	GKV-SV und PatV: Dank und Kenntnisnahme KBV und DKG: Es handelt sich nicht um eine Überweisungsverpflichtung. „Es soll geprüft werden ob die Überweisung oder Weiterleitung erfolgen soll.“ (vgl. Zeile 256ff im Beschlussentwurf)
1.12	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	Viel eher sollte nach Auffassung der DEGAM bereits vor Einschreibung ins DMP chronischer Rückenschmerz ein gesondert extrabudgetär zu vergütendes multimodales Assessment unter Einschluss der koordinierenden Ärzte durchgeführt werden.	Die Vergütung der DMP-Leistungen liegt nicht in der Regelungsbefugnis des G-BA. Es besteht kein eigenes Leistungsrecht, welches durch die DMP-Anforderungen definiert wird.
1.13	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	Hinsichtlich der regelmäßigen Überprüfung, ob die Weiterführung des DMP chronischer Rückenschmerz noch erforderlich ist, befürwortet die DEGAM das 1-Jahres-Intervall.	DKG und PatV: Dank und Kenntnisnahme für die Befürwortung des 1-Jahres- Intervalls KBV: Auch die KBV befürwortet die regelmäßige Überprüfung, ob eine Weiterführung noch erforderlich ist. Die ge-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Money drives intervention – wir wissen aus dem DMP Diabetes, wieviele Patienten noch als Diabetes-Patienten weitergeführt werden, obwohl nach den Daten aus Nordrhein^{vi} 46% ein HbA1c <6,5% haben.</p>	<p>neuen Intervalle der Prüfung sind aus Sicht der KBV patientenindividuell festzulegen.</p> <p>GKV-SV: Auch der GKV-SV befürwortet eine regelmäßige Überprüfung, ob eine Weiterführung noch erforderlich ist, allerdings erst spätestens nach zwei Jahren, weil den verschiedenen Interventionsmöglichkeiten ausreichend Zeit gegeben werden soll, ihre Wirkung zu entfalten.</p> <p>KBV: Der Hinweis auf möglicherweise nicht korrekte Weiterführung einer DMP Teilnahme im DMP Diabetes Typ 2 (insbesondere durch Hausärzte) ist aus Sicht der KBV mit der aufgeführten Argumentation nicht ausreichend belegt.</p>
1.14	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	<p>Zusammenfassend erscheint es nach Auffassung der DEGAM nicht gesichert, dass ein DMP chronischer Rückenschmerz mehr nutzen als schaden wird. Dies gilt insbesondere, wenn es keine zusätzlich geförderten Möglichkeiten für die Umsetzung leitliniengerechter Therapie gibt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darum sollte der Kreis der einzuschließenden Patienten auf die am stärksten von einer Chronifizierung Betroffenen begrenzt werden und die DMPEinführung zunächst nur als kontrollierter Versuch erfolgen. • Wenn das DMP eingeführt wird, soll von Anfang an auf einen multimodalen Ansatz orientiert werden. 	<p>KBV zu Spiegelstrich 2: Dankende Kenntnisnahme, in der Position der KBV und PatV ist ein multimodales Angebot für</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> • Vor Einschreibung sollten Reha-Maßnahmen geprüft sowie ein zu vergütendes multimodales Assessment durchgeführt werden. • Die Rolle des koordinierenden Arztes/der koordinierenden Ärztin sollte auf Hausärztinnen und Hausärzte beschränkt bleiben. • Die Verordnung von Physiotherapie sollte durch Herausnahme der Verordnungskosten für ins DMP eingeschriebene Patienten aus den Heilmittelrichtgrößen-Vereinbarungen erleichtert, die Teilnahme der Patienten an entsprechenden Angeboten durch Gutscheine für Entspannungs- und Trainings-Übungen gefördert werden. 	<p>jeden Patienten und jede Patientin als Basismaßnahme vorgesehen.</p> <p>KBV: Zu den weiteren Spiegelstrichen s.o.</p>
1.15	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 18.01.2019	<p>Literatur</p> <p>i Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT: The German Health Care System in international comparison: the primary care physicians' perspective. Dtsch Arztebl Int 2011; 108: 255–61.</p> <p>ii Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) – Sektion Fortbildung. Positionspapier zur hausärztlichen Fortbildung im</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Qualitätszirkel, Chancen und Risiken bei der Integration von Disease Management Programmen. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Fortbildung/Hausaerztliche%20Fortbildung%20im%20Qualitaetszirkel%20final.pdf – letzter Zugriff am 8.1.2018</p> <p>iii Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. Schmerz 2014;28:459-72</p> <p>iv Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (StarT Back): a randomised controlled trial. Lancet 2011;378:1560-71</p> <p>v Chou R, Deyo R, Friedly J et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2017;166:493-505</p> <p>vi Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR Qualitätsbericht 2015 https://www.kvno.de/downloads/quali/qualbe_dmp15.pdf - letzter Zugriff 8.1.2019</p>	
2	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>(Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) sollen personenbezogener Daten in den strukturieren Behandlungsprogrammen nach §137f des SGB V nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des SGB V genutzt werden. Keiner der genannten Parameter erfüllt diese Zwecke in dem Maße, dass eine verpflichtende Dokumentation begründbar wäre.</p> <p>GKV-SV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
2.2	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	<p>Nummer II., 1.2, Randziffer 78</p> <p>3) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Vorschlag von DKG, KBV:</p> <p>Die Voraussetzungen für die Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz müssen zum Zeitpunkt der Einschreibung durch schriftliche Befunde, unter an-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>derem auch hinzugezogener oder vorbehandelnder Fachdisziplinen (z. B. Orthopädie, Neurologie oder Neurochirurgie unter Berücksichtigung der vorliegenden radiologischen Befunde), belegbar sein.</p> <p>Vorschlag von GKV-SV, PatV: [streichen]</p> <p>B) Stellungnahme Die Disease-Management-Programme (DMP) sollen eine gute Versorgung der Patienten sicherstellen. Dabei ist insbesondere eine Unter-, Über- und Fehlversorgung zu vermeiden. Daher ist eine zielgenaue Definition der Einschreibekriterien unter Berücksichtigung der damit entstehenden Kosten erforderlich. Soweit bereits bei der Einschreibung eine weitere Abklärung erforderlich ist, sollte diese nur in den erforderlich werdenden Fällen möglich sein.</p> <p>C) Änderungsvorschlag Die von der DKG und der KBV genannten Anforderungen</p>	<p>KBV und DKG: Die Konkretisierung ist aus Sicht der KBV und DKG erforderlich, da es sich hier um Patienten mit bereits 12 Wochen bestehenden, nicht auf leitliniengerechte</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		sind bereits unter den Randziffern 70 bis 73 des Beschlussentwurfs geregelt. Der Vorschlag der DKG und der KBV ist daher nicht erforderlich.	Maßnahmen ansprechende Rückenschmerzen handelt. Der Ausschluss spezifisch behandelbarer Ursachen vor Einschluss in das DMP ist daher von besonderer Bedeutung. (vgl. auch lfd. Nummer 1.4 Auswertungstabelle) GKV-SV und PatV: Dank und Kenntnisnahme
2.3	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	Nummer II., 1.3, Randziffer 85 3) Beabsichtigte Neuregelung Chronischer Kreuzschmerz ist mit einem erheblichen Verlust an Lebensqualität verbunden. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele: - Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität - Verbesserung der Funktionsfähigkeit - Reduktion der Schmerzintensität - Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit Zusätzlich Vorschlag von PatV: - Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>- Reduktion von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen - Reduktion von chirurgischen Maßnahmen</p> <p>Zusätzlich Vorschlag von GKV-SV, DKG, KBV:</p> <p>- Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz, sowie Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage</p> <p>Die Therapieziele sollen durch den strukturierten Einsatz von evidenzbasierten effektiven Behandlungsmaßnahmen und unter Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen erreicht werden. Die therapeutische Beziehung soll einer Somatisierung und übermäßiger Fixierung auf medizinische Maßnahmen entgegenwirken.</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität folgt aus den weiteren Therapiezielen. Das Bundesversicherungsamt schlägt folgende Fassung der Therapieziele vor:</p> <p>C) Änderungsvorschlag</p>	<p>GKV-SV: Die einzelnen Punkte sind Bestandteil unter Num-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Funktionsfähigkeit - Reduktion der Schmerzintensität - Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit • Reduktion von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen • Reduktion von chirurgischen Maßnahmen 	<p>mer 1.3 Therapieziele. Die kausalen Zusammenhänge unterliegen vielfältigen epidemiologischen Einflüssen. Auch die einzelnen Komponenten wie Verbesserung der Funktionsfähigkeit, Reduktion der Schmerzintensität etc. stellen bereits wichtige Therapieziele dar.</p> <p>KBV und PatV: Dem redaktionellen Vorschlag könnte gefolgt werden, ein Konsens konnte nicht hergestellt werden.</p> <p>[DKG: Aktuell keine Positionierung]</p>
2.4	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	<p>Nummer II., 1.5.1, Randziffer 124</p> <p>3) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Vorschlag von KBV, PatV:</p> <p>Ergänzend zur individuellen Aufklärung sollte allen Patientinnen und Patienten die Patienteninformation „Chronische Kreuzschmerzen – Aktiv gegen dauerhafte Kreuzschmerzen“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mit der Einschreibung in das DMP zur Verfügung gestellt werden.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Vorschlag von GKV-SV, DKG: [streichen]</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Im Rahmen der Zulassungsprüfung muss gewährleistet sein, dass die Patienteninformation den Anforderungen der DMP-A-RL gerecht wird und nicht im Widerspruch zur Richtlinie steht. Bei einer Änderung der Richtlinie muss sichergestellt sein, dass diese Patienteninformation weiterhin den Anforderungen der Richtlinie entspricht. Dies schließt nicht aus, dass nach Bestätigung der Richtlinienkonformität die regionalen Vertragspartner die Patienteninformation vertraglich vereinbaren.</p> <p>C) Änderungsvorschlag</p> <p>Auf die Aufnahme des Vorschlags von KBV und PatV sollte verzichtet werden.</p>	<p>KBV und PatV: Im Rahmen der Beratung wurde die Konformität der Patienteninformation des ÄZQ mit den Anforderungen im DMP geprüft und bestätigt. Eine Richtlinienänderung würde eine erneute Prüfung der Patienteninformation auslösen. Da das DMP insbesondere auf Basis der NVL formuliert wurde, ist die Verwendung dieser Patienteninformation naheliegend und führt zu einer krankenkassenübergreifenden Standardisierung dieser Informationen.</p> <p>DKG und GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p>
2.5	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	<p>Nummer II., 1.5.1, Randziffer 134</p> <p>3) Beabsichtigte Neuregelung</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Vorschlag von DKG: Des Weiteren soll geprüft werden, ob der Patient oder die Patientin von einer Schulung gemäß Nummer 4.2 profitieren kann.</p> <p>Vorschlag von KBV, PatV: Alle Patienten erhalten als zentrale Maßnahme Zugang zu einer Schulung, die als multimodales Angebot gemäß Nummer 4.2 konzipiert ist.</p> <p>Vorschlag von GKV-SV: [streichen]</p> <p>B) Stellungnahme Nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V und § 4 der DMP-A-RL sind in den Verträgen Anforderungen an die</p>	<p>KBV, PatV und DKG: Nach den Recherchen des G-BA existieren mehrere evaluierte und publizierte Schulungen, die nach Ansicht der KBV, der DKG und der PatV die im Beschlussentwurf formulierten Mindestanforderungen eines so-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Schulung von Versicherten und Leistungserbringern vorzusehen.</p> <p>Schulungsprogramme, die im Rahmen dieses DMP verwendet werden sollen, müssen strukturiert, evaluiert und publiziert sein (vgl. auch Nummer II., 4.2., Randziffer 331) und beim Bundesversicherungsamt zur Prüfung auf Verwendbarkeit eingereicht werden. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens kann keine Beurteilung dazu abgegeben werden, ob die in den Tragenden Gründen, Seite 13, von KBV und PatV erwähnten, nach Recherche des G-BA existierenden Schulungsprogramme vom Bundesversicherungsamt als zulassungsfähig anerkannt werden können.</p> <p>Soweit Schulungsprogramme verpflichtend aufgenommen werden, ist eine Zulassung eines DMP – Programmes nur möglich, wenn die Antragsteller ein zulassungsfähiges Schulungsprogramm einreichen.</p> <p>Für den Fall, dass der G-BA dem Vorschlag der KBV (Bereitstellung eines multimodalen Angebotes) folgt, ist es erforder-</p>	<p>matischen und eines psychisch orientierten Ansatzes inklusive der entsprechenden Professionen erfüllt. Diese sind u.a.:</p> <p>Rückenfit-Programm „Lebenslust statt Krankheitsfrust“; Curriculum Rücken-schule (DRV Bund); Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP); (KddR-) Neue Rückenschule; Back to Balance – Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm; Münchener Rücken-Intensiv-Programm (MRIP)</p> <p>Diese multimodalen Schulungsprogramme sind aktuell noch nicht flächendeckend in der Versorgung umgesetzt, eine Etablierung im Rahmen des DMP ist jedoch ausdrücklich gewünscht.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass alle Stufen des strukturierten Behandlungskonzepts des GKV-SV Bestandteile der Patientenschulung enthalten, die den Anforderungen in § 4 der DMP-ARL entsprechen, nämlich, dass sie der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapie-maßnahmen dienen. Es handelt sich dabei sowohl um Informationsvermittlung als um auch praktischen Übungen, die von verschiedenen Professionen durchgeführt wird. Es gehören dazu die Therapieplanung mit dem Arzt, das Informationsmaterial, das von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt wird,</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>lich, dass diese Angebote existieren. Sie wären dann verpflichtende Zulassungsvoraussetzung (z.B. Bereitstellung eines interdisziplinären Teams als multimodales Angebot) und flächendeckend anzubieten.</p>	<p>die Bewegungstherapie, die Entspannungsverfahren, die Verhaltenstherapie und die stationäre/teil-stationäre multimodale Schmerztherapie. Aufgrund dieses Vorhandenseins von Schulungselementen in den einzelnen Interventionen kann auf eine eigene Schulung, die zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorhanden ist und erst entwickelt und evaluiert werden müsste, verzichtet werden.</p>
2.6	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	<p>Nummer II., 1.5.2, Randziffer 136</p> <p>3) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Vorschlag von GKV-SV, DKG:</p> <p>1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen</p> <p>Als wesentliche nicht-medikamentöse Behandlung soll die angeleitete Bewegungstherapie zur Anwendung kommen. Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.</p> <p>In Abhängigkeit der individuellen Befundkonstellation und der</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>fachbezogenen Begründbarkeit, (siehe Nummer XX) können folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser, - Entspannungsverfahren: Jacobsonsche Relaxationstherapie - Verhaltenstherapie - Ergotherapie <p>Grundsätzlich stehen außerdem die Maßnahmen gemäß Heilmittelkatalog sowie die Akupunktur und die ärztliche Manuelle Therapie zur Verfügung</p> <p>Vorschlag von KBV, PatV:</p> <p>1.5.2 Individuelle zusätzliche Maßnahmen</p> <p>Ergänzend zur Basistherapie können in Abhängigkeit der individuellen Befundkonstellation, der individuellen Präferenzen und der individuell erhobenen Risikokonstellation (siehe Nummer 1.4) zusätzlich folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> - Verhaltenstherapie (bei Vorliegen einer seelischen Krankheit) - Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser, - Entspannungsverfahren/progressive Muskelrelaxation - Manuelle Therapie in Kombination mit Bewegungstherapie - Massage in Kombination mit Bewegungstherapie - Ergotherapie im Rahmen eines multimodalen Angebotes - Akupunktur <p>Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.</p> <p>Um eine zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmte Kombination von somatisch und psychisch orientierten Behandlungsmodalitäten im Sinne eines multimodalen Ansatzes in der Versorgungspraxis umzusetzen, wird die multimodale Gruppenschulung gemäß Nummer 1.5.1 und 4.2 als Basismaßnahme für alle Patientinnen und Patienten in diesem</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>DMP empfohlen. Dieses multimodale Angebot bildet die Voraussetzung für ein strukturiertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen. Daher soll vor Einleitung weiterer intensiver Maßnahmen die Teilnahme an einer multimodalen Gruppenschulung geprüft werden.</p> <p>Zeigt sich innerhalb eines angemessenen Behandlungszeitraumes keine Besserung, soll die Fortführung oder Intensivierung von singulären Interventionen (z.B. Massage, Physiotherapie, manuelle Therapie) ohne Unterstützung durch ein multimodales Angebot vermieden werden.</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Es wird auf die mögliche Notwendigkeit der Einbindung der Heilmittelerbringer im Rahmen des Zulassungsverfahrens hingewiesen.</p>	<p>Da es sich bei den Leistungen der Heilmittelerbringer um veranlasste Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung handelt, ist keine Notwendigkeit der Einbindung der Heilmittelerbringer in die Vertragsgestaltung und das Zulassungsverfahren erkennbar.</p>
2.7	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	<p>Nummer II., 1.5.3, Randziffer 150</p> <p>3) Beabsichtigte Neuregelung</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Vorschlag von GKV-SV, DKG:</p> <p>1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen</p> <p>Die Erreichung der Therapieziele und die Wirkung der individuellen Therapiemaßnahmen sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Zeigt sich innerhalb eines angemessenen Behandlungszeitraumes nach Einschreibung in das DMP keine Besserung von Schmerz und Funktionseinschränkung, prüft der Arzt oder die Ärztin, ob die Patientin oder der Patient von einer Kombination von individuellen Therapiemaßnahmen profitieren kann. Dabei sollen über einen definierten Zeitraum zeitgleich und aufeinander abgestimmt verschiedene Behandlungsmodalitäten – mindestens zwei, darunter Physiotherapie und eine aus dem psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich (Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie) – zur Anwendung kommen. Der koordinierende Arzt oder die koordinierende Ärztin überprüft mit der Patientin oder dem Patienten Motivation und Machbarkeit eines solchen intensivierten Behandlungskonzepts, das zugleich mit erhöhten Anforderungen an die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten einhergeht. Nach Abschluss des festgelegten Zeitraumes bewertet der Arzt oder die Ärztin gemeinsam mit</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>der Patientin oder dem Patienten den Erfolg der intensivierten Therapiemaßnahme.</p> <p>Vorschlag von KBV, PatV:</p> <p>1.5.3 Weitere intensivierete Maßnahmen</p> <p>Die Erreichung der gemeinsam vereinbarten Therapieziele ist nach Teilnahme an einer Schulung gemäß Nummer 4.2 in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.</p> <p>Sofern die ergänzenden Maßnahmen wie unter Nummer 1.5.2 beschrieben nicht erfolgreich sind oder keinen Erfolg versprechen, soll der Einsatz der ambulanten Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung oder eine teilstationäre oder stationäre multimodale Therapie erwogen werden.</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Es sollte definiert werden, was unter einer teilstationären oder stationären multimodalen Therapie zu verstehen ist, bzw. worin abgesehen von dem Versorgungssektor der Unterschied zu der unter Nummer 1.5.1 und 1.5.2 angesprochenen Gruppenschulung besteht.</p>	<p>Mit der multimodalen Schmerztherapie sind die im OPS-Verzeichnis hinterlegten Definitionen zur stationären und teilstationären multimodalen Schmerztherapie (OPS Nummern 8-918ff, 8-91b, 8-91c) adressiert.</p> <p>DKG, KBV und PatV: Bei den angesprochenen Gruppenschulungen handelt es sich um ambulante Maßnahmen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
2.8	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	<p>Nummer II., 1.5.X, Randziffer 156-162</p> <p>3) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Die medikamentöse Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen ist symptomatisch. Sie dient der Unterstützung der nicht-medikamentösen Maßnahmen, damit die Betroffenen frühzeitig ihre üblichen Aktivitäten wiederaufnehmen. Die Indikation bei chronischen Kreuzschmerzen besteht einerseits, wenn zur Umsetzung der aktivierenden Maßnahmen eine medikamentöse Schmerztherapie erforderlich ist, andererseits wenn trotz regelrechter Durchführung dieser Maßnahmen eine für den Patienten nicht tolerable schmerzbedingte funktionelle Beeinträchtigung bestehen bleibt.</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Das Bundesversicherungsamt schlägt eine redaktionelle Änderung vor.</p> <p>Die bisherige Fassung ist schwer verständlich, da die Indikation [zur medikamentösen Therapie] gerade mit dieser Indikation begründet wird: „Die Indikation [medikamentöse Therapie] bei chronischen Kreuzschmerzen besteht einerseits, wenn zur Umsetzung der aktivierenden Maßnahmen eine</p>	<p>Der Änderungsvorschlag wurde unter Nummer 1.5.X Medikamentöse Therapie übernommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>medikamentöse Schmerztherapie erforderlich ist,...“</p> <p>Das Bundesversicherungsamt regt eine rein redaktionelle Überarbeitung wie beispielsweise im Änderungsvorschlag an.</p> <p>C) Änderungsvorschlag</p> <p>Die medikamentöse Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen erfolgt symptomorientiert. Sie dient der Unterstützung der nicht-medikamentösen Maßnahmen, damit die Betroffenen frühzeitig ihre üblichen Aktivitäten wiederaufnehmen können. Eine medikamentöse Therapie kann erforderlich werden, um den Beginn der aktivierenden Maßnahmen zu unterstützen. Sie kann außerdem erforderlich werden, wenn trotz regelgerechter Durchführung der nicht-medikamentösen Maßnahmen eine für den Patienten nicht tolerable schmerzbedingte funktionelle Beeinträchtigung bestehen bleibt.</p>	
2.9	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	<p>Nummer II., 1.7.1., Randziffer 248</p> <p>3) Beabsichtigte Neuregelung</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Vorschlag der PatV:</p> <p>Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt steht im Austausch mit den behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten und Therapeutinnen und Therapeuten. Sie oder er hat die Perspektiven, Befunde und erfolgten Maßnahmen der verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das weitere therapeutische Vorgehen miteinzubeziehen.</p> <p>Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt.....</p> <p>Vorschlag von GKV-SV, DKG, KBV: [streichen]</p> <p>3) zusätzlicher Vorschlag von GKV-SV, PatV:grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit chronischen Kreuzschmerzen auch</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder - eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder - eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt <p>zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.</p> <p>b) zusätzlicher Vorschlag von DKG, KBV: durch die Hausärztin/ den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben oder durch die Fachärztin / den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Fachärztin / den Facharzt für Orthopädie, die Fachärztin / den Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, oder durch eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.</p> <p>B) Stellungnahme Die Hausärztin/der Hausarzt sollte grundsätzlich die koordinierende Betreuung der DMP-Teilnehmer übernehmen, weil sie/er den Gesamtüberblick über die Krankheitsgeschichte sowie die berufliche und familiäre Situation des DMP-Teilnehmers hat.</p>	<p>KBV und DKG: Es ist absehbar, dass an diesem DMP nur solche grundversorgenden Ärzte teilnehmen, die einen Schwerpunkt in der Versorgung von Rückenschmerzpatienten haben und an diesem Thema besonders interessiert sind, unabhängig von den genannten Fachgruppen.</p> <p>Beispielsweise etwa 50% aller Orthopäden verfügen über die Zusatzqualifikation der psychosomatischen Grundversorgung. Bis zu 40% aller Rückenschmerzpatienten in orthopädischen Praxen werden ohne Hinzuziehen eines Hausarztes wohnortnah versorgt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>C) Änderungsvorschlag</p> <p>Das Bundesversicherungsamt befürwortet den Vorschlag des GKV-SV.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p>
2.10	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	<p>Nummer II., 3., Randziffer 305</p> <p>3) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Qualitätsziel Nummer 10</p> <p>Vorschlag der PatV:</p> <p>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>Vorschlag von DKG, GKV-SV, KBV: [streichen]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>B) Stellungnahme Dieser Vorschlag erfordert bei der Erfassung einen hohen Aufwand. In der Vergangenheit ist die Lebensqualitätsbefragung bei der Evaluation der anderen DMP-Indikationen gerade auch aus diesem Grunde weggefallen.</p> <p>C) Änderungsvorschlag Dieser Vorschlag sollte gestrichen werden.</p>	<p>PatV: Um das gemeinsam beschlossene Ziel - Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität - erheben zu können, bedarf es eines geeigneten Instruments. Der VR12 ist ein aussagekräftiger und etablierter Score, mit dem man genau dieses Ziel mit überschaubarem Aufwand messen kann. (Schließlich füllen die Patientinnen/Patienten den Fragebogen selbst aus) Wir halten die gesundheitsbezogene Lebensqualität für den zentralen Zielparameter und deshalb ein Instrument zur Erfassung für unverzichtbar.</p>
2.11	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	<p>Nummer II., 3., Randziffer 321</p> <p>3) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Kommen der Arzt oder die Ärztin und der Patient oder die Patientin zu dem Ergebnis, dass dies nicht mehr der Fall ist, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die Krankenkasse.</p> <p>B) Stellungnahme Aus Sicht des Bundesversicherungsamtes sollte der Patient in die Entscheidung über den Verbleib im DMP einbezogen</p>	<p>Eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist erforderlich, da gerade bei dieser Erkrankung die Einschätzung durch die Patienten selbst von entscheidender Bedeutung ist. Diese</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>werden, aber nicht alleine (entgegen der Meinung des Arztes) über den Verbleib im DMP entscheiden.</p> <p>C) Änderungsvorschlag</p> <p>Kommt der Arzt oder die Ärztin zu dem Ergebnis, dass dies nicht mehr der Fall ist, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die Krankenkasse.</p>	<p>gemeinsame Entscheidungsfindung wird durch die Formulierung „und“ zum Ausdruck gebracht.</p>
2.12	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	<p>Nummer II., 4.2., Randziffer 329-332</p> <p>3) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Vorschlag von GKV-SV:</p> <p>Danach dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Da die unter Nummer 1.4 bis Nummer 1.5.4 beschriebenen Therapiemaßnahmen bereits zwingend informierende und schulende Elemente, wie sie zum Erlernen von Eigenübungsprogrammen erforderlich sind, enthalten, sind isolierte Schulungspro-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>gramme nach § 4 DMP-A-RL für dieses DMP nicht erforderlich.</p> <p>Vorschlag von DKG, KBV: Jeder Patient soll Zugang zu einer strukturierten, evaluierten, und publizierten Gruppenschulung erhalten.</p> <p>Vorschlag von PatV: Jeder Patient erhält Zugang zu einem geeigneten, strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Gruppenschulungsprogramm.</p> <p>Zusätzlicher Vorschlag von KBV, PatV: Diese soll mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, angeleitet durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen, enthalten und ist aktiv übend zu gestalten.</p>	<p>KBV und PatV: Aus Sicht der KBV soll es sich bei den gefor-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>B) Stellungnahme</p> <p>Es wird auf die Stellungnahme zu Nummer II., 1.5.1, Randziffer 134 verwiesen.</p> <p>Grundsätzlich besteht für das Zulassungsverfahren die Notwendigkeit, die Schulungsprogramme abzugrenzen, um die im Rahmen des Zulassungsverfahrens geforderten Programme prüfen zu können. Die verschiedenen Vorschläge gehen offensichtlich teils von Schulungsprogrammen aus, wie sie auch bei den anderen DMP-Indikationen Verwendung finden (Vermittlung überwiegend theoretischer Kenntnisse). Zum Teil werden in diesem Entwurf aber auch Programme erwähnt, die multimodalen Charakter besitzen und praktische, individuell zugeschnittene Anwendungen enthalten. Diese werden ebenso als Schulungsprogramme bezeichnet. Wir bitten um eine klärende Darstellung.</p> <p>Die aktive Teilnahme des Versicherten ist ein wesentliches Kriterium strukturierter Behandlungsprogramme. Neben den regelmäßigen Arztbesuchen wird diese über die Wahrnehmung veranlasster Schulungen nachgewiesen. So endet die Teilnahme eines Versicherten am strukturiertem Behandlungsprogramm gemäß § 28 d Abs.2 Nr.2b) RSAV, wenn innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt wurden. So-</p>	<p>derten Gruppenschulungen nicht um rein edukative Maßnahmen handeln, sondern um multimodale Angebote, die aktiv übend zu gestalten sind. Die unter Nummer 4.2 benannten Schulungen erfüllen diese Anforderung.</p> <p>DKG, KBV und PatV: Nach den Recherchen des G-BA existieren mehrere evaluierte und publizierte Schulungen, die nach Ansicht der KBV, der DKG und der PatV die die im Beschlussentwurf formulierten Mindestanforderungen eines somatischen und eines psychisch orientierten Ansatzes inklusive der entsprechenden Professionen erfüllt. Diese sind u.a.: Rückenfit-Programm „Lebenslust statt Krankheitsfrust“; Curriculum Rücken-schule (DRV Bund); Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP); (KddR-) Neue Rückenschule; Back to Balance – Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm; Münchener Rücken-Intensiv-Programm (MRIP)</p> <p>Diese multimodalen Schulungsprogramme sind aktuell noch nicht flächendeckend in der Versorgung umgesetzt, eine Etablierung im Rahmen des DMP ist jedoch ausdrücklich gewünscht. (entspricht lfd. Nr. 2.5)</p> <p>GKV-SV: Sofern keine eigenständigen Schulungen in den Anforderungen definiert sind, da Schulungsinhalte bereits</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>fern dem Vorschlag des GKV-SV nachgekommen würde, keinerlei eigenständige Schulungen für das DMP chronische Rückenschmerzen vorzusehen, würde die Überprüfung dieser Teilnahmevoraussetzung entfallen. Es wäre zu prüfen, ob bzw. wie die Überprüfung dieser Teilnahmevoraussetzung ggf. nach Anpassung der RSAV nachgekommen werden könnte.</p>	<p>zwingende Bestandteile verschiedener Maßnahmen des DMP sind, ist es nicht möglich und nötig dem Teilnehmer eine solche zu empfehlen. Dementsprechend würde eine Überprüfung dieser Teilnahmevoraussetzung entfallen. Eine solche Situation hat z.B. im DMP Brustkrebs keine Anpassung der RSAV notwendig gemacht.</p>
2.13	Bundesversicherungsamt (BVA), 22.01.2019	<p>Ergänzend werden folgende redaktionelle Änderungen vorgeschlagen: Nummer II., 1.4, Randziffer 104</p> <p>Bei der Therapieplanung sollen eine den individuellen Voraussetzungen der Patientin oder des Patienten angemessene, zunehmende Aktivierung und weitere Lebensstilmodifikationen berücksichtigt werden. Nummer II., 1.5.1, Randziffer 128</p> <p>Sie sollen zu regelmäßiger und entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit allmählich gesteigerter körperlicher Aktivität im Alltag motiviert werden. (Streichung des zweiten zu)</p>	Die Änderungsvorschläge wurden unter Nummer 1.4 und Nummer 1.5.1 umgesetzt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3	Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und –Forschung (DGPSF), 22.01.2019		
3.1	Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und –Forschung (DGPSF), 22.01.2019	<p>Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner, sehr geehrte Damen und Herren des Gemeinsamen Bundesausschusses,</p> <p>die <i>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)</i> hat nach dem Schreiben des G-BA vom 13. Dezember 2018 an die AWMF die <i>Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und –Forschung (DGPSF)</i> auf die Möglichkeit einer Stellungnahme zum Beschlussentwurf des G-BA über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation) hingewiesen.</p> <p>Die DGPSF begrüßt Bemühungen zur Verbesserung der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit chronischem Rückenschmerz, die einem bio-psycho-sozialen Verständnis zum chronischen Rückenschmerz folgen und dabei einen interdisziplinären Behandlungsansatz favorisieren. Wir unterstützen eine Behandlung nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien.</p>	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.2	Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und –Forschung (DGPSF), 22.01.2019	Die DGPSF sieht es als positiv an, dass Patienten und Patientinnen mit nicht-spezifischem Kreuzschmerz mit Funktionseinschränkungen ab dem Grad II des Grading-Ansatzes nach von Korff in das DMP eingeschlossen werden können.	Dank und Kenntnisnahme
3.3	Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und –Forschung (DGPSF), 22.01.2019	Den konsentierten Therapiezielen können wir uns gut anschließen, ebenso einer Therapieplanung auf Basis individueller Belastungsfaktoren, wobei die Therapieplanung eine gemeinsame Verständigung auf ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell zur Voraussetzung hat.	Dank und Kenntnisnahme
3.4	Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und –Forschung (DGPSF), 22.01.2019	Abgestufte therapeutische Maßnahmen, die auf Basismaßnahmen aufbauen, sind ebenfalls ein erstrebenswertes Vorgehen, für das bedauerlicherweise in der Ausarbeitung kein Konsens (wie an vielen anderen Stellen des Beschlussentwurfes) erzielt wurde. Einigkeit besteht aber offensichtlich darin, dass als höchste Behandlungsoption die teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie gesehen wird. Das entspricht auch unserer Haltung.	Kenntnisnahme
3.5	Deutschen Gesell-	Der/ die koordinierende Arzt/ Ärztin hat in dem Beschlussentwurf die zentrale Bedeutung für die Behandlungsplanung und	KBV und PatV: In der Position der KBV und der PatV wird

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	schaft für Psychologische Schmerztherapie und –Forschung (DGPSF), 22.01.2019	Umsetzung. Andere Disziplinen mit einer Spezialisierung auf die Behandlung von chronischem Schmerz wie die Psychotherapie (spezielle Schmerzpsychotherapie) oder Physiotherapie (Schmerzphysiotherapie) kommen bestenfalls randständig vor. Die Notwendigkeit und Realisierung einer verbesserten Interaktion der an der Behandlung beteiligten Disziplinen aus Medizin, Psychologie/Psychotherapie und Physiotherapie kommt in dem Beschlussentwurf nicht zum Tragen. Dies ist ein deutlicher Kritikpunkt an dem Beschlussentwurf, der nach unserer Bewertung deutlich hinter den Zielen liegt, die die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz vorsieht.	ein interdisziplinärer, multimodaler Ansatz durch die multimodale Schulung für alle Patienten/Patientinnen als Basismaßnahme umgesetzt. [GKV-SV und DKG: Maßnahmen, die von Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten erbracht werden, sowie stationäre oder teilstationäre multimodale Schmerztherapie finden wesentliche Berücksichtigung im Anforderungsentwurf von GKV-SV und DKG. Allerdings baut die DMP-Anforderung darauf auf, dass darin beschriebene Maßnahmen flächendeckend verfügbar sind, wovon für die Schmerzphysiotherapie oder Schmerzpsychotherapie nicht ausgegangen werden kann. Möglich ist eine Einbindung der entsprechenden Disziplinen im jeweiligen Fall immer, z.B. im Rahmen der Überweisung zum jeweils qualifizierten Facharzt oder der jeweils qualifizierten Fachärztin oder der jeweils qualifizierten Einrichtung.
3.6	Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und –Forschung	Abschließend möchten wir auch unser Erstaunen und Bedauern ausdrücken, dass es nach dreijähriger Aktivität mit 24 Sitzungen der Arbeitsgruppe und mehreren Treffen des Unterausschusses DMP, in denen es inhaltlich immer um die	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	(DGPSF), 22.01.2019	zukünftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP chronischer Rückenschmerz ging, nicht gelungen ist, einen von allen Beteiligten getragenen Beschlussentwurf zur Stellungnahme vorzulegen.	
4	Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED), 23.01.2019		
4.1	Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED), 23.01.2019	<p>3. Vorbemerkung:</p> <p>Muskel und Skeletterkrankungen sind nach wie vor die wichtigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und damit für krankheitsbedingte Fehltage von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Rückenschmerzen sind dabei weiterhin eine der drei wichtigsten Einzeldiagnosen. Damit gehören Rückenerkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen. Sie können zu dauerhaften Einschränkungen, bis hin zum Verlust der Erwerbsfähigkeit führen. (Siehe u.a. BKK Gesundheitsreport 2018)</p> <p>Für die Patientinnen und Patienten bedeuten sie überdies eine zum Teil erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität.</p> <p>Die DEGEMED begrüßt daher alle Vorschläge des G-BA, die zu einer Verbesserung der Versorgungssituation erkrankter</p>	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Menschen führen. Dies trifft auch auf den vorliegenden Beschlussentwurf zu.	
4.2	Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED), 23.01.2019	<p>B. Stellungnahme im Einzelnen:</p> <p>1. Vorgeschlagene Änderung</p> <p>Im Beschlussentwurf heißt es unter:</p> <p>II. Der Richtlinie werden folgende Anlagen 15 und 16 angefügt</p> <p>1.1 Definition der chronischen Rückenschmerzen für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe</p> <p>Zeile 57 (strittig gestellt)</p> <p>„Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren Kreuzschmerzen können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.“</p> <p>2. Stellungnahme und Vorschlag</p>	Die Regelung gilt ausschließlich für die Einschreibephase und stellt sicher, dass keine zeitgleich unabgestimmte Maßnahmen unterschiedlicher Kostenträger erfolgen. Ein Ausschluss während der laufenden DMP Teilnahme ist nicht vorgesehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Wir schlagen vor, die vorgesehene Regelung zu streichen</p> <p>3. Begründung</p> <p>Im vorliegenden Entwurf wird diese Regelung u.a. damit begründet, dass ein strukturiertes Behandlungsprogramm und Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation von verschiedenen Trägern bewilligt werden könnten. Mit dem Vorschlag solle vermieden werden, dass Patientinnen und Patienten zeitgleich oder mit hoher zeitlicher Dichte in Maßnahmen unterschiedlicher Leistungsträger behandelt werden.</p> <p>Dies ist nach Auffassung der DEGEMED jedoch nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten.</p> <p>Alle Maßnahmen, die den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten verbessern können, so auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, sollten jederzeit verordnet und bewilligt werden können, wenn sie medizinisch geboten sind. Dass hierbei möglicherweise verschiedene gesetzliche Leistungsträger für Leistungen zuständig sind, die zeitgleich oder in unmittelbarer zeitlicher Abfolge aufeinander folgen oder ineinander greifen, wie strukturierte Behandlungsprogramme und medizinische Rehabilitation, sollte hierbei ohne</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Belang sein.</p> <p>Mehr noch ist es gerade Aufgabe eines strukturierten Behandlungsprogrammes verschiedene medizinische Programme aufeinander abzustimmen.</p>	
5	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund), 23.01.2019		
5.1	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund), 23.01.2019	<p><i>[Hinweis G-BA-GS: Kommentar der DRV Bund bezieht sich auf Nummer 1.2, Zeile 79]</i></p> <p>Diesen Absatz nicht ersatzlos streichen:</p> <p>Vor der Einschreibung sollte individuell durch die Ärztin bzw. den Arzt geprüft werden, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist, z. B. um negative Auswirkungen auf die Teilhabe zu verhindern. Sollte eine Rehabilitationsbedürftigkeit bestehen, verweist er/sie den Patienten oder die Patientin für die weitere Beratung und Prüfung an den Rehabilitationsträger (z. B. Renten-, Unfall- oder Krankenversicherung) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.</p>	<p>GKV-SV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV und DKG: Die Zielgruppendefinition ist unter Zeile 57 des Beschlussentwurfes bereits ausreichend geregelt und muss an dieser Stelle nicht erneut genannt werden.</p>
5.2	Deutsche Rentenversicherung Bund	<i>[Hinweis G-BA-GS: Kommentar der DRV Bund bezieht sich</i>	Kenntnisnahme. Die Verbesserung der Teilhabe ist vor allem ein Ziel für die Rehabilitation. Die Schwerpunktsetzung des

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	(DRV-Bund), 23.01.2019	<i>auf Nummer 1.3, Zeile 92]</i> - Verbesserung der Aktivität, Belastungsfähigkeit und Teilhabe	DMP liegt im langfristigen Management der Erkrankung. Da die Sinnhaftigkeit der Rehabilitation grundsätzlich geprüft wird, findet dieser Bereich im gegebenen Fall Berücksichtigung.
5.3	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund), 23.01.2019	<i>[Hinweis G-BA-GS: Kommentar der DRV Bund bezieht sich auf Nummer 1.5.1, Zeile 123]</i> Alle Patienten sollen im Arzt-Patienten-Gespräch über das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis von chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen aufgeklärt werden. In diesem Sinne sollen neben den somatischen auch die psychischen und sozialen Faktoren bei Krankheitsentstehung und -fortdauer eruiert werden und bei der Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden.	Der Ergänzungsvorschlag wird nicht übernommen, da das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell die Relevanz somatischer psychischer und sozialer Faktoren hinreichend zum Ausdruck bringt.
5.4	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund), 23.01.2019	<i>[Hinweis G-BA-GS: Kommentar der DRV Bund bezieht sich auf Nummer 1.5.1, Zeile 124 – Position KBV und PatV]</i> kann belassen werden.	KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV und DKG: Nach § 137f Abs. 3 Satz 2 SGB V i.V.m. § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV sind die Krankenkassen verpflichtet, dem Patienten (Teilnehmer) detaillierte Informationen zu den Inhalten des DMP Programms zukommen zu lassen. Hierzu erarbeiten die Krankenkassen umfangreiche Informationsbroschüren, die auf Grundlage der DMP-A-RL erstellt

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>werden und vom Bundesversicherungsamt als Zulassungsvoraussetzung für das DMP Programm geprüft werden. Hierdurch wird eine umfassende Information auf alle Inhalte der DMP-A-RL sichergestellt.</p> <p>Die Patienteninformation der ÄZQ bezieht sich ausschließlich auf die NVL, deren Erkenntnisse und Inhalte aber nicht vollumfänglich in die DMP-A-RL übernommen wurden. Es besteht somit keine vollständige Kongruenz zwischen der Patienteninformation der ÄZQ und der für die Umsetzung des DMP relevanten DMP-A-RL. Darüber hinaus würden Anpassungen der DMP-A-RL im Rahmen der regelmäßigen Überprüfung der medizinischen Inhalte dazu führen, dass vorgenommene Anpassungen identisch in der Patienteninformation der ÄZQ umzusetzen wären. Auf die ÄZQ als Herausgeber der Patienteninformation haben die Krankenkassen aber keinerlei Einfluss, rechtliche Beziehungen bestehen nicht. Sofern Anpassungen dann nicht oder nicht zeitnah vorgenommen würden, droht der Entzug der Zulassung des DMP durch das Bundesversicherungsamt.</p>
5.5	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund), 23.01.2019	<i>[Hinweis G-BA-GS: Kommentar der DRV Bund bezieht sich auf Nummer 1.7.4, Zeile 295]</i>	Der Vorschlag wurde unter Nummer 1.7.4 übernommen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Je nach Konstellation können bestimmte Rehabilitationskonzepte wie z.B. verhaltensmedizinische oder beruflich-orientierte Rehabilitation Anwendung finden.	
5.6	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund), 23.01.2019	<p><i>[Hinweis G-BA-GS: Kommentar der DRV Bund bezieht sich auf die Tragenden Gründe zu Nummer 1.1, Zeile 149 Position GKV-SV, DKG]</i></p> <p>Rehabilitation kann jedoch weder die Initialdiagnostik noch eine akute Behandlungsbedürftigkeit ersetzen.</p> <p>Streichung:</p> <p>Da bei einem geplanten, beantragten oder laufenden Rehabilitationsverfahren unter Umständen die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers besteht, könnte es bei gleichzeitiger Einschreibung in das DMP zu Überschneidungen von Leistungsansprüchen und gleichzeitigen unabhingestimmten Behandlungen kommen.</p>	<p>GKV-SV und KBV: Völliges Einverständnis mit dem Kommentar der DRV. Allerdings scheint in dieser entscheidenden Phase des Krankheitsverlaufs und des Managements ein Vorrang der Rehabilitation vor der Einschreibung in ein DMP sinnvoll. Deshalb erfolgt keine Streichung in den Tragenden Gründen.</p>
5.7	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund), 23.01.2019	<p><i>[Hinweis G-BA-GS: Kommentar der DRV Bund bezieht sich auf die Tragenden Gründe zu Nummer 1.1, Zeile 150 Position GKV-SV]</i></p> <p>Wir sind für den Vorschlag des GKV-SV, bitten jedoch den zweiten Teil streichen, da er den Behandler mehr verwirrt als dem Pat. hilft. Der zuständige Träger wird zur Not unter den</p>	<p>GKV-SV: Die Ausführungen in den Tragenden Gründen dienen der Klarstellung.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Reha-Trägern selbst ermittelt (BTHG/"Reha wie aus einer Hand")</p> <p>Streichung Satz:</p> <p>„Geplant“ bezüglich der Rehabilitationsmaßnahme bedeutet, dass der Arzt dem Patienten eine aus medizinischer Sicht sinnvolle Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme empfiehlt, dieser prüft den Vorschlag und informiert sich bei den zuständigen Stellen. Die Phase der Planung wird entweder durch die Stellung eines Antrages oder eine Ablehnung des Vorschlags durch den Patient beendet. Bei bereits beantragten Leistungen zur Rehabilitation ist eine Einschreibung nach Abschluss des Antragsverfahrens im Sinne einer Ablehnung oder nach Abschluss der durchgeführten Maßnahme möglich.</p> <p><i>[Hinweis G-BA-GS: Kommentar der DRV Bund bezieht sich auf die Tragenden Gründe zu Nummer 1.1, Zeile 150 Position KBV]</i></p> <p>Streichung Satz:</p> <p>Bei einer geplanten Rehabilitationsmaßnahme kann die Patientin oder der Patient erst dann eingeschrieben werden, wenn die Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen ist oder nicht durchgeführt wird.</p>	<p>DKG und KBV: Im Beschlussentwurf Zeile 57 ist diese entsprechende Personengruppe definiert. Die Streichung sollte deshalb nicht erfolgen. Sie dient der Erläuterung des Beschlussentwurfs.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><i>[Hinweis G-BA-GS: Kommentar der DRV Bund bezieht sich auf die Tragenden Gründe zu Nummer 1.1, Zeile 150 Position PatV]</i></p> <p>DRV ist für streichen! Beide Konzepte können sich problemlos ergänzen. Die hier skizzierten Abläufe und Bedingungen stellen eine Barriere für den Reha-Zugang dar und sollten ggf. entfallen.</p>	
5.8	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund), 23.01.2019	<p><i>[Hinweis G-BA-GS: Kommentar der DRV Bund bezieht sich auf die Tragenden Gründe zu Nummer 1.2, Zeile 172 Position GKV-SV]</i></p> <p>GKV-SV Ausführungen beibehalten, geringfügig ändern.</p> <p>Streichung des Wortes „auch“:</p> <p>Darüber hinaus verfügen die Anbieter von Rehabilitationsmaßnahmen über Konzepte und Strukturen, die die Möglichkeit einer intensiven Behandlung während eines begrenzten Zeitraumes, auch mit multimodalen Ansätzen, bieten.</p>	GKV-SV und PatV: Streichung „auch“ o.k.
6	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
6.1	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Seite 2 Zeile 28: Die Dokumentation Parameter 13 - 17 sollten obligat anstatt optional ausgefüllt werden.	<p>KBV und DKG: Eine medizinische Begründung, inwiefern insbesondere der Blutdruck und die in Anlage 2 genannten Begleiterkrankungen chronische unspezifische Rückenschmerzen beeinflussen ist in der Stellungnahme nicht enthalten.</p> <p>Laut § 28f der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) sollen personenbezogener Daten in den strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f des SGB V nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des SGB V genutzt werden. Keiner der genannten Parameter erfüllt diese Zwecke in dem Maße, dass eine verpflichtende Dokumentation begründbar wäre.</p> <p>GKV-SV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
6.2	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie	Zeile 54: Die Definition rheumatische Erkrankungen sollte	Dem Vorschlag wurde gefolgt, der Beschlussentwurf wurde

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	präzisiert werden zu „Autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen“.	unter Nummer 1.1 angepasst.
6.3	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 57: Zustimmung (GKV, DKG,KBV).	Dank und Kenntnisnahme
6.4	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)	Zeile 74-77: Ergänzung: Die rechtfertigende Indikation zu einer schnittbildgebenden Diagnostik soll erst nach fachärztlicher Untersuchung gestellt werden.	Dem Vorschlag der Ergänzung wurde nicht gefolgt, da im ambulanten Bereich überwiegend Fachärzte tätig sind.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019		
6.5	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 78: Belassen: Es kann nicht sein, dass ein Patient ins DMP Rücken eingeschrieben wird, ohne dass eine fachärztliche Untersuchung stattgefunden hat und auch dokumentiert ist. Das wäre ein Verstoß gegen zwei Leitlinien und damit würde das DMP gegenüber der Regelversorgung eine qualitative Verschlechterung darstellen.	<p>DKG und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV und PatV: Nach 12 Wochen Rückenschmerzen ist davon auszugehen, dass viele der Patienten anderen Fachdisziplinen zur Abklärung vorgestellt wurden und entsprechende Befunde vorliegen. Wenn der behandelnde Arzt darauf aber verzichtet hat, so liegt die Beurteilung ausdrücklich bei der einschreibenden Ärztin oder dem einschreibenden Arzt, ob die Diagnostik zum Zeitpunkt der Einschreibung als ausreichend angesehen werden kann, um insbesondere die Ausschlusskriterien beurteilen zu können. Anforderungen an das Vorliegen von Ausschlussbefunden sind mit dem Ziel der Vermeidung von Überdiagnostik nicht vereinbar.</p>
6.6	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie	Zeile 114: GKV-SG, DKG: Zumindest der 3. Absatz muss gestrichen werden; der Hinweis auf die Punkte 1.5.2 und 1.5	Der Hinweis kann nicht nachvollzogen werden. Gemäß Leitlinie (NVL 2017 S. 69-71, Tab. 12) stellt der chronisch nicht-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	und. 3 sollen belassen werden. Ein chronischer nicht spezifischer Kreuzschmerz ist definitionsgemäß keine Indikation zur Durchführung einer stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie.	spezifische Kreuzschmerz durchaus eine Indikation zur Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie (mit Verweis auf den OPS-Katalog) dar.
6.7	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 134+136: KBV PatV: So belassen, da Schulungen verpflichtender Bestandteile eines jeden DMP lt. §137f (2)4 SGB V sind. Eine multimodale Schulung wäre das innovative Element dieses DMP.	<p>KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Der Beschlussvorschlag der DKG sieht ebenfalls das Angebot von Schulungen vor. Dies schließt auch die Möglichkeit einer multimodalen Schulung ein.</p> <p>GKV-SV: Alle Stufen des strukturierten Behandlungskonzepts des GKV-SV enthalten Bestandteile der Patientenschulung, die den Anforderungen in § 4 der DMP-A-RL entsprechen, nämlich, dass sie der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen dienen. Es handelt sich dabei sowohl um Informationsvermittlung als um auch praktischen Übungen, die von verschiedenen Professionen durchgeführt wird. Es gehören dazu die Therapieplanung mit dem Arzt, das Informationsmaterial, das von</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			den Krankenkassen zur Verfügung gestellt wird, die Bewegungstherapie, die Entspannungsverfahren, die Verhaltenstherapie und die stationäre/teil-stationäre multimodale Schmerztherapie. Aufgrund dieses Vorhandenseins von Schulungselementen in den einzelnen Interventionen kann auf eine eigene Schulung, die zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorhanden ist und erst entwickelt und evaluiert werden müsste, verzichtet werden.
6.8	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 149: Zu 11.5.3: Eine weitere Intensivierung der Maßnahmen nach 12 Wochen frustraner Therapie widerspricht allen Leitlinien. Hier bedarf es neuer Therapieansätze, statt mehr von der monomodalen Therapie in intensivierter Form.	GKV-SV und DKG: Eigenständige multimodale Therapiemaßnahmen bei chronischem Rückenschmerz, auf die ein DMP zurückgreifen könnte, sind im ambulanten Versorgungsbereich im Regelleistungskatalog derzeit nicht verfügbar. Es ist aber möglich, eine Therapie im ambulanten Versorgungsbereich zu gestalten (1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen), die der multimodalen Therapie nahekommmt. Dazu werden über einen definierten Zeitraum zeitgleich und aufeinander abgestimmt verschiedene im Regelleistungskatalog vorhandene Behandlungsmodalitäten – mindestens 2, darunter Physiotherapie und eine aus dem psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich (Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie) miteinander kombiniert. Dies entspricht den Interventionen, für die im o.g. Cochrane-Review der

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			Wirksamkeitsnachweis geführt wurde (multidisziplinäre, biopsychosoziale Rehabilitation Kamper 2014).
6.9	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile: 183 + 184: Streichen: In einem DMP chronischer Rückenschmerz werden definitionsgemäß keine akuten Schmerzen behandelt.	Der Hinweis wurde berücksichtigt und unter Nummer 1.5. X Medikamentöse Therapie, Zeile 183 der Wortlaut in „bei akuten Schmerzexazerbationen“ geändert.
6.10	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 241: Zur Beurteilung des Verlaufes von Schmerzen und Funktion sollen immer der komplette Fragebogen abgefragt werden. Die Validierung eines Fragebogens bezieht sich immer auf den gesamten Inhalt des Fragebogens.	KBV und GKV-SV: Mit den beiden vorgeschlagenen Items werden die generischen Aspekte beider Subskalen des CPG-Fragebogens abgebildet. Der Einsatz aller sieben Items des Fragebogens zur Verlaufsuntersuchung wird aufgrund des daraus entstehenden hohen Aufwandes bei der Erfassung, Auswertung, Interpretation und Archivierung der Fragebogenergebnisse in den teilnehmenden Arztpraxen nicht empfohlen. Die Empfehlung zur Verwendung von zwei Items entspricht den Forderungen nach möglichst datensparsamen bürokratischen Anforderungen an Arztpraxen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			DKG und PatV: Dank und Kenntnisnahme
6.11	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 252: Unabdingbar ist zu fordern, dass der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und der Hausarzt gleichberechtigt als koordinierender Arzt im Bereich des DMP chronischer Rückenschmerz aufgeführt wird. Schon die Tatsache, dass die Fachärzte definitiv aufgeführt werden, während auf der anderen Seite „nur“ Hausarzt steht, ohne Spezifizierung, ob es sich hierbei um einen Facharzt für Allgemeinmedizin, praktischen Arzt oder hausärztlich tätigen Internisten handelt. Orthopäden und Unfallchirurgen sind im Bereich chronischer Rückenschmerz grundversorgende Fachärzte, ohne die große Teile der betroffenen Patienten für ein DMP nicht erreicht werden könnten.	DKG und KBV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV und PatV: Unspezifische Rückenschmerzen sind ein weitverbreitetes Beschwerdebild, das selten eine bestimmte spezialfachärztliche Versorgung benötigt, sondern bei dem der niedrighschwellige Zugang zu einer Behandlung, und eine bedarfsweise Einbindung bestimmter Facharzt-disziplinen im Vordergrund stehen. Eine gute Kenntnis der psychischen, beruflichen und sozialen Situation des Patienten sowie seiner Komorbiditäten sind in diesem Zusammenhang hilfreich. Deshalb werden Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen größtenteils beim Hausarzt anzutreffen sein, der aus den vorstehend genannten Gründen auch besonders gut für die Rolle des koordinierenden Arztes im DMP chronischer Rückenschmerz geeignet ist. Die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder Facharzt für Orthopädie werden nicht von der Rolle als koordinierende Ärzte ausgeschlossen, insbesondere dann wenn der Patient bereits länger wegen der Rückenschmerzen von diesem Arzt betreut worden ist.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
6.12	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 277: Hier muss zum einen das Motto gelten „ambulant vor stationär“, daher in dieser Reihenfolge nennen und die Formulierung „Schmerztherapie“ sollte in „multimodale Rückenschmerztherapie“ geändert werden, da Schmerztherapie als zu ungenau erscheint.	<p>DKG: Im Kapitel 1.7.3 werden, wie in allen DMP-Programmen üblich, die Einweisungskriterien in ein Krankenhaus genannt. Der im SGB V verankerte Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird dadurch nicht berührt. Diese Einweisungskriterien sind zudem von ambulanten Überweisungsregeln im Kapitel davor (1.7.2) abzugrenzen. Die Formulierung „multimodale Schmerztherapie“ entspricht den in Leitlinien sowie im medizinischen Klassifikationssystem verwendeten Ausdrucksweisen.</p> <p>GKV-SV: Umstellung teilstationär vor stationär möglich.</p>
6.13	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 305: Punkt 1 muss gestrichen werden, es besteht die Gefahr, dass nur Menschen in das DMP aufgenommen werden, welche im Arbeitsleben stehen; Punkt 6 und 7 sollte so belassen werden. Punkt 10 streichen, da nicht messbar.	<p>DKG, KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Punkt 1: Es ist nicht nachvollziehbar, warum das Qualitätsziel eine Bevorzugung von Menschen im Arbeitsleben bei der Einschreibung bewirken soll. Arbeitsunfähigkeitstage sind ein wichtiger, wissenschaftlich anerkannter Indikator im Zusammenhang mit dem Erhalt und der Wiedererlangung der Eigenständigkeit, mit der Alltagskompetenz sowie Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit.</p> <p>Punkt 6: Einfaches, nachvollziehbares Qualitätsziel wird bevorzugt.</p> <p>Punkt 7: Im GKV-SV-Konzept nicht zutreffend.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>PatV: Um das gemeinsam beschlossene Ziel - Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität - erheben zu können, bedarf es eines geeigneten Instruments. Der VR12 ist ein aussagekräftiger und etablierter Score, mit dem man genau dieses Ziel mit überschaubarem Aufwand messen kann. (Schließlich füllen die Patientinnen/Patienten den Fragebogen selbst aus) Wir halten die gesundheitsbezogene Lebensqualität für den zentralen Zielparameter und deshalb ein Instrument zur Erfassung für unverzichtbar.</p>
6.14	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Generell ist als Evolutionsparameter die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage kritisch zu sehen, da definitions-gemäß nicht nur arbeitsfähige Patienten oder in Arbeit stehende Patienten in das DMP eingeschrieben werden sollen. (widerspricht dem AGG).	<p>DKG und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu lfd. Nr. 6.13 Auswertungstabelle</p> <p>KBV: Im Rahmen der Evaluation ist die Entwicklung von AÜ-Tagen bei DMP-Teilnehmern ein relevantes Kriterium, welches durch Leistungsdaten von Krankenkassen darstellbar ist</p>
6.15	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)	Zeile 336: Punkt b) belassen, Punkt i) streichen.	<p>DKG und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019		GKV-SV und PatV: Siehe Kommentar zu lfd. Nr. 6.13 Auswertungstabelle
6.16	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 345: Lfd. Nr. 1 + 2 streichen (s.o.); lfd. Nr. 8 belassen; Lfd. Nr. 13 nicht streichen.	DKG und KBV: Dank und Kenntnisnahme, allerdings bleibt die KBV und die DKG bei einer Streichung der lfd. Nr. 13 Dokumentationsparameter (Beschlussentwurf), da die gesundheitsbezogene Lebensqualität weder als Qualitätsziel noch als Evaluationsparameter aufgenommen wurde. GKV-SV: Siehe Kommentar zu lfd. Nr. 6.13 Auswertungstabelle. Auch der GKV-SV bleibt bei einer Streichung der lfd. Nr. 13 Dokumentationsparameter (Beschlussentwurf), da die gesundheitsbezogene Lebensqualität weder als Qualitätsziel noch als Evaluationsparameter aufgenommen wurde.
6.17	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)	Nun folgen Anmerkungen zur Anlage 2: Tragende Gründe Der CPG Fragebogen kann akzeptiert werden.	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019		
6.18	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 161 (KBV): Unbedingt so belassen.	<p>DKG und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV und PatV: Siehe Kommentar zu lfd. Nr. 6.5 Auswertungstabelle</p>
6.19	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre	Zeile 172: Streichen.	<p>DKG und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV und PatV: Die Passage in der Fassung von GKV-SV und PatV ist notwendiger Bestandteil der Begründung, warum vor Einschreibung in das DMP eine Überprüfung der</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019		Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll ist.
6.20	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 187 + 189: Streichen, hier werden Mutmaßungen formuliert, diese gehören nicht in ein qualifiziertes DMP.	<p>DKG und KBV: Dank und Kenntnisnahme, Zeile 189 (Position der DKG) wurde gestrichen.</p> <p>GKV-SV und PatV: in der NVL (2. Aufl. 2017) wird die Somatisierung als einer der psychosozialen Risikofaktoren aufgeführt, die für die Chronifizierung und den Krankheitsverlauf des chronischen Rückenschmerzes eine entscheidende Rolle spielen.</p>
6.21	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für or-	Zeile 194 + 195: Streichen.	<p>GKV-SV und DKG: Beide Passagen sind notwendige Bestandteile der Begründung des Therapiekonzepts in der Fassung von GKV-SV und DKG. Die Passage in Zeile 194 begründet ein abgestuftes, strukturiertes Vorgehen, das mit dem Patienten im Rahmen der Therapieplanung abgestimmt wird.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	thopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019		In Zeile 195 wird auf der Basis der Quelle der NVL begründet warum die körperliche Aktivität und die Motivation dazu einen besonderen Stellenwert im Therapieplan einnehmen. KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme
6.22	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 198: KBV-Formulierung zu befürworten.	GKV-SV und DKG: Die Ausführungen zu Zeile 198 von GKV-SV und DKG begründen ein abgestuftes, strukturiertes Therapiekonzept. Inhaltliche Gegenargumente werden vom Stellungnehmer nicht angeführt, so dass an dieser Stelle nur auf die Beibehaltung des begründenden Textes verwiesen wird. KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme
6.23	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische	Zeile 215: zu 1.5.3: Die Behauptung, dass eine eigenständige multimodale Therapiemaßnahme bei chronischen Rückenschmerz, auf die ein DMP zurückgreifen könnte, im ambulanten Bereich nicht verfügbar sei, ist so nicht haltbar. Die Literaturrecherche des G-BA hatte hier mehrere Programme identifiziert.	GKV-SV und DKG: Siehe Kommentar zu 6.8. GKV-SV: Die in der Recherche der FB Med identifizierten Programme sind nicht in der ambulanten Regelversorgung verfügbar. KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019		
6.24	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 220: Streichen.	<p>DKG, KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Die Ausführungen zu Zeile 220 vom GKV-SV begründen ein abgestuftes, strukturiertes Therapiekonzept. Inhaltliche Gegenargumente werden vom Stellungnehmer nicht angeführt, so dass an dieser Stelle nur auf die Beibehaltung des begründenden Textes verwiesen wird.</p>
6.25	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e.	Zeile 265: KBV-Statement so belassen.	<p>DKG und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV und PatV: siehe Kommentierung lfd. Nr. 6.11 Auswertungstabelle</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	V. (IGOST), 24.01.2019		
6.26	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 286: Muss unbedingt so aufgeführt werden; nur durch ein qualifiziertes Assessment durch einen besonders qualifizierten schmerztherapeutischen Arzt kann entschieden werden, ob ein Patient im DMP bleiben kann oder nicht.	<p>GKV-SV und PatV: Ein Nichtansprechen auf die Therapiemaßnahmen, eine Verschlechterung der Beschwerden oder neue Hinweise auf spezifische Ursachen sind unterschiedliche Fragestellungen, die die Einbeziehung von Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtungen erfordern kann. Deshalb wird die allgemeinere Formulierung von GKV-SV und PatV bevorzugt, welche in Zeile 267 begründet wird.</p> <p>KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Der Hinweis kann nicht nachvollzogen werden. Gemäß Kapitel 3.2 kommt dem koordinierenden Arzt die Aufgabe zu, regelmäßig gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient weiterhin von der Teilnahme an einem DMP profitiert.</p>
6.27	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für or-	Zeile 311: Streichen.	<p>DKG, KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu lfd. Nr. 6.13 Auswertungstabelle</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	thopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019		
6.28	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 330: Belassen.	DKG, KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe Kommentar zu lfd. Nr. 6.13 Auswertungstabelle
6.29	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische	Zeile 336: Streichen; wie soll eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität validiert gemessen werden?	DKG, KBV und GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme PatV: Um das gemeinsam beschlossene Ziel - Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität - erheben zu können, bedarf es eines geeigneten Instruments. Der VR12 ist ein aussagekräftiger und etablierter Score, mit dem man genau dieses Ziel mit überschaubarem Aufwand messen kann.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019		(Schließlich füllen die Patientinnen/Patienten den Fragebogen selbst aus) Wir halten die gesundheitsbezogenen Lebensqualität für den zentralen Zielparameter und deshalb ein Instrument zur Erfassung für unverzichtbar.
6.30	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST), 24.01.2019	Zeile 346: (KBV): So belassen.	<p>KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Die Stellungnehmer nennen keine Begründung für ihre Einschätzung. Die DKG hält, wie dem Beschlussvorschlag zu entnehmen ist, eine jährliche Prüfung für sinnvoll.</p> <p>GKV-SV: Der GKV-SV hält eine ausführlichere Begründung dieser Möglichkeit zu Beendigung der Teilnahme am DMP für angebracht. Inhaltliche Gegenargumente werden vom Stellungnehmer nicht angeführt, so dass an dieser Stelle nur auf die Beibehaltung des begründenden Textes verwiesen wird.</p>
7	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 24.01.2019		
7.1	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche	Sehr geehrte Frau Kirchner, die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 24.01.2019	(DGOU), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie(DGOOC) und die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) begrüßen ausdrücklich, dass ein Disease Management Programm (DMP) für den Bereich des chronischen Rückenschmerzes auf den Weg gebracht worden ist. Chronischer Rückenschmerz zählt wie Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz usw. zu den echten Volkserkrankungen und wir halten es daher für absolut überfällig, dass die Behandlung der betroffenen Patientengruppe durch ein derartiges DMP verbessert werden kann. Wir unterstützen daher den vorliegenden Beschlussentwurf und möchten einige Punkte aus wissenschaftlicher Sicht kommentieren:	
7.2	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 24.01.2019	<p>Zu Definition und Diagnostik (Kapitel 1.1 und 1.2)</p> <p>Im vorliegenden Entwurf werden als wesentliche Aufnahmekriterien in das DMP der Ausschluss eines sogenannten spezifischen Rückenschmerzes sowie eine erhebliche Beeinträchtigung des Patienten genannt. Eine erhebliche Beeinträchtigung soll dann festgelegt werden, wenn sie mindestens einem Schweregrad von 2 beim „Chronic Pain Grad“ Fragebogen CPG entspricht. Der GKV-SV und die Pat-V stellen es in das Ermessen des einschreibenden Arztes, ob eine ausreichende Ausschlussdiagnostik betrieben worden ist, DKG und</p>	<p>DKG und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV und PatV: Die Verpflichtung zur leitliniengerechten Versorgung und dementsprechend Hinweise auf spezifische Ursachen je nach Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit abzuklären besteht während des gesamten Krankheitsverlaufs und nicht nur während der DMP-Teilnahme. Unter diesen Umständen wird ein Großteil der Patienten innerhalb der 12 Wochen der Akut- bzw. Subakutphase bei anderen Fachdisziplinen vorgestellt worden sein. Auf die Prüfung der Indikation zur Bildgebung weist die Anforderung ausdrücklich hin.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>KBV fordern dagegen, dass schriftliche fachärztliche Untersuchungsbefunde hierzu vorliegen.</p> <p>Kommentar hierzu:</p> <p>Die DGOU, DGOOC und DGU halten es im Sinne einer Qualitätssicherung für ganz wesentlich, dass beide Kriterien schriftlich belegt sein müssen. Zum Ausschluss einer spezifischen Ursache erfordern es auch die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz und die Leitlinie der APTA, dass spätestens nach einer Periode von 6 bis 12 Wochen Rückenschmerz die fachärztliche Expertise hinzukommen muss. Die Aufnahme eines Patienten in ein DMP Rücken, ohne dass eine vorherige fachärztliche Untersuchung stattgefunden hat, würde bedeuten, dass ein solches DMP Rückenschmerz nicht den aktuellen qualitativen Anforderungen an eine leitliniengerechte Therapie entsprechen würde. Ein DMP Rückenschmerz darf die aktuellen qualitativen Ansprüche an eine leitliniengerechte Therapie nicht unterlaufen. Eine spezialärztliche Vorstellung gehört sich daher vor Einschreibung in ein DMP. Diese Vorstellung sollte selbstverständlich schriftlich dokumentiert sein. Eine entsprechende Formulierung, wie von DKG und KBV (Zeile 78) vorgesehen, sollte daher in den Beschlussentwurf aufgenommen werden.</p>	<p>Es liegt aber ansonsten in der Entscheidung der einschreibenden Ärztin oder des einschreibenden Arztes, ob er die Diagnostik zum Zeitpunkt der Einschreibung als ausreichend ansieht, um insbesondere die Ausschlusskriterien beurteilen zu können. Anforderungen an das Vorliegen von Ausschlussbefunden sind mit dem Ziel der Vermeidung von Überdiagnostik nicht vereinbar.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
7.3	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 24.01.2019	<p>Zu therapeutischen Maßnahmen und Schulungen (Kapitel 1.5 und Kapitel 4.2)</p> <p>Die KBV und die Patvertretung PatV fordern als Basismaßnahme eine neue eigenständige ambulante multimodale Schulung für alle teilnehmenden Patienten mit chronischem unspezifischem Rückenschmerz.</p> <p>Multimodale Schulung bedeutet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - enthält mindestens ein somatisch und ein psychisch orientiertes Modul - angeleitet durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen - ist aktiv ühend <p>Es existieren mehrere solcher strukturierten, evaluierten und publizierten Schulungsprogramme für die ambulante Versorgung, so dass derartige Programme in der ambulanten Versorgung umgesetzt werden können.</p> <p>Die GKV-SV und die DKG fordern dagegen eine „Mogelpackung“ (siehe 1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen), in dem der am DMP teilnehmende Arzt selbst die verschiedenen</p>	<p>KBV und PatV: Dank und Kenntnisname</p> <p>DKG: Die Stellungnehmer haben möglicherweise übersehen, dass auch der Beschlussvorschlag der DKG auf die Möglichkeit von Schulungen (Zeile 134 Ziffer 1.5.1 sowie Zeile 331 Ziffer 4.2) verweist. Auch können diese multimodal sein. Der Einsatz ist bei jedem Patienten jedoch individuell zu prüfen und festzulegen.</p> <p>GKV-SV: Alle Stufen des strukturierten Behandlungskonzepts des GKV-SV enthalten Bestandteile der Patientenschulung, die den Anforderungen in § 4 der DMP-A-RL entsprechen, nämlich, dass sie der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen dienen. Es handelt sich dabei sowohl um Informationsvermittlung als um auch praktischen Übungen, die von verschiedenen Professionen durchgeführt wird. Es gehören dazu die Therapieplanung mit dem Arzt, das Informationsmaterial, das von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt wird, die Bewegungstherapie, die Entspannungsverfahren, die Verhaltenstherapie und die stationäre/teil-stationäre multimodale Schmerztherapie. Aufgrund dieses Vorhandenseins von Schulungselementen in den einzelnen Interventionen kann</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Behandlungen (z.B. Physio- und Psychotherapie) zeitlich und inhaltlich für jeden einzelnen Patienten aufeinander abstimmen muss. Der GKV-SV sieht in diesem DMP sogar Schulungen als nicht erforderlich an, obwohl Schulungen ein Kernelement in den DMPs sind, siehe 4.2. Zur Begründung heißt es, dass Informations- und Schulungsinhalte in den therapeutischen Maßnahmen selbst (Physiotherapie, etc.) enthalten seien.</p> <p>Kommentar hierzu:</p> <p>Wenn Schulungen verpflichtender Bestandteil eines jeden DMPs sind, dann macht es Sinn, sie qualifiziert, d. h. mit einem multimodalen Ansatz zu erbringen. Der Hinweis von GKV und DKG, Schulungen seien bereits z. B. in der Physiotherapie enthalten und damit in der Versorgung etabliert, ist klar vor dem Hintergrund einer gewünschten Kostenbegrenzung zu sehen. Eine zeitliche und inhaltliche Abstimmung (insbesondere Konsentierung eines biopsychosozialen Behandlungsansatzes) zwischen Psychotherapeuten und weiteren Leistungserbringern wie Physiotherapeuten für jeden Einzelfall ist in der vertragsärztlichen Versorgung nicht umsetzbar. Alleine die Wartezeiten bei unterschiedlichen Leistungserbringern verunmöglichen die geforderte Abstimmung. Eine Steuerung des Patienten vom koordinierenden Arzt zu einzelnen vom Arzt favorisierten Leistungserbringern ist außerdem rechtlich nicht</p>	<p>auf eine eigene Schulung, die zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorhanden ist und erst entwickelt und evaluiert werden müsste, verzichtet werden.</p> <p>Die Unterstellung einer wirtschaftlichen Motivation weisen wir zurück.</p> <p>Die Diagnose Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F 45.41) kann vergeben werden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>zulässig. Für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen ohne manifeste psychische Erkrankung steht zudem keine Richtlinien-Psychotherapie zur Verfügung. Eine solche Diagnose liegt nicht bei allen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen vor. Wir unterstützen daher den Vorschlag von KBV und PatV, in dem strukturierte multimodale Schulungen, die aufeinander abgestimmte psychische als auch somatische Module enthalten, gefordert werden.</p>	
7.4	<p>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 24.01.2019</p>	<p>Zum koordinierenden Arzt (s. Kapitel 1.7.1)</p> <p>KBV und DKG fordern gleichberechtigt den Orthopäden und den Hausarzt als koordinierenden Arzt, d. h. der Arzt, der das DMP chronischer Rückenschmerz durchführen kann. Der GKV-SV und die PatV fordern grundsätzlich den Hausarzt als koordinierenden Arzt und nur in Ausnahmefällen den Orthopäden</p> <p>Kommentar hierzu:</p> <p>Die jetzige kassenärztliche Versorgung sieht kein verpflichtendes Primärarztsystem vor. Dies führt dazu, dass z.B. im Bereich der AOK Baden-Württemberg 38 % der Patienten mit chronischem Rückenschmerz nur von einem Orthopäden und nicht von einem Hausarzt betreut werden.</p> <p>(Aqua Institut (8/2017)). Ein DMP Programm Rückenschmerz,</p>	<p>DKG und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV und PatV: Unspezifische Rückenschmerzen sind ein weitverbreitetes Beschwerdebild, das selten eine bestimmte spezialfachärztliche Versorgung benötigt, sondern bei dem der niedrighschwellige Zugang zu einer Behandlung und eine bedarfsweise Einbindung bestimmter Facharzt disziplinen im Vordergrund stehen. Eine gute Kenntnis der psychischen, beruflichen und sozialen Situation des Patienten sowie seiner Komorbiditäten sind in diesem Zusammenhang hilfreich. Deshalb werden Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen größtenteils beim Hausarzt anzu treffen sein, der aus den vorstehend genannten Gründen auch besonders gut für die Rolle des koordinierenden Arztes im DMP chronischer Rückenschmerz geeignet ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>in dem der Orthopäde nur in Ausnahmefällen koordinierender Arzt sein kann, würde somit dem gesetzlichen Anspruch auf eine flächendeckende Versorgung nicht gerecht werden. Die Formulierung „nur in Ausnahmefällen“ birgt zudem die Gefahr, dass diese Formulierung vom Bundesamt für Versicherung (BVA) aufgegriffen und angesichts der Versorgungsrealität ggf. Leistungserbringer ausgeschlossen werden.</p> <p>Chronische Rückenschmerzen gehören gleichermaßen zum Kerngebiet von Hausärzten und Orthopäden. Orthopäden gehören zu den Fachgebieten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen und nehmen diese Aufgabe, wie oben dargestellt, für einen erheblichen Teil der Patienten wahr. Um eine flächendeckende Versorgung zu erreichen, wird daher diese Formulierung von uns mitgetragen.</p>	<p>Die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder Facharzt für Orthopädie werden nicht von der Rolle als koordinierende Ärzte ausgeschlossen, insbesondere dann wenn der Patient bereits länger wegen der Rückenschmerzen von diesem Arzt betreut worden ist. Die Stellungnahmen des BVA unterstützt diese Einschätzung.</p>
8	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW), 24.01.2019		
8.1	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW), 24.01.2019	Die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften begrüßt die Initiative des G-BA zur Änderung von Anlagen zum DMP „chronischer Rückenschmerz“, insbesondere im Hinblick auf die Bedeutung der Rehabilitation für dieses Krankheitsbild.	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
8.2	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW), 24.01.2019	<p>Die DGRW empfiehlt entsprechend der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz:</p> <p>Anmerkungen zu: Beschlussentwurf Zeile 57 und Tragende Gründe Zeile 150:</p> <p>Die NVL (S. 69) weist darauf hin, dass die Zuweisung von Patienten in den kurativen oder rehabilitativen Versorgungsbereich nicht alternativ oder gar subsidiär sei. Da es sich um chronische Krankheitsverläufe handelt, kann im Sinne einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit Rehabilitationsbedarf bestehen und gleichzeitig und mittelfristig für den Patienten oder die Patientin eine Betreuung im DMP sinnvoll sein, insbesondere im Hinblick auf die Verhinderung einer weiteren Verschlechterung des Krankheitsbildes. Die Ausführungen zur Berufskrankheit teilen wir und stimmen deshalb für die Version des PatV.</p>	<p>Die Regelung gilt ausschließlich für die Einschreibephase und stellt sicher, dass keine zeitgleich unabgestimmte Maßnahmen unterschiedlicher Kostenträger erfolgen. Ein Abschluss während der laufenden DMP Teilnahme ist nicht vorgesehen.</p> <p>GKV-SV, DKG und KBV: Vorschlag „Meldung erfolgt zwangsläufig und muss in den Anforderungen nicht gesondert erwähnt werden.“</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
8.3	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW), 24.01.2019	<p>Beschlussentwurf Zeile 79:</p> <p>Wir stimmen für die Version der GKV-SV und PatV.</p>	<p>KBV und DKG: Die Zielgruppendefinition ist unter Zeile 57 des Beschlussentwurfes bereits ausreichend geregelt und muss an dieser Stelle nicht erneut genannt werden.</p> <p>GKV-SV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
8.4	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW), 24.01.2019	<p>Beschlussentwurf Zeile 93:</p> <p>Bei den Therapiezielen sollte bei Erwerbstätigen der Erhalt der Erwerbsfähigkeit als wesentlicher Bestandteil der Teilhabe nach ICF aufgenommen werden. Wir stimmen deshalb für die Version von GKV-SV, DKG, KBV.</p>	Infolge der Stellungnahme wurde der Text des Beschlussentwurfes unter Nummer 1.3 modifiziert.
8.5	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW), 24.01.2019	<p>Beschlussentwurf Zeile 292 und Tragende Gründe Zeile 172 und Zeile 310:</p> <p>Beim Vorliegen chronischer Rückenschmerzen ist bei der Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ein Hinweis auf die Notwendigkeit einer multimodalen Behandlung sinnvoll. Hier sollten spezielle multimodale Rehabilitationsformen wie die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) beim Vorliegen von psychosozialen Risikofaktoren („yellow flags“) oder die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) bei arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren („blue flags“/“black flags“) empfohlen werden. (NVL S. 17, S. 70). Mit zunehmender Dauer der schmerzbedingten Arbeitsunfähigkeit sinkt die Rückkehrwahrscheinlichkeit an den Arbeitsplatz signifikant (ab eine Dauer von 12 Wochen, NVL S. 23). Da die Einleitung und Umsetzung von Rehabilitationsmaßnahmen meist diesen Zeitraum ab Schmerzbeginn überschreiten, wäre</p>	Die Erwähnung von VOR und MBOR wurde unter Nummer 1.7.4 des Beschlussentwurfes umgesetzt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>der Ausschluss aus dem DMP bis dahin ein Verlust von wesentlicher Zeit und damit mit einer Verschlechterung der Prognose verknüpft. Bei Teilnahme am DMP erscheint die Wahrscheinlichkeit gegenüber der konventionellen kurativen Behandlung erhöht, dass Arzt/Ärztin und Patient/Patientin die Rehabilitation als weitere wichtige Option des Krankheitsmanagements in Erwägung ziehen.</p>	
8.6	<p>Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW), 24.01.2019</p>	<p>Beschlussentwurf Zeile 345:</p> <p>Bei der Dokumentation von Erwerbstätigkeit und Arbeitsunfähigkeit stimmen wir für die Version der GKV-SV.</p> <p>Bei der Dokumentation der Schulungsempfehlung und Schulungsteilnahme sowie der Zielerreichung stimmen wir für die Version der DKG, KBV und PatV.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG, KBV und PatV zu Dokumentationsparameter 1 (Beschlussentwurf): Der Stellungnehmer nennt keine Gründe für seine Einschätzung. Der Aufwand für eine Bereitstellung einer validen Datengrundlage, die zu belastbaren Erkenntnissen führt, erscheint unverhältnismäßig hoch.</p> <p>DKG, KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: siehe Kommentare zu lfd. Nr. 6.13 Auswertungstabelle</p>
8.7	<p>Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.</p>	<p>Literatur: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	V. (DGRW), 24.01.2019	Vesorgungsleitlinie: nicht-spezifischer Kreuzschmerz, Langfassung, 2. Auflage (online). AWMF-Registernummer nvl-007. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2017 [Zugriff: 18.01.2019]. URL: http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-lang.pdf	
9	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS), 24.01.2019		
9.1	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS), 24.01.2019	<p>Sehr geehrte Damen und Herren,</p> <p>der DVGS begrüßt zum DMP chronischer Rückenschmerz ausdrücklich die Akzeptanz einer umfassenden biopsychosozialen Perspektive, deren Bedeutung in einem sehr aktuellen Review unterstrichen wird (Salathe et al. 2018).</p> <p>Dabei unterstützt der DVGS ebenfalls im Sinne der bedarfsorientierten Zuweisung die unter 1. 4 (ab Zeile 96) dargestellte ausführliche „Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren“. Allerdings sollte bei der Erörterung der „individuellen Voraussetzungen des Patienten“ vom Arzt Art und Umfang des Items „regelmäßigen körperlichen Aktivität des Patienten“ erfragt werden. Nur dadurch wird das unter 1. 3 genannte Therapieziel „Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit“ für den Patienten plausibel und langfristig konkret</p>	<p>Kenntnisnahme, diese regelmäßige Abfrage wurde durch den Dokumentationsparameter 9 (Beschlussentwurf) umgesetzt. Auf eine detaillierte Abfrage von Art und Umfang dieser Aktivität mit einem validierten Instrument wurde aufgrund der Vorgabe sparsamer Bürokratie verzichtet.</p> <p>Durch das Qualitätsziel zur Vereinbarung individueller Ziele (und bei KBV, DKG und PatV auch zur Überprüfung der Erreichung dieser Ziele) wurde ein besonderer Fokus auf dieses Thema gesetzt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		planbar und durchführbar.	
9.2	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS), 24.01.2019	<p>Zur bedarfsorientierten Erhebung wird der Einsatz von standardisierten Screeninginstrumenten oder Fragebögen empfohlen (z. B. auf der Basis des IPAQ dt. Version; vgl. zu Validierung Cleland et al. 2018). Erst der Vergleich von tatsächlichem Bewegungsumfang des Patienten mit den vorgegebenen, weltweit anerkannten, Mindestanforderungen liefert die Grundlage für die in den Zeilen 125 -133 beschriebene Aufklärung und Motivation.</p> <p>Zu den Mindestanforderungen an körperlicher Aktivität siehe https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/ (sowie die Aktualisierung von Piercy & Troiano 2018)</p> <p>Erst auf dieser Basis kann der Arzt mit dem Patienten die angestrebte „allmählich gesteigerte körperliche Aktivität“ (Zeile 128) erreichen.</p>	<p>Kenntnisnahme. Der Einsatz von Screeninginstrumenten bleibt dem einzelnen DMP-Arzt überlassen. Eine allgemeine Empfehlung kann nicht gegeben werden, da hierzu keine Leitlinienempfehlungen vorliegen.</p> <p>Diese WHO-Empfehlungen beziehen sich auf die gesamte Bevölkerung und nicht auf die spezielle Gruppe von Patienten mit nichtspezifischen Kreuzschmerzen.</p>
9.3	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie	Bereits 2005 konnte in einem umfangreichen Review die besondere Bedeutung des Krafttrainings für Patienten mit chronischem Rückenschmerz belegt werden (Hayden, J. A. et al.	Aus der Leitliniensynopse des IQWiG lässt sich keine Empfehlung zum priorisierten Einsatz von Krafttraining ableiten. Die zitierte dänische Leitlinie (Stochkendahl et al. 2018)

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	e.V. (DVGS), 24.01.2019	<p>2005). Zahlreiche andere Studien bestätigen inzwischen die Bedeutung dieses Ansatzes. (Searle et al. 2015). Studien zeigen einen hohen Zusammenhang zwischen dem chronischen Rückenschmerz und und insuffizienten Lumbalextensoren (Conway et al. 2018). Dies ist wohl auch der Grund für die kurzfristige Wirksamkeit von kräftigenden und stabilisierenden Übungen Coulombe et al. 2017). Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass sich die Effektivität von Krafttraining in zahlreichen sehr aktuellen Leitlinien zum chronischen Rückenschmerz niederschlägt. So empfehlen die dänischen Leitlinien "Supervised exercise back-specific strengthening (Stochkendahl et al. 2018, S. 66).</p> <p>Eine gleichlautende Empfehlung findet sich auch in der NVL nicht - spezifischer Kreuzschmerz, Langfassung: „Programme, die die Kräftigung der Muskulatur und Stabilisierung fördern, scheinen für die Linderung der Kreuzschmerzsymptomatik bessere Ergebnisse zu erzielen als kardiorespiratorisch ausgelegte Programme" (BÄK, NVL 2017. S. 40). Aus Sicht des DVGS sollte deshalb dem Krafttraining gerade hinsichtlich eines langfristigen Managements der Rückenbeschwerden ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden. In diesem Kontext ist es auch angebracht, auf die besondere Bedeutung einer angemessenen fachlichen Supervision hinzuweisen. In zahlreichen Studien aus anderen Indikationsgebieten konnte</p>	adressiert Patienten mit weniger als 12 Wochen bestehenden nichtspezifischen Rückenschmerzen und ist damit nicht übertragbar auf die hier ausgewählte Population.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>die Überlegenheit eines supervidierten Trainings nachgewiesen werden</p> <p>(Hayashino et al. 2012, Umpierre et al. 2013, Meneses-Echavez et al. 2015).</p>	
9.5	<p>Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS), 24.01.2019</p>	<p>Literatur</p> <p>Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz - Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 24.01.2019]. 001: 10.6101/AZQ/000353.</p> <p>Cleland, C., Ferguson, S., Ellis, G., & Hunter, R. F. (2018). Validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for assessing moderate-to-vigorous physical activity and sedentary behaviour of older adults in the United Kingdom. BMC medical research methodology, 18(1), 176.</p> <p>Conway, R., Behennah, J., Fisher, J., Osborne, N., & Steele, J. (2018). A Comparison of Isolated Lumbar Extension Strength Between Healthy Asymptomatic Participants and Chronic Low Back Pain Participants Without Previous Lumbar</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Spine Surgery. Spine, 43(20), E1232-E1237.</p> <p>Coulombe, B. J., Games, K. E., Neil, E. R., & Eberman, L. E. (2017). Core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. Journal of athletic training, 52(1), 71-72.</p> <p>Hayashino, Y., Jackson, J. L., Fukumori, N., Nakamura, F., & Fukuhara, S. (2012). Effects of supervised exercise on lipid profiles and blood pressure control in people with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized controlled trials. Diabetes research and clinical practice, 98(3), 349-360.</p> <p>Hayden, J. A., Van Tulder, M. W., & Tomlinson, G. (2005). Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. Annals of internal medicine, 142(9), 776-785.</p> <p>Meneses-Echavez, J. F., Gonzalez-Jimenez, E., & Ramfrez-Velez, R. (2015). Effects of supervised exercise on cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. BMC cancer, 15(1), 77.</p> <p>Piercy, K. L., & Troiano, R. P. (2018). Physical Activity Guidelines for Americans From the US Department of Health and Human Services: Cardiovascular Benefits and Recommendations. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 11</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>(11), e005263.</p> <p>Salathe, C. R., Melloh, M., Crawford, R., Scherrer, S., Boos, N., & Elfering, A. (2018). Treatment Efficacy, Clinical Utility, and Cost-Effectiveness of Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation Treatments for Persistent Low Back Pain: A Systematic Review. <i>Global spine journal</i>, 8(8), 872-886.</p> <p>Searle, A., Spink, M., Ho, A., & Chuter, V. (2015). Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. <i>Clinical rehabilitation</i>, 29(12), 1155-1167.</p> <p>Stochkendahl, M. J., Kjaer, P., Hartvigsen, J., Kongsted, A., Aaboe, J., Andersen, M., ... & Jensen, L. D. (2018). National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. <i>European Spine Journal</i>, 1-16.</p> <p>Umpierre, D., Ribeiro, P. A. B., Schaan, B. D., & Ribeiro, J. P. (2013). Volume of supervised exercise training impacts glycaemic control in patients with type 2 diabetes: a systematic review with meta-regression analysis. <i>Diabetologia</i>, 56(2), 242-251.</p>	
10	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., 24.01.2019		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
10.1	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., 24.01.2019	Sehr geehrter Herr Prof. Hecken, sehr geehrte Damen und Herren, grundsätzlich begrüßt die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. das Vorhaben der Erarbeitung eines DMP-Rückenschmerz, sieht aber in dem aktuell - nach über dreijähriger Beratungsarbeit - vorgelegten Entwurf im Detail wesentlichen Überarbeitungsbedarf, soll es gelingen, eine systematische Verbesserung der Versorgung bei Rückenschmerzen in Deutschland über ein DMP zu erreichen. Bedarf und Umsetzbarkeit haben wir in unserer seinerzeitigen Antworten https://www.dgss.org/fileadmin/pdf/DMP_Abschluss_Version_Fragenkatalog_140430.pdf beschrieben.	Kenntnisnahme
10.2	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., 24.01.2019	Insbesondere bedürfte es der Einführung eines systematischen und interdisziplinären Assessments mit geeigneten Aufgreifkriterien sowie je nach Schweregrad oder Progredienz der Chronifizierung eine Zuführung in differenzierte und teilweise neue Versorgungsangebote, die gegenwärtig nicht in der Regelversorgung abgebildet und auch nicht finanziert werden.	Die DMP-Anforderungen können nur auf Leistungen zurückgreifen, die im Regelleistungskatalog vorhanden sind. KBV, PatV und DKG: Eine Umsetzung eines interdisziplinären Assessments als Leistungsanspruch ist wünschenswert, jedoch im Rahmen von DMP nicht regelbar.
10.3	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.,	Hinweisen möchten wir darauf, dass der Entwurf der im Betreff genannten DMP-Anforderungen-Richtlinie sich an wesentlichen	Dank und Kenntnisnahme. Es muss abgewartet werden, wel-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	24.01.2019	Punkten nicht klar genug an den Ergebnissen der NVL Kreuzschmerz orientiert, was insbesondere die wichtigen Punkte „mehr Interaktion und Kommunikation der beteiligten Fachgruppen“ betrifft. Beispielsweise wäre es nötig, das Leitbild einer umfassenderen Diagnostik inkl. Screening auf Risikofaktoren im DMP deutlich abzubilden. Zwar wird im Text (S. 10, Mitte der Seite) darauf hingewiesen, dass ein solches multidisziplinäres Assessment im ambulanten Versorgungssystem nicht zur Verfügung steht, andererseits gibt es entsprechende Modellprojekte, auf die aufgebaut werden könnte. Insbesondere das vom Innovationsfonds finanzierte Projekt PAIN2020 kann ergänzend als Vorbild der zukünftigen Implementierung gewählt werden.	che Konsequenzen sich aus den Projekten des Innovationsfonds ziehen lassen.
10.4	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., 24.01.2019	<p>Bezüglich der zur Verfügung stehenden Therapie-Optionen ist positiv zu bewerten, dass als höchste Stufe teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie empfohlen wird.</p> <p>Die Rolle der Schmerztherapeuten wird jedoch leider eher randständig behandelt; eine reguläre Einbindung ist nicht vorgesehen. Zudem schlagen wir bezüglich Punkt 1.5.3 vor, im Falle eines Versagens der im DMP vorgesehenen, ergänzenden Maßnahmen den Einsatz der ambulanten Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung oder eine teilstatio-</p>	<p>GKV-SV und DKG: Dank und Kenntnisnahme. Eine Überweisung an Vertragsärzte zur Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung ist im Rahmen der Kooperation der Versorgungsebenen nicht ausgeschlossen.</p> <p>DKG: Auf die Möglichkeit, ambulante schmerztherapeutische Maßnahmen einzubinden, wird zudem ganz explizit im Kapitel 1.7.2 (Überweisungsregeln) hingewiesen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		nähe oder stationäre multimodale Schmerztherapie zu erwägen, was leider von GKV und DKG abgelehnt wird (Zeile 155 und 266), fachinhaltlich aber nötig wäre.	KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme, im Beschlussentwurf unter Nummer 1.5.3 ist die Einbeziehung der Schmerztherapie in vorgeschlagenen Sinne vorgesehen.
10.5	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., 24.01.2019	Ein weiteres zentrales Problem ist die Empfehlung von Schulungsprogrammen für Patienten. Sofern entsprechende Schulungsprogramme erwogen werden, ist fachlich zwingend sicherzustellen, dass die ins Auge gefassten Schulungen dem multimodalen Gedanken in ausreichender Weise gerecht werden, was derzeit aus dem Richtlinienentwurf in keinsten Weise deutlich wird! Schulungsangebote sollten nach schmerztherapeutischer Auffassung multimodal konzipiert sein, d. h., Edukation (im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Sinn) UND Bewegungsübungen enthalten und sie müssten von qualifizierten Therapeuten (gemeinsam) durchgeführt werden.	GKV-SV: Die bei der Recherche der FB Med für Deutschland identifizierten Schulungsprogramme, welche multimodale Konzepte aufwiesen, sind in ihrer evaluierten und publizierten Form im stationären Setting durchgeführt worden. Auch wenn für einige dieser Programme eine Durchführbarkeit im ambulanten Setting beschrieben wird, ist uns aktuell in Deutschland kein tatsächlich verfügbares ambulantes Schulungsprogramm für chronische unspezifische Rückenschmerzen bekannt, das den BVA-Kriterien entspricht. KBV und PatV: Die Multimodalität der Schulungsangebote wird explizit gefordert. DKG: Der Beschlussvorschlag der DKG sieht ebenfalls das Angebot von Schulungen vor. Dies schließt auch die Möglichkeit einer multimodalen Schulung ein.
10.6	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., 24.01.2019	Insgesamt ist leider insbesondere die Notwendigkeit einer Verbesserung der Berufsgruppen-Interaktion und Kommunikation (ärztlich, psychologisch, physiotherapeutisch) in dem Entwurf nicht abgebildet. Ein gutes DMP darf folglich nicht nur	Die DMP-Anforderungen können nur auf Leistungen zurückgreifen, die im Regelleistungskatalog vorhanden sind. KBV: Ein multimodaler Ansatz mit Koordination der genann-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		- bisher nicht bedarfsorientiert enthaltene bzw. fehlende - Maßnahmen aus dem bisherigen Regelkatalog berücksichtigen, sondern muss gerade neuen und innovativen Ideen zur Verbesserung der Versorgung ausgestalten!	ten Berufsgruppen wurde seitens der KBV durch die Forderung der Implementierung einer multimodalen Gruppenschulung die aktiv ühend ausgestaltet ist, Rechnung getragen. DKG: Auch der Beschlussvorschlag der DKG enthält die Möglichkeiten, therapeutische Maßnahmen aufeinander abgestimmt und mit multimodalem Therapieansatz zu gestalten. (Siehe im BE 1.5.3)
10.7	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., 24.01.2019	Fazit des derzeitigen Richtlinienentwurfs: Es bleibt letztlich (nur) eine gewisse Umsetzung der NVL Empfehlungen bzgl. konkreter Maßnahmen (wie Medikation). Darüber hinaus werden richtige Zielsetzungen (mehr Aktivität, keine passiven Maßnahmen, mehr Berücksichtigung von psycho-soz. Aspekten) formuliert, aber es besteht ein gravierendes Defizit in der Beschreibung konkreter Schritte, wie diese Ziele erreicht werden können. Auf welche Weise Physiotherapeuten und Psychotherapeuten eingebunden werden sollen, insbesondere das, was diese Berufsgruppen genau inhaltlich beitragen, wie sie interagieren, an einem gemeinsamen Konzept orientiert sind, bleibt letztlich unklar. Insofern fehlt die Umsetzung des „multimodalen Geistes“ nahezu vollständig. Zudem muss sichergestellt werden, dass nur ein vergütetes und systematisch einzuführendes multimodales Assessment die Grundlage für	Dank und Kenntnisnahme. Wir verweisen auf die vorstehenden Kommentierungen zur Stellungnahme der DSG.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		ein DMP bilden kann.	
11	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019		
11.1	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>Vorbemerkung</p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die Vorlage eines Beschlussentwurfs für ein neues DMP chronischer Rückenschmerz, das den gesetzlichen Auftrag gemäß § 137f Absatz 1 Satz 3 SGB V aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz umsetzt. Da in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz nach wie vor erhebliche Versorgungsdefizite bestehen, die durch eine strukturierte multiprofessionelle Versorgung sinnvoll adressiert werden können, beinhaltet die Implementierung das Potenzial, zu einer Verbesserung der Versorgung beizutragen. Zudem liegen mit der Nationalen Versorgungsleitlinie Nichtspezifischer Kreuzschmerz (NVL KS, 2. Auflage) umfangreiche Empfehlungen für eine gestufte und koordinierte Versorgung von Patienten mit unspezifischen Kreuzschmerzen vor, die dazu geeignet sind, handlungsleitend für die Strukturierung der Versorgung in einem DMP chronischer Rückenschmerz herangezogen zu werden. Insbesondere für Patienten mit anhaltenden Kreuzschmerzen besteht ein relevantes Versorgungsdefizit in Bezug auf die rechtzeitige Identifikation</p>	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>der geeigneten Patienten und die Indikationsstellung und Einleitung einer multimodalen Behandlung, um die Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben zu fördern und Chronifizierung, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung zu verhindern. Für Patienten mit anhaltenden Kreuzschmerzen, die im Rahmen eines DMP behandelt werden, sollte sich deshalb die Versorgungsqualität insgesamt, aber auch der Zugang zu multimodalen Behandlungsprogrammen verbessern. Mit der Einschreibung in ein DMP, die definitionsgemäß erst bei chronischen unspezifischen Kreuzschmerzen erfolgt, sollte deshalb zum einen eine bessere Koordinierung der Behandlung erfolgen, zum anderen aber auch gemäß des Versorgungsalgorithmus der NVL eine strukturierte Indikationsstellung für eine intensiviertere multimodale Behandlung.</p>	
11.2	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>Zu 1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BPtK schließt sich der Auffassung von GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Patientenvertretung (PatV) an, nach der es im Ermessen des behandelnden Arztes liegen sollte, welche (weiteren) diagnostischen Maßnahmen für die Entscheidung zur Einschreibung 	<p>KBV und DKG: Die Konkretisierung ist aus Sicht der KBV und DKG erforderlich, da es sich hier um Patienten mit bereits 12 Wochen bestehenden, nicht auf leitliniengerechte Maßnahmen ansprechende Rückenschmerzen handelt. Der Ausschluss spezifisch behandelbarer Ursachen vor Einschluss in das DMP ist daher von besonderer Bedeutung. (vgl. auch lfd. Nummer 1.4 Auswertungstabelle)</p> <p>GKV-SV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>in das DMP erforderlich sind und welche nicht. Es sollte keine Verpflichtung bestehen, die Erfüllung der Kriterien für die Aufnahme in das DMP-Programm durch schriftliche Befunde hinzugezogener oder vorbehandelnder Fachdisziplinen belegen zu müssen, z. B. durch entsprechende radiologische Befunde.</p> <p>Begründung: Gemäß der NVL KS sollten, wenn sich durch die sorgfältige Anamnese und klinische Untersuchung keine Hinweise auf akut behandlungsbedürftige Verläufe ergeben, zunächst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen erfolgen, da die Befunde technischer Untersuchungen die Therapieentscheidung und den Behandlungserfolg häufig nicht verbessern. Die Überprüfung der bisherigen Diagnostik inklusive Überprüfung der Indikation zur Bildgebung kann dabei durch den koordinierenden DMP-Arzt erfolgen. Weitere diagnostische Maßnahmen und damit der Einbezug weiterer Fachdisziplinen, wie z. B. eines Facharztes für Neurologie, sollten nur gezielt bei entsprechendem klinischem Verdacht erfolgen. Zusätzliche Anforderungen, die eine unsachgemäße Ausweitung technisch-diagnostischer Untersuchungen im Sinne einer</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Überdiagnostik anreizen, sollten im Rahmen des DMP nicht gesetzt werden, auch um eine (weitere) Chronifizierung der Schmerzen aufgrund der Verstärkung eines einseitig somatischen Erklärungsmodells zu vermeiden.	
11.3	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> Die BPtK stimmt der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu, dass die dezidierte Vorgabe einer Prüfung, ob eine Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll ist, vor der Einschreibung in das DMP nicht erforderlich ist. <p>Begründung: Die vorgesehene Regelung, dass eine Einschreibung in das DMP nicht möglich ist bei Versicherten mit einem geplanten, beantragten oder laufenden Rehabilitationsverfahren, ist für diese Zwecke ausreichend. Dabei obliegt es dem behandelnden Arzt, während des Krankheitsverlaufs zu prüfen, ob eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert ist. Die Zuweisung von Patienten in den rehabilitativen Versorgungsbereich sollte nicht vorrangig vor Maßnahmen der kurativen Versorgung erfolgen und die explizite Prüfung dieser Indikation sollte entsprechend</p>	<p>DKG und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV und PatV: Eine Überprüfung vor Einschreibung in das DMP, ob bei dem Patienten wegen seiner chronischen Rückenschmerzen eine Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommt, ist aus mehreren Gründen sinnvoll. So ist das Ziel der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit für einen großen Teil der Patienten relevant. Für die Patienten ohne Erwerbsbezug ist das Rehabilitationsziel der Erhaltung der Selbstversorgungsfähigkeit, der Teilhabe und Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit von Bedeutung. Darüber hinaus verfügen die Anbieter von Rehabilitationsmaßnahmen über Konzepte und Strukturen, die die Möglichkeit einer intensiven Behandlung während eines begrenzten Zeitraumes, auch mit multimodalen Ansätzen, bieten.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>nicht als Vorbedingung für die Einschreibung in das DMP definiert werden. Die multimodale Schmerztherapie im Rahmen des SGB V und die Rehabilitation unterliegen unterschiedlichen Indikationen und Zielsetzungen und können sich gegenseitig ergänzen. Um die geeignete Therapieform auszuwählen, sind im Krankheitsverlauf die patientenseitigen Kriterien und die sich daraus abzuleitenden Erfordernisse und Zielsetzungen heranzuziehen. Dies sollte nicht zwingend einer Entscheidung für die Aufnahme in das DMP vorangestellt werden, sondern auch als Teil der Therapie- und Behandlungsplanung im Rahmen des DMP möglich sein.</p>	
11.4	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>Zu 1.3 Therapieziele</p> <p>Die BPtK schließt sich dem Vorschlag von GKV-SV, DKG und KBV an, Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz sowie die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage als Therapieziele aufzunehmen. Zugleich sollte die Ergänzung gemäß Vorschlag von GKV-SV und PatV aufgegriffen werden.</p> <p>Begründung:</p> <p>Auch aus Sicht der BPtK ist die zusammenfassende Beschrei-</p>	Infolge der Stellungnahme wurde der Text des Beschlussentwurfes unter Nummer 1.3 modifiziert.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>bung der übergeordneten Therapieziele und der grundlegenden Therapieprinzipien an dieser Stelle als Information für den koordinierenden Arzt sinnvoll. Mit Ergänzung des letzten Satzes wird darüber hinaus als zentrales Therapieziel festgehalten, dass über die zentralen Therapieprinzipien auch einer Somatisierung und übermäßigen Fixierung auf medizinische Maßnahmen entgegengewirkt werden soll.</p>	
11.5	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>Zu 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BPtK schlägt zum Punkt „1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren“ zweiter Absatz folgende Ergänzung vor: <p>„Der Arzt oder die Ärztin erfasst dazu die individuelle Beschwerdestärke, das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung, die psychosoziale Belastung und psychische und somatische Komorbiditäten. Für die Beurteilung des Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigung sowie, ob psychische Komorbiditäten vorliegen, bezieht der koordinierende Arzt weitere Fachdisziplinen wie Physiotherapeuten und Psychotherapeuten mit ein.“</p>	<p>KBV, DKG und PatV: Dem Vorschlag ist in modifizierter Form unter Nummer 1.4 (Beschlussentwurf) gefolgt worden.</p> <p>GKV-SV: Die Beurteilung des Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigung sowie, ob psychische Komorbiditäten vorliegen, liegt beim koordinierenden Arzt. Es besteht die Möglichkeit, dass dieser im eigenen Ermessen bei Notwendigkeit weitere Fachdisziplinen hinzuzieht. Eine verpflichtende Hinzuziehung von weiteren Fachdisziplinen ist unnötig.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Begründung:</p> <p>Die NVL unspezifischer Kreuzschmerz empfiehlt mit einem starken Empfehlungsgrad die Durchführung eines multidisziplinären Assessments zur weiteren Therapieplanung bei den folgenden Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nach sechs Wochen Schmerzdauer, alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie sowie dem Vorliegen von psychosozialen und/oder arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren zur Chronifizierung; - nach zwölf Wochen Schmerzdauer, alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie; - bei chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen mit erneuter therapieresistenter Exazerbation. <p>In das DMP sollen Patienten mit chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen und wesentlichen Funktionseinschränkungen aufgenommen werden. Für diese Patienten soll nach den Empfehlungen der NVL KS ein multidisziplinäres Assessment als Grundlage für die weitere Therapieplanung erfolgen. Wesentlicher Bestandteil des Assessments ist nach der NVL KS neben der ärztlichen Beurteilung die Beurteilung durch eine bewegungstherapeutische (z. B. Physiotherapie)</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>und eine psychotherapeutisch orientierte (z. B. Psychiater, ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut) Disziplin. Bei Hinweisen auf das Vorliegen einer psychischen Komorbidität sollte der koordinierende Arzt zur diagnostischen Abklärung und Prüfung der Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung an eine entsprechende Fachdisziplin verweisen. Mit der Aufnahme einer „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ in den Leistungskatalog der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten wurde die Möglichkeit einer zeitnahen diagnostischen Abklärung, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und welche spezifischen Hilfen in der weiteren Versorgung des Patienten indiziert sind, geschaffen. Das Ergebnis der psychotherapeutischen Sprechstunde sollte dann in die weitere Therapieplanung im Rahmen des DMP einbezogen werden.</p>	
11.6	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> Die BPtK befürwortet den Vorschlag des GKV-SV und der PatV, der gemäß den Empfehlungen der NVL nicht-spezifischer Kreuzschmerz die Beschreibung des abgestuften Vorgehens in der Therapieplanung vorsieht. <p>Begründung: Der explizite Hinweis auf die Möglichkeit einer teilstationären</p>	<p>GKV-SV und DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV und PatV: Auch die KBV und die PatV befürworten ein gestuftes Vorgehen. Die teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie ist explizit gemäß Nummer 1.5.3 vorgesehen, wenn andere Maßnahmen nicht erfolgreich sind oder keinen Erfolg versprechen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>oder stationären multimodalen Schmerztherapie, wenn weniger intensive Therapiemaßnahmen nicht erfolgreich waren, ist vor dem Hintergrund, dass eine entsprechende Therapieintensität ambulant häufig nicht umgesetzt werden kann, und der Überlegenheit multimodaler Programme gegenüber herkömmlichen Therapien gerechtfertigt, um den Zugang der Patienten zu dieser Behandlungsform zu fördern.</p>	
11.7	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> Die BPtK schließt sich dem Votum von GKV-SV und DKG an, dass die körperliche Aktivierung als ein wesentliches Element in der Behandlung chronischer Kreuzschmerzen besonders betont werden sollte. <p>Begründung:</p> <p>Dem hohen Stellenwert, den die körperliche Aktivierung bzw. die Bewegungstherapie in der Prävention und Behandlung chronischer Kreuzschmerzen hat, wird dadurch Rechnung getragen. Ein Ziel, das mit der Implementierung der NVL KS verfolgt wird, ist zudem die Optimierung der Informationsvermittlung zum Nutzen körperlichen Trainings für die Prävention und Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen und darüber hinaus die Verbesserung der Annahme von Angeboten zur körperlichen Aktivität durch die Betroffenen. Das DMP Kreuzschmerz sollte hierzu einen Beitrag leisten.</p>	<p>DKG und GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV und PatV: Auch die KBV und die PatV haben an dieser Stelle unter Zeile 118 ebenfalls die körperliche Aktivität als wesentlichen Bestandteil individueller Zielsetzungen definiert. Zusätzlich aber auch auf Entspannungstechniken hingewiesen, die insbesondere bei Schmerzpatienten, die bereits körperlich aktiv sind (Sportler) im Vordergrund stehen können.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
11.8	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>Zu 1.5 Therapeutische Maßnahmen</p> <p>1.5.1 Basismaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BPtK stimmt dem Vorschlag von KBV und PatV zu, die individuelle Aufklärung des Patienten durch schriftliche Informationen zu unterstützen. Dies gibt dem Patienten die Gelegenheit, Inhalte bei Bedarf auch nach dem ärztlichen Gespräch nachzulesen und damit besser zu verarbeiten und zu verinnerlichen. Die BPtK schließt sich dem Votum von KBV und PatV an, dass alle Patienten als zentrale Basismaßnahme Zugang zu einer Schulung, die als multimodales Angebot entsprechend Abschnitt 4.2 (Vorschlag KBV/PatV) konzipiert ist, erhalten sollen. <p>Begründung:</p> <p>Als wesentliche und wirksamste Behandlung bei chronischen Rückenschmerzen gelten multimodale Behandlungsprogramme. Für sie liegen nach den Empfehlungen der NVL KS die vergleichsweise stärksten Wirksamkeitsbelege im Vergleich zu alleinigen Therapiemaßnahmen, die häufig nicht aufeinander abgestimmt nebeneinander angewandt werden, vor.</p>	<p>KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: siehe Kommentierung zu lfd. Nr. 5.4 und 6.7 der Auswertungstabelle</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Gemäß der NVL unspezifische Kreuzschmerzen sollen Patienten mit chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen, wenn weniger intensive evidenzbasierte Therapie-verfahren unzureichend wirksam waren, mit multimodalen Programmen behandelt werden.</p> <p>Ein Ziel, das mit der Einführung von Disease-Management-Programmen verfolgt wird, ist der Abbau von Versorgungsdefiziten und die Förderung einer leitliniengerechten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Gemäß den definierten Aufnahmekriterien können Patienten in das DMP „Chronischer Rückenschmerz“ aufgenommen werden, wenn sie länger als 12 Wochen trotz andauernder Therapie an nicht-spezifischen Kreuzschmerzen mit wesentlichen Funktionseinschränkungen leiden. Es handelt sich also um Patienten, deren Erkrankung bereits einen gewissen Schwere- und Chronifizierungsgrad erreicht hat und bei denen bisherige Behandlungen keinen oder keinen ausreichenden Erfolg gezeigt haben. Gemäß dem in der NVL unspezifische Kreuzschmerzen empfohlenen gestuften Vorgehen sollte mit der Einschreibung in das DMP darum von Beginn an eine im Vergleich zur bisherigen Behandlung intensivierte Behandlung erfolgen. Derzeit fehlen in der ambulanten Versorgung regelhaft multimodale Behandlungsangebote. Diese stehen meistens nur als</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		hochintensives Angebot im Rahmen einer teilstationären oder stationären Krankenhausbehandlung oder im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zur Verfügung. Durch das verpflichtende Angebot einer multimodalen Schulung als Basismaßnahme, die jedoch im Vergleich zu den stationär und teilstationär angebotenen Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen eine geringere Intensitätsstufe hat, soll deshalb die Etablierung multimodaler evidenzbasierter Programme in der ambulanten Versorgung gefördert und der Zugang zu diesen für Patienten, die in einem DMP chronischer Rückenschmerz eingeschrieben sind, ermöglicht werden. Dies entspricht auch den Empfehlungen der NVL unspezifische Kreuzschmerzen, nach denen sich die Ausgestaltung der Programme an dem Therapiebedarf des Patienten orientieren und von hochintensiven vollstationären, über teilstationäre bis hin zu berufsbegleitenden Programmen reichen sollte.	
11.9	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen/Individuelle zusätzliche Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Sinne eines gestuften Vorgehens, wie es auch in der NVL KS empfohlen wird, befürwortet die BPtK den Vorschlag von KBV und PatV, der vorsieht, die Basismaßnahmen nach Nummer 1.5.1 und die multimodale 	<p>DKG: Auch im BE der DKG können individuell am Patientenbedarf ausgerichtete Einzelmaßnahmen in Form von Verhaltenstherapie, sowie gleichermaßen multimodal ausgerichtete Therapiemaßnahmen durchgeführt werden.</p> <p>GKV-SV: Nur für die Verhaltenstherapie-basierten Verfahren</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Gruppenschulung gemäß 4.2 als Basismaßnahme bei entsprechender Indikation um weitere Einzelmaßnahmen, wie z. B. einer Psychotherapie bei Vorliegen einer komorbiden psychischen Erkrankung, zu ergänzen und damit zu intensivieren. Eine Eingrenzung der psychotherapeutischen Behandlung auf die Verhaltenstherapie ist jedoch mit Blick auf die Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen, die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie und mit Blick auf die angesprochene Berücksichtigung der individuellen Präferenzen der Patienten nicht sachgerecht. Die BPtK schlägt daher vor, beim Vorschlag der KBV, PatV im ersten Spiegelstrich „Verhaltenstherapie“ durch „Psychotherapieverfahren gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie“ zu ersetzen. Darüber hinaus ist es aus Sicht der BPtK sachgerecht, dass in den Anforderungen zu Ziffer 1.5.2 nochmals die Notwendigkeit einer zeitlichen und inhaltlichen Abstimmung der somatisch und psychisch orientierten Behandlungs-modalitäten im Sinne eines multimodalen Ansatzes zu betonen und die Teilnahme einer multimodalen Gruppenschulung vor Einleitung weiterer intensivierter Maßnahmen vom</p>	<p>besteht ein Wirksamkeitsnachweis bei chronischen Kreuzschmerzen.</p> <p>Bezüglich der zeitlichen und inhaltlichen Abstimmung zwischen koordinierendem Arzt und Psychotherapeuten, gehen wir davon aus, dass dies zwingender Bestandteil der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachdisziplinen ist.</p> <p>Bezüglich der Teilnahme an einer Gruppenschulung siehe Kommentierung zu 6.7 der Auswertungstabelle.</p> <p>KBV und PatV: Der Vorschlag wurde unter Nummer 1.5.2 umgesetzt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		koordinierenden Arzt prüfen zu lassen.	
11.10	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>1.5.3 Weitere intensivierte Maßnahmen/1.5.4 Multimodale Schmerztherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei Nicht-Erreichen der Therapieziele durch eine Ergänzung der Basisschulung um weitere therapeutische Einzelmaßnahmen (siehe 1.5.2 Vorschlag KBV und PatV) bzw. nach Intensivierung der individuellen Therapiemaßnahmen durch Kombination von mindestens zwei aufeinander abgestimmten Behandlungsmodalitäten (siehe 1.5.3 Vorschlag GKV-SV und DKG) soll auch aus Sicht der BPtK die Indikation für eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie geprüft werden (siehe 1.5.4 Multimodale Schmerztherapie, Vorschlag GKV-SV und DKG bzw. 1.5.3 Weitere intensive Maßnahmen, Vorschlag KBV und PatV). Der Einsatz der ambulanten Schmerztherapie gemäß Schmerztherapie-Vereinbarung, wie von KBV und PatV unter 1.5.3 Weitere Intensive Maßnahmen vorgeschlagen, sollte jedoch nicht als zusätzliche Alternative aufgeführt werden. 	<p>GKV-SV und DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>PatV und KBV: Auch die Schmerztherapievereinbarung beinhaltet neben somatisch orientierten schmerztherapeutischen Maßnahmen einen multimodalen Ansatz, darüber hinaus soll aber auf jeden Fall eine teilstationäre oder stationäre multimodale Therapie im Sinne der NVL erwogen werden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Begründung:</p> <p>Die in der Schmerztherapie-Vereinbarung festgelegte Therapie entspricht nach Auffassung der BPtK nicht den in der NVL unspezifische Kreuzschmerzen beschriebenen Anforderungen an multimodale Behandlungsprogramme für chronische Rückenschmerzen. Als Multimodale Schmerztherapie wird hier die gleichzeitige, inhaltliche, zeitliche und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen „aus einer Hand“ bezeichnet, in die verschiedene somatische, körperlich und psychologisch übende sowie psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan eingebunden sind. Diese Voraussetzungen werden mit einer Therapie gemäß der Schmerztherapie-Vereinbarung, in der verschiedene Einzelmaßnahmen durch einen schmerzmedizinisch qualifizierten Facharzt koordiniert werden, unseres Erachtens nach nicht ausreichend erfüllt.</p>	
11.11	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>1.5.5 Langzeitbetreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BPtK hält einen eigenen Abschnitt zur Langzeitbetreuung nach Durchlaufen aller indizierten Maßnahmen nach 1.5.1 bis 1.5.4 für nicht erforderlich. Vielmehr ist im weiteren Behandlungsverlauf individuell 	<p>DKG, PatV und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Die Maßnahmen sind größtenteils für eine zeitlich begrenzte Anwendung oder für eine Wiederholung zur Verstärkung oder Auffrischung sinnvoll. Wenn deshalb alle indizierten Maßnahmen nach 1.5.1 – bis 1.5.4 durchlaufen sind,</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		und ggf. wiederholt zu prüfen, ob der Einsatz spezifischer Maßnahmen oder deren Kombination (erneut) indiziert ist.	soll der Schwerpunkt in Behandlung und Arzt-Patientenbeziehung auf die Stabilisierung erworbener Verhaltens- und Handlungskompetenzen der Patientin bzw. des Patienten, die Verstetigung körperlicher Aktivität (NVL 2017, Seite 72) sowie auf die Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Interventionen gelegt werden.
11.12	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	Zu 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> Aus Gründen der Datensparsamkeit und des Bürokratieabbaus schließt sich die BPtK hier den Voten von GKV-SV und KBV bzw. GKV-SV, DKG und KBV an. 	DKG und PatV: Die Anforderungen sind datensparsam. Da es sich um eine Erkrankung mit hohem Chronifizierungspotenzial handelt, ist ein Mindestmaß an Verlaufsbeurteilung, wie es der CPG-Fragebogen vorsieht, angeraten. GKV-SV und KBV: Dank und Kenntnisnahme
11.13	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	Zu 1.7 Kooperation der Versorgungsebenen 1.7.1 Koordinierender Arzt <ul style="list-style-type: none"> Die BPtK schließt sich dem Vorschlag der PatV an, dass der koordinierende Arzt im Austausch mit den anderen eingebundenen Fachärzten und Therapeuten stehen sollte, da nur so der Anspruch an eine besser koordinierte, aufeinander abgestimmte Behandlung, die durch die Einschreibung in ein DMP mit gefördert werden soll, eingelöst werden kann. 	GKV-SV: Es muss davon ausgegangen werden, dass der Austausch und die Berücksichtigung der jeweils getroffenen Beurteilungen zwingender Bestandteil der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachdisziplinen ist. PatV: Dank und Kenntnisnahme [DKG okay]

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> Auch aus Sicht der BPtK sollte die Koordination – wie von GKV-SV und PatV vorgeschlagen – grundsätzlich durch den Hausarzt erfolgen, sofern der Patient nicht bereits vor der Einschreibung dauerhaft durch einen anderen Facharzt, z. B. einen Facharzt für Orthopädie, betreut wurde. In diesem Fall sollte dieser die Funktion des koordinierenden Arztes übernehmen können. 	<p>GKV-SV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV und DKG: Es ist absehbar, dass an diesem DMP nur solche grundversorgenden Ärzte teilnehmen, die einen Schwerpunkt in der Versorgung von Rückenschmerzpatienten haben und an diesem Thema besonders interessiert sind, unabhängig von den genannten Fachgruppen.</p> <p>Beispielsweise etwa 50% aller Orthopäden verfügen über die Zusatzqualifikation der psychosomatischen Grundversorgung. Bis zu 40% aller Rückenschmerzpatienten in orthopädischen Praxen werden ohne Hinzuziehen eines Hausarztes wohnortnah versorgt.</p> <p>Im Vorschlag von KBV und DKG sollen entsprechend des Beschlussentwurfes (Nummer 1.7.1) daher keine einschränkende Regelungen hinsichtlich der genannten Fachdisziplinen vorgenommen werden.</p>
11.14	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BPtK stimmt dem Vorschlag von DKG und KBV zu, die Überweisung zu einem schmerztherapeutisch qualifizierten Arzt oder zu einer schmerztherapeutisch 	<p>DKG, PatV und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Ein Nichtansprechen auf die Therapiemaßnahmen, eine Verschlechterung der Beschwerden oder neue Hinweise auf spezifische Ursachen sind unterschiedliche Fragestellungen, die die Einbeziehung von Fachärzten unterschiedlicher</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>qualifizierten Ärztin an dieser Stelle gesondert zu erwähnen, da diese zum einen im ambulanten Sektor über besondere Expertise in der Behandlung chronischer Schmerzen verfügen und diese Möglichkeit damit schlechter übersehen werden kann.</p>	<p>Fachrichtungen erfordern kann. Deshalb wird die allgemeinere Formulierung von GKV-SV und PatV bevorzugt.</p>
11.15	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019</p>	<p>1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung</p> <p>Die BPtK plädiert für die Umsetzung des Vorschlags von KBV und PatV. Da bereits in der Überschrift „stationäre“ Behandlung steht, kann es im Spiegelstrich „zur multimodalen Schmerztherapie“ statt zur „stationären multimodalen Schmerztherapie“ heißen.</p>	<p>Dem Vorschlag wurde gefolgt.</p>
11.16	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019</p>	<p>Zu 2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V) Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren</p> <p>Nummer 1: Die BPtK spricht sich gegen die Aufnahme des vom GKV-SV vorgeschlagenen Indikators „Niedrige durchschnittliche Anzahl kreuzschmerzbedingter AU-Tage“ aus. Der Mittelwert und Median kreuzschmerzbedingter AU-Tage ist ohne weitere Bezugsgröße, zu der er in eine sinnvolle Relation gestellt wird,</p>	<p>DKG, PatV und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: siehe Kommentierung zu lfd. Nr. 6.13 Auswertungstabelle</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		nicht zu bewerten und deshalb auch nicht aussagekräftig. Ziel-führender wäre es an dieser Stelle, das Item 7 des CPG-Fra-gebogens heranzuziehen, um die Beeinträchtigung der Ar-beitsfähigkeit im Verlauf abzubilden.	
11.17	Bundespsychothera-peutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>Nummer 6:</p> <p>Die BPtK schließt sich dem Vorschlag von DKG, KBV und PatV an, da hier sowohl die Ziel-vereinbarung als auch die Überprüfung der Erreichung in den Indikator eingehen und dieser damit differenzierter ist und die unter 1.4. und 1.7 for-mulierten Anforderungen berücksichtigt.</p>	<p>DKG, KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Einfaches, nachvollziehbares Qualitätsziel wird be- vorzugt.</p>
11.18	Bundespsychothera-peutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>Nummer 7:</p> <p>Da die BPtK auch für das Angebot einer multimodalen Schu- lung als Basismaßnahme votiert, schließt sie sich dem Vor- schlag von DKG, KBV und PatV an, die Teilnahme an einer Schulung als Qualitätsindikator vorzusehen.</p>	<p>DKG, KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: siehe Kommentierung zu lfd. Nr. 6.13 Auswer- tungstabelle</p>
11.19	Bundespsychothera-peutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>Nummer 10:</p> <p>Grundsätzlich hält die BPtK die gesundheitsbezogene Le- bensqualität für einen zentralen Zielparameter für strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen. Die vorgesehene Dokumentation erlaubt es nicht, diesen Bereich</p>	<p>DKG, GKV-SV und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Um das gemeinsam beschlossene Ziel - Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität - erheben zu kön- nen, bedarf es eines geeigneten Instruments. Der VR12 ist</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		methodisch angemessen breit zu erfassen, sondern vermag nur einzelne Aspekte abzubilden. Da im DMP zu-gleich der Dokumentationsaufwand nicht weiter erhöht werden sollte, spricht sich die BPtK dafür aus, auf diesen Indikator zu verzichten.	ein aussagekräftiger und etablierter Score, mit dem man genau dieses Ziel mit überschaubarem Aufwand messen kann. (Schließlich füllen die Patientinnen/Patienten den Fragebogen selbst aus) Wir halten die gesundheitsbezogenen Lebensqualität für den zentralen Zielparameter und deshalb ein Instrument zur Erfassung für unverzichtbar.
11.20	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>Zu 4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)</p> <p>4.2. Schulungen der Versicherten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die BPtK schließt sich dem Vorschlag von DKG und KBV an, dass jeder Patient Zugang zu einer strukturierten, evaluierten und publizierten Gruppenschulung erhalten soll. • Zudem unterstützt die BPtK den Vorschlag von KBV und PatV, dass diese Schulung mindestens zwei Module – ein psychisches und ein somatisches – enthalten und durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen durchgeführt und aktiv üben gestaltet werden soll. Damit werden Anforderungen an ein gemäß den Empfehlungen der NVL unspezifischer Kreuzschmerz auszugestaltendes multimodales Be- 	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: siehe Kommentierung zu lfd. Nr. 6.7 Auswertungstabelle</p> <p>KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Nach den Recherchen des G-BA existieren mehrere evaluierte und publizierte Schulungen, die die formulierten Mindestanforderungen eines somatischen und eines psychisch orientierten Ansatzes inklusive der entsprechenden Professionen erfüllt. Diese sind u.a.: Rückenfit-Programm „Lebenslust statt Krankheitsfrust“; Curriculum Rückenschule (DRV Bund); Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP); (KddR-) Neue Rückenschule; Back to Balance – Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm; Münchener</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>handlungsprogramm festgelegt, das zwar weniger intensiv als ein stationäres Behandlungsprogramm ist, aber dennoch die wesentlichen Grundprinzipien dieser Programme – aktiv, aus einer Hand, aufeinander abgestimmt und somatisch als auch psychologisch orientiert – umsetzt.</p>	<p>Rücken-Intensiv-Programm (MRIP)</p> <p>Diese multimodalen Schulungsprogramme sind noch nicht flächendeckend in der Versorgung umgesetzt, können aber durch die verbindliche Forderung einer solchen Schulung für jeden Patienten und jede Patientin in diesem DMP umgesetzt werden.</p> <p>Es soll sich bei den geforderten Gruppenschulungen also nicht um rein edukative Maßnahmen handeln, sondern um multimodale Angebote, die aktiv übend zu gestalten sind.</p> <p>KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
11.21	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>Zu 5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation; § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BPtK schließt sich dem Vorschlag der KBV an. 	<p>GKV-SV: Gegenüber dem Vorschlag der KBV sind im GKV-SV-Konzept keine isolierten Schulungen vorgesehen. Somit entfällt b). GKV-SV und DKG: Außerdem fehlt für den Evaluationsparameter g) Wirbelsäulenoperationen die notwendige Datengrundlage in der DMP-Dokumentation.</p> <p>KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Um das gemeinsam beschlossene Ziel - Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität - erheben zu können, bedarf es eines geeigneten Instruments. Der VR12 ist ein aussagekräftiger und etablierter Score, mit dem man genau dieses Ziel mit überschaubarem Aufwand messen kann.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>(Schließlich füllen die Patientinnen/Patienten den Fragebogen selbst aus) Wir halten die gesundheitsbezogenen Lebensqualität für den zentralen Zielparameter und deshalb ein Instrument zur Erfassung für unverzichtbar.</p> <p>PatV und DKG: Die Messung des Parameters AU-Tage lässt keine Rückschlüsse auf die Qualität der Intervention im DMP zu und wirft eher Fragen auf.</p>
11.22	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 24.01.2019	<p>Zu Anlage 16 Chronischer Rückenschmerz – Dokumentation</p> <p>Da die Dokumentationsparameter der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten Anforderungen an die Evaluation dienen, ergeben sich diese automatisch aus den noch zu fassen-den Beschlüssen zu Nummer 2 und Nummer 5 und die BPtK verzichtet an dieser Stelle deshalb auf weitere Anmerkungen.</p>	Kenntnisnahme
12	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019		
12.1	Deutsche Gesellschaft für Physikalische	Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit nehmen wir, gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und 137f,	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	sche und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<p>Abs. 2 Satz 5 SGB V zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Änderungen der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation), fachlich Stellung.</p> <p>Dabei gehen wir davon aus, dass das o.g. DMP für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, die als nichtspezifisch klassifiziert werden, gelten soll. Bei dieser heterogenen Gruppe von Patientinnen und Patienten liegt bekanntlich meist eine multifaktorielle Genese, bei der eine monomodale Behandlung in der Regel nicht wirksam ist und damit eine Fehlbehandlung darstellt vor. Die aktuellen Leitlinien fordern deshalb eine interdisziplinäre Diagnostik und eine befundgerechte Komplexbehandlung. Dem trägt der o.G. Entwurf im Wesentlichen Rechnung.</p>	
12.2	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<p>Aus Sicht unseres Fachgebietes sind allerdings die folgenden Punkte zu korrigieren bzw. zu berücksichtigen:</p> <p>1. <u>Koordinierender Arzt (Kapitel 1.7.1):</u> Neben Hausärztinnen und Hausärzten müssen Fachärztinnen</p>	<p>KBV und DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV und PatV: siehe Kommentierung zu lfd. Nr. 6.11 Auswertungstabelle.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>und Fachärzte gleichberechtigt koordinierende Ärzte sein können. Maßstab sollten die vorhandenen Qualifikationen und Erfahrungen der Fachgebiete sein. So sind vor allem Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie konservative Orthopädinnen und Orthopäden in der Diagnostik und der nichtoperativen multimodalen Behandlung ausgebildet und erfahren. Des Weiteren sollten auch Ärzte anderer Fachgebiete mit Erfahrungen und Qualifikationen (ZB) in Manueller Medizin, Physikalischer Therapie, Spezieller Schmerztherapie und Psychosomatischer Grundversorgung koordinierende Ärzte sein können.</p>	<p>Außerdem kann dem Vorschlag, Ärzte nicht näher bezeichneter Fachdisziplinen, die unter Umständen keinen oder geringen Bezug zum Krankheitsbild des chronischen unspezifischen Kreuzschmerzes aufweisen, aufgrund einer eng begrenzten Zusatzqualifikation als koordinierende Ärzte einzusetzen, nicht gefolgt werden.</p>
12.3	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<p>2. Therapeutische Maßnahmen und Schulungen (Kapitel 1.5 und 4.2): Um der Notwendigkeit einer komplexen Herangehensweise (Interdisziplinarität und multimodaler Behandlung) gerecht zu werden, sind Kombinationen von den empfohlenen nichtoperativen Therapieverfahren befundgerecht anzuwenden und qualifizierte Schulungen zwingend neu in die Versorgung zu integrieren.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: siehe Kommentierung zu lfd. Nr 6.7 Auswertungstabelle KBV und PatV: In dem Vorschlag von KBV und PatV werden interdisziplinäre multimodale Schulungen als zentrale Maßnahmen für jede Patientin und jeden Patienten gefordert.</p>
12.4	Deutsche Gesellschaft für Physikalische	<p>Die Schulungen müssen die somatischen und psychosozialen Anteile (zwei entsprechend qualifizierte Berufsgruppen) berücksichtigen, aktiv übende Elemente enthalten und sich an</p>	<p>GKV-SV: siehe 6.7 KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	sche und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<p>den Erkenntnissen und Erfahrungen aus klinischen und teilstationären Komplexprogrammen orientieren. Dabei ist zu betonen, dass sich die Aspekte der Zeilen 81-84 auf funktionsbezogene (ICF-orientierte) Ziele fokussieren müssen und sich nicht alleine auf eine Schmerzreduktion beschränken dürfen. Die Anwendung der ICF ist Kernkompetenz der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, und diese Ziele können in der Regel nur in einer gut koordinierten multiprofessionellen Zusammenarbeit erreicht werden.</p> <p>Daher sollte die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt verpflichtet werden, mit den zu dem DMP qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten einen mündlichen und/oder schriftlichen Austausch zu pflegen, der über das Ausstellen einer Heilmittelverordnung hinaus geht. Der/die Therapeut/in sollte verpflichtet werden, einen Therapiebericht nach vorher erstellten und geschulten Qualitätsmerkmalen zu erstellen. Auch hierin sind die Fachärzte für PRM in der derzeitigen Realität am besten geeignet, denn den Berufsgruppen ist die Fachsprache des ICF geläufig.</p>	<p>Mit dem Satz in Zeile 81- 84 wird bewusst auf alle unter Nummer 1.3 genannten Therapieziele Bezug genommen.</p> <p>GKV-SV: Die Kommunikation zwischen dem koordinierenden Arzt und den die Heilbehandlung ausführenden Therapeuten und Therapeutinnen ist durch die Anforderungen an die Zusammenarbeit in der Heilmittelrichtlinie vorgegeben.</p> <p>KBV, DKG und PatV: Eine strukturierte Kommunikation der beteiligten Leistungserbringer im Sinne von Fallkonferenzen ist nicht Bestandteil der Regelversorgung und kann über das DMP nicht eingeführt werden, gleichwohl ist sie wünschenswert.</p>
12.5	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V.	Weiterhin sollten die folgenden Änderungen im Detail vorgenommen werden (in der Reihenfolge des Beschlusses – nicht nach fachlicher Gewichtung):	GKV-SV, KBV und DKG: Es liegt nicht im Zuständigkeitsbereich der DMP-Anforderungen, Leistungen der DRV für ein DMP chron. Rückenschmerz zu regeln.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	(DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 57: wie PatV: Ambulante und stationäre Rehabilitationsverfahren sowie Präventionsleistungen zu Lasten der DRV sollten positiv in des DMP-Verfahren integriert werden können, und deren Stellung ist klar zu definieren. 	PatV: Dank und Kenntnisnahme
12.6	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 78: Bitte den Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin ergänzen. 	KBV und DKG: Dem Vorschlag wurde gefolgt.
12.7	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 79: Streichen: Begründung siehe auch Zeile 57. 	KBV und DKG: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV und PatV: Siehe Kommentierung zur laufenden Nummer 11.3 in der Auswertungstabelle.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
12.8	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 93: Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz sowie Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage, Verbesserung des Verständnisses für Schmerzentwicklung und Chronifizierungsfaktoren. Bitte ergänzen. 	<p>GKV-SV: Die Rolle einer Verbesserung des Verständnisses für Schmerzentwicklung und Chronifizierungsfaktoren wird an anderer Stelle, bspw. im Rahmen der Therapieplanung gewürdigt.</p>
12.9	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 94 wie KBV 	<p>KBV und DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV und PatV: Die Bedeutung entsprechender Grundsätze folgt aus den Forschungen zur Versorgung bei chronisch nichtspezifischen Kreuzschmerzen, z.B. aus der NVL (2017) und dem Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001.</p>
12.10	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 104: wie KBV 	<p>Falls Zeile 114 gemeint ist:</p> <p>KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV und DKG: Zur Begründung eines gestuften Behandlungskonzeptes siehe Tragende Gründe zu Nummer 1.4 Therapieplanung.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
12.11	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> Zeile 118: Dem Vorschlag der KBV ist der Vorzug zu geben, da häufig Schmerzen durch Verspannungen bedingt sind. 	<p>GKV-SV und DKG: An dieser Stelle der Anforderungen (Nummer 1.4) wird eine klare, generell für alle Teilnehmer gültige Zielformulierung bevorzugt.</p> <p>KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
12.12	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> Zeile 124: wie KBV (schriftliche Information ist hilfreich und wichtig) 	<p>GKV-SV und DKG: Entspricht lfd. Nummer 5.4.</p> <p>KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
12.13	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> Zeile 134: Bitte Schulung mit körperlicher Aktivität verbinden! Kognition und Edukation allein reicht nicht aus! Die Einbindung der therapeutischen Berufsgruppen ist dringend systematisch mit einzubeziehen. 	<p>KBV und PatV: In den Schulungen, wie von KBV und PatV gefordert sind explizit aktiv übende Elemente gefordert.</p> <p>DKG: Der Beschlussvorschlag der DKG sieht ebenfalls das Angebot von Schulungen vor. Dies schließt auch die Möglichkeit einer multimodalen Schulung ein.</p>
12.14	Deutsche Gesell-	<ul style="list-style-type: none"> Zeile 136: Hier ist es wichtig, im Rahmen von Gruppensettings, Einzelsettings so einzubauen, dass die 	<p>GKV-SV: Die Zusammenarbeit zwischen dem koordinieren-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	sellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	zuvor erarbeiteten individuellen Therapieziele Berücksichtigung finden! Die Frage stellt sich, wer die psychischen und psychosomatischen Aspekte berücksichtigen kann. Es sollte eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten erfolgen, und diese beiden Berufsgruppen sollten hier zusammen geschult werden, um die Schnittstellen zu verstehen!	den Arzt und den die Heilbehandlung ausführenden Therapeuten und Therapeutinnen ist in der Heilmittelrichtlinie vorgegeben. KBV und PatV: Ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen ist in der Position von KBV und PatV in multimodalen Schulungen umgesetzt. DKG: Hierzu wird auf den Abschnitt 1.5.3 Intensivierte Therapiemaßnahmen verwiesen. Dort wird ausdrücklich die Anwendung von unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten, mindestens zwei, darunter Physiotherapie und eine aus dem psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich (Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie) beschrieben, was eben den Einsatz unterschiedlicher Professionen erfordert. Auch Abschnitt 1.5.4 enthält ausdrücklich einen multiprofessionellen Ansatz.
12.15	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> Zusätzlich befundorientierter Einsatz von sporttherapeutischen Maßnahmen, Übergang in den leistungsadäquaten Breitensport einleiten. 	GKV-SV und DKG: Entsprechende befundorientierte Empfehlungen und Maßnahmen sind in 1.5.1 Basismaßnahmen berücksichtigt. KBV und PatV: Der vorgeschlagene Ansatz ist zu begrüßen und entspricht der Forderung nach einem entsprechenden Assessment, lässt sich aber über DMP nicht umsetzen, da über die Regelleistung hinausgehende Maßnahmen durch

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			die Richtlinie nicht eingeführt werden können.
12.16	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 151: Wie GKV: Unbedingt wichtig sind die Langzeitbetreuung, wie beschrieben, und das kurzfristige Auffangen möglicher zwischenzeitlicher Exazerbationen. 	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, PatV und DKG: Aus Sicht der KBV, PatV und DKG ermöglicht die gesamte Struktur des DMP chron. RS die langfristige Betreuung sowie das Monitoring und muss daher nicht als eigene Therapiestufe benannt werden.</p>
12.17	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 241. Schmerz, Funktion und Lebensqualität – sowie damit auch die Inanspruchnahme im Gesundheitswesen - sind von allen 7 Punkten abhängig. 	<p>PatV und DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV und GKV-SV: Siehe Kommentierung zur laufenden Nummer 6.10 in der Auswertungstabelle.</p>
12.18	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 243: Integration des VR12 zur Thematisierung der Lebensqualität empfohlen. Aus Erfahrung bietet die Besprechung des Ergebnisses eine gute Möglichkeit, auf den psychosomatischen Zusammenhang oder auch auf die Bedeutung oder das Vorhandensein 	<p>GKV-SV, DKG und KBV: Aufgrund der bisher im DMP gemachten Erfahrungen mit der Messung der Lebensqualität wird bei hohem Aufwand und begrenztem Erkenntnisgewinn eine Messung der Lebensqualität für nicht ratsam angesehen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		von psychischen Faktoren zu sprechen zu kommen (sog. Türöffner).	
12.19	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> Zeile 249: Wie PatV: Die Zusammenführung der Befunde und Maßnahmen durch den koordinierenden Arzt/Ärztin und deren Wertung in Bezug auf die Beschwerden der/des Patientin/ Patienten und den Verlauf der Therapie ist grundlegend notwendig, um nachhaltig gegen Chronifizierung zu wirken. 	<p>GKV-SV, KBV und DKG: Siehe Kommentierung zur laufenden Nummer 11.13 in der Auswertungstabelle</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
12.20	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> Zeile 252: Die Variante der KBV ist deutlich zu befürworten. Fachärzte sollten nicht nur in Ausnahmefällen hinzugezogen werden, um Probleme im Sinne von Unter- oder Überdiagnostik, unsichere Erkennung von Red flags für die Ein- und Ausschlusskriterien abzuschern. 	<p>KBV und DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV und PatV: siehe Kommentierung zu lfd. Nr. 6.11 Auswertungstabelle</p>
12.21	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V.	<ul style="list-style-type: none"> Zeile 266: streichen 	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG, KBV und PatV: Die Erklärung erschließt sich aus den Tragenden Gründen zu Nummer 1.7.2.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	(DGPRM), 24.01.2019		
12.22	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 319: Wie GKV: (eine Überprüfung ist sicher ein logistisches Problem, hat aber Sinn, um keine unkontrollierten Selbstläufer zu produzieren). Eine jährliche Überprüfung ist zu empfehlen. 	<p>DKG und PatV: Im Beschlussvorschlag der DKG wird eine jährliche Überprüfung als sinnvoll angesehen.</p> <p>GKV-SV: siehe Kommentierung zu laufende Nummer 1.13 in der Auswertungstabelle.</p> <p>KBV: Eine jährliche Überprüfung ist auch aus Sicht der KBV möglich. Abweichende Intervalle sind patientenindividuell festzulegen.</p>
12.23	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 331: Wie PatV: Unbedingt die aktiv übenden Inhalte und zwei Professionen bei der Schulung berücksichtigen. 	<p>GKV-SV: Siehe Kommentierung zur laufenden Nummer 6.7 der Auswertungstabelle.</p> <p>KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Auch im BE der DKG können multimodal ausgerichtete Therapiemaßnahmen durchgeführt werden.</p>
12.24	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM),	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 336: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist in die Evaluation mit einzubeziehen. Sie hat sich in vielen Studien als valides und sensibles Instrument 	<p>GKV-SV, KBV und DKG: Siehe Kommentierung zur laufenden Nummer 12.18 in der Auswertungstabelle.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	24.01.2019	zur Messung von Veränderung von Behandlungsprogrammen erwiesen und ist ein wesentlicher Parameter zur Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen.	
12.25	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zeile 345: Dokumentation wie von der KBV vorgeschlagen + VR12 	<p>GKV-SV: Die Anforderungen an die Dokumentation ergeben sich aus den Qualitätszielen und der Evaluation. Deshalb siehe Kommentare zu den laufenden Nummern 6.7, 6.13 und 12.11 in der Auswertungstabelle.</p> <p>PatV und KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
12.26	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM), 24.01.2019	Für das gesamte Dokument gilt: Die Facharztbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ sollte immer jeweils mit Großbuchstaben geschrieben werden. Die oben angeführten Aspekte sind mit dem Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin (BVPRM) abgestimmt.	Dem Vorschlag wird gefolgt.
13	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 24.01.2019		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
13.1	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 24.01.2019	<p>Zu 1.1: Die im Dokument enthaltenen Informationen zu Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich der Berufskrankheiten (BKEn) können zu Irrtümern führen: Versicherte mit einer anerkannten Berufskrankheit leiden nicht an unspezifischem chronischem Rückenschmerz. Im Sinne der BK ist eine Bandscheibenbedingte Erkrankung (Vorwölbung, Prolaps, etc.) zugrunde zu legen, die zu Lumbalsyndrom, Wurzelreizsyndrom, Kaudasyndrom führt. Die Formulierung „Versicherte, deren Kreuzschmerzen als Berufskrankheit anerkannt wurden...“ ist damit per definitionem nicht korrekt und in diesem Kontext verwirrend. Richtiger wäre es zu formulieren: Versicherte, deren bandscheibenbedingte Schmerzerkrankung als Berufskrankheit anerkannt wurde...“ aber das wären wiederum per definitionem keine unspezifischen chronischen Rückenschmerzen. Formulierung Pat-V: Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.</p> <p>Die Formulierung ist nur dann zutreffend, wenn ein organisches Bandscheiben-Korrelat identifiziert werden kann (s.o.). Unspezifischer Rückenschmerz rechtfertigt keinen begründeten Verdacht für das Vorliegen einer Berufskrankheit. Die aktuelle Formulierung würde dem Irrglauben Vorschub leisten,</p>	Infolge der Stellungnahme wurde der Text des Beschlussentwurfes unter Nummer 1.1 modifiziert.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>dass „Rückenschmerzen“ als Berufskrankheit anerkannt werden könnten. Dass auf die ärztliche Anzeigepflicht im Falle eines BK-Verdachts hingewiesen wird, ist grundsätzlich sehr zu begrüßen, sollte aber unter Berücksichtigung der derzeitigen BK-Liste umformuliert werden:</p> <p>Formulierungs-Vorschlag für die Ausschlusskriterien: 1.1.g. bandscheiben-bedingte Erkrankungen mit Radikulopathie, lokalem Lumbalsyndrom, mono- oder polyradikulärem lokalem Wurzelreizsyndrom im Sinne einer Berufskrankheit (der LWS). Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.</p>	
13.2	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 24.01.2019	<p>Zu 1.3: Im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells stellt die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit ein wichtiges Therapieziel dar, das aber durch die Kennzahl bzw. den Indikator AU-Tage nur mit vielen Ungewissheiten abgebildet werden kann (s.u.).</p> <p>NB: Im Sinne der Programmplanung bzw. eines „logic models“ wäre die „Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung“ kein Outcome im eigentlichen Sinn, sondern ein</p>	<p>PatV, KBV und DKG: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV: siehe lfd. Nr. 6.13</p> <p>Die Kritik ist formal richtig. Die Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung wurde jedoch als so wichtig erachtet,</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		„enabling factor“, der z. B. zum Outcome „erhöhte gesundheitsbezogene Lebensqualität“ führen kann.	dass sie dennoch als Therapieziel aufgenommen wurde
13.3	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 24.01.2019	Zu 1.4: „Erfolg“ wird – außer relativ allgemein in der Anlage zu 3.2 – nicht konkret definiert. Das lässt Interpretationsspielraum zu und erschwert die Evaluation. Sollte unter „Erfolg“ das Erreichen eines individuell festgelegten Therapieziels, z. B. im Zuge der ärztlichen Verlaufskontrollen (1.6.) zu verstehen sein, so sollte dies klar formuliert werden.	Der Erfolg einer Behandlung kann individuell von Patient zu Patient sehr unterschiedlich beurteilt werden. Es soll der Verständigung zwischen Arzt und Patient überlassen sein, was als Erfolg einer Therapie gesehen wird und wann eine Änderung bzw. Intensivierung als sinnvoll erachtet wird. Eine Konkretisierung ist in den Dokumentationsparametern 11 und 12 erfolgt.
13.4	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 24.01.2019	Zu 1.7: Bei Ausdehnung des biopsychosozialen Ansatzes auf den Arbeitsplatz und die Arbeitsfähigkeit fehlen in diesem Kontext („Schnittstellenproblematik“ (s. unten)) betriebliche Akteure/Ansprechpartner, z. B. Betriebsarzt, Gleichstellungsbeauftragte, BGM, Arbeitsschutz.	Regelungen, die sich außerhalb des für die GKV geltenden Rechtsrahmens in Bezug auf DMP bewegen, können vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht getroffen werden.
13.5	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 24.01.2019	Zu 3 und 5: Grundsätzlich werden im DMP zwar u. a. reduzierte Arbeitsunfähigkeitszeiten von einigen Akteuren zum Ziel/Evaluationsparameter erklärt, aber die Schnittstelle zwischen med. Versorgung und Arbeitsplatz findet im Programm inhaltlich keine wesentliche Berücksichtigung.	siehe lfd. Nr. 13.4

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Für eine sinnvolle prozessuale Veränderung und damit veränderte Versorgungsrealität für Betroffene wären an dieser Stelle aber weiterführende/ergänzende Aktivitäten/Informationen (s.o.) notwendig, um die „Versorgungssystem-überschreitende Lücke“ zwischen Krankheit/Schmerz, Disability und beruflicher Einsatzfähigkeit ggf. leistungsgewandelter Personen zu schließen.</p> <p>Die Erfassung von Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) als Qualitätsindikator und Evaluationsparameter ist daher kritisch zu bewerten.</p> <p>Die multikausale Verursachung von Arbeitsunfähigkeitstagen lässt bei der Erfassung und Interpretation von Veränderungen dieses Parameters nur auf wenig Erkenntnisgewinn für das DMP in seiner jetzigen Gestalt hoffen. Auch kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich über diesen Parameter konkrete Rückschlüsse auf die Qualität der Intervention im Rahmen des vorliegenden DMP ziehen lassen.</p>	<p>GKV-SV: Es ist bekannt, dass die Häufigkeit der AU-Tage vielfältigen Einflüssen unterliegt. Dennoch gibt sie über den Zusammenhang zwischen Krankheitsbelastung und Teilhabe am Arbeitsleben belastbare Auskunft. Sie ist in dieser Funktion von Wissenschaft und Gesundheitsberichterstattung anerkannt.</p> <p>DKG, KBV und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Neben Schmerzen und Funktionseinschränkungen, die zur Arbeitsunfähigkeit beitragen können, können AU-Tage durch chronische Kreuzschmerzen auch durch verschiedene betriebliche Faktoren beeinflusst werden. Beispielhaft soll an dieser Stelle die seit 2004 gesetzliche Verpflichtung von Arbeitgebern erwähnt werden, bei krankheitsbedingter Abwesenheit von Mitarbeitern von sechs Wochen und mehr eine betriebliche Wiedereingliederung anzubieten (SGB IV, § 167). Aus der Erfahrung lässt sich festhalten, dass diese Verpflichtung noch nicht flächendeckend umgesetzt wurde, aber gerade bei chronischen Prozessen eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz und damit eine Reduktion von AU-Tagen darstellen kann (da in diesem Fall wichtige Informationen zum Arbeitsplatz, auch zu psychischen und physischen Belastungen zusammengetragen werden). Weiterhin lassen Studienergebnisse vermuten, dass die Einbindung eines Betriebsarztes in den Rückkehrprozess zu einer Ergebnisverbesserung beitragen kann. Im Rahmen der jetzigen DMP-Gestaltung finden diese Ansätze/Informationen keine Berücksichtigung, insofern könnte die Erfassung von AU-Tagen mehr Fragen aufwerfen als klären.</p> <p>Vielversprechender für die Erfassung und Bewertung von Qualität und Ergebnis scheinen hier die genannten, vor und nach Eintritt ins DMP direkt messbaren Kriterien zu sein:</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Schmerzmittelkonsum, Erfassungen von Veränderungen in der Selbsteinschätzung CPG oder gesundheitsbezogene Lebensqualität, ggf. Arbeitsfähigkeit.	
13.6	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 24.01.2019	Zu 4.2: Die Schulungen für beschäftigte Versicherte sollten auch Informationen zu Arbeitsplätzen und dort vorhandenen Möglichkeiten beinhalten, da diese den Betroffenen erfahrungsgemäß oft nicht bekannt sind.	KBV, DKG und PatV: In den von KBV, DKG und PatV vorgesehenen Schulungen können solche Inhalte integriert werden.
14	Deutscher Heilbäderverband e.V. (DHV), 24.01.2019		
14.1	Deutscher Heilbäderverband e.V. (DHV), 24.01.2019	<p>Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,</p> <p>gerne nehmen wir Stellung zum oben genannten Beschlussentwurf.</p> <p>Rückenschmerzen zählen gemäß aktuellem Gutachten 2018 des „Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ zu den häufigsten Zivilisationsleiden. Muskel- und Skelett-Erkrankungen sind nach wie vor die wichtigste Ursache für Fehltage von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und stehen sogar an zweiter Stelle der Anlässe von Rentenzugängen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit. Darüber hinaus beeinträchtigen Rückenschmerzen die subjektive Gesundheit und Lebensqualität.</p>	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Wir begrüßen daher, die im Beschlussentwurf enthaltenen Vorschläge, die durch chronische Rückenschmerzen bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Patientinnen und Patienten zu verbessern.</p> <p>Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:</p>	
14.2	Deutscher Heilbäderverband e.V. (DHV), 24.01.2019	<p>Beschlussentwurf: II Der Richtlinie werden folgende Anlagen 15 und 16 angefügt (...)</p> <p>1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe</p> <p>Zeile 57, Eingabe von GKV-SV, DKG und KBV, Satz 2: „Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren wegen Kreuzschmerzen können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.“</p> <p>Stellungnahme und Vorschlag: Wir schlagen vor, Satz 2 gemäß der Eingabe des GKV-SV, der DKG und der KBV vorgesehenen Regelung zu streichen.</p>	Siehe Kommentierung zur laufenden Nummer 4.2 in der Auswertungstabelle.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Gemäß der tragenden Gründen des Beschlussentwurfes wird in Zeile 149 seitens des GKV-SV und der KBV ausgeführt, dass bei einem geplanten, beantragten oder laufenden Rehabilitationsverfahren unter Umständen die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers besteht. Bei einer gleichzeitigen Einschreibung in das DMP könne dies zu Überschneidungen von Leistungsansprüchen und gleichzeitigen unabgestimmten Behandlungen kommen.</p> <p>Um das gemeinsame Ziel, die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten, zu erreichen, sollte die Frage nach dem Kostenträger nachrangig sein und sich vielmehr nach den Erfordernissen der Patientinnen und Patienten richten. So kann eine Rehabilitationsmaßnahme insbesondere in den Heilbädern und Kurorten Deutschlands eine wirksame Ergänzung zum DMP für den Patienten sein. Nirgendwo sonst als in den Heilbädern und Kurorten werden Prävention und Rehabilitationsangebote in einer solch hohen Therapiedichte und individuell zugeschnitten angeboten. Der kurtypische Wechsel in das gesundheitsdienliche Milieu der Kurorte und die dadurch bedingte Entlastungssituation sind eigenständige Therapiefaktoren. Sie fördern eine selbstkritische Hinterfragung der Lebensbalancen und ermöglicht den Menschen oft erst, aus eingefahrenen, krankheitsbahnenden Lebensgewohnheiten durch Einsicht und Übung herauszutreten.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
14.3	Deutscher Heilbäderverband e.V. (DHV), 24.01.2019	<p>Beschlussentwurf:</p> <p>1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz</p> <p>Zeile 79, Eingabe GKV-SV, PatV: „Der Arzt bzw. die Ärztin prüft zudem vor Einschreibung, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist den Patienten oder die Patientin ggf. für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.“</p> <p>Stellungnahme und Vorschlag: Wir schlagen vor, die Regelung gemäß der Eingabe des GKV-SV und der PatV zu erweitern und wie folgt aufzunehmen: „Der Arzt bzw. die Ärztin prüft zudem vor Einschreibung, ob eine ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Heilbad oder Kurort sowie eine medizinische Rehabilitation sinnvoll sind und verweist den Patienten oder die Patientin ggf. für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Re-</p>	<p>KBV und DKG: Die Zielgruppendefinition ist unter Zeile 57 des Beschlussentwurfes bereits ausreichend geregelt und muss an dieser Stelle nicht erneut genannt werden.</p> <p>GKV-SV: Teilnehmen am DMP können Patienten mit chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen, d.h. Patienten, die unter einer manifesten Erkrankung leiden. Somit sind sie keine Zielgruppe für ambulante Vorsorgeleistungen.</p> <p>GKV-SV, DKG und PatV: Die Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens ist jederzeit während der DMP-Teilnahme möglich.</p> <p><i>Konsentiert.</i> Unabhängig von den DMP-Anforderungen gelten die Leistungsansprüche der Heilmittel-Richtlinie. Die Inhalte der DMP-Anforderungen basieren auf der Grundlage von evidenzbasierten Leitlinienempfehlungen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>habilitationsträger (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.“</p> <p>Gemäß obiger Ausführung plädieren wir dafür, dass Patientinnen und Patienten, die am strukturierten Behandlungsprogramm „chronischer Rückenschmerz“ teilnehmen, auch die Option haben, eine Rehabilitation in Anspruch nehmen zu können. Die Prüfung, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist, sollte daher jederzeit in den Therapieplan mit einbezogen werden. Darüber hinaus schlagen wir vor, die ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Heilbädern oder Kurorten aufzunehmen. Ambulante Vorsorgeleistungen in Heilbädern und Kurorten sind Bestandteil des gestuften Systems der Prävention und Rehabilitation. Liegen nachgewiesene Risikofaktoren vor, die durch eine ambulante Vorsorgeleistung beseitigt oder beeinflusst oder die Bewältigung dieser Faktoren den Patientinnen und Patienten erleichtert werden kann, so können ambulante Vorsorgeleistungen angezeigt sein.</p>	
14.4	Deutscher Heilbäderverband e.V. (DHV), 24.01.2019	<p>Beschlussentwurf:</p> <p>1.5 Therapeutische Maßnahmen</p> <p>1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Zeile 134, Eingabe KBV, PatV:</p>	<p>GKV-SV: Siehe Kommentierung zur laufenden Nummer 6.7 in der Auswertungstabelle.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand:13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>„Alle Patienten erhalten als zentrale Maßnahme Zugang zu einer Schulung, die als multimodales Angebot gemäß Nummer 4.2 konzipiert ist.“</p> <p>Stellungnahme und Vorschlag: Wir schlagen vor, die seitens der KBV und der PatV eingebrachte Regelung in Zeile 134 aufzunehmen. Die Kurortmedizin geht von einem multidisziplinären Therapieansatz aus. Ein Element des Maßnahmenpaketes zur Erzielung des therapeutischen Langzeiterfolges ist Gesundheitsbildung und -training in Seminaren und Übungsgruppen. Dies fördert die Selbsthilfe. Schulungen können den Patientinnen und Patienten Möglichkeiten aufzeigen, selbst zur Linderung und Verbesserung ihres Krankheitsbildes beizutragen. Aufgrund der positiven Erfahrungen im Bereich der ambulanten Vorsorgeleistungen halten wir es im Rahmen des DMP ebenfalls für sinnvoll, dass Patientinnen und Patienten auch an Schulungsprogrammen partizipieren.</p>	<p>KBV, DKG und PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
14.5	Deutscher Heilbäderverband e.V. (DHV), 24.01.2019	<p>Beschlussentwurf</p> <p>4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 4 SGB V)</p> <p>4.2 Schulung der Versicherten</p> <p>Zeile 331, Eingabe PatV:</p>	<p>GKV-SV: siehe Kommentierung zur laufenden Nummer 14.4.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>„Jeder Patient erhält Zugang zu einem geeigneten, strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Gruppenschulungsprogramm.“</p> <p>Stellungnahme und Vorschlag: Wir schlagen vor, die seitens der PatV eingebrachte Regelung in Zeile 331 aufzunehmen und weisen insoweit auf unsere Argumentation zu Zeile 134 hin.</p>	<p>KBV und DKG: Auch in der Formulierung von KBV und DKG ist eine verbindliche Empfehlung für eine Schulung für jeden Patienten /jede Patientin vorgesehen.</p>

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 13. Dezember 2018 eingeladen bzw. im Unterausschuss DMP angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)	18. Januar 2019	ja

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesversicherungsamt (BVA)	22. Januar 2019	ja
Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGE-MED)	23. Januar 2019	nein
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)	23. Januar 2019	ja
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	24. Januar 2019	ja
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V. (IGOST)	24. Januar 2019	ja
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)	24. Januar 2019	ja
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW)	24. Januar 2019	ja
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)	24. Januar 2019	ja
Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)	24. Januar 2019	ja
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)	24. Januar 2019	nein

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.	24. Januar 2019	ja
Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -Forschung (DGPSF)	nein	nein
Deutscher Heilbäderverband e.V. (DHV)	nein	nein

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 13. März 2019 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS),	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
6.	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
7.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
8.	Bundesversicherungsamt	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren As-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 13. März 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			pekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
10.	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
11.	Deutsche Schmerzgesellschaft	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Mündliche Anhörung

gemäß § 91 Abs. 9 S. 1 SGB V
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: 16. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie
(DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 15 und der Anlage 16**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 13. März 2019
von 10.36 Uhr bis 11.47 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK):**

Herr ...

Angemeldete Teilnehmer für das **Bundesversicherungsamt (BVA):**

Herr ...

Frau Dr. ...

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM):**

Frau ...

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC):**

Herr Prof. Dr. ...

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU):**

Herr Prof. Dr. ...

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU):**

Herr Prof. Dr. ...

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW):**

Herr Prof. Dr. ...

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM):**

Frau Dr. ...

Herr Dr. ...

Angemeldeter Teilnehmer für den **Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS):**

Herr ...

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund):**

Herr Dr. ...

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.:**

Herr ...

Beginn der Anhörung: 10.36 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Meine Damen und Herren, ich freue mich, dass Sie gekommen sind, um auch mündlich bei uns eine Stellungnahme abzugeben. Wir freuen uns, dass Sie da sind. Ich bitte Sie, daran zu denken, dass wir alle hier die Papiere, die sie abgegeben haben, gelesen haben und es jetzt darum geht, nicht alles zu wiederholen, was in den Papieren steht, sondern bestimmte Akzente, bestimmte Sichtweisen hinzuzufügen, zu ergänzen oder zu vertiefen. Anschließend an jede Darstellung werden wir dem Gremium Gelegenheit zu Fragen geben. Wir gehen in der Reihenfolge des Alphabets vor, sodass Sie nicht mit Wichtigkeit oder weniger Wichtigkeit konfrontiert sind. Nicht alle derjenigen, die ursprünglich angemeldet waren, können heute dabei sein. Wir werden diejenigen, die gekommen sind und teilnehmen können, nacheinander aufrufen. Wenn Sie damit einverstanden sind, dann würde ich mit der Anhörung beginnen und als ersten Herrn ... von der Bundespsychotherapeutenkammer aufrufen.

Herr ... (BPtK): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Möglichkeit, eine mündliche Stellungnahme zusätzlich zu unserer schriftlichen Stellungnahme abzugeben. Ich werde mich sehr begrenzen und nicht wiederholen, was wir schon schriftlich niedergelegt haben. Ich nenne drei Punkte, die uns wichtig sind.

Wir halten es für das DMP chronischer Rückenschmerz für ganz entscheidend, dass den Patienten aller betreffenden Patientengruppen als Basismaßnahme eine Schulung angeboten wird, die tatsächlich multimodal ausgestaltet ist und von entsprechenden Professionen, die hinzuzuziehen sind, durchgeführt wird. Dies gilt sowohl für das entsprechende somatische als auch für das psychische Modul. Es darf nicht auf Maßnahmen downgegradet werden, die eher an Präventionsangebote denken lassen. Es sollte ein multimodales Schulungsangebot für Rückenschmerzpatienten vorgehalten werden. Das ist genau das, was sich in den verschiedenen Studien als hochwirksam dargestellt hat. Auch der Wirkfaktor der Gruppe ist nicht zu unterschätzen. Das Angebot sollte so ausgestaltet sein. Das ist für uns ein zentraler Punkt.

Der zweite Punkt – wir haben ihn in unserer Stellungnahme kurz benannt – ist, dass keine Einschränkung bei der psychotherapeutischen Behandlung auf die Verhaltenstherapie erfolgen sollte, wenn es darum geht, dass komorbide psychische Erkrankungen mit behandelt werden sollen. Das lässt sich auch aus der Leitlinie Kreuzschmerz nicht ableiten, weil darin gar keine Aussage dazu getroffen wird. Wenn Patienten komorbid eine Depression oder eine Angststörung haben, muss man sich an den verschiedenen Indikationen der Psychotherapie-Richtlinie orientieren, und dann darf da keine Einschränkung auf die Verhaltenstherapie vorgenommen werden.

Der dritte Punkt betrifft den koordinierenden Arzt. Von unserer Seite ist grundsätzlich gut vorstellbar, dass es der Hausarzt macht, aber wir sehen es auch als relevant an, dass keine unnötige Einschränkung in der Richtlinie vorgenommen wird, sondern tatsächlich geschaut wird, wo der Patient ist und wo das Angebot, das im DMP vorgehalten werden soll, gegebenenfalls am besten vorgehalten werden kann und wer sich am besten als Koordinator eignet. Deswegen sollte es keine Einschränkung auf die Gruppe der Hausärzte und auch keine zu hohen Hürden geben, also der Patient vor Einschreibung in das DMP „regelmäßig“ bei einem anderen Facharzt gewesen sein muss und aus diesem „regelmäßig“ nachher irgendwelche absurden Ableitungen erfolgen, wie viele Quartale vorher der Kontakt schon bestanden haben muss. Wir sprechen uns da für eine entsprechende Öffnung aus. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr ... (BPtK). Sie haben sich freundlicherweise stringent und kurz gefasst. – Gibt es dazu Fragen, Anmerkungen, Kommentare? – Ich sehe im

Moment keine Wortmeldungen. Das heißt, Sie haben an Herrn ... (BPtK) keine Fragen. Herr ... (BPtK), Sie haben sehr interessante Ausführungen gemacht. Es ist offenbar alles gut verständlich gewesen. Vielen Dank.

Als nächstes kommt Herr ... vom Bundesversicherungsamt.

Herr ... (BVA): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte es genauso stringent machen wie mein Vorredner. Auch das Bundesversicherungsamt hat eine schriftliche Stellungnahme abgegeben. Deshalb möchten wir uns im mündlichen Vortrag auf einen für uns sehr wichtigen Punkt konzentrieren, das ist das Thema der Schulungsprogramme. Der Auslöser, dass wir uns vorgenommen haben, dies hier vorzutragen, sind die Probleme, die zurzeit aus der Umsetzung des DMP Herzinsuffizienz entstanden sind, die der G-BA letztes Jahr beschlossen hat und die seit August in Kraft ist. Aus Sicht der Zulassungsbehörde haben wir dort das Problem, geeignete Schulungsprogramme von den antragstellenden Krankenkassen vorgeschlagen zu bekommen. Deshalb möchten wir darauf hinweisen, wie wichtig es ist, dass man sich im Vorfeld überlegt, ob es auch geeignete Schulungsprogramme gibt, um nicht in die Situation zu kommen, eine neue Indikation zu beschließen und hinterher keiner Schulungsprogramme zu haben, die strukturiert, evaluiert und publiziert sind.

Eine Ergänzung zu unserer Stellungnahme, die an dieser Stelle etwas anders gelesen und verstanden werden könnte. Wir haben darauf hingewiesen, dass die regelmäßige Teilnahme an den Schulungen eine wesentliche Voraussetzung der dauerhaften Teilnahme der Versicherten ist. Wenn jetzt Schulungen nicht mehr obligatorisch sind, entfallen diese Teilnahmevoraussetzung und die Kontrolle dieser Teilnahmevoraussetzung. Das heißt aus unserer Sicht aber nicht – vielleicht könnte man unsere Stellungnahme so verstehen –, dass man jetzt zwingend Änderungen auch in der RSAV vornehmen müsste, um da etwas im Hinblick auf die Teilnahmevoraussetzungen zu korrigieren. Natürlich kann es eine Indikation geben – wir haben eine: Brustkrebs –, die keine Schulungen vorsieht. Wenn das zuständige Gremium beschließt, für die Indikation chronischer Rückenschmerz bedarf es keiner Schulungen, dann würden wir als Zulassungsbehörde auch diese Programme zulassen. Das ist gar keine Frage. Aber es erschien uns gerade aufgrund der Erfahrungen, die wir im Zusammenhang mit der Umsetzung des DMP Herzinsuffizienz gemacht haben, wichtig, auf den Punkt der Schulungsprogramme gesondert hinzuweisen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr ... (BVA). – Gibt es dazu Fragen, Anmerkungen, Kommentare, möchte jemand dazu etwas sagen? – Bitte, die KBV.

KBV: Ich würde gern wissen wollen, ob sich die Problematik, die Sie bei den Schulungen sehen, darauf bezieht, dass aus Ihrer Sicht weitere, darüber hinausgehende Anforderungen erforderlich sind als „evaluiert und publiziert“? Der G-BA liegt ja immer nur das fest: „evaluiert und publiziert“.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr ... (BVA), bitte.

Herr ... (BVA): Weitere Anforderungen haben wir als Zulassungsbehörde auch nicht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Noch einmal die KBV.

KBV: Ich verstehe den Zusammenhang, ehrlich gesagt, nicht so ganz richtig. Andersherum: Im Rahmen der DMPs soll es eine Versorgungsverbesserung geben, das ist das Ziel. Die Schulung von Patienten, egal in welchem DMP und bei welcher chronischen Erkrankung, ist ein wichtiger Bestandteil einer Versorgungsverbesserung. Wenn wir in einem DMP festlegen, dass es strukturierte, evaluierte Schulungsprogramme geben soll, und in ganz Deutschland keines existiert, selbst wenn in Europa noch

keines existiert, wir aber durch die Festlegung im DMP, dass die genutzt werden könnten, wenn es welche gäbe, einen Impuls setzen, dass solche entwickelt werden, dann ist das doch eine gute Sache. Was spricht denn dagegen, dass ein solches Programm akkreditiert werden kann, oder dafür, dass es sich in irgendeiner Weise negativ auswirken kann?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke. – Herr ... (BVA) antwortet.

Herr ... (BVA): Dagegen spricht, dass es bereits zum Zeitpunkt der Zulassung ein solches Schulungsprogramm geben muss. Wenn man der Auffassung ist, das braucht jetzt noch Jahre, dann könnte man in die Regelungen hineinschreiben, es bedarf einer gewissen Anlaufzeit, und spätestens innerhalb von drei Jahren muss es ein solches Programm geben. Aber zu dem Zeitpunkt, wenn wir das Programm zulassen, müssen die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sein. Eine Zulassungsvoraussetzung ist zum Beispiel, dass es ein entsprechendes Schulungsprogramm gibt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ist das okay?

KBV: Es kommt auf die Formulierung an, wie stringent die Notwendigkeit der Schulung in dem DMP formuliert ist. Wenn wir sagen, jeder muss eine Schulung bekommen, dann ist es klar, dass Sie das nur zulassen können, wenn die Schulung auch schon tatsächlich existiert. Wenn wir sagen, er soll eine Schulung bekommen, so die denn vorhanden sind, dann kann mit dem Vorhandensein der Schulungsprogramme mit der Schulung begonnen werden, aber es muss nicht am Anfang da sein.

Herr ... (BVA): Das genau ist der Punkt. Sie sind dazu berufen, das zu formulieren und umzusetzen. Wir wenden das dann nur an. Wenn die Formulierungen so sind, dann ist das so.

KBV: Aber dann gibt es gar kein Problem. Die Formulierung im vorgeschlagenen DMP ist so, es soll, soweit sie vorhanden sind, ein Schulungsprogramm oder ein entsprechendes Programm angewendet werden. Wenn es in dem DMP so formuliert ist, ist es vielleicht auch für andere DMPs von Interesse, die gegebenenfalls in Zukunft kommen. Bei einer Sollformulierung, die darauf abstellt, dass, wenn diese Programme vorhanden sind, dann die Schulung auch erfolgen soll, hätten Sie keine Probleme damit?

Herr ... (BVA): Nicht, nein.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke. Ich glaube, damit ist diese Frage geklärt. – Gibt es weitere Fragen, Anmerkungen, Kommentare? – Der GKV-SV.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an das BVA bezüglich des Beschlussvorschlags zum Thema „koordinierender Arzt“. Hierzu gibt es zwei unterschiedliche Vorschläge. Meine Frage basiert auf dem Vorschlag von GKV-SV und PatV: Leitet das BVA aus der Formulierung der Position GKV-SV, PatV ein Verhältnis von koordinierenden Hausärzten zu im Ausnahmefall koordinierenden Fachärzten ab?

Herr ... (BVA): Wenn Sie kurz die Seite unserer Stellungnahme nennen könnten?

GKV-SV: Die muss ich auch suchen, einen Moment. – Seite 9.

Herr ... (BVA): 1.7.1, Randziffer 248? – Dazu kann ich Ihnen mehr als das, was wir geschrieben haben, nicht sagen. Was ist denn jetzt ihre konkrete Frage?

GKV-SV: Es geht um die vorgeschlagene Formulierung, dass in Ausnahmefällen ein Patient auch durch einen Facharzt koordiniert werden kann. Es geht um das Verhältnis von Hausärzten zu Fachärzten. Kann es hier ein Problem geben? Leiten Sie daraus irgendwelche prozentualen Quoten ab, wenn zu viele Hausärzte Patienten betreuen?

Herr ... (BVA): Nein, daraus leiten wir keine Quoten ab.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke. – Gibt es weitere Wortmeldungen?

GKV-SV: Sie haben in Ihrer Stellungnahme ausgeführt, dass die beabsichtigte, zukünftig nur noch optionale Angabe für Körpergewicht, Begleiterkrankungen, Blutdruck und Körpergröße für Sie so nicht umgesetzt werden sollte, sondern hier weiterhin eine zwingende Angabe erfolgt, weil diese Parameter für Sie „wesentlich“ sind. Können Sie dieses „wesentlich“ noch weiter ausführen?

Frau Dr. ... (BVA): Die Anmerkung ist erfolgt im Zusammenhang mit der Indikation, weil wir es beim chronischen Rückenschmerz schon für wesentlich erachten. Wenn wir es herunterbrechen, so hat man sich bei diesem DMP auf den nichtspezifischen Kreuzschmerz konzentriert. Wir denken, dass Körpergröße, Körpergewicht, Blutdruck wichtige Faktoren sind, die bei der Ausprägung dieses Krankheitsbildes eine Rolle spielen. Bei Rauchern – um dieses Beispiel aufzugreifen, weil man es daran verdeutlichen könnte – ist, konkret auf den Rückenschmerz bezogen, die Schmerzempfindung viel stärker als bei Nichtrauchern. Auch ist die Blutversorgung der Bandscheiben bei Rauchern wesentlich geringer. Deswegen denken wir, es sind wichtige Parameter, die wichtige Informationen im Zusammenhang damit geben, wie man den Patienten im DMP betreut. Ein Raucher ist hier ein sehr gutes Beispiel. Es können entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden, um ihn vom Rauchen wegzubekommen, denn man will mit dem DMP ja die Therapieziele erreichen, etwa eine höhere Lebensqualität oder dass er besser mit seiner Erkrankung zurechtkommt. Deswegen denken wir, dass dies gerade im Zusammenhang mit dem chronischen Rückenschmerz wichtige Parameter sind, die der Arzt kennen sollte und die in die Auswahl oder Qualitätssicherung einbezogen werden sollten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke. – Die DKG.

DKG: Da hätte ich eine direkte Nachfrage. Welche Zweckbestimmung sehen Sie denn hinter diesen Dokumentationsparametern? Wir legen im Sinne angemessener Bürokratie Wert darauf, dass es in solchen Dokumentationsdatensätzen eine tatsächliche Zweckbestimmung jedes Parameters gibt, beispielsweise Qualitätssicherung oder Evaluation. Das ist für diese Parameter im Kontext Rückenschmerz nicht der Fall. Es ist unbenommen, dass der Arzt – er wird es wahrscheinlich sowieso machen – in seiner Patientenakte gewisse Notizen macht. Hier geht es aber um Datensätze, die an andere Stellen gehen und weiter ausgewertet werden. Die Dokumentation dient hier nicht als Patientendokumentation im Sinne der Patientenakte, sondern folgt, wie gesagt, gewissen Zweckbestimmungen. Uns würde interessieren, ob Sie eine solche Zweckbestimmung hinter diesen Daten sehen.

Herr ... (BVA): Keine andere Zweckbestimmung, als wir schon ausgeführt haben. Letztlich ist es Ihre Entscheidung, welche Parameter Sie für wesentlich und wichtig halten. Wir halten Körpergröße und Gewicht schon für wesentlich, gerade bei chronischem Rückenschmerz.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Hinreichend beantwortet? – Frau ... (BVA).

Frau Dr. ... (BVA): Man macht die Qualitätssicherung nicht per se nur für die Qualitätssicherung, sondern DMPs sind eigentlich dafür da, um den Patienten zu monitoren, also ihn durch seine Erkrankung

zu führen. Da sind Daten wie das Körpergewicht und die Kenntnis, in welche Richtung es sich entwickelt, auch für den Arzt in puncto Qualitätssicherung sehr wertvoll.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Gibt es weitere Anmerkungen, Wortmeldungen, Fragen?

KBV: Ich will jetzt nicht in eine inhaltliche Diskussion zu diesem Punkt einsteigen. Was eben gesagt wurde, ist doch genau der Punkt. Wenn wir sagen würden, das sind wesentliche Kriterien, die wir im Rahmen des DMP beobachten wollen, dann müssten wir jetzt auch ein Raucherentwöhnungsprogramm im Rahmen des DMP aufnehmen, damit wir die Leute vom Rauchen wegbekommen, dann müssten wir auch für eine Hypertonie-Begleiterkrankung, wenn Sie meinen, das hätte darauf einen wesentlichen Einfluss, zum Beispiel ein Hypertonie-Schulungsprogramm aufnehmen, und dann müssten wir theoretisch auch noch ein Adipositas-Programm zur Gewichtsreduktion aufnehmen. Darauf hatten wir den Fokus bei dem DMP Rückenschmerz bisher nicht so gelegt. Die Dokumentation macht nur Sinn und ist aus unserer Sicht nur wesentlich, wenn es irgendwelche Konsequenzen im Rahmen des DMP gibt, mit denen wir die Parameter dann auch korrigieren können. Genau das würde nicht passieren, wenn wir jetzt nicht das, was ich eben gesagt habe, mit aufnehmen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau ... (BVA), möchten Sie dazu noch etwas sagen?

Frau Dr. ... (BVA): Wir wollten darauf hinweisen, dass es im Rahmen des Monitoring des Patienten wichtige Parameter sein könnten oder auch sollten. Deswegen heißt das nicht, wir müssten noch dies und jenes aufnehmen. Wir müssen nicht auf halbem Weg stehen bleiben, sondern wir wollen eine optimale Versorgung für den Patienten haben. Wenn man sagt, Rauchen ist ein wichtiger Faktor, ja warum dann nicht darüber nachdenken? Es ist eine Anregung auch für die Weiterentwicklung dieses Programms. Wir machen immer ein Update der DMP-A-Richtlinien. Es ist nur ein Denkanstoß, ob man einen aus unserer Sicht wertvollen Parameter fallen lässt und sagt, den wollen wir nicht sehen, weil wir dann noch die und die Konsequenzen daraus ableiten müssten. Es geht darum, aus einem solchen Programm wirklich das Optimum für den Patienten herauszuholen. Deshalb diese Anmerkung von uns.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Alles mit der Antwort in Ordnung? – Dann darf ich mich beim Bundesversicherungsamt sehr herzlich bedanken.

Als Nächste käme Frau ... von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Frau ... (DEGAM): Ich möchte für die DEGAM zwei Kernpunkte anbringen. Das Erste bezieht sich auf das Thema „koordinierende Ärzte“. Grundsätzlich ist die Begleitung und Betreuung chronisch kranker Patienten ureigene hausärztliche Aufgabe. Ich denke, da besteht kein Zweifel. Ich stehe dahinter, dass auch in der Stellungnahme formuliert ist, dass es grundsätzlich zum Hausarzt gehört. Es ist für eine Umsetzung des DMP chronischer Rückenschmerz aber gar nicht so einfach. Wenn man das multimodale Konzepte sinnvoll und ordentlich umsetzen will, sodass es etwas bringt, dann braucht man so etwas wie interprofessionelle Fallkonferenzen. Man muss die Mitbehandler vernetzen. Es reicht nicht, wenn man eine Überweisung zum Orthopäden, zum Psychotherapeuten schreibt oder ein Rezept für die Physiotherapie und die Schmerzmittel ausstellt. Das ist das, was wir jetzt haben. Das funktioniert schlecht. Vielmehr brauchen wir eine Vernetzung im Sinne, wie gesagt, solcher interprofessionellen Fallkonferenzen. Das ist, denke ich, sehr aufwendig. Es ist auch für viele Hausärzte schwer zu leisten. Deswegen bin ich der Ansicht, dass es durchaus sinnvoll und vernünftig ist, psychosomatisch Zusatzqualifizierte Orthopäden definitiv mit ins Boot zu holen und die auch als koordinierende Ärzte dabeizuhaben. Ich denke, das macht, was die Versorgung angeht, durchaus Sinn. – Das war das erste Thema.

Das zweite Thema ist die Leistung, die für den Patienten herauskommen muss. Das Programm macht nur Sinn, wenn am Ende für die Patienten ein attraktives Angebot entsteht. Wir müssen denen erklären, warum die da mitmachen sollen. Man muss denen sagen können: Ihr habt etwas davon, davon geht es euch besser. – Das funktioniert nur, wenn die ein Angebot haben, das über die Regelversorgung hinausgeht, wenn für die ein Mehrwert entsteht. Aktivierende Schulungsprogramme, vor allem psychisch orientierte, sind ein super Ansatz, aber – ich muss mich hier Herrn ... (BVA) anschließen – es gibt aktuell noch keine gut evaluierten Programme. Das ist ein Problem. Das zu konzipieren, ist absolut wichtig und gehört auch absolut mit dahin. Es ist aber wieder ein Mehraufwand. Die Schulungen müssen für die Leute, die die Schulungen dann machen, irgendwo abgebildet sein. Die können nicht einfach in der Regelversorgung untergehen.

Ein weiterer ganz direkter Nutzen für den Patienten sind Leistungen, die nicht in der Regelversorgung enthalten sind, extrabudgetär verordenbare Physiotherapien, Gutscheine für Entspannungsübungen, Sportgutscheine, auch über Maßnahmen wie Yoga oder Tai-Chi könnte man nachdenken, die sind zum Teil gut evaluiert, die bringen einen aktivierenden Nutzen. Die Patienten haben davon wirklich einen Benefit. Man kann darüber die Patienten auch lenken, ihnen Orientierung geben. Das Thema Rückenschmerz ist draußen ein riesiger Markt. Die Patienten haben Schmerzen, rennen herum, haben Belastungen; die brauchen Lenkung. Man könnte es super nutzen, es damit zu steuern und sie wirklich nur zu evaluierten Sachen zu schicken, zu Fitnessstudios, die nicht einfach nur wild drauflostrainieren lassen, sondern ein ganz strukturiertes Trainingsprogramm haben, zu Physiotherapeuten, die speziell ausgebildet sind. Die Psychotherapeuten sind sowieso ganz wichtig. Für mich ist das Spannendste, wie man das umsetzt, weil in der Praxis das größte Problem ist, die Leute in die Psychotherapie zu bekommen. Nur mit der Diagnose „chronischer Schmerz“ bekomme ich niemanden in die Psychotherapie. Die brauchen eine F-Diagnose, damit man sie überhaupt dahin überweisen kann. Dies ist ganz schwer, ganz davon abgesehen, dass die Plätze für eine Psychotherapie ewig ausgebucht sind. Ich komme aus dem städtischen Raum. Es ist aus eigener Erfahrung ein ganz schwieriges Problem. Aber dies führt hier wahrscheinlich zu weit.

Der Kerninhalt, den ich unbedingt herüberbringen wollte, ist: Es ist aus unserer Sicht ganz wichtig, dass der Patient durch dieses Programm einen Mehrwert hat, sonst wird es am Ende keinen Therapienutzen bringen, und damit wird das DMP nicht erfolgreich sein.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (DEGAM). – Gibt es dazu Fragen, Anmerkungen, Kommentare?

PatV: Ich würde gerne konkret nachfragen. Sie haben den Beschlussentwurf gelesen. Sehen Sie denn den Zusatznutzen da jetzt hineinformuliert? Sind da Punkte, von denen Sie sagen würden, Sie begrüßen dieses Programm, weil hier für Sie ein Zusatznutzen erkennbar ist, und wenn ja, an welchen Punkten?

Frau ... (DEGAM): Das ist eben das Schwierige. Die Frage ist, wie man es umsetzt. Ich denke, ein Zusatznutzen ist durchaus da, aber der könnte noch forciert werden. Die Frage ist doch: Was kommt für den Patienten heraus? Was kann man dem zusätzlich anbieten? Es steht noch nicht so ganz fest, was für den zusätzlich herauskommt. Es ist alles etwas weich. Deswegen wollte ich betonen, dass das nicht so weich sein darf. Da muss wirklich am Ende eine klare Festlegung sein, dass da über die Regelversorgung etwas Zusätzliches entsteht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Gibt es weitere Wortmeldungen?

KBV: Es ist eher eine Anmerkung. Sie haben es in der Analyse dessen, was wir haben, wunderbar zusammengefasst. Auch haben Sie wunderbar zusammengefasst, was wir nicht haben, und das schließt an das Vorherige an. Man kann nichts umsetzen, was man noch nicht hat. Deswegen kann man es auch nicht zwingend als *conditio sine qua non* fordern. Das heißt aber, dass wir mutig in die Zukunft schauen müssen – das ist das, was Sie angemerkt haben –, nämlich aus einer klaren praktischen Erfahrung heraus zu sehen, mit was man Patientennutzen erreicht. Einen Patientennutzen bekommt man mit dem, was Sie zusammengefasst haben, und mit einer Struktur, die jenseits der aktuellen ist. Die aktuelle geht so nicht, das wissen wir alle. Auch die Einbindung der Gruppe der Psychotherapeuten geht natürlich nur, wenn Psychotherapeuten dann auch sagen, wir wollen eingebunden werden und werden dafür Zeitfenster zur Verfügung stellen. Ich will jetzt nicht das Thema „offene Psychotherapeutenprechstunde“ für diesen Block aufmachen. Aber das ist genau der Punkt, der passieren muss.

Selbstverständlich muss es einen Motivationsschub geben, zu sagen, wenn wir in Zukunft Menschen mit chronischen Rückenschmerzen besser behandeln wollen, dann muss es jetzt, spätestens wenn wir uns alle committet haben, den Schub geben, genau diese multimodalen Programme zu entwickeln, und den Antrieb geben, in die Versorgung der Zukunft zu investieren. Es gibt den Wunsch mancher, wir sollen heute schon beweisen, dass es morgen wirkt. Das ist Quatsch. Aber jeder Praktiker weiß, dass, wenn wir es so machen, wir davon einen Benefit haben. Retrospektiv kann man das bei dem DMP Diabetes beweisen. Aber hier müssen wir mutig in die Zukunft schauen und sagen, wenn wir eine Konstruktion, eine Verbesserung für den Patienten erzielen wollen, dann müssen wir es so machen und müssen jetzt in ein kluges Programm investieren. Beweisen – wenn jemand es heute bewiesen haben will – kann man es heute nicht. Aber wir wissen, dass es geht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die KBV.

KBV: Ich würde gerne eine Rückfrage stellen, Frau ... (DEGAM), zu Ihrem Statement, es gebe nach Ihrer Kenntnis keine Schulung. Bezieht sich das darauf, dass es in der Gegend, in der Sie sind, keine angeboten werden? Denn nach unserer Kenntnis gibt es publizierte, evaluierte multimodale Schulungen. Ein Beispiel, das ich parat habe, ist das Rückenfit-Programm, das von der Universität Bremen, Herrn Professor Greitemann, evaluiert wurde. Dass die allerdings zu Beginn eines neuen DMP nicht flächendeckend zur Verfügung stehen, weil nicht genug Ärzte in der Fläche sie anbieten, war bei jedem DMP der Fall. Genau das ist die Chance, die in dem DMP liegt: durch die sukzessive Umsetzung entsprechender Verträge dann Leistungserbringer zusammenzubringen, die solche Schulungen wie zum Beispiel dieses Rückenfit-Programm vor Ort anbieten und umsetzen können. Oder zweifeln Sie an, dass es überhaupt eine evaluierte, publizierte Schulung gibt?

Frau ... (DEGAM): Nein. Es geht um die Flächen. Es gibt punktuell durchaus Schulungsprogramme, die ganz gut einzuschätzen sind. Aber eine flächendeckende Versorgung damit ist aktuell nicht denkbar.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Damit ist dieser Punkt, glaube ich, geklärt.

KBV: Noch einmal zu den Schulungsprogrammen. Sie sagten, es muss irgendetwas Zusätzliches bei dem DMP passieren, was über die Regelversorgung hinausgeht. Sie haben in den Entwürfen gelesen, dass die Bänke da unterschiedlicher Meinung sind. Wir sind eher der Meinung, wir müssen ein komplexes, multimodales Angebot unterbreiten, indem wir sagen, dass es genau das Team gibt, das sich untereinander abstimmt, und damit eine neue Versorgungsqualität entsteht. Die Kassenmeinung ist eher die, wir können es auch dem koordinierenden Arzt übertragen, und der kann einzelne Rezepte

und einzelne Leistungserbringer dann über eine Rezeptierung der einzelnen Leistungen irgendwie versuchen zusammenzuführen. Wie würden Sie denn den Zusatznutzen eines solchen DMP einschätzen, wenn es dieses multimodale Programm nicht gäbe, wenn sich zum Beispiel die Kassenseite mit ihrer Meinung durchsetzen würde?

Frau ... (DEGAM): Relativ gering, denn, wie gesagt, das Puzzle, dass man versucht, sich überall alles zusammenzuholen, haben wir in dieser Form im Grunde schon jetzt. Es ist nicht so, dass jetzt niemand etwas mit den Patienten macht. Das Puzzle versuchen wir schon jetzt, aber es funktioniert schlecht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Gibt es weitere Wortmeldungen, Fragen, Anmerkungen?

PatV: Ich habe eine Nachfrage in diese Richtung. Auch wir haben die Hoffnung, dass wir in diesem DMP Schulungen etablieren können, die dann den multimodalen Aspekt aufnehmen. Halten Sie es denn für denkbar, dass das genauso funktioniert, wie die KBV das gerade beschrieben hat, dass man die Programme, die in lokalen Bereichen existieren, über dieses DMP flächendeckend implementieren kann und dies auch für Sie als Allgemeinärztin dann praktikierbar wäre? Sehen Sie da eine Chance, halten Sie es für sinnvoll, daran festzuhalten, das als zentrale Maßnahme in diesem DMP zu planen?

Frau ... (DEGAM): Ich glaube, das wird sehr schwierig; wenn, dann ist das eine sehr langfristige Kalkulation. Wir sprechen jetzt nicht von drei bis fünf Jahren, sondern eher von zehn, dass man so etwas flächendeckend umsetzen könnte. In der Hausarztpraxis selber kann ich mir das schwer vorstellen. Das frisst wirklich Ressourcen. Die sind schon jetzt alle bei 110 Prozent. So etwas ist einfach sehr ressourcenaufwendig. Man muss, wie gesagt, wirklich multimodal, interprofessionell zusammenarbeiten und schauen, wie man das outsourct oder Strukturen schafft, damit man die Schulungsprogramme irgendwie etabliert. Das ist schwer. Es ist etwas wahnsinnig Wichtiges und sollte auch Kerninhalt sein, weil die Patientenschulungen dazugehören. Ohne die, denke ich, wird es ganz schwer. Die braucht man inhaltlich unbedingt im Boot. Aber das ist das Schwierigste in der Umsetzung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich habe Sie so verstanden, es muss veranlasst werden, aber es kann nicht in der Hausarztpraxis selber stattfinden? Ist das richtig? – Danke.

KBV: Ich traue mich gar nicht, dieser Beurteilung zu widersprechen. Natürlich ist klar, die Einzelhausarztpraxis wird das nicht machen können. Wir haben auch beim DMP Diabetes gehofft, dass in jeder Praxis der Beratungszirkel auftaucht. Das klappte am Anfang ein wenig. Das schafft man nicht. Aber – ich sage: aber –: Wir haben inzwischen eine andere Welt. Wir haben Welten, in denen wir in vielen Bereichen unseres Landes große Zusammenschlüsse von großen Hausärztlichen BAGs haben, wo im Haus ein Nervenarzt, ein Orthopäde, ein Physiotherapeut mit arbeiten. Das heißt, wir haben inzwischen in vielen Teilen unseres Landes schon Strukturen, wo eine große hausärztliche Praxis mit vier, fünf, sechs Hausärzten im ländlichen Bereich als Zentrum so etwas schon anbieten könnte und dann als Zentrum wahrscheinlich auch würde und wo dann die koordinierende Tätigkeit des Hausarztes durch die räumliche Nähe anderer Professionen schon leichter der Fall wäre. Sagen wir: Ja, aber nicht überall. Ja. An manchen Stellen, glaube ich, würde es doch klappen, das sehen wir beim Diabetes auch. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke. – Gibt es weitere Fragen, Anmerkungen oder Kommentare? – Das sehe ich nicht. Dann darf ich Ihnen sehr herzlich danken, Frau ... (DEGAM).

Wir kommen zur Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. Bitte, Herr Professor

Herr Prof. Dr. ... (DGOOC): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin der Generalsekretär dieser Gesellschaft, aber auch der Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. Ich habe an der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz mitgearbeitet und mitgeschrieben, und ich habe die Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz, von vielen Fachgesellschaften in Deutschland getragen, initiiert und war dort Koautor und würde gerne einige Aspekte einbringen. Das eine ist die Prüfung der Kriterien zum Eingang in dieses DMP, und das andere ist das Thema „koordinierender Arzt“. Zum Thema Schulung – auch das hatten wir in unserer Stellungnahme adressiert – wird Professor ... Stellung nehmen, weil er da ausgewiesene Expertise hat.

Wenn es um die Entscheidung geht, ob jemand einen chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerz hat, dann ist es eine gravierende Entscheidung, denn zu diesem Zeitpunkt, nach drei Monaten Verlauf, entscheiden Sie, ob Sie eine behandelbare pathomorphologische Struktur finden und haben oder nicht. Wenn der Patient in die Diagnose chronischer nichtspezifischer Kreuzschmerz kommt, ist die Behandlung auch eine ganz andere. Man wird ihn so steuern, dass er wieder aktiv sein muss, er hohe Belastungen dabei aushalten muss. Das ist einem Patienten mit spezifischem Kreuzschmerz nicht zumutbar. Wir haben hier ganz andere Wege. Aus diesem Grund scheint es uns erforderlich, dass man nach drei Monaten des Verlaufs – da sollten gar nicht mehr so viele Patienten übrig bleiben – unbedingt eine fachärztliche Evaluation vornimmt. Das geht nicht nur anhand von Befunden. Vielmehr legen wir immer großen Wert darauf – auch das ist in den Leitlinien verankert –, wir brauchen noch einmal eine Befragung, eine körperliche Untersuchung, und dann müssen wir die Bildgebung, die es bis dahin gibt, und die technischen Untersuchungen werten. Nur dann ist sichergestellt, dass ein Patient, der in das DMP chronischer Rückenschmerz gehört, auch dort landet. Weil: Auch in der Leitlinie steht: „Bleiben die Untersuchungen auch nach zwölf Wochen ohne spezifischen Befund, ist die Diagnose chronische nicht-spezifische Kreuzschmerzen wahrscheinlich.“ Das können Sie nur machen, indem sie den Patienten einmal sehen. Eigentlich gefordert in der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz ist ein multimodales Assessment. Auch da wäre diese Betreuung, die organische Abklärung, eine ganz besonders wichtige.

Zum koordinierenden Arzt. Wenn dort eine Unterscheidung vorgenommen und Diagnostik bewertet wird, dann ist es so, dass auch der Orthopäde diese Einschreibung vornehmen können sollte. Wir wissen aus Baden-Württemberg, dass 30 Prozent der Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen nur den Orthopäden sehen und noch nicht beim Hausarzt waren; denn gerade junge Leute haben häufig noch keinen Hausarzt und haben als erste Anlaufstelle, wenn sie Kreuzschmerzen haben, den Orthopäden. Dann sollte auch er den Patienten begleiten können, die Differenzialdiagnose am Ende machen. Es geht nicht darum, dass wir mehr Bildgebung wollen, denn die Bildgebung ist in der Nationalen Versorgungsleitlinie bereits nach vier bis sechs Wochen gefordert, sondern einfach die Überprüfung. Es entspricht der Versorgungsrealität, dass der Orthopäde als erste Anlaufstelle genommen wird. Also ein eindeutiges Plädoyer für die nochmalige Differenzialdiagnose am Übergang, weil sie eine ganz entscheidende Weichenstellung für den Patienten und seine Therapie ist, und dafür, dass der Orthopäde – da unterstütze ich das, was Frau ... (DEGAM) schon gesagt hat – nicht nur in Ausnahmefällen, sondern dann, wenn er den Patienten betreut, auch koordinierender Arzt sein kann. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Gibt es dazu Fragen, Anmerkungen, Kommentare? – Wenn das nicht der Fall ist, würde ich Professor ... (DGOU), der offenbar zum selben Thema spricht, das Wort geben.

Herr Prof. Dr. ... (DGOU): Ich möchte etwas zu dem angesprochenen Zusatznutzen sagen. Wir haben für mich völlig unstrittig eine Versorgungslücke in Deutschland zwischen dem, was ambulant aktuell umsetzbar ist, und dem, was in Krankenhäusern mit multimodalen Programmen vorgehalten wird. Diese Multimodalität ist aber auch im ambulanten Bereich im Rahmen der hier oft angesprochenen Schulungsprogramme umsetzbar. Deswegen sind die Schulungsprogramme unverzichtbar, soweit sie auf gelebte Interprofessionalität abstellen und Gruppeneffekte berücksichtigen. Dann können wir genau das erzielen, was wir vielfach belegt in multimodalen Behandlungsprogrammen auf der Versorgungsebene der Krankenhäuser erreichen können, nämlich das, was man üblicherweise als Selbstwirksamkeit des Patienten bezeichnen würde. Solche Schulungsprogramme gibt es, sind publiziert. Ich darf auf mein Buch verweisen. Da habe ich einen Acht-Schritt-Plan vorgelegt; der ist auch evaluiert. Das ist im Grunde genommen kein Problem. Ich bin erstaunt, dass sich so viele völlig unkundig tun; denn wir haben schon seit langer Zeit überlegt, wie man modularisiert Betroffene bei chronischen Erkrankungen, wozu der chronische Rückenschmerz zählt, behandeln kann, sodass man die Interdisziplinarität und die Gruppeneffekte bündelt und die Patienten Schritt für Schritt zu einer besseren Selbstwirksamkeit leitet. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Wenn es Fragen gibt – das würde den Vorredner, Professor ... (DGU), einbeziehen, würde ich bitten, sich zu melden. – Ich sehe keine.

Dann würde ich Professor ... (DGU) diesmal als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie bitten, sich zu äußern.

Herr Prof. Dr. ... (DGU): Das war inkludiert. Das ist dieselbe Meinung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Weil sie hier zweimal auf der Liste stehen. Deshalb wollte ich das nicht versäumen. – Es gibt eine Wortmeldung von der Patientenvertretung.

PatV: Ich wollte nachfragen bzw. zusammenfassen. Wenn ich Ihr Statement richtig verstanden habe, würden Sie in der multimodalen Schulung tatsächlich das innovative Element innerhalb dieses DMP sehen? Dies entnehme ich Ihrer Stellungnahme.

Herr Prof. Dr. ... (DGOU): Unbedingt. Das ist genau das, was ich angesprochen habe. Solche Versorgungsangebote haben wir im Moment im ambulanten Bereich nicht. Auch wenn ich jetzt bestimmte Dinge veranlasse, ist das bestenfalls die Umsetzung einer Mehrkomponententherapie, aber es ist kein Zusammenwirken. Das Wesentliche ist das interprofessionelle Zusammenwirken. Das ist tatsächlich das, was wir mit den Schulungen, soweit sie so aufgebaut sind, wie ich es dargestellt habe, auch erreichen können. Damit können wir endlich ein Desiderat nicht umgesetzter Therapie im Bereich der ambulanten Versorgung erfüllen.

Herr Prof. Dr. ... (DGOOC, DGU): Ich darf schon auch erwähnen, dass ich in dem DMP einen Vorteil sehe, dass wir den Patienten endlich einmal herausbringen, dass er nicht mehr bei uns im Gesundheitssystem herumirrt; denn ein Patient hat überhaupt keine Orientierung. Das heißt, die Gefahr ist groß, dass er so lange in diesem System herumirrt, bis er das findet, was seiner Überzeugung entspricht. Das ist nicht gut für den Patienten, das muss man wissen. Hier ist eine gewisse Steuerungsfunktion sehr wichtig, die das DMP erlaubt – über das Schulungsprogramm hinaus.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Gibt es weitere Wortmeldungen, Anmerkungen, Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann darf ich mich bei Ihnen beiden, Herrn Professor ... (DGOU) und Herrn Professor ... (DGU, DGOOC), für Ihre Beiträge herzlich bedanken.

Wir kommen dann zur Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften und zu Herrn Professor

Herr Prof. Dr. ... (DGRW): Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung. Ich würde gern für unsere Gesellschaft Stellung nehmen. Wir begrüßen insbesondere, wie deutlich der derzeitige Entwurf den Schwerpunkt auf eine Funktionsorientierung bei allen Beteiligten legt und darauf, dass in der Verständigung mit dem Patienten das biopsychosoziale Modell grundsätzlich verfolgt wird, und zwar intensiv verfolgt wird. Das ist bisher nicht selbstverständlich. Auch für die Frage, wer letztlich der betreuende Arzt, Facharzt sein wird, sollte die Betonung darauf liegen, dass in der Tat in einem regelhaften multifaktoriellen Geschehen beim Rückenschmerz alle Komponenten bedacht werden und, auch wenn man aus einer speziellen Fachdisziplin kommt, eine Monokausalität möglichst vermieden werden sollte. Das ist, glaube ich, die Chance dieses Programms. Mir scheint außerordentlich wichtig, dies in die Realität umzusetzen.

Wichtig ist mir, aus Sicht der Fachgesellschaft auf die Frage der Positionierung und der Interaktion mit Rehabilitationsangeboten einzugehen. Ich unterstreiche – auch ich habe an der ersten Fassung der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz mitgearbeitet – und finde es sehr gut, dass jetzt die revidierte, die zweite Fassung Basis dieses Programms ist. Dort ist sehr deutlich beschrieben worden, was die Indikationswege in die multimodalen Programme jeweils sind, wenn sie über die jetzt auch mit dem DMP gegebene regelhafte Versorgung von einer Stelle im ambulanten Bereich hinausgehen sollen. Das betrifft einmal die zuvor genannten multimodalen Programme, die im Sektor des Krankenhauses stattfinden werden, aber auch die in der NVL klar benannten Möglichkeiten im Rehabilitationssektor. Die Differenzierung zwischen beiden ist in der NVL sehr schön dargelegt. Dies möchte ich hier betonen.

Ich möchte jetzt darauf eingehen, dass uns die Frage wichtig erscheint, die in ihrem Entwurf auftauchte, wann zu Beginn der Aufnahme in das DMP die Frage der Reha-Indikation zu klären ist und welche Konsequenzen das für die Aufnahme in das DMP hätte oder auch nicht. Aus unserer Sicht kann ich hervorheben, dass sich beide Aktivitäten keineswegs ausschließen, sondern sich natürlich synergistisch ergänzen. Das heißt, es macht Sinn, dass sich der betreuende Arzt bereits zu Beginn sehr wohl die Frage stellt, ob eine Rehabilitation indiziert ist. Selbst wenn er das bejaht, schließt das nach unserer Einschätzung sicher nicht aus, dass der Patient in das DMP aufgenommen wird. Wir haben hier durchaus sich überlappende Programme, die für die Versorgung von Bedeutung sind, sich aber keineswegs gegenseitig ausschließen.

Ich betone ganz kurz, was die Besonderheiten der Angebote der Rehabilitation sind. Das ist einmal die bereits heute gelebte und eben schon als defizitär und schwer zu erreichen bezeichnete Interaktion zwischen Berufsgruppen bezogen auf diesen einen Patienten. Dieser Austausch ist hoch relevant, der findet in der Rehabilitation statt und hat dann Konsequenzen für die gemeinsame und synergistische Abstimmung der Therapien unter den Berufsgruppen und im Feedback bei den Patienten, Beispiel: besondere Kompetenzen in der beruflichen Orientierung, seien es besondere Programme in Mobbing-situationen, der Umgang damit und die professionell moderierten Gruppenangebote, bei denen gruppenspezifische Effekte genutzt werden. Das ist das Wesen der Rehabilitation, zusätzlich zu der besonderen sozialmedizinischen Kompetenz der Begutachtung, die wir dort finden.

Das war schon der wesentliche Kern. Ich habe wenige Zusatzpunkte, die ich aus dem, was wir geschrieben haben, hervorheben möchte. Zunächst zu den Therapiezielen. Dort steht nicht immer so prominent – es wäre an einzelnen Stellen vielleicht noch zu ergänzen –, was im Text zum Teil auftaucht, aber nicht unter den Listenpunkten. Ich nenne hier das Therapieziel Erhalt bzw. Wiederherstellung der

Teilhabe, im Besonderen der Erwerbsfähigkeit, oder bei den Nichterwerbstätigen die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Erhalt der Selbstständigkeit.

Was wir uns – dies als letzten Punkt – noch wünschen würden, ist, dass das, was im Reha-Sektor heute in besonderer Weise angeboten wird, zum Beispiel die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation – eine besondere Art der Rehabilitation für diese Zielgruppe – oder die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, die MBOR, grundsätzlich bereits mit in die Beratungsangebote aufgenommen wird. Das bräuchte der beratende Arzt, um es den Patienten als Option an die Hand geben zu können, so etwas wahrzunehmen. – Das war es unsererseits. Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Professor ... (DGRW), vielen Dank. – Gibt es dazu Fragen, Anmerkungen, Kommentare? – Ich sehe keine Wortmeldungen. Ich danke Ihnen sehr herzlich.

Wir kommen zur Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin und Frau Dr. ...

Frau Dr. ... (DGPRM): Aus unserer Sicht stellt dieses DMP einen ganz wichtigen Punkt zwischen der allgemeinen Regelversorgung und den jetzt schon existierenden multimodalen Therapieangeboten dar. Wir sehen das als ganz wichtige Ergänzung im Angebot, als einen Zusatznutzen. Da ist die interprofessionelle Zusammenarbeit ganz wichtig. Wichtig wäre, dass der koordinierende Arzt ein Stück dieser interprofessionellen Eignung in sich vereint, also psychosomatische Grundversorgung und die manuelle Therapie. Ein solcher koordinierender Arzt ist im Grunde genommen auch dafür verantwortlich, eine Langzeitbetreuung unter Einbeziehung der multimodalen und weiterführenden Angebote, die es gibt, zu begleiten, zu steuern, und muss im Grunde genommen da die entsprechenden Eignungen haben. Die anderen DMPs, Diabetes und was es so gibt, im hausärztlichen Bereich greifen ganz stark auf Wissen im internistischen Bereich zurück, das im hausärztlichen Bereich verankert ist. Aber dieses DMP braucht viel Qualifikation, gerade auch weil es Überschneidungen mit der Orthopädie oder der physikalisch-rehabilitativen Medizin betrifft. Die Orthopäden und die Physikalisch-Rehabilitativen zählen neben den Hausärzten in der allgemeinen Versorgung zu den Grundversorgern, sodass nicht nur die Orthopäden, sondern auch wir durchaus wichtig in die Gruppe der zu koordinierenden Ärzte zu integrieren sind und sehr gut geeignet sind, den Übergang von Akutversorgung über die Intermediärversorgung DMP in die multimodale Versorgung zu begleiten.

Es gibt – entgegen dem, was andere hier im Raum schon gesagt haben – die Schulungsprogramme. Die sind auch geübt. Ich arbeite im Rückenzentrum hier in Berlin. Wir machen das seit zehn Jahren. Wir haben Programme, die evaluiert sind. Es hat schon entsprechende Bemühungen gegeben, das auf hausärztlicher Ebene zu installieren. Das sind Anfänge. Das ist ausweitbar und etablierbar. Die Grundlagen sind aus unserer Sicht also vorhanden. Mit einem Gruppenprogramm und einer entsprechenden Schulung geht ein solches DMP ganz deutlich koordiniert über die allgemeine Regelversorgung hinaus, aber sie muss zeitlich und personell gestützt werden.

Zu den interprofessionellen Fallkonferenzen, die Frau ... (DEGAM) angesprochen hat, die notwendig wären, gibt es auch Vorläufer, die man zum Beispiel im Rahmen der Schmerzkonferenzen oder Tumorkonferenzen sehen könnte. Da funktioniert das wunderbar. So etwas braucht natürlich Zeit, aber es ist durchaus einzurichten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau ... (DGPRM), vielen herzlichen Dank. – Gibt es dazu Fragen, Anmerkungen? – Ich sehe keine Wortmeldungen. Dann bedanke ich mich herzlich bei Ihnen.

Jetzt käme der Vertreter des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie, Herr ...

Herr ... (DVGS): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Einladung. Ich möchte das, was Sie vorher betont haben, aufnehmen und einen Punkt aus unserer Stellungnahme besonders hervorheben. Ich möchte einleitend sagen, was wir an dem Beschlussentwurf besonders begrüßen. Wir begrüßen, dass das biopsychosoziale Modell besonders hervorgehoben wird. Aus unserer Sicht leitet sich daraus eine gelebte Interprofessionalität ab, wie ein Vorredner sie bereits herausgehoben hat. Wir begrüßen auch, dass die Förderung eines körperlich aktiven Lebensstils eine zentrale Stellung im Beschlussentwurf innehat. Das entspricht der aktuellen Evidenz und auch dem, wie es in der Nationalen Versorgungsleitlinie beschrieben ist.

Ich möchte nun zu einem der Punkte in unserer Stellungnahme kommen und mich auf ihn beschränken. Wir haben dazu Stellung genommen, dass gemäß Nummer 1.4 die „Therapieplanung auf Basis individueller Belastungsfaktoren“ stattfinden soll. Dafür finden wir relevant und wichtig, dass im Vorfeld ein Screening zur körperlichen Aktivität stattfindet. Das kann unter anderem durch den Einsatz etablierter Screeninginstrumente gelingen. Hierfür zwei Begründungen, die wir in der Stellungnahme aus Platzgründen nicht aufgeführt haben. Es ist in kontrollierten Studien sehr gut bewiesen, dass der Einsatz solcher Screeninginstrumente Nutzen bringen kann, indem Patienten bei der Verhaltensänderung unterstützt werden. Der Begriff der Selbstwirksamkeit, die dadurch gesteigert wird, ist vorhin schon einmal gefallen. Wir sehen außerdem Ärztinnen und Ärzte damit in einer guten Rolle, einen Fortschritt bei dem Ziel, wie es angeführt ist, zu sehen, nämlich der Steigerung der körperlichen Aktivität. Ansonsten sei noch gesagt, mit solchen Screeninginstrumenten gibt es insbesondere international einiges an Erfahrung. Ein Beispiel, das hier genannt sei, ist die Primärversorgung in Großbritannien, wo es relativ flächendeckend mit großem Erfolg eingesetzt wird. – Ich bedanke mich recht herzlich.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr ... (DVGS). – Möchte jemand dazu Fragen stellen, Anmerkungen machen, Kommentare abgeben? – Ich sehe bisher keine Wortmeldungen. Herr ... (DVGS), es scheint, dass das allgemein Konsens ist und es alle toll finden und sich deshalb jetzt keiner meldet. – Bevor wir zur nächsten Organisation kommen, gibt es noch eine Wortmeldung.

GKV-SV: Dem muss ich widersprechen. Die Tatsache, dass keine Kommentierungen, Fragen oder Anmerkungen zu den Vorträgen erfolgen, heißt nicht, dass sich alle, die hier sitzen und das hören, den Ausführungen anschließen. Das möchte ich ganz eindeutig sagen. Wir haben unterschiedliche Meinungen. Es ist vielleicht nicht angezeigt, das im Rahmen der Anhörung zu hinterfragen. Aber aus einem Nichtäußern zu einer vorgetragenen Position kann nicht geschlossen werden, dass dazu bei allen hier Sitzenden ein Konsens zu dem Vorgetragenen besteht. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Das bitte ich zur Kenntnis zu nehmen.

Jetzt kommt Herr ... von der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Herr Dr. ... (DRV Bund): Ich möchte mich im Großen und Ganzen den Ausführungen von Professor ... (DGRW) anschließen. Mein Thema ist Rehabilitation. Wir führen dazu 1 Million Leistungen im Jahr durch. Mit ganz großem Abstand ist chronischer Rückenschmerz der häufigste Grund für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Ich würde schätzen, wir geben 2 Milliarden Euro im Jahr für diese Erkrankung aus.

Die Themen, die mir etwas bedeuten, wurden schon genannt. Das ist einmal die biopsychosoziale Betrachtungsweise, die Teilhabe als ein wesentlicher Endpunkt bei all den Interventionen, über die wir hier reden, ob das jetzt Rehabilitation oder DMP ist, und dass sich diese beiden Leistungen eher ergänzen als ausschließen. Dies ist sinnvoll. Gerade die Multimodalität ist Rehabilitation. Das ist der wesentliche Bestandteil der Rehabilitation, der eventuell in einer Hausarztpraxis oder in der Vernetzung

der Hausarztpraxis so nicht gelebt werden kann. Das kann die Rehabilitation. Deswegen plädiere ich ganz klar dafür, dass die Schwelle zur Rehabilitation möglichst gering gehalten wird und der Zugang somit möglichst einfach gestaltet wird. Ich beziehe mich auf die Punkte in Zeile 150 des Entwurfs, den Sie verschickt haben. Das ist mir zu kompliziert: wann Reha und wann DMP und wann sich was gegenseitig ausschließt: Die Schwelle sollte niedrig gehalten werden, die beiden Leistungen können sich ergänzen. Ich glaube, Überversorgung in diesem Bereich ist das geringste Problem, das wir haben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr ... (DGRW), ganz herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. – Gibt es dazu Fragen, Anmerkungen, Kommentare? – Auch hierzu sehe ich keine Wortmeldungen. Dann danke ich Ihnen für Ihr Statement.

Wir kommen dann zur Deutschen Schmerzgesellschaft und zu Herrn

Herr ... (Deutsche Schmerzgesellschaft): Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Die Deutsche Schmerzgesellschaft als wissenschaftliche Fachgesellschaft begrüßt, dass nach drei Jahren ein Entwurf vorgelegt worden ist. Ich vertrete die Gesellschaft in meiner Funktion als Geschäftsführer. Andererseits sind wir der Meinung, dass wesentliche systematische Verbesserungen nötig sind, wenn wir wirklich zu einer wirksamen, besseren Versorgung bei Rückenschmerzen in Deutschland bei dem DMP kommen wollen. Auf eines hat Herr Professor ... (DGU), wenn ich ihn richtig verstanden habe, schon hingewiesen: Dass es nach der NVL Kreuzschmerz im Wesentlichen am Anfang nötig ist, eine bessere Interaktion und Kommunikation der beteiligten Fachgruppen zu erreichen. Dafür wäre aus unserer Sicht eingangs ein systematisches multimodales Assessment nötig, um eine Diagnostik und ein Screening auf Risikofaktoren im DMP deutlich abzubilden, wie gesagt, interprofessionell, und das fehlt im Moment in der Beschreibung des DMP. Gleichwohl wird das Leitbild des Psychosozialen betont, aber die Umsetzung, die Operationalisierung dieses Leitbilds muss sicherlich jetzt oder in der Fortschreibung des einzuführenden DMP gewährleistet werden.

Ich darf darauf hinweisen, dass auch der Innovationsfonds unter anderem Projekte fördert, in denen solches intersektorales, multiprofessionelles Assessment aufgenommen wird. Ein Projekt ist PAIN 2020, das die Deutsche Schmerzgesellschaft federführend durchführt, mit 6.000 Patientinnen und Patienten. Dort ist integraler Bestandteil das interdisziplinäre Assessment, was auch schon anderswo teilweise angewandt wird und funktioniert und in der Literatur beschrieben ist. So etwas sollte hier unserer Meinung nach grundsätzlich aufgenommen werden.

Der zweite Punkt, der für ein multimodales Programm notwendig wäre, wäre die Patientenschulung. Die ist aus unserer Sicht ziemlich zentral; denn verglichen mit anderen im DMP empfohlenen Maßnahmen existieren derzeit für multimodale Angebote die vergleichsweise stärksten Wirkungsnachweise. Deswegen ist es aus unserer Sicht notwendig, im Rahmen des multimodalen Angebots auch eine Gruppenschulung als zentrale Maßnahme für Patientinnen und Patienten bei chronischem Rückenschmerz anzubieten. Auch da möchten wir betonen, dass der Ansatz der Patientenvertretung und der KBV in den Stellungnahmen aus unserer Sicht in die richtige Richtung weist, wo noch einmal das Multiprofessionelle und das Multimodale aufgezeigt wird. Also: Die Edukation muss kognitiv, verhaltenstherapeutisch gewährleistet werden, integriert mit einer qualitativ guten Therapie beispielsweise bei den Bewegungsübungen.

Auch dies ist beschrieben worden. Es gibt genug Programmpunkte, bei denen so etwas in Deutschland schon gewährleistet ist. Dies ist auch Gegenstand des vom Innovationsausschuss geförderten Projekts PAIN 2020, das im Übrigen im ambulanten Setting auch entsprechende Therapiearme aufbaut und Ihnen die Belege der systematischen Wirksamkeit in zwei Jahren liefern wird.

Drittens. Wir empfehlen sehr, die Rolle des speziellen Schmerztherapeuten abzubilden. Auch das betonen die Patientenvertretung und die KBV in ihren Stellungnahmen zum Entwurf. Das fehlt derzeit. Sowohl bei der koordinierenden Funktion und der Überweisung als auch bei weiteren intensivierenden Maßnahmen ist der spezielle Schmerztherapeut nicht hinreichend benannt, sofern er überhaupt benannt ist. Immerhin haben wir hier um die 1.200 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, die aufgrund einer speziellen Qualifikation an der Vereinbarung zur speziellen Schmerztherapie teilnehmen. Das könnte ein guter Ankerpunkt sein, um die Versorgung insgesamt zu verbessern, wenn das DMP insgesamt beispielsweise nicht mehr wirken sollte oder andere Maßnahmen zu intensivieren wären.

Randbemerkung jenseits dieser Anhörung: Es wäre unsere Hoffnung, dass der G-BA bei der Novelle der Bedarfsplanungs-Richtlinie und dann Ideen dazu auch eine Beplanung der speziellen Schmerztherapie unterhalb der Ebene der Fachärzte, also innerhalb der jeweiligen Fachgruppen, gewährleistet. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr ... (Deutsche Schmerzgesellschaft). – Gibt es zu den Ausführungen von Herrn ... (Deutsche Schmerzgesellschaft) Fragen, Anmerkungen, Kommentare? – Frau ... (DGPRM) hat sich gemeldet.

Frau Dr. ... (DGPRM): Ich habe vorhin einen Punkt vergessen, der ein wenig über diese Anhörung hinausgeht. Es gibt die Unterscheidung zwischen spezifischem Rückenschmerz und unspezifischem Rückenschmerz. Diese Trennung ist unscharf. Wo die Trennung gezogen wird, hängt auch davon ab, welche Fachgruppe wie auf diesen Rückenschmerz draufschaut. In der NVL gibt es auch noch den dritten, der einen nicht eindeutig zu den nichtspezifischen oder spezifischen Rückenschmerzen zuzuordnenden Rückenschmerz bezeichnet. Es geht um die Schwelle, wer in das DMP hineinkommt und wer nicht. Wer ist spezifisch, wer ist nichtspezifisch, was ist das Spezifische eigentlich, ist das die in der Bildgebung nachgewiesene Facettenarthrose oder Spondylolisthese? Da würde ich anregen, das Wort „spezifisch“ durch „Red Flags“ zu ersetzen. Das ist der zentrale Punkt, wo Patienten unseres Erachtens nicht einem Programm zugeführt werden dürften. – Das war die Ergänzung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (DGPRM). – Herr Professor ... (DGOOC, DGU) hat sich noch gemeldet.

Herr Prof. Dr. ... (DGOOC, DGU): Ich möchte dazu etwas ergänzen. Die Red Flags treten schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt im akuten Kreuzschmerz auf und sollen ausschließen, dass jemand im Akuten der nichtspezifischen Gruppe zugeordnet werden muss, weil es dort einen gefährlichen abwendbaren Verlauf geben könnte. Dann muss sehr schnell eine Diagnostik eingeleitet werden. Das heißt, die Red Flags Tumor, Metastase, Fraktur sind unstrittig und auch sehr gut erkennbar. Ich empfehle, Frau Carl, die Lektüre der Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz. Dafür haben wir sie nämlich gemacht, unter Beteiligung der AWMF und Patientenvertretern. Es ist eine S2-Leitlinie, bei der wir uns schon sehr darum bemüht haben – alle wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die das Organ Wirbelsäule im Fokus haben –, dazu Aussagen zu machen, so gut das in der heutigen Zeit mit der Datenlage möglich ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Professor ... (DGOOC, DGU), für die Ergänzung und Kommentierung. – Frau ... (DGPRM), wollten Sie noch etwas sagen?

Frau Dr. ... (DGPRM): Ja, das ist genau das Problem. Ich habe die Leitlinie gelesen.

(Heiterkeit)

Das ist genau der Streitpunkt. Jemand mit einer Spondylolisthese oder Spinalkanalstenose kann im Verlauf spezifisch werden im Sinne von operationsbedürftig, aber ist es möglicherweise gar nicht, weil das Geschehen multifaktoriell ist. Wenn jemand eine Spondylolisthese hat, ist das nicht unbedingt im Sinne einer spezifisch, monomodal zu behandelnden Krankheitsentität zu sehen. Genau da liegt der Knackpunkt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Professor ... (DGOOC, DGU), Sie können gern noch etwas sagen. Ich darf nur eine Bitte äußern. Ich möchte bitten, dass wir diesen Punkt hier nicht vertiefen, weil er über die Stellungnahmen hinausgeht.

Herr Prof. Dr. ... (DGOOC, DGU): Ich möchte nur eine Ergänzung machen. Natürlich haben wir Wert darauf gelegt, dass auch bei chronischen Schmerzen, bei spezifischem Schmerz das biopsychosoziale Modell nicht außer Kraft getreten ist. Das steht drin. Aber diese Leitlinie ist natürlich auch für Kollegen gemacht, die sich als Organspezialisten mit der Wirbelsäule beschäftigen, die entsprechend kundig sind. Dann versteht man die auch.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Professor ... (DGRW).

Herr Prof. Dr. ... (DGRW): Ganz kurz. Das ist genau der Punkt, an dem es jetzt beliebig ausuferen könnte. Darum wollen wir das gerne vermeiden. Ich möchte nur betonen, die Formulierung im Entwurf zu den Ausschlusskriterien ist aus meiner Sicht klar und deutlich. Wenn die so durchgezogen wird und auch alle, die sie später anwenden sollen, sie so verstehen, dann ist es gut. Nur als Basis: Das schließt epidemiologische Studien ein, die zeigen, dass sehr wohl sehr viele, eine bemerkenswerte Anzahl, von beschwerdefreien Patienten MRT-Befunde zum Beispiel eines Prolapses und sogar einer Protrusion haben. Wir wissen, dass in Standardröntgenbildern zahlreiche beschwerdefreie Bevölkerungsgruppen Spondylosen, Osteochondrosen haben. Damit ist, glaube ich, alles gesagt, dass die kundige Zuordnung im wirklich ausgewogenen Berücksichtigen des biopsychosoziale Modells zu der Frage führen muss, wer in dieses Programm gehört. Sie stellen damit schon Anforderungen an den Hausarzt, das auch zu entscheiden, und an alle anderen, die daran nachher beteiligt sind. Wenn man das zu Ende denkt, was Sie geschrieben haben, dann ist es gut so.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen sehr. Ich danke allen, die gekommen sind, für ihre Ausführungen und Beiträge. Ich wünsche Ihnen allen einen guten Heimweg und hoffe, dass Sie bei der nächsten Gelegenheit, wenn wir Fragen haben, wieder für uns zur Verfügung stehen.

Schluss der Anhörung: 11.47 Uhr