

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. April 2019 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 26.06.2014 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 “

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a. Tumor im Bereich der Wirbelsäule,
- b. Infektion im Bereich der Wirbelsäule,
- c. nicht stabil durchbaute Wirbelkörperfrakturen,
- d. autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen,
- e. symptomatische Radikulopathie,
- f. Kaudasyndrom.

Versicherte, deren Rückenschmerzen als Berufserkrankung laut Berufskrankheitenverordnung (BK) anerkannt sind, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.

Haben Ärztinnen und Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 Siebtes Sozialgesetzbuch (SGB VII) anzuzeigen.

Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren wegen Kreuzschmerzen, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.

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

Die hinreichende Diagnostik für die Aufnahme besteht aus:

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

Vor Einschreibung in das DMP prüft die Ärztin oder der Arzt das Vorliegen von Ein- und Ausschlusskriterien. Dabei sind die Befunde einer vorangegangenen Abklärungsdiagnostik sowie die Dokumentation von Therapie und Verlauf insbesondere der vorangegangenen zwölf Wochen zu berücksichtigen.

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

Die Ärztin beziehungsweise der Arzt prüft zudem vor Einschreibung, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist die Patientin oder den Patienten gegebenenfalls für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.

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

1.3 Therapieziele

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,
- Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung,
- Reduktion von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen,
- Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz sowie gegebenenfalls Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit, beziehungsweise Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage.

Die Therapieziele sollen durch den strukturierten Einsatz von evidenzbasierten effektiven Behandlungsmaßnahmen und unter Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen, Maßnahmen erreicht werden. Die therapeutische Beziehung soll einer Somatisierung und übermäßiger Fixierung auf medizinische Maßnahmen entgegenwirken.

1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren

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

Die Ärztin oder der Arzt erfasst dazu die individuelle Beschwerdestärke, das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung, die psychosoziale Belastung und psychische und somatische Komorbiditäten. Für diese Beurteilung soll in komplexeren Fällen geprüft werden, ob weitere Fachdisziplinen einbezogen werden sollen.

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

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

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

Die Ärztin oder der Arzt 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 im Sinne einer Ausweitung oder Intensivierung erfolgen. Eine Fortsetzung von Maßnahmen, die keine Wirkung gezeigt haben, soll dabei vermieden werden.

Sprechen die Beschwerden der Patientin oder des Patienten auch hierauf nicht in ausreichendem Maße an, kann eine ambulante Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung, eine ambulante Schmerztherapie durch eine schmerztherapeutisch qualifizierte Einrichtung, oder eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie eingesetzt werden.

In begründeten Fällen kann eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie auch als initiale Maßnahme erwogen werden.

Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt erstellt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten einen Therapieplan mit individuellen Zielen, insbesondere zur körperlichen Aktivität oder zu Entspannungstechniken.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Basismaßnahmen

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

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

Aktivierung und Lebensstiländerungen stellen bei Patientinnen und Patienten mit unspezifischen chronischen Rückenschmerzen die zentrale Maßnahme dar. Es soll geprüft werden, ob die Patientin oder der Patient zur Unterstützung der Umsetzung dieser Maßnahmen von einer multimodalen Schulung gemäß Nummer 4.2 profitieren kann.

1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen

Als wesentliche 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 können folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:

- Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser,
- Entspannungsverfahren: Jacobsonsche Relaxationstherapie,
- Ergotherapie,
- geeignete psychotherapeutisch oder psychosomatisch ausgerichtete Maßnahmen in Abhängigkeit vom Schweregrad der psychischen Störung.

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

Folgende Maßnahmen werden nicht empfohlen:

- Traktionsbehandlung,
- Bettruhe,
- Orthesen und Schuheinlagen,
- Kurzwellendiathermie,
- Therapeutischer Ultraschall,
- Interferenztherapie,
- Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS),
- Perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS),
- Magnetfeldtherapie,
- Lasertherapie,
- Kältetherapie.

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 die Ärztin oder der Arzt, gegebenenfalls auch in Absprache mit weiteren beteiligten Leistungserbringern (zum Beispiel Physiotherapeutin oder Physiotherapeut), ob die Patientin oder der Patient von einer Kombination beziehungsweise der Anpassung von individuellen Therapiemaßnahmen profitieren kann.

1.5.3 Multimodale Schmerztherapie

Führen auch intensivierete Therapiemaßnahmen zu keiner ausreichenden Besserung, soll die Erforderlichkeit einer stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie geprüft werden (siehe Nummer 1.4).

1.5.4 Langzeitbetreuung

Nach Durchlaufen aller indizierten Maßnahmen nach Nummer 1.5.1 bis 1.5.3 soll der Schwerpunkt auf die Stabilisierung erworbener Verhaltens- und Handlungskompetenzen der Patientin beziehungsweise 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.

1.5.5 Medikamentöse Therapien

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 die Patientin oder den Patienten nicht tolerable schmerzbedingte funktionelle Beeinträchtigung bestehen bleibt.

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

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

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

- Aufklärung, dass Medikamente nur eine unterstützende Therapieoption bei Rückenschmerzen darstellen,
- Festlegung eines realistischen und relevanten Therapieziels auch unter Berücksichtigung der körperlichen Funktion (zum Beispiel Verbesserung der Gehstrecke oder Belastbarkeit, relevante Schmerzlinderung (>30 oder >50%)),
- Individuelle Auswahl der Medikation unter Berücksichtigung der Begleiterkrankungen, Begleitmedikation, Unverträglichkeiten, Vorerfahrungen und Präferenzen des Patienten,
- Stufenweise Dosistitration der Medikation zum Erreichen dieses Effektes mit der geringsten effektiven Dosierung,
- Überprüfung des Auftretens von Nebenwirkungen und des klinischen Effekts in regelmäßigen Intervallen (ca. vier Wochen),
- Bei akuten Schmerzexazerbationen zeitiges Ausschleichen beziehungsweise Absetzen der Medikation mit Besserung der Symptomatik,
- Fortführung der Therapie nur bei guter Wirksamkeit und Verträglichkeit, Überprüfung in regelmäßigen Intervallen (alle drei Monate),
- Ausschleichen/Absetzen der Therapie bei nicht ausreichender Wirksamkeit (trotz angemessener Dosierung) oder relevanten Nebenwirkungen.

1.5.5.1 Nicht-Opioidanalgetika

1.5.5.1.1 Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) / COX-2-Hemmer

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

1.5.5.1.2 Paracetamol

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

1.5.5.1.3 Metamizol

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

1.5.5.2 Opioidanalgetika

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

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

1.5.5.3 Antidepressiva

Ohne indikationsrelevante Komorbidität sollten Antidepressiva nicht verordnet werden.

1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen

Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Konsultationen sind:

- Erfassung der aktuellen Schmerzstärke und Funktionseinschränkung
- Erfassung von Symptomveränderungen
- Erfassung fortbestehender psychosozialer Belastungsfaktoren und symptomunterhaltender Komorbiditäten
- Grad der Erreichung der gemeinsam vereinbarten Ziele, insbesondere hinsichtlich der körperlichen Aktivität
- gegebenenfalls Anpassung individuell vereinbarter Ziele
- Motivation zu ausreichender körperlicher Aktivität und deren Verstetigung

- Unterstützung und Überwachung gegebenenfalls eingeleiteter Maßnahmen gem. Nummer 1.5.1 sowie Überleitung dieser Therapieinhalte in selbständige Aktivitäten
- Bei Verwendung von Schmerzmitteln über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen Prüfung der Notwendigkeit einer Fortführung (einschl. Erfassung von Neben – und Wechselwirkungen).
- Entscheidung über Fortführung oder Umstellung des vereinbarten Therapieplans.

Für die Beurteilung des Verlaufes von Schmerz und Funktion sollen die Items 3 und 5 des CPG-Fragebogens verwendet werden.

Bei Änderungen des Beschwerdebildes soll die Notwendigkeit einer weiterführenden Untersuchung beim spezialisierten Facharzt oder einer spezialisierten Fachärztin beziehungsweise für eine Bildgebung geprüft werden.

1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

1.7.1 Koordinierende Ärztin / Koordinierender Arzt

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 grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 SGB V 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 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

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.

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

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

- bei Hinweisen auf symptomunterhaltende oder –verstärkende psychische Belastungen/psychosoziale Konflikte oder bei Hinweisen auf psychische Komorbidität zum ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten (nach Möglichkeit mit schmerzpsychotherapeutischer Expertise) oder zu einem anderen entsprechend qualifizierten Facharzt oder einer anderen entsprechend qualifizierten Fachärztin oder einer entsprechend qualifizierten Einrichtung,
- bei anhaltend hohem Schmerzniveau oder bei wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden zur schmerztherapeutisch qualifizierten Ärztin/Arzt oder einer schmerztherapeutisch qualifizierten Einrichtung,
- bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische Ursache des chronischen Kreuzschmerzes je nach individueller Konstellation zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung,
- bei neu aufgetretenen Hinweisen für extravertebrale Ursachen zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung.

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

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere:

- zur multimodalen Schmerztherapie (auch teilstationär),
- bei ausgeprägtem oder zunehmendem neurologischem Defizit (Lähmung, Sensibilitätsstörung) der unteren Extremität,
- bei Nachlassen des Schmerzes und zunehmender Lähmung bis zum kompletten Funktionsverlust des Kennmuskels der unteren Extremität,
- bei Kaudasyndrom: plötzlich einsetzende Blasen-/Mastdarmstörung, zum Beispiel Urinverhalt, vermehrtes Wasserlassen, Inkontinenz,
- bei Gefühlsstörung perianal/perineal,
- bei sonstigen akut aufgetretenen Warnhinweisen für eine spezifische Ursache des chronischen Kreuzschmerzes, die eine notfallmäßige Abklärung und Therapie erfordern.

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

1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen.

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

Je nach Konstellation können bestimmte Rehabilitationskonzepte wie zum Beispiel verhaltensmedizinische oder beruflich -orientierte Rehabilitation Anwendung finden.

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

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

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

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
2	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Opioidanalgetika-Therapie.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine kreuzschmerzbedingte Opioidanalgetika-Therapie für mehr als 12 Wochen erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
3	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Nicht-Opioidanalgetika-Therapie.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine kreuzschmerzbedingte dauerhafter Nicht-Opioidanalgetika-Therapie erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
4	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.
5	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurde.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurden bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
6	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzspezifischer Schulung.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer kreuzschmerzspezifischen Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
7	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.
8	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.

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

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

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

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

Die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt prüft regelmäßig gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten, spätestens nach zwei Jahren, ob die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme an diesem DMP profitiert.

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

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

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

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

4.2 Schulungen der Versicherten

Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt. Jede Patientin und jeder Patient soll Zugang zu einer strukturierten, evaluierten, und publizierten Gruppenschulung erhalten. Diese soll mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, angeleitet durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen, enthalten und ist aktiv ühend zu gestalten.

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

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

- a) Patientinnen und Patienten mit Schulung,
- b) Dauertherapie mit Opioidanalgetika,
- c) Dauertherapie mit Nicht-Opioidanalgetika,
- d) Schmerzstärke (Item 3 nach CPG, Dokumentationsparameter lfd. Nr. 9),
- e) Funktionsfähigkeit (Item 5 nach CPG, Dokumentationsparameter lfd. Nr. 10),
- f) ungeplante ambulante oder stationäre kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung.

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

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

Anlage 16 Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Relevante Ereignisse		
1	Ungeplante ambulante oder stationäre kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung seit der letzten Dokumentation ¹	Anzahl
Medikamente		
2	Aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation: Opioidanalgetika	Ja, länger als 12 Wochen/Ja, weniger als 12 Wochen/ Nein
3	Aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation: Nicht-Opioidanalgetika ²	Dauerhaft / Bei Bedarf / Nein
Schulung		
4	Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer multimodalen Schulung teilgenommen ³	Ja / Nein
5	Kreuzschmerz-spezifische Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
6	Kreuzschmerz-spezifische Schulung wahrgenommen ¹	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Sonstige Behandlung		
7	Regelmäßig körperlich aktiv	Ja / Nein / Nicht möglich
8	Erreichung mindestens eines der individuell vereinbarten Ziele seit der letzten Dokumentation ¹	Mindestens ein Ziel erreicht / Noch kein Ziel erreicht / Kein Ziel überprüft / Kein Ziel vereinbart
9	CPG Item 3: Durchschnittliche Stärke der Kreuzschmerzen in den letzten drei Monaten (0 = „Keine“ bis 10 = „Stärkster Schmerz“)	Zahl (0 – 10, ganzzahlig)

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

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Hier ist auch eine Selbstmedikation zu dokumentieren.

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

10	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)
11	Beendigung der DMP-Teilnahme vereinbart. ^{4; 1}	Ja/Nein

”

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartals in Kraft.

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

Berlin, den 18. April 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern hier „Ja“ angegeben wird, erfolgt eine Beendigung der DMP-Teilnahme durch die Krankenkasse.