

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 22. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)

Vom 18. Juni 2020

Inhalt

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

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 Absatz 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Zu Anlage 13

Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten

Mit Beschluss vom 19.04.2018 hat der G-BA Anforderungen an ein DMP Herzinsuffizienz als Anlage 13 und 14 (Dokumentation Herzinsuffizienz) der DMP-Anforderungen-Richtlinie erstmalig aufgenommen.

Diese Anforderungen an ein strukturiertes Behandlungsprogramm Herzinsuffizienz beinhalten unter Nr. 4.2. der Anlage 13 auch das Angebot einer herzinsuffizienzspezifischen Patientenschulung. Auf der Basis von im Oktober 2016 abgeschlossenen Recherchen des G-BA zu Schulungsprogrammen mit anschließender Bewertung kam der G-BA zu der Einschätzung, dass zum Zeitpunkt der Beschlussfassung ein strukturiertes, evaluiertes, publiziertes und zielgruppenspezifisches Schulungsprogramm („Curriculum Herzinsuffizienz“ DRV Bund) vorlag, das im Rehabilitationssetting evaluiert wurde und ambulant umsetzbar ist.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS; ehemals Bundesversicherungsamt, BVA) ist der Auffassung, dass diese Schulung nicht ausreichend evaluiert sei, da eine Evaluation des Curriculums lediglich im Rehabilitationssetting, nicht aber im ambulanten Setting, erfolgt ist. Somit kann nach Auffassung des BAS aktuell keine Patientenschulung in die Verträge integriert werden, mit der Folge, dass Verträge zum DMP Herzinsuffizienz nicht abgeschlossen werden können und dieses DMP in der Versorgung nicht umgesetzt wird.

Gemäß § 137f SGB V Absatz 2 Satz 2 hat der G-BA Anforderungen an Patientenschulungen zu definieren. Entsprechend § 4 DMP-A-RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen und sind deshalb integraler Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme. Um die Integration von Patientenschulungen für neue DMP-Indikationen zu ermöglichen, wird die Vorgabe zur Evaluation durch die Formulierung „in der Regel“ angepasst.

Die weiteren Änderungen der Anforderungen an Patientenschulungen sind erforderlich, um eine zeitnahe Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme zu ermöglichen und gleichzeitig zu gewährleisten, dass Evaluationen dieser Patientenschulungen vorgelegt werden. Diese sollen vorzugsweise als RCT durchgeführt werden. Andere mögliche Studiendesigns sind z.B. Kohortenstudien, Prä-Post- oder historischer Vergleich, matched pair-Vergleich. Bereits in anderen Bereichen evaluierte Patientenschulungen sind zu reevaluierten. Im Rahmen der Reevaluation sind bereits gewonnene Ergebnisse angemessen zu berücksichtigen.

Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss.

Die Publikation muss spätestens 18 Monate nach Abschluss der Evaluation vorliegen.

Der Zeitpunkt des Programmstarts ist definiert durch den Zeitpunkt, der ersten Zulassung eines Programmes, welches die jeweilige Schulung als Vertragsbestandteil enthält.

Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, sollen diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden. Die Verträge sind entsprechend anzupassen. Die Anpassung der Verträge hat in einem vertretbaren Zeitrahmen zu erfolgen, um den Vertragspartnern die Umsetzung der neuen Schulungsprogramme in den Vertragsregionen zu ermöglichen.

Zu Anlage 15

Zu Nummer 4.2 Schulung der Versicherten

Mit Beschluss vom 18.04.2019 hat der G-BA Anforderungen an ein DMP chronischer Rückenschmerz als Anlage 15 und 16 (Dokumentation chronischer Rückenschmerz) der DMP-Anforderungen-Richtlinie erstmalig aufgenommen.

Diese Anforderungen an ein strukturiertes Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz beinhalten unter Nr. 4.2. der Anlage 15 auch das Angebot einer multimodalen Patientenschulung.

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 [3]). Diese Angebote werden in der NVL 2017 [1] mit hohem Grading empfohlen. Gemäß der aktuellen Metaanalyse (Kamper et al., 2014)[3] 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 [1] beziehungsweise der Metaanalyse zu multimodalen Angeboten (Kamper et al., 2014 [3]) 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[1]). 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[1], Kamper et al., 2014 [3]). 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.

Auf der Basis von im Januar 2018 abgeschlossenen Recherchen des G-BA zu Schulungsprogrammen mit anschließender Bewertung kam der G-BA zu der Einschätzung, dass zum Zeitpunkt der Beschlussfassung vom 18.04.2019 mehrere strukturierte, evaluierte, publizierte Schulungsprogramme vorlagen (z. B. Rückenfit-Programm „Lebenslust statt Krankheitsfrust“[4] [2]), die ambulant umsetzbar sind.

Gemäß § 137f SGB V Absatz 2 Satz 2 hat der G-BA Anforderungen an Patientenschulungen zu definieren. Entsprechend § 4 DMP-A-RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen und sind deshalb integraler Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme.

Um die Integration von Patientenschulungen für neue DMP-Indikationen zu ermöglichen, wird die Vorgabe zur Evaluation durch die Formulierung „in der Regel“ angepasst.

Die weiteren Änderungen der Anforderungen an Patientenschulungen sind erforderlich, um eine zeitnahe Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme zu ermöglichen und

gleichzeitig zu gewährleisten, dass Evaluationen dieser Patientenschulungen vorgelegt werden. Diese sollen vorzugsweise als RCT durchgeführt werden. Andere mögliche Studiendesigns sind z.B. Kohortenstudien, Prä-Post- oder historischer Vergleich, matched pair-Vergleich. Bereits in anderen Bereichen evaluierte Patientenschulungen sind zu reevaluieren. Im Rahmen der Reevaluation sind bereits gewonnene Ergebnisse angemessen zu berücksichtigen.

Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss.

Die Publikation muss spätestens 18 Monate nach Abschluss der Evaluation vorliegen.

Der Zeitpunkt des Programmstarts ist definiert durch den Zeitpunkt, der ersten Zulassung eines Programmes, welches die jeweilige Schulung als Vertragsbestandteil enthält.

Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, sollen diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden. Die Verträge sind entsprechend anzupassen. Die Anpassung der Verträge hat in einem vertretbaren Zeitrahmen zu erfolgen, um den Vertragspartnern die Umsetzung der neuen Schulungsprogramme in den Vertragsregionen zu ermöglichen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

Am 22. Januar 2020 begann die AG DMP-Richtlinie mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In einer Sitzung wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle)

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
11. Dezember 2019	Unterausschuss DMP	Auftrag an die AG DMP-Richtlinie
22. Januar 2020	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfes
10. Februar 2020	Unterausschuss DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren im schriftlichen Beschlussverfahren
7. Mai 2020	AG-Sitzung	Vorbereitende Auswertung Stellungnahmeverfahren
13. Mai 2020	Unterausschuss DMP	Auswertung Stellungnahmen und Anhörung, Beschlussempfehlung
18. Juni 2020	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL Anlage 13 und Anlage 15 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom 10. Februar 2020 wurde das Stellungnahmeverfahren am 11. Februar 2020 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage 3. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 3. März 2020.

Es wurden 7 fristgerechte Stellungnahmen eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in Anlage 4. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 13. Mai 2020 durchgeführt (**Anlage 5**). Die Anhörung wurde in der Sitzung des Unterausschusses DMP am 13. Mai 2020 durchgeführt.

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde mit Schreiben vom 23. März 2020 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 5**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2020 beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Literaturverzeichnis

1. 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>.
2. Dibbelt S, Greitemann B, Buschel C. Nachhaltigkeit orthopädischer Rehabilitation bei chronischen Ruckenschmerzen: das Integrierte orthopädisch-psychosomatische Behandlungskonzept (IopKo). *Rehabilitation* 2006;45(6):324-335.
3. 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>.
4. Quatmann M, Dibbelt S, Greitemann B, Panning S, Kaiser W, Ilger C, et al. Rückenfit-Programm „Lebenslust statt Krankheitsfrust“ [online]. 19.03.2013. Würzburg (GER): Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung. [Zugriff: 03.02.2020]. URL: http://www.zentrum-patientenschulung.de/manuale/schulung/index.php?schulungen_id=185.

7. Zusammenfassende Dokumentation

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

Berlin, den 18. Juni 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Verteiler für das Stellungnahmeverfahren
nach § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V und § 91 Abs. 5 und 5a
SGB V zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung
der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und der Anlage 15 (DMP chronischer
Rückenschmerz)**

(Stand: 4. Februar 2020)

<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"> • Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.
<ul style="list-style-type: none"> • Bundesverband Medizintechnologie e.V. • Bundesverband der Hörgeräte-Industrie e.V. • Bitkom Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V. • VDPGH Verband der Diagnostica-Industrie e. V.
<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Herzstiftung e.V. • Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. • Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
<ul style="list-style-type: none"> • Bundesamt für Soziale Sicherung
<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 Orthopädieschuhtechnik e.V.

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen- Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. 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 26.06.2014 B3 AT 26.08.2014 B2), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V [Veröffentlichungsnummer manuell hinzufügen]), wie folgt zu ändern:

- I. Die Anlage 13 der DMP-Anforderungen-Richtlinie wird wie folgt geändert:
 1. In Nummer 4.2 wird in Satz 2 nach dem Wort „strukturierten,“ die Wörter „in der Regel“ eingefügt.
 2. In Nummer 4.2 werden nach Satz 2 die Wörter „Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss. Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, dürfen nur noch diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden. Die Verträge sind entsprechend anzupassen.“ angefügt.
- II. Die Anlage 15 der DMP-Anforderungen-Richtlinie wird wie folgt geändert:
 1. In Nummer 4.2 wird in Satz 2 nach dem Wort „strukturierten,“ die Wörter „in der Regel“ eingefügt.
 2. In Nummer 4.2 werden nach Satz 2 die Wörter „Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss. Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, dürfen nur noch diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden. Die Verträge sind entsprechend anzupassen.“ angefügt.
- 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 TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die **XX.** Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)

Vom **XX.** Monat JJJJ

Legende:

10.02.2020 Rückmeldung des GKV-SV

Gelb hinterlegt: dissente Positionen

Grau hinterlegt: von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassen

Inhalt

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

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 Absatz 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Zu Anlage 13

Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten

Mit Beschluss vom 19.04.2018 hat der G-BA Anforderungen an ein DMP Herzinsuffizienz als Anlage 13 und 14 (Dokumentation Herzinsuffizienz) der DMP-Anforderungen-Richtlinie erstmalig aufgenommen.

Diese Anforderungen an ein strukturiertes Behandlungsprogramm Herzinsuffizienz beinhalten unter Nr. 4.2. der Anlage 13 auch das Angebot einer herzinsuffizienzspezifischen Patientenschulung. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung lag gemäß Recherchen des G-BA ein strukturiertes, evaluiertes, publiziertes und zielgruppenspezifisches Schulungsprogramm vor („Curriculum Herzinsuffizienz“ DRV Bund), das im Rehabilitationssetting evaluiert wurde und ambulant umsetzbar ist.

Nach Inkrafttreten des Beschlusses ist das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS; ehemals Bundesversicherungsamt, BVA) zu der Auffassung gelangt, dass diese Schulung nicht ausreichend evaluiert sei, da eine Evaluation des Curriculums lediglich im Rehabilitationssetting, nicht aber im ambulanten Setting, erfolgt ist. Somit kann nach Auffassung des BAS aktuell keine Patientenschulung in die Verträge integriert werden, mit der Folge, dass Verträge zum DMP Herzinsuffizienz nicht abgeschlossen werden können und dieses DMP in der Versorgung nicht umgesetzt wird.

Gemäß § 137f SGB V Absatz 2 Satz 2 hat der G-BA Anforderungen an Patientenschulungen zu definieren. Entsprechend § 4 DMP-A-RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen und sind deshalb integraler Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme. Um die Integration von Patientenschulungen für neue DMP-Indikationen zu ermöglichen, wird die Vorgabe zur Evaluation durch die Formulierung „in der Regel“ angepasst.

Die weiteren Änderungen der Anforderungen an Patientenschulungen sind erforderlich, um eine zeitnahe Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme zu ermöglichen und gleichzeitig zu gewährleisten, dass Evaluationen dieser Patientenschulungen vorgelegt werden.

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Evaluierte Programme müssen nicht im RCT-Design untersucht worden sein. Eine erneute Evaluation im ambulanten Setting bei einer bereits in einem anderen Setting erfolgten Evaluation (z.B. Rehabilitation) ist nicht obligat gefordert. Interdisziplinarität bei den schulenden Leistungserbringern ist kein</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Diese sollen vorzugsweise als RCT durchgeführt werden. Andere mögliche Studiendesigns sind z.B. Kohortenstudien, Prä-Post- oder historischer Vergleich, matched pair-Vergleich.</p>
---	---

Ausschlusskriterium für ambulante Umsetzbarkeit.	
--	--

Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss. Der Zeitpunkt des Programmstarts ist definiert durch den Zeitpunkt,

KBV, DKG, PatV zu dem das jeweilige Programm in der jeweiligen Region wirksam wird.	GKV-SV der ersten Zulassung eines Programmes, welches die jeweilige Schulung als Vertragsbestandteil enthält.
---	---

Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, dürfen nur noch diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden. Die Verträge sind entsprechend anzupassen. Die Anpassung der Verträge hat in einem vertretbaren Zeitrahmen zu erfolgen, um den Vertragspartnern die Umsetzung der neuen Schulungsprogramme in den Vertragsregionen zu ermöglichen.

Zu Anlage 15

Zu Nummer 4.2 Schulung der Versicherten

Mit Beschluss vom 18.04.2019 hat der G-BA Anforderungen an ein DMP chronischer Rückenschmerz als Anlage 15 und 16 (Dokumentation chronischer Rückenschmerz) der DMP-Anforderungen-Richtlinie erstmalig aufgenommen.

Diese Anforderungen an ein strukturiertes Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz beinhalten unter Nr. 4.2. der Anlage 15 auch das Angebot einer multimodalen Patientenschulung.

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.

Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung vom 18.04.2019 lagen gemäß Recherchen des G-BA mehrere strukturierte, evaluierte, publizierte Schulungsprogramme vor (z. B. Rückenfit-Programm „Lebenslust statt Krankheitsfrust“), die ambulant umsetzbar sind.

Kommentiert [Abt. QS-V1]: Literatur:

Quatmann M, Dibbelt S, Greitemann B, Panning S, Kaiser W, Ilger C, et al. Rückenfit-Programm "Lebenslust statt Krankheitsfrust" [online]. 19.03.2013. [Zugriff: 21.01.2020]. URL: http://www.zentrum-patientenschulung.de/manuale/schulung/index.php?schulungen_id=185.

Dibbelt S, Greitemann B, Buschel C. Nachhaltigkeit orthopädischer Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen: das Integrierte orthopädisch-psychosomatische Behandlungskonzept (IopKo). Rehabilitation 2006;45(6):324-335.

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Nach Inkrafttreten des Beschlusses ist das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS; ehemals Bundesversicherungsamt, BVA) zu der Auffassung gelangt, dass ein geeignetes Schulungsprogramm derzeit nicht vorliegt. Somit kann nach Auffassung des BAS aktuell keine Patientenschulung in die Verträge integriert werden, mit der Folge, dass Verträge zum DMP chronischer Rückenschmerz nicht abgeschlossen werden können und dieses DMP in der Versorgung nicht umgesetzt wird.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[streichen oder umformulieren]</p>
--	--

Gemäß § 137f SGB V Absatz 2 Satz 2 hat der G-BA Anforderungen an Patientenschulungen zu definieren.

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Entsprechend § 4 DMP-A-RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen und sind deshalb integraler Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[streichen]</p>
--	---

Um die Integration von Patientenschulungen für neue DMP-Indikationen zu ermöglichen, wird die Vorgabe zur Evaluation durch die Formulierung „in der Regel“ angepasst.

Die weiteren Änderungen der Anforderungen an Patientenschulungen sind erforderlich, um eine zeitnahe Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme zu ermöglichen und gleichzeitig zu gewährleisten, dass Evaluationen dieser Patientenschulungen vorgelegt werden.

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Evaluierte Programme müssen nicht im RCT-Design untersucht worden sein. Eine erneute Evaluation im ambulanten Setting bei einer bereits in einem anderen Setting erfolgten Evaluation (z.B. Rehabilitation) ist nicht obligat gefordert. Interdisziplinarität bei den schulenden Leistungserbringern ist kein Ausschlusskriterium für ambulante Umsetzbarkeit.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Diese sollen vorzugsweise als RCT durchgeführt werden. Andere mögliche Studiendesigns sind z.B. Kohortenstudien, Prä-Post- oder historischer Vergleich, matched pair-Vergleich.</p>
--	---

Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss. Der Zeitpunkt des Programmstarts ist definiert durch den Zeitpunkt,

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>zu dem das jeweilige Programm in der jeweiligen Region wirksam wird.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>der ersten Zulassung eines Programmes, welches die jeweilige Schulung als Vertragsbestandteil enthält.</p>
--	--

Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, dürfen nur noch diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden. Die Verträge sind entsprechend anzupassen. Die Anpassung der Verträge hat in einem vertretbaren Zeitrahmen zu erfolgen, um den Vertragspartnern die Umsetzung der neuen Schulungsprogramme in den Vertragsregionen zu ermöglichen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

[wird durch G-BA GS ergänzt]

Stellungnahmeverfahren

[wird durch G-BA GS ergänzt]

5. Fazit

[wird durch G-BA GS ergänzt]

6. Literaturverzeichnis

[wird durch G-BA GS ergänzt]

7. Zusammenfassende Dokumentation

[wird durch G-BA GS ergänzt]

Berlin, den XX. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Von: [REDACTED]
An: [REDACTED]
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und der Anlage 15
Datum: Mittwoch, 12. Februar 2020 19:20:41

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
Ihre unten angefügte Mail haben wir erhalten. Vielen Dank dafür. Da dieser Bereich nicht zu unserem Berufsfeld gehört, werden wir dazu keine Stellungnahme abgeben.
Mit freundlichen Grüßen
Sabine Hengelbrock
Sekretariat Studiengemeinschaft für Orthopädieschuhtechnik

Von: Wörz, Markus [REDACTED]
Gesendet: Dienstag, 11. Februar 2020 11:09
An: Wörz, Markus
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und der Anlage 15

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. Markus Wörz
Referent
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Alexander Cammin
Sachbearbeiter
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838 [REDACTED]

Telefax: +49 30 275838 [REDACTED]

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.

BPtK – Bundes [Psychotherapeuten](#) Kammer · Klosterstraße 64 · 10179 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Dr. Karola Pötter-Kirchner
Abteilung QS-V
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

-per E-Mail-

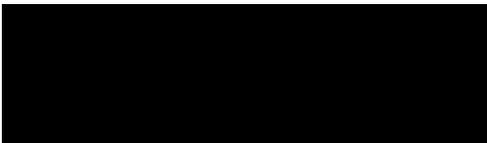
19. Februar 2020

**Stellungnahmerecht gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a, 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
hier: Beschlussentwurf über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)**

Sehr geehrte Frau Dr. Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 11. Februar 2020, mit dem Sie uns die Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Sachverhalt geben. Die BPtK stimmt den geplanten Änderungen zu.

Mit freundlichen Grüßen



Timo Harfst
Stellvertretender Geschäftsführer

[REDACTED]

Von: [REDACTED] <[REDACTED]@dvfr.de>
Gesendet: Montag, 24. Februar 2020 14:21
An: Wörz, Markus; Cammin, Alexander
Cc: DVfR Sekretariat; Silke Ssymank
Betreff: DVfR | keine Stellungnahme | G-BA - Einleitung des
Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der
Anlage 13 und der Anlage 15

Kennzeichnung: Zur Nachverfolgung
Kennzeichnungsstatus: Erledigt

[REDACTED] [REDACTED]

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 / 187 901(0) – [REDACTED]
Mobil: 0175 7919117
E-Mail: [REDACTED]
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von: =?iso-8859-1?Q?W=F6rz Im Auftrag von [REDACTED]
Gesendet: Dienstag, 11. Februar 2020 11:09
An: [REDACTED]
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und der
Anlage 15

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. Markus Wörz
Referent
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Alexander Cammin
Sachbearbeiter
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 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.



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 27.02.2020

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail [REDACTED]

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: [REDACTED]

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Qualitätssicherung
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 13 (DMP
Herzinsuffizienz) und Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)**

Ihr Schreiben vom 11.02.2020

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 11.02.2020, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zu den Themen „Herzinsuffizienz
und chronischer Rückenschmerz“ (DMP-A-RL, Anlage 13, Anlage 15) 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

Von: [REDACTED]
An: [REDACTED]
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und der Anlage 15
Datum: Donnerstag, 27. Februar 2020 11:22:31

Sehr geehrter Herr Dr. Wörz,
herzlichen Dank für die Gelegenheit, uns am Stellungnahmeverfahren zu beteiligen. Aus Sicht des SHV bedarf es keiner Anmerkungen.

Mit freundlichen Grüßen

Britta Mohrmann

Sekretariat

SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.

Deutzer Freiheit 72-74

50679 Köln

Tel. 0221/981027 14

info@shv-heilmittelverbaende.de

www.shv-heilmittelverbaende.de

Von: Wörz, Markus [REDACTED]

Gesendet: Dienstag, 11. Februar 2020 11:09

An: Wörz, Markus

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und der Anlage 15

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. Markus Wörz

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Alexander Cammin

Sachbearbeiter

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13

10587 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.

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-████████

FAX (0228) 997799-5550

E-MAIL ██████████@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herr ██████████

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 28.02.2020

GESCHÄFTSZ. ██████████

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)
und Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)**

BEZUG Ihr Schreiben vom 11.02.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V.

Eine Stellungnahme gebe ich zu diesem Beschlussentwurf nicht ab.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Heinick



Bundesarbeit für Soziale Sicherung, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Ausschließlich per E-Mail:

████████████████████
Gemeinsamer Bundesausschuss

HAUSANSCHRIFT
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 ██████████

████████████████████
www.bundesarbeitssozialesicherung.de

BEARBEITERIN: FRAU DR. NADOLSKI-STANDKE

2. März 2020

AZ **515**
(bei Antwort bitte angeben)

Beschlussentwurf über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)

Ihre Mail vom 11. Februar 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und führt zu dem übersandten Entwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie das Folgende aus:

Das BAS begrüßt, dass mit der Neufassung der Anlagen 13 und 15 der DMP-Anforderungs-Richtlinien zur jeweiligen Nummer 4.2. eine Möglichkeit gefunden wurde, eine zeitnahe Umsetzung der Programme zu erleichtern.

Bezugnehmend auf die Tragenden Gründe Ziffer 2. zu Anlage 13, Nummer 4.2. weist das BAS richtigstellend darauf hin, dass es nicht erst nach Inkrafttreten der Anlage, sondern bereits im Stellungnahmeverfahren zum DMP Herzinsuffizienz auf das Problem des Vorliegens eines zulassungsfähigen Schulungsprogrammes hingewiesen hat.

Das BAS (vormals Bundesversicherungsamt) erklärte in seiner schriftlichen Stellungnahme dazu:

„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.“

Das BAS nutzte darüber hinaus die Anhörung, um auf diesen Punkt verstärkt hinzuweisen.

Auch wenn der G-BA nach eigener Recherche zu dem Schluss gelangt ist, dass zulassungsfähige Schulungsprogramme vorliegen, befreit dies das BAS nicht von der ihm obliegenden Zulassungsprüfung.

Das „Curriculum Herzinsuffizienz“ des DRV Bund wurde bis heute nicht zur Prüfung vorgelegt.

Insofern gehen wir davon aus, dass auch die antragstellenden Krankenkassen Bedenken bezüglich der Zulassungsfähigkeit des Programmes hegen. Unabhängig von der Frage, ob das Schulungsprogramm vom Reha-Setting auf die ambulante Ebene übertragbar wäre, zeigte die Evaluation in der stationären Rehabilitation keine Vorteile gegenüber den etablierten Schulungsmodulen.

Richtig zu stellen ist ferner, dass nicht nur das Fehlen einer zugelassenen Versichertenschulung eine Umsetzung dieses DMP verhindert, sondern auch zu den haus- oder facharztbasierten besonderen Unterstützungsangeboten bislang keine Umsetzungsvorschläge vorgelegt wurden.

Stellungnahme zu den vorgelegten Änderungsentwürfen im Einzelnen:

1. Anlage 13 Nummer. I 1.

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Nummer 4.2 werden in Satz 2 nach dem Wort „strukturierten,“ die Wörter „in der Regel“ eingefügt.

B) Stellungnahme

Die Anlage 13 enthält in Satz 2 zwei Mal das Wort „strukturierten“. Es sollte konkretisiert werden, dass die Einfügung nach den Worten „von strukturierten“ erfolgen soll.

C) Formulierungsvorschlag

In Nummer 4.2 werden in Satz 2 nach den Worten „von strukturierten,“ die Wörter „in der Regel“ eingefügt.

2. Anlage 13, Nummer I. 2. Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss.

B) Stellungnahme

a. Zu den Anforderungen an das Evaluationskonzept

Nach § 137f Abs. 2 SGB V erlässt der G-BA Richtlinien zur Behandlung (Nr. 1) und zur Schulung der Versicherten (Nr. 4); gemeint ist, die Festlegung der leitliniengerechten Inhalte der Behandlung und Schulung. Auch wenn es sich bei dem in Abs. 2 aufgeführten Katalog um keine abschließende Aufzählung handelt, eröffnet er nicht die Möglichkeit, dass der G-BA den vom Gesetzgeber festgesetzten Grad der Evidenz neu definiert.

Nach Nr. 1 muss die festzulegende Behandlung dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien oder nach bestverfügbarer Evidenz entsprechen. Die Versichertenschulung ist Bestandteil der Behandlung und unterliegt daher eben dieser Evidenzanforderung.

Fazit 1: Der G-BA hat nicht die Aufgabe, den erforderlichen Evidenzgrad festzulegen.

Tatsache ist, dass dem BAS zu den Indikationen Herzinsuffizienz und Rückenschmerz kein diesen Anforderungen entsprechendes evaluiertes und im ambulanten Sektor einsetzbares Schulungsprogramm bekannt ist. Die allgemeinen Prüfkriterien können auf der Homepage des BAS nachgelesen werden.

Nach der Beschlussvorlage i.V.m. den TG diskutiert der G-BA, für die Schulungsevaluation einen niedrigen Evidenzgrad vorzusehen.

Anforderungen an eine Evaluation sind nicht davon abhängig, ob zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses bereits Evaluationen vorliegen oder ob solche erst mit Vertragsschluss eingeleitet werden. § 137f Abs. 2 Nr. 1 SGB V fordert: „...nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz ...“ - das gilt auch für Anforderungen an Behandlungsbestandteile wie „Schulungskonzepte“.

Die Tatsache, dass wie in der Beschlussvorlage vorgesehen, die die Evaluation einleitende Krankenkasse das Maß der verfügbaren Evidenz quasi mitgestaltet, kann nicht zur Folge haben, dass deshalb ein Abweichen von „möglichst randomisiert oder einzel-verblindet“ ohne wissenschaftliche Begründung gestattet ist.

Diese Problematik (Evidenzgrad) gewinnt nochmals an Relevanz im Zusammenspiel mit der im nachfolgenden Satz der vorgesehenen RL-Regelung „*Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, dürfen nur noch diese...*“

Diese Regelung hätte zur Folge, dass eine „schnell und schlecht“ durchgeführte Evaluation und Publikation eines Schulungsprogrammes die eventuell parallel laufende Evaluation zu einer anderen Schulung auf höherem Evidenzlevel verdrängt, was den Widerspruch der vorgesehenen Regelung gegen die gesetzlichen Anforderungen nochmals untermauert.

Fazit 2: Ein Abweichen von den vom Gesetzgeber geforderten hohen Evidenzgraden ist nur ausnahmsweise mit einer wissenschaftlich nachvollziehbaren Begründung möglich. Würde der G-BA die Anforderungen an die Evidenz einer anzubietenden Schulung mit der Richtlinie auf einem niedrigen Level festlegen, würde die Richtlinie § 137f Abs. 2 Nr. 1 SGB V widersprechen.

b. Zum Zeitraum „vier Jahre“

- (1) Das Zeitfenster von vier Jahren bezieht sich nach der jetzigen Fassung des Beschlussentwurfs nur auf die Evaluation. Die Publikation der Evaluation ist davon nicht erfasst.
- (2) Das Risiko, ob es gelingt, die Evaluation innerhalb von vier Jahren abzuschließen, liegt bei der antragstellenden Krankenkasse. Das BAS prüft nicht, ob ein Abschluss der Evaluation innerhalb von vier Jahren möglich ist.
- (3) Abgeschlossen ist die Evaluation nachdem die erhobenen Daten ausgewertet sind und ein Ergebnis schriftlich niedergelegt ist. Dieses ist dem BAS zur Dokumentation des Evaluationsabschlusses vorzulegen.

c. Zum Fristlauf „mit Programmstart“

- (1) „... wenn mit Programmstart eine Evaluierung ...“.

Die Programme starten mit Vertragsunterschrift. Ab diesem Zeitpunkt können Versicherte in das neue DMP eingeschrieben werden. Davon abzugrenzen ist die Wirksamkeit des DMP nach § 137g Abs. 1 Satz 6 SGB V (Zulassung der DMP).

Aus den TG leitet das BAS ab, dass der Zeitpunkt gemeint ist, zu dem das Programm wirksam wird.

- (2) Grundsätzlich ist je Schulungsprogramm bundesweit nur eine Evaluation erforderlich, weshalb die Fristberechnung mit der ersten wirksamen Zulassung eines DMP startet. Ein zweiter Fristlauf ist nur ausnahmsweise möglich, wenn aufgrund abweichender Strukturen (Leistungserbringer- oder Versichertenseitig) ein deutlich anderes Konzept die Schulung oder die Evaluation betreffend vorgesehen ist. Daraus folgt: Sollten in den DMPs mehrere Schulungskonzepte zum Einsatz kommen, gilt das Voranstehende für jedes Konzept.
- (3) Das BAS geht davon aus, dass abweichend von der jetzigen Formulierung eine Evaluation auch schon vor Programmstart bzw. Wirksamwerden des Programmes eingeleitet werden kann. Im Beschlusstext könnte dieses z.B. durch Ergänzung des Wortes „spätestens“ deutlich gemacht werden.

C) Formulierungsvorschlag

Zu a.: betrifft Tragende Gründe

Diese [Evaluationen] sollen vorzugsweise als RCT durchgeführt werden. Abweichungen hiervon sind nur ausnahmsweise und nur wissenschaftlich begründet möglich.

Zu b.: keiner, nur Klärung des Verständnisses der vorgelegten Formulierung

Zu c (1). a): Das Wort „Programmstart“ sollte aus Gründen der Rechtsklarheit ersetzt werden, z.B. durch die Worte „Wirksamwerden der Zulassung“.

Zu c (3): Nach dem Wort „wenn“ wird das Wort „spätestens“ eingefügt.

3. Anlage 13, Nummer I. 2. Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

„Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, dürfen nur noch diese...“.

B) Stellungnahme

- a. Abweichend vom vorhergehenden Satz wird hier neben der Evaluation auch die Publikation genannt. Erst wenn beide Voraussetzungen zu einem Schulungsprogramm vorliegen, darf nur noch dieses in den DMP-Verträgen eingebunden werden.

Die im vorangehenden Satz festgesetzte Zeit von „längstens vier Jahren“ bis zum Abschluss der Evaluation dient dazu, die Möglichkeit des Einsatzes nicht evaluierter Schulungsprogramme zeitlich zu begrenzen.

Da nicht mit Abschluss der Evaluation, sondern erst mit erfolgter Publikation Vertragsanpassungen in den Regionen vorgeschrieben sind, in denen nicht evaluierte Schulungsprogramme laufen, bräuchte es einer zeitlichen Begrenzung, bis wann die Publikation erfolgt sein muss.

Es wird vorgeschlagen, einen Zeitraum vorzugeben, innerhalb dessen im Anschluss an die Evaluation die Publikation erfolgt sein muss.

- b. Wie bereits unter 2. B. a) aufgeführt, kann die Formulierung „Sobald evaluierte ...vorliegen, dürfen nur noch diese ...“ zur Folge haben, dass laufende Evaluationen zu einem anderen Schulungskonzept ggf. kurz vor Abschluss abgebrochen werden (müssen), weil das zuerst publizierte Konzept in den DMP-Vertrag eingebunden werden muss. Daneben ist mit der jetzigen Formulierung die Fortsetzung einer ggf. fast abgeschlossenen Evaluation eines zweiten Schulungsprogramms innerhalb des DMP kein Raum.

C) Formulierungsvorschlag

keiner

4. Anlage 13, Nummer I. 2. Satz 3:

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verträge sind entsprechend anzupassen.

B) Stellungnahme

Die TG sehen eine Anpassung „in einem vertretbaren Zeitrahmen“ vor.

Da RL-Anpassungen nach § 137g Abs. 2 Satz 1 SGB V unabhängig vom Umfang der Anpassung binnen eines Jahres im Programm und in den Verträgen vorzunehmen sind, kann der vertretbare Zeitrahmen zur Einbindung des einzig zulässigen Schulungsprogramms längstens ein Jahr betragen

C) Formulierungsvorschlag

keiner, nur Klärung des Verständnisses der vorgelegten Formulierung

5. Anlage 15, Nummer II

Siehe Ausführungen der Ziffern 2. - 4. zu Anlage 13, Nummer I

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

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag


Nolte



VDD · Postfach 104062 · D-45040 Essen

Gemeinsamer Bundesausschuss
Karola Pötter-Kirchner, MPH
Abteilung Qualitätssicherung
& sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Essen 02.03.2020

Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a, 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf über die XX. Änderung der DMP-A-RL

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

hiermit möchten wir zum Beschlussentwurf über die XX. Änderung der DMP-A-RL (Anlage 1) und tragende Gründe (Anlage 2) Stellung nehmen. Der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband unterstützt ausdrücklich, dass in Anlage 15 die Anleitung zu entsprechenden Gruppenprogrammen „durch mindestens zwei 2 entsprechend qualifizierte Professionen“ erfolgen muss und „aktiv üabend zu gestalten“ ist.

In der Anlage 13 bitten wir zu ergänzen, dass die Durchführung der Schulungsprogramme im Bereich Ernährung durch die entsprechend qualifizierte Profession (Diätassistent*innen) erfolgen muss und die Programme aktiv üebende Elemente enthalten soll. Nur durch den Einsatz der dafür qualifizierten Profession können die Patient*innen gemäß ihrer häufig komplexen Morbidität ausreichend informiert und geschult werden. Wir erachten es als dringend notwendig, dass der Begriff „entsprechend qualifizierte Profession“ nicht nur genannt, sondern auch mit dem dafür ausgebildeten Gesundheitsfachberuf gefüllt wird, um jegliche Missverständnisse zu vermeiden.

Zur Methodik der Schulungen ist zu ergänzen, dass praktische Übungen essentiell sind, um den Verständnisgrad zu überprüfen und zur Umsetzung in den Alltag zu befähigen. Nur so ist eine nachhaltige Wirkung der Schulung zu gewährleisten.

Weiterhin sollten Programme, die noch in der Erprobung sind oder wichtige erfolgsversprechende Elemente enthalten, auch weiterhin durchgeführt und untersucht werden können, auch wenn bereits evaluierte Programme vorliegen. Der Zeitpunkt des Programmstarts sollte definiert sein durch den Zeitpunkt, zu dem das jeweilige Programm in der jeweiligen Region wirksam wird. Die Evaluation in anderen Settings (z.B. Reha) sollte ausreichend sein. Untersuchungen im RCT-Design sind im Bereich Ernährungstherapie schwierig, kostenintensiv und durch fehlende akademische Strukturen in der Diätetik kaum zu gewährleisten. Wir folgen eher der Position von KBV, DKG und PatV, dass die Evaluation **nicht** im RCT-Design

Susannastraße 13
D-45136 Essen

Telefon: 0201 94685370
Telefax: 0201 94685380
Email: vdd@vdd.de

Sparkasse Essen
IBAN: DE13 3605 0105 0008 3595 07
BIC: SPESDE33XXX

AG Essen, Vereins-Registernummer 4924
USt-IdNr. DE121 241 540
Geschäftsführung: Evelyn Beyer-Reiners



Verband der Diätassistenten - **VDD** - Deutscher Bundesverband e.V.

erfolgen muss. Zudem stellt die Ernährungstherapie häufig nur einen Teilbereich des Schulungskonzeptes dar, so dass die alleinige Wirksamkeit der Ernährungstherapie kaum evaluierbar ist. Das darf dennoch keinesfalls zum Ausschluss der Ernährungstherapie aus den Schulungsprogramm führen.

Schließlich sollten der Arzt bzw. die Ärztin ausdrücklich die Option erhalten, nach Abschluss eines strukturierten Programmes oder auch ohne dessen Nutzung individuelle Ernährungstherapie durch die entsprechend qualifizierte Profession (Diätassistent*in) zu empfehlen. Dies kann z.B. bei Patienten mit Handicap, Migrationshintergrund oder aber auch komplexem Ressourcen-Gefüge eine wichtige und effiziente therapeutische Option sein.

Mit freundlichen Grüßen


Uta Köpcke

Präsidentin VDD e.V.



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
IBAN
DE55 3006 0601 0001 0887 69
BIC
DAAEDEDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: [REDACTED]
[REDACTED]@g-ba.de

Ihr Schreiben vom
11. Februar 2020

Durchwahl
[REDACTED]

Datum
02. März 2020

Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a, 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

**Beschlussentwurf über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)**

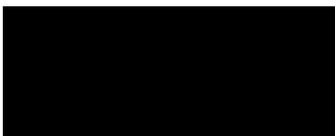
Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Disease-Management-Programme übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie bezüglich der Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz).

Da die zahnärztliche Berufsausübung von den geplanten Änderungen nicht betroffen ist, gibt die Bundeszahnärztekammer hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.



Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

GESCHÄFTSSTELLE

DGOU-/ DGOOC-/ DGU-Geschäftsstelle Straße des 17. Juni 106-108 10623 Berlin

Frau

Karola Pötter-Kirchner und

Herrn Dr. Markus Wörz

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abt. Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Per E-Mail: [REDACTED]

DGOU e. V. / DGOOC e. V. / DGU e. V.

Straße des 17. Juni 106-108

(Eingang Bachstraße)

10623 Berlin

Tel.: +49 30 3406036-00

Fax: +49 30 3406036-01

office@dgou.de

www.dgou.de

Berlin, 03.03.2020

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)

zum Beschlussentwurf über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)

(Stand: 4. Februar 2020)

Sehr geehrte Frau Kirchner,
sehr geehrter Herr Dr. Wörz,

in der Anlage übersenden wir Ihnen die gemeinsame Stellungnahme der DGOU, der DGOOC und der DGU zum Beschlussentwurf über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz), welche von Herrn Burkhard Lembeck und Professor Dr. Marcus Schiltenswolf und unter Beteiligung der DGOU- und DGOOC-Sektionen Wirbelsäule und der DGOU- und DGOOC-Sektion Schmerztherapie ((IGOST - Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e. V.)), erstellt wurde.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]
Prof. Dr. Dietmar Pennig
Generalsekretär der DGOU
Generalsekretär der DGU

[REDACTED]
Prof. Dr. Bernd Kladny
Stellv. Generalsekretär der DGOU
Generalsekretär der DGOOC

Vorstand (gemäß §26 BGB Abs. 1)

Präsident: Prof. Dr. Dieter C. Wirtz, Stellvertretender Präsident: Prof. Dr. Michael J. Raschke
Generalsekretär: Prof. Dr. Dietmar Pennig, Stellvertretender Generalsekretär: Prof. Dr. Bernd Kladny

DGOU-Bankverbindung: APO-Bank München, IBAN: DE34 3006 0601 0007 4267 39, SWIFT-BIC: DAAEDED3

DGOU-Steuer-Nr. 27/640/53836, Amtsgericht Bochum, VR 3953



**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)
zum Beschlussentwurf über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz)
(Stand: 4. Februar 2020)**

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 die aktuell gültige DMP-A-RL in Anlage 15 geändert werden soll.

Hintergrund:

Patientenschulungen sind unverzichtbare und erfolgreiche Versorgungsformen in allen strukturierten Behandlungsprogrammen, so auch in den bisherigen DMPs. Die orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgesellschaften fordern daher nachdrücklich, dass diese Programme auch in ihrem Fachgebiet Einzug in die Versorgung halten.

Der G-BA hat diese Forderung mit seinem Beschluss vom 18.04.2019 zum DMP Rücken auch umgesetzt. Offensichtlich sieht aber das BAS, ehemals Bundesversicherungsamt BVA, hier Schwierigkeiten bei den Anforderungstexten, so dass eine Präzisierung seitens des G-BA geboten erscheint, um eine zeitnahe und praktikable Umsetzung der Patientenschulung zu ermöglichen.

An dieser Stelle sei ein kritischer Kommentar erlaubt:

In der politischen Öffentlichkeit wird das Tempo, mit dem die Gesundheitsversorgung durch den G-BA gestaltet wird, als durchaus verbesserungswürdig kritisiert. Wenn dann Einlassungen des BAS / BVA dazu führen, dass innovative und wirksame Versorgungselemente, wie Schulungsprogramme, nicht mehr oder nicht mehr zeitnah oder nur unter erneuten bürokratischen Auflagen durch den G-BA realisiert werden können, würde das den G-BA als Selbstverwaltungsorgan als handlungsunfähig desavouieren.

Zu Anlage 15

Zu Nummer 4.2 beim Beschlussentwurf und zu den korrespondierenden Tragenden Gründen **Schulung der Versicherten**

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften halten die von der KBV, der DKG und der Patientenvertretung gemachten Änderungsvorschläge für notwendig. Nur diese Präzisierungen ermöglichen es, dass realistischere Schulungsprogramme beim Rückenschmerz in der Versorgung etabliert werden können.

Der G-BA hatte recherchiert, dass mehrere solcher Programme existieren, die den Kriterien – strukturiert, standardisiert und evaluiert- genügen.

Die Forderung nach einem RCT – Design erscheint bei der Etablierung eines Schulungsprogrammes ebenso wirklichkeitsfremd wie die Forderung, die Schulungen müssten vorher schon im ambulanten -



kassenärztlichen Umfeld evaluiert worden sein. Die Kosten einer erneuten Evaluation müssten dann zweifelsohne in die Vergütung derartiger DMP Programme einkalkuliert werden, so dass damit Kosten und Hürden für Patientenschulungen steigen würden. Aus wissenschaftlicher Sicht besteht keinerlei Notwendigkeit, eine Intervention in exakt dem gleichen Setting / Land etc. zu evaluieren, um Wirksamkeitsnachweise für dieses (hier ambulante) Setting übertragen zu können. Analog könnte man die Forderung stellen, dass Medikamente, die in einem anderen Versorgungskontext (z.B. ohne breite ambulante fachärztliche Versorgung) untersucht wurden, erneut im spezifischen deutschen Versorgungskontext evaluiert werden müssten, bevor sie Kassenleistung werden. Das erscheint absurd, die Formulierung von DKG, KBV und PatV beugt solchen nicht gerechtfertigten Kriterien vor.

Weiterhin erscheint uns Interdisziplinarität keineswegs als ein Ausschlusskriterium für die ambulante Umsetzbarkeit. Zum einen ist Interdisziplinarität bereits jetzt gelebte Wirklichkeit in den meisten DMP-Schulungen, arbeiten hier doch die unterschiedlichen Professionen wie Diabetes-Assistenten, Ärzte, MFAs usw. selbstverständlich zusammen. Diese Klarstellung ist aus unserer Sicht erforderlich, da aus unserer Kenntnis gerade die Interdisziplinarität, die im DMP Rückenschmerz den Schulungen immanent ist, im Rahmen der BAS-Prüfungen zu Problemen führt.

Zum anderen ist insbesondere Interdisziplinarität doch genau das, was die Wirksamkeit von Schulungsprogrammen im DMP Rückenschmerz unter Würdigung einer biopsychosozialen Erkrankung erst ausmacht – hier unter dem Stichwort Multimodalität. Erst die Anerkennung einer biopsychosozialen Bedingtheit als Grundlage von Multimodalität konnte die Effekte von Rückenschmerzbehandlungen nachhaltig steigern.

Weiterhin begrüßen es die wissenschaftlichen Gesellschaften sehr, wenn im Rahmen der DMPs der Weg für neue Schulungsprogramme eröffnet wird, bei denen zum Zeitpunkt des Programmstartes noch keine Evaluation vorliegt. Ein Zeitfenster von fünf Jahren erscheint allerdings realistischer.

Insgesamt erhoffen wir uns, dass die geplanten Konkretisierungswünsche der drei Bänke KBV, DKG und der Patientenvertretung in den Tragenden Gründen in toto übernommen werden, weil wir ansonsten die Gefahr sehen, dass nachweislich wirksame und in Leitlinien empfohlene Versorgung vom G-BA nur beschlossen wird, aber nicht in der Versorgungsrealität umgesetzt werden kann.

Gez. Dr. Burkhard Lembeck

Gez. Prof. Dr. Marcus Schiltewolf



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Schumannstraße 9, 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Disease Management Programme

Versand per E-Mail an: [REDACTED]

DEGAM-
Bundesgeschäftsstelle

Schumannstraße 9
10117 Berlin

Tel.: +49 30 20 966 9800
Fax: +49 30 20 966 9899

geschaeftsstelle@degam.de
www.degam.de

Prof. Dr. Scherer
Präsident

Prof. Dr. Hummers
Vizepräsidentin

Prof. Dr. Schneider
Vizepräsident

Prof. Dr. Simmenroth
Schriftführerin

Prof. Dr. Baum
Schatzmeisterin

Dr. Jendyk
Beisitzer

Dr. Heinz
Beisitzerin

Prof. Dr. Bergmann
Studium und Hochschule

Dr. Roos
Weiterbildung

Dr. Blumenthal
Fortbildung

Dr. Popert
Versorgungsaufgaben

Prof. Dr. Chenot
Qualitätsförderung

Prof. Dr. Joos
Forschung

Fröhlich
Geschäftsführer

Deutsche Apotheker-
und Ärztekbank, Frankfurt
IBAN DE933006060101021753
BIC DAAEDEDXXX

Berlin, den 3. März 2020

Stellungnahme der DEGAM zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL Herzinsuffizienz und chronischer Rückenschmerz

Die DEGAM unterstützt die vorgeschlagenen Textänderungen in den DMP-Richtlinien zu Herzinsuffizienz und chronischen Rückenschmerzen. Sie schließt sich damit der Einschätzung von KBV, DKG und PatV in vollem Umfang an und verzichtet hiermit auf ihr Anhörungsrecht.

Wie in den tragenden Gründen für die genannten DMPs und den Erörterungen dazu dargelegt, liegen hier evaluierte Patientenschulungsprogramme aus dem Bereich von Rehabilitationsmaßnahmen, nicht aber aus dem vertragsärztlichen Versorgungsbereich vor.

Im Sinne der besten verfügbaren Evidenz sind die Erkenntnisse aus den Rehabilitationsmaßnahmen durchaus auf die Zielgruppe der beiden DMPs übertragbar. Es ist im Sinne einer guten Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppen nicht sinnvoll, hier auf solche Schulungsangebote zu verzichten, bis randomisierte Studien aus dem vertragsärztlichen Versorgungsbereich vorliegen, zumal in deren ambulanter Versorgung etliche Elemente aus dem rehabilitativen Bereich (Rehasport, Physiotherapie, psychologische Mitbehandlung) ebenfalls zur Anwendung kommen.

Innerhalb des Übergangszeitraumes von vier Jahren sind dann aber entsprechende Nachweise aus dem vertragsärztlichen Setting einzufordern.

[REDACTED]

Von: [REDACTED]@drv-bund.de
Gesendet: Dienstag, 3. März 2020 12:20
An: [REDACTED]
Cc: [REDACTED]

Betreff: WG: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und der Anlage 15
Anlagen: Anschreiben_STNV_DMP_Hi und Rücken.pdf; Anlage_1_2020-02-03_BE_DMP-A-RL_Herzinsuffizienz_Rücken.pdf; Anlage_2_2020-02-03_TrGr_DMP-A-RL_Herzinsuffizienz_Rücken.pdf; Anlage_3_2020-02-03_Servicedokument_DMP-A-RL_Herzinsuffizienz_Rücken.pdf; Anlage_4_Verteiler_DMP_Stellungnahmeverfahren_Hi und Rücken.pdf

Kennzeichnung: Zur Nachverfolgung
Kennzeichnungsstatus: Erledigt

[REDACTED] [REDACTED]

Sehr geehrte Frau Karola Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die Zusendung der Unterlagen und der Möglichkeit, am u.g. Stellungnahmeverfahren teilzunehmen.

Wir begrüßen die Änderungsvorschläge der DMP-A-RL in der Anlage 13 und der Anlage 15.

Mit der vorgeschlagenen Lösung können zeitnah DMP-Verträge abgeschlossen werden. Die zeitnahe Umsetzung einer verbesserten Versorgung chronisch kranker Versicherter im ambulanten Bereich ist auch in unserem Sinne.

Sowohl das "Curriculum Rückenschule" als als das "Curriculum Herzinsuffizienz" der DRV Bund wurden im Rahmen der medizinischen Rehabilitation evaluiert.

Das Curriculum Rückenschule durch eine randomisierte Kontrollstudie, das Curriculum Herzinsuffizienz durch eine multizentrischen clusterrandomisierten Kontrollstudie.

An einer Anhörung am 11. März 2020 können wir leider aus Gründen von Terminkonflikten nicht teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen
Dea Geršak

Orhidea-Dea Geršak, MBA
Ärztliche Referentin im Bereich Sozialmedizin Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation Ruhrstr. 2, 10709 Berlin Telefon 030 865-39324, Telefax 030 865-28891 orhidea-dea.gersak@drv-bund.de

www.rehainfo-aerzte.de

----- Weitergeleitet von Poststelle09/SpzUser/DRV-Bund am 11.02.2020 14:45

Von: [REDACTED]
An: [REDACTED]
Datum: 11.02.2020 11:12
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der

DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und der Anlage 15 Gesendet von:"Wörz, Markus" <markus.woerz@g-ba.de>

Achtung: Diese E-Mail kommt nicht von der DRV Bund. Bitte seien Sie äußerst vorsichtig bei Mailanhängen oder weiterführenden Links. Wenden Sie sich im Zweifelsfall an das Security Operations Center (SOC), Telefon (+49 865) 38500, E-Mail: soc-berlin@drv-bund.de (intern 11-SOC).

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. Markus Wörz

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Alexander Cammin

Sachbearbeiter

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: 

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.

(See attached file: Anschreiben_STNV_DMP_Hi und Rücken.pdf)(See attached file: Anlage_1_2020-02-03_BE_DMP-A-RL_Herzinsuffizienz_Rücken.pdf)(See

attached file:

Anlage_2_2020-02-03_TrGr_DMP-A-RL_Herzinsuffizienz_Rücken.pdf)(See attached file:

Anlage_3_2020-02-03_Servicedokument_DMP-A-RL_Herzinsuffizienz_Rücken.pdf)

(See attached file: Anlage_4_Verteiler_DMP_Stellungnahmeverfahren_Hi und Rücken.pdf)

DGPRM e.V. Messering 8, Haus F 01067 Dresden

Gemeinsamer Bundesausschluss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Wegelystraße 8
10623 Berlin

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin
zur Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 15
Ihr Schreiben vom 11.2.2020**

Dresden, 27. Februar 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit nehmen wir zu den Änderungen der Anlage 15 der DMP-Anforderungen-Richtlinie
(Chronischer Rückenschmerz) fachlich Stellung.

Aus Sicht unseres Fachgebietes unterstützen wir die Argumentation der KBV/DKG/PatV in den
tragenden Gründen vollständig.

Patienten mit chronischem Rückenschmerz leiden an einer multifaktoriell bedingten chronischen
Erkrankung. Die Schulungen sind ein entscheidender Faktor in der Behandlung dieser Patienten und
müssen der Genese entsprechend multimodal und interdisziplinär durchgeführt werden. In dem
Beschluss zum DMP sind Schulungen aufgeführt, diese Schulungen entsprechen den Anforderungen
der S3 Leitlinien, sie sind evaluiert und werden in jahrelanger Praxis im stationären und
teilstationären Setting erfolgreich durchgeführt.

Die Evaluationsergebnisse sowie die interdisziplinäre Durchführung der Schulungen können in das
ambulante Setting ohne erneute Prüfung übertragen werden. Es werden keine weiteren Studien,
insbesondere keine RCT's benötigt. Eine zusätzliche wissenschaftliche Erkenntnis wäre nicht zu
erwarten.

Der hier diskutierte Aspekt wurde mit dem Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative
Medizin abgestimmt.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Gert Krischak
Präsident

Auswertung der Stellungnahmen

**gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2
SGB V**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- III. 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	12. Februar 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	19. Februar 2020	Stellungnahme
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)	24. Februar 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesärztekammer (BÄK)	27. Februar 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	27. Februar 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	28. Februar 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)	2. März 2020	Stellungnahme
Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)	2. März 2020	Stellungnahme
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	2. März 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
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)	3. März 2020	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	3. März 2020	Stellungnahme
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)	3. März 2020	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (DGPRM)	3. März 2020	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 7. Mai 2020 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 13. Mai 2020 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
1.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 19.02.2020		
1.1	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 19.02.2020	Sehr geehrte Frau Dr. Pötter-Kirchner, vielen Dank für Ihr Schreiben vom 11. Februar 2020, mit dem Sie uns die Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Sachverhalt geben. Die BPtK stimmt den geplanten Änderungen zu.	Dank und Kenntnisnahme
2.	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS ehem. BVA), 02.03.2020		
2.1	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), 02.03.2020	Sehr geehrte Damen und Herren, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und führt zu dem übersandten Entwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie das Folgende aus: Das BAS begrüßt, dass mit der Neufassung der Anlagen 13	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		und 15 der DMP-Anforderungs-Richtlinien zur jeweiligen Nummer 4.2. eine Möglichkeit gefunden wurde, eine zeitnahe Umsetzung der Programme zu erleichtern.	Dank und Kenntnisnahme
2.2	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), 02.03.2020	<p>Bezugnehmend auf die Tragenden Gründe Ziffer 2. zu Anlage 13, Nummer 4.2. weist das BAS richtigstellend darauf hin, dass es nicht erst nach Inkrafttreten der Anlage, sondern bereits im Stellungnahmeverfahren zum DMP Herzinsuffizienz auf das Problem des Vorliegens eines zulassungsfähigen Schulungsprogrammes hingewiesen hat.</p> <p>Das BAS (vormals Bundesversicherungsamt) erklärte in seiner schriftlichen Stellungnahme dazu:</p> <p>„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>	Dem Hinweis wird durch eine geänderte Formulierung Rechnung getragen: <i>„Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS; ehemals Bundesversicherungsamt, BVA) ist der Auffassung, dass diese Schulung nicht ausreichend evaluiert sei...“</i>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>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.“</p> <p>Das BAS nutzte darüber hinaus die Anhörung, um auf diesen Punkt verstärkt hinzuweisen.</p> <p>Auch wenn der G-BA nach eigener Recherche zu dem Schluss gelangt ist, dass zulassungsfähige Schulungsprogramme vorliegen, befreit dies das BAS nicht von der ihm obliegenden Zulassungsprüfung.</p> <p>Das „Curriculum Herzinsuffizienz“ des DRV Bund wurde bis heute nicht zur Prüfung vorgelegt.</p> <p>Insofern gehen wir davon aus, dass auch die antragstellenden Krankenkassen Bedenken bezüglich der Zulassungsfähigkeit des Programmes hegen.</p> <p>Unabhängig von der Frage, ob das Schulungsprogramm vom Reha-Setting auf die ambulante Ebene übertragbar wäre, zeigte die Evaluation in der stationären Rehabilitation keine Vorteile gegenüber den etablierten Schulungsmodulen.</p>	<p>GKV-SV: Dank für die Klarstellung bezüglich der erforderliche Zulassungsprüfung durch das BAS gemäß § 137g, Abs 1 SGB V.</p> <p>In der multizentrischen cluster-randomisierten kontrollierten Evaluationsstudie (Meng K, Musekamp G, Schuler M, Seekatz B, Glatz J, Karger G, Kiwus U, Knoglinger E, Schubmann R, Westphal R, Faller H (2016). The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. <i>Patient Educ Couns.</i> 2016 Jul;99(7):1190-1197. doi: 10.1016/j.pec.2016.02.010.Epub 2016</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Richtig zu stellen ist ferner, dass nicht nur das Fehlen einer</p>	<p>Feb 16.), in der das „Curriculum Herzinsuffizienz“ des DRV Bund untersucht wurde, konnten signifikante Effekte in den Selbstmanagement-Kompetenzen und der Zufriedenheit der Patienten mit der untersuchten Schulung direkt nach der Intervention zugunsten der Interventionsgruppe nachgewiesen werden. Sechs Monate nach der Schulung zeigten die Patienten der Interventionsgruppe eine signifikant höhere Symptomkontrolle (tägliches Wiegen, Gewichtsprotokoll, Puls-/Blutdruckmessung) als die Kontrollgruppe. Zusätzlich zeigten sich selbst nach 12 Monaten in mehreren Outcomes wie körperliche Aktivität, Adhärenz zur Medikation und Symptomkontrolle im Sinne präventiven Verhaltens der Patienten signifikante Verbesserungen im gruppeninternen Prä-Post-Vergleich in der Interventionsgruppe, die innerhalb der Kontrollgruppe nicht erreicht werden konnten. Dabei ist zu beachten, dass auch die Kontrollgruppe eine 60-minütige strukturierte ärztliche Schulung mit schriftlichen Informationsmaterial und Arbeitsblättern erhalten hatte. Da ein solches Angebot im ambulanten Bereich nicht existiert, ist hier von einer konservativen Schätzung der Effektstärken in der Interventionsgruppe auszugehen.</p> <p>Diese Inhalte der Stellungnahme sind nicht Gegenstand des</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		zugelassenen Versichertenschulung eine Umsetzung dieses DMP verhindert, sondern auch zu den haus- oder facharztbasierten besonderen Unterstützungsangeboten bislang keine Umsetzungsvorschläge vorgelegt wurden.	aktuellen Stellungnahmeverfahrens.
2.3	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), 02.03.2020	<p>Stellungnahme zu den vorgelegten Änderungsentwürfen im Einzelnen:</p> <p>1. Anlage 13 Nummer. I 1.</p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung In Nummer 4.2 werden in Satz 2 nach dem Wort „strukturierten,“ die Wörter „in der Regel“ eingefügt.</p> <p>B) Stellungnahme Die Anlage 13 enthält in Satz 2 zwei Mal das Wort „strukturierten“. Es sollte konkretisiert werden, dass die Einfügung nach den Worten „von strukturierten“ erfolgen soll.</p> <p>C) Formulierungsvorschlag In Nummer 4.2 werden in Satz 2 nach den Worten „von strukturierten,“ die Wörter „in der Regel“ eingefügt.</p>	Der Vorschlag wird angenommen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
2.4	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), 02.03.2020	<p>2. Anlage 13, Nummer I. 2. Satz 1</p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss.</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>a. Zu den Anforderungen an das Evaluationskonzept Nach § 137f Abs. 2 SGB V erlässt der G-BA Richtlinien zur Behandlung (Nr. 1) und zur Schulung der Versicherten (Nr. 4); gemeint ist, die Festlegung der leitliniengerechten Inhalte der Behandlung und Schulung. Auch wenn es sich bei dem in Abs. 2 aufgeführten Katalog um keine abschließende Aufzählung handelt, eröffnet er nicht die</p>	<p>GKV-SV: Die Formulierung des GKV-SV „Diese sollen vorzugsweise als RCT durchgeführt werden. Andere mögliche Studiendesigns sind z.B. Kohortenstudien, Prä-Post- oder historischer Vergleich, matched pair Vergleich“ steht im Einklang dem im 2. Kap § 13 der VerfO beschriebenen Abwägungsprozess.</p> <p>Ein Widerspruch zu den allgemeinen Prüfkriterien des BAS zu Schulungsprogrammen ist ebenfalls nicht erkennbar. Zur Klarstellung wird im Anschluss an die beiden vorgenannten Sätze in den Tragenden Gründen folgende Ergänzung aufgenommen: „Dies folgt den gesetzlichen Vorgaben und damit im DMP allgemein gültigen Anforderungen an die bestverfügbare</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Möglichkeit, dass der G-BA den vom Gesetzgeber festgesetzten Grad der Evidenz neu definiert.</p> <p>Nach Nr. 1 muss die festzulegende Behandlung dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien oder nach bestverfügbarer Evidenz entsprechen. Die Versicherungsschulung ist Bestandteil der Behandlung und unterliegt daher eben dieser Evidenzanforderung.</p> <p>Fazit 1: Der G-BA hat nicht die Aufgabe, den erforderlichen Evidenzgrad festzulegen.</p> <p>Tatsache ist, dass dem BAS zu den Indikationen Herzinsuffizienz und Rückenschmerz kein diesen Anforderungen ent-</p>	<p><i>Evidenz.</i>“ Damit ist auch auf die mit der Abwägung verbundenen Begründungspflichten verwiesen.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Der Gesetzgeber definiert keine Evidenzgrade oder Evidenzlevel, sondern schreibt lediglich als Grundlage der Empfehlungen „evidenzbasierte Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz...“ (137f Abs. 2 SGB V Nr. 1) vor. Der Begriff „beste verfügbare Evidenz“ ist nicht gleichzusetzen mit „höchste Evidenzstufe“.</p> <p>Zudem sind die Schulungen, wie vom BAS richtig beschrieben, unter Nr. 4 des § 137f Abs. 2 SGB V und nicht unter Nr. 1 (Anforderungen an die Behandlungen) verortet. Hinsichtlich der Anforderungen an die Schulungen der Leistungserbringer und Versicherten (Nr. 4) macht der Gesetzgeber keine Vorgaben zur Evidenz.</p> <p>Die Prüfung auf Konformität der Richtlinie mit der Rechtsgrundlage obliegt dem BMG.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>sprechendes evaluiertes und im ambulanten Sektor einsetzbares Schulungsprogramm bekannt ist. Die allgemeinen Prüfkriterien können auf der Homepage des BAS nachgelesen werden</p> <p>Nach der Beschlussvorlage i.V.m. den TG diskutiert der G-BA, für die Schulungsevaluation einen niedrigen Evidenzgrad vorzusehen.</p> <p>Anforderungen an eine Evaluation sind nicht davon abhängig, ob zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses bereits Evaluationen vorliegen oder ob solche erst mit Vertragsschluss eingeleitet werden. § 137f Abs. 2 Nr. 1 SGB V fordert: „...nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz ...“ - das gilt auch für Anforderungen an Behandlungsbestandteile wie „Schulungskonzepte“.</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Die Aussage des Fazits ist in Bezug auf die Schulung ist nicht korrekt. Für die medizinische Behandlung in den DMP gilt unverändert der Leistungskatalog der GKV. Patientenschulungen sind dagegen eine Sonderleistung in den DMP. Qualitätsanforderungen an Schulungen, wie beispielweise Anforderung an eine Evaluation, legt der G-BA fest.</p> <p>In den Tragenden Gründen des vorliegenden Beschlusses zur Änderung der Anlage 13 wird ausdrücklich auf das Curriculum Herzinsuffizienz der DRV Bund als geeignetes evaluiertes und publiziertes Schulungsproamme verwiesen.</p> <p>In den Tragenden Gründen des vorliegenden Beschlusses zur Änderung der Anlage 15 wird ebenfalls ausgeführt, dass für die Indikation chronischer Rückenschmerz mehrere geeignete strukturierte, evaluierte und publizierte multimodale Schulungen vorliegen.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Gemäß den Vorgaben des Gesetzgebers</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Die Tatsache, dass wie in der Beschlussvorlage vorgesehen, die die Evaluation einleitende Krankenkasse das Maß der verfügbaren Evidenz quasi mitgestaltet, kann nicht zur Folge haben, dass deshalb ein Abweichen von „möglichst randomisiert oder einzel-verblindet“ ohne wissenschaftliche Begründung gestattet ist.</p> <p>Diese Problematik (Evidenzgrad) gewinnt nochmals an Relevanz im Zusammenspiel mit der im nachfolgenden Satz der vorgesehenen RL-Regelung „Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, dürfen nur noch diese...“</p> <p>Diese Regelung hätte zur Folge, dass eine „schnell und schlecht“ durchgeführte Evalu-</p>	<p>gilt das Kriterium der bestverfügbaren Evidenz für die <i>Behandlung</i> von Patienten (vgl. Nr. 1). Für die <i>Schulungen</i> wird keine Evidenz vorgeschrieben (vgl. Nr. 4). Der G-BA hat sich bezüglich der Schulungen für die Anforderung der bestverfügbaren Evidenz entschieden. Ein RCT-Design wird nicht vorgeschrieben, gleichwohl ein Studiendesign mit einer Vergleichsgruppe.</p> <p>GKV-SV: Entsprechend des bisherigen Verfahrens zur Prüfung auf Verwendungsfähigkeit eines Schulungsprogramms durch das BAS reichen die Krankenkassen oder ein Verband die Unterlagen beim BAS ein. Dieses prüft, ob das Schulungsprogramm die Anforderungen erfüllt. Ein anderes Verfahren ist nicht intendiert, so dass die Prüfung der Evidenz weiterhin dem BAS obliegt.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Die Maßgabe „möglichst randomisiert oder einzel-verblindet“ ist weder im SGB V noch in der G-BA-Richtlinie festgelegt. Der G-BA hat sich bezüglich der Schulungen für die Anforderung der bestverfügbaren Evidenz entschieden. Ein RCT-Design wird nicht vorgeschrieben, gleichwohl ein Studiendesign mit einer Vergleichsgruppe.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>ation und Publikation eines Schulungsprogrammes die eventuell parallel laufende Evaluation zu einer anderen Schulung auf höherem Evidenzlevel verdrängt, was den Widerspruch der vorgesehenen Regelung gegen die gesetzlichen Anforderungen nochmals untermauert.</p> <p>Fazit 2: Ein Abweichen von den vom Gesetzgeber geforderten hohen Evidenzgraden ist nur ausnahmsweise mit einer wissenschaftlich nachvollziehbaren Begründung möglich. Würde der G-BA die Anforderungen an die Evidenz einer anzubietenden Schulung mit der Richtlinie auf einem niedrigen Level festlegen, würde die Richtlinie § 137f Abs. 2 Nr. 1 SGB V widersprechen.</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Der Hinweis wird aufgenommen und der Richtlinien-Text der Anlage 13 und 15 entsprechend angepasst:</p> <p>„Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, sollen diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden. Die Verträge sind entsprechend anzupassen. Bereits laufende Evaluationsstudien zu anderen in den Verträgen integrierten Schulungen können innerhalb des vorgesehenen Evaluationszeitraumes von vier Jahren zu Ende geführt werden. Während dieses Zeitraums können die Verträge hinsichtlich dieser Schulungen unverändert weitergeführt werden.“</p> <p>GKV-SV: Nach Vorlage der Evaluationsergebnisse obliegt dem BAS weiterhin die Entscheidung, ob das Schulungsprogramm verwendungsfähig ist. Ein Abweichen vom bisherigen Verfahren ist nicht intendiert.</p> <p>Darüber hinaus wurde zur Klarstellung für den Fall des Vor-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			<p>liegens mehrerer in der Evaluation befindlicher Schulungsprogramme die Formulierung im Richtlinien text angepasst: <i>„Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, sollen diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden Die Verträge sind entsprechend anzupassen. Bereits laufende Evaluationsstudien zu anderen in den Verträgen integrierten Schulungen können innerhalb des vorgesehenen Evaluationszeitraumes von vier Jahren zu Ende geführt werden.“</i></p> <p>KBV, DKG, PatV: Siehe Würdigung oben. Der Gesetzgeber schreibt in Bezug auf Schulungsprogramme an keiner Stelle konkrete Evidenzgrade vor,</p> <p>§ 137f Abs. 2 Nr. 1 SGB V bezieht sich auf die medizinische Behandlung von Patienten, nicht aber auf die Schulungen.</p>
		<p>b. Zum Zeitraum „vier Jahre“</p> <p>(1) Das Zeitfenster von vier Jahren bezieht sich nach der jetzigen Fassung des Beschlussentwurfs nur auf die Evaluation. Die Publikation der Evaluation ist davon nicht erfasst.</p>	<p>Zustimmung zu der Klarstellung, dass der Evaluationszeitraum exklusive des Publikationszeitraums ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>(2) Das Risiko, ob es gelingt, die Evaluation innerhalb von vier Jahren abzuschließen, liegt bei der antragstellenden Krankenkasse. Das BAS prüft nicht, ob ein Abschluss der Evaluation innerhalb von vier Jahren möglich ist.</p> <p>(3) Abgeschlossen ist die Evaluation nachdem die erhobenen Daten ausgewertet sind und ein Ergebnis schriftlich niedergelegt ist. Dieses ist dem BAS zur Dokumentation des Evaluationsabschlusses vorzulegen.</p>	
		<p>c. Zum Fristlauf „mit Programmstart“</p> <p>(1) „... wenn mit Programmstart eine Evaluierung ...“.</p> <p>Die Programme starten mit Vertragsunterschrift. Ab diesem Zeitpunkt können Versicherte in das neue DMP eingeschrieben werden. Davon abzugrenzen ist die Wirksamkeit des DMP nach § 137g Abs. 1 Satz 6 SGB V (Zulassung der DMP).</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der Vorschlag des GKV-SV enthält eine klare Definition zum Zeitpunkt des Programmstarts. Danach ist der Zeitpunkt des Programmstarts definiert durch den Zeitpunkt der ersten Zulassung eines Pro-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Aus den TG leitet das BAS ab, dass der Zeitpunkt gemeint ist, zu dem das Programm wirksam wird.</p> <p>(2) Grundsätzlich ist je Schulungsprogramm bundesweit nur eine Evaluation erforderlich, weshalb die Fristberechnung mit der ersten wirksamen Zulassung eines DMP startet. Ein zweiter Fristlauf ist nur ausnahmsweise möglich, wenn aufgrund abweichender Strukturen (Leistungserbringer- oder Versichertenseitig) ein deutlich anderes Konzept die Schulung oder die Evaluation betreffend vorgesehen ist. Daraus folgt: Sollten in den DMPs mehrere Schulungskonzepte zum Einsatz kommen, gilt das Voranstehende für jedes Konzept.</p>	<p>grammes, welches die jeweilige Schulung als Vertragsbestandteil enthält.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>KBV DKG, PatV: Die Bedingungen sollen für jede Evaluation gleich ausgestaltet sein. Es ist nicht ausgeschlossen, dass eine Schulung in mehreren Regionen evaluiert wird. Eine Verkürzung des Evaluationszeitraumes in einer Vertragsregion durch eine bereits begonnene Evaluation der gleichen Schulung in einer anderen Region erscheint nicht sachgerecht und stellt auch eine Barriere für die Generierung repräsentativer Evaluationsdaten dar.</p> <p>GKV-SV: Die Auffassung des BAS spiegelt die Intention des GKV-SV wider.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>(3) Das BAS geht davon aus, dass abweichend von der jetzigen Formulierung eine Evaluation auch schon vor Programmstart bzw. Wirksamwerden des Programmes eingeleitet werden kann. Im Beschlusstext könnte dieses z.B. durch Ergänzung des Wortes „spätestens“ deutlich gemacht werden.</p>	<p>Der Vorschlag wird angenommen, folgende Änderung im Beschluss wird vorgenommen:</p> <p>„Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn spätestens mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss.“</p>
		<p>C) Formulierungsvorschlag</p> <p>Zu a.: betrifft Tragende Gründe Diese [Evaluationen] sollen vorzugsweise als RCT durchgeführt werden. Abweichungen hiervon sind nur ausnahmsweise und nur wissenschaftlich begründet möglich.</p> <p>Zu b.: keiner, nur Klärung des Verständnisses der vorgelegten Formulierung</p> <p>Zu c (1). a): Das Wort „Programmstart“ sollte aus Gründen der Rechtsklarheit ersetzt werden, z.B. durch die</p>	<p>KBV, DKG, PatV: zu a.: wie oben beschrieben, sind bei der Begründung des Evaluationskonzeptes nicht ausschließlich wissenschaftliche Aspekte zu berücksichtigen, sondern ebenso die Versorgungsrealität und Umsetzbarkeit. Die zwingende Forderung nach einem RCT-Design bei laufenden Verträgen mit integrierten Schulungen ist bereits aus juristischen Gründen außerordentlich schwer umsetzbar, da gemäß Richtlinie jeder Patient grundsätzlich Zugang zu einer Schulung erhalten soll.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Worte „Wirksamwerden der Zulassung“.</p> <p>Zu c (3): Nach dem Wort „wenn“ wird das Wort „spätestens“ eingefügt.</p>	<p>Zu b.: siehe oben</p> <p>Zu c (1): Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Zu c (3): Zustimmung</p> <p>GKV-SV: siehe oben.</p>
2.5	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), 02.03.2020	<p>3. Anlage 13, Nummer I. 2. Satz 2</p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung „Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, dürfen nur noch diese...“.</p> <p>B) Stellungnahme a. Abweichend vom vorhergehenden Satz wird hier neben der Evaluation auch die Publikation genannt. Erst wenn beide Voraussetzungen zu einem Schulungsprogramm vorliegen, darf nur noch dieses in den DMP-Verträgen eingebunden werden.</p> <p>Die im vorangehenden Satz festgesetzte Zeit von „längstens vier Jahren“ bis zum Ab-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>schluss der Evaluation dient dazu, die Möglichkeit des Einsatzes nicht evaluierter Schulungsprogramme zeitlich zu begrenzen.</p> <p>Da nicht mit Abschluss der Evaluation, sondern erst mit erfolgter Publikation Vertragsanpassungen in den Regionen vorgeschrieben sind, in denen nicht evaluierte Schulungsprogramme laufen, bräuchte es einer zeitlichen Begrenzung, bis wann die Publikation erfolgt sein muss.</p> <p>Es wird vorgeschlagen, einen Zeitraum vorzugeben, innerhalb dessen im Anschluss an die Evaluation die Publikation erfolgt sein muss.</p>	<p>Dem Vorschlag wird gefolgt. Der Beschlussentwurf und die Tragenden Gründen werden ergänzt: „Die Publikation muss spätestens 18 Monate nach Abschluss der Evaluation vorliegen..“</p> <p>KBV, DKG, PatV: siehe Änderungsvorschlag oben. GKV-SV: siehe Änderungsvorschlag des GKV-SV oben.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>b. Wie bereits unter 2. B. a) aufgeführt, kann die Formulierung „Sobald evaluierte ... vorliegen, dürfen nur noch diese ...“ zur Folge haben, dass laufende Evaluationen zu einem anderen Schulungskonzept ggf. kurz vor Abschluss abgebrochen werden (müssen), weil das zuerst publizierte Konzept in den DMP-Vertrag eingebunden werden muss. Daneben ist mit der jetzigen Formulierung die Fortsetzung einer ggf. fast abgeschlossenen Evaluation eines zweiten Schulungsprogramms innerhalb des DMP kein Raum.</p> <p>C) Formulierungsvorschlag keiner</p>	
2.6	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), 02.03.2020	<p>4. Anlage 13, Nummer I. 2. Satz 3:</p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung Die Verträge sind entsprechend anzupassen.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>B) Stellungnahme Die TG sehen eine Anpassung „in einem vertretbaren Zeitrahmen“ vor.</p> <p>Da RL-Anpassungen nach § 137g Abs. 2 Satz 1 SGB V unabhängig vom Umfang der Anpassung binnen eines Jahres im Programm und in den Verträgen vorzunehmen sind, kann der vertretbare Zeitrahmen zur Einbindung des einzig zulässigen Schulungsprogramms längstens ein Jahr betragen</p> <p>C) Formulierungsvorschlag keiner, nur Klärung des Verständnisses der vorgelegten Formulierung</p>	<p>Die genannte Ein-Jahres-Frist bezieht sich auf Änderungen die der Gemeinsame Bundesausschuss an den DMP-Programmen, i.e.S den Richtlinientexten vornimmt, im vorliegenden Fall betrifft dies die Änderungen des Anforderungstextes zu Punkt 4.2 in Anlage 13 und 15 der DMP-A-RL. Die 1-Jahresfrist betrifft die Umsetzung der Änderung in Programmen und Verträgen. Siehe auch § 137g SGBV Absatz 2: ...„Die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge sind unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres an Änderungen der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und der in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 genannten Anforderungen anzupassen.“</p> <p>Für die <i>inhaltliche</i> und <i>zeitliche</i> Anforderung an die Evaluation einer Schulung, in diesem Fall die Regelung des zeitlichen Rahmens, in dem eine Evaluierung durchgeführt werden und die entsprechende Anpassung der Verträge erfolgt sein soll, gilt, was im Richtlinientext, steht, in diesem Fall „in einem vertretbaren Zeitrahmen“.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			GKV-SV: Dank für den Hinweis. Das BAS ist die Zulassungsbehörde für die DMP und prüft die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen, zu denen auch die Vorhaltung von Schulungen zählt.
2.7	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), 02.03.2020	5. Anlage 15, Nummer II Siehe Ausführungen der Ziffern 2. - 4. zu Anlage 13, Nummer I	Siehe Würdigungen zu Anlage 13.
3.	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), 02.03.2020		
3.1	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), 02.03.2020	Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner, hiermit möchten wir zum Beschlussentwurf über die XX. Änderung der DMP-A-RL (Anlage 1) und tragende Gründe (Anlage 2) Stellung nehmen. Der Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband unterstützt ausdrücklich, dass in Anlage 15 die Anleitung zu entsprechenden Gruppenprogrammen „durch mindestens zwei 2 entsprechend qualifizierte Professionen“ erfolgen muss und „aktiv üben zu gestalten“ ist	Der G-BA sieht isolierte Einzelanforderungen an Schulung in dieser Hinsicht als nicht zielführend an. Schulungen sind komplexe Interventionen, die dann auch einer Gesamtbewertung bedürfen und sich in der Regel nicht an einem Einzelmerkmal bemessen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
3.2	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), 02.03.2020	In der Anlage 13 bitten wir zu ergänzen, dass die Durchführung der Schulungsprogramme im Bereich Ernährung durch die entsprechend qualifizierte Profession (Diätassistent*innen) erfolgen muss und die Programme aktiv übende Elemente enthalten soll. Nur durch den Einsatz der dafür qualifizierten Profession können die Patient*innen gemäß ihrer häufig komplexen Morbidität ausreichend informiert und geschult werden. Wir erachten es als dringend notwendig, dass der Begriff „entsprechend qualifizierte Profession“ nicht nur genannt, sondern auch mit dem dafür ausgebildeten Gesundheitsfachberuf gefüllt wird, um jegliche Missverständnisse zu vermeiden.	Die in den Schulungen eingesetzten Professionen sind abhängig von den jeweils zur Anwendung kommenden Schulungsprogrammen und können variieren. Aus diesem Grund werden spezifisch einzubeziehende Professionen nicht benannt.
3.3	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), 02.03.2020	Zur Methodik der Schulungen ist zu ergänzen, dass praktische Übungen essentiell sind, um den Verständnisgrad zu überprüfen und zur Umsetzung in den Alltag zu befähigen. Nur so ist eine nachhaltige Wirkung der Schulung zu gewährleisten.	Einzelne Inhalte von Schulungsprogrammen sind nicht Gegenbestand des Änderungsbeschlusses.
3.4	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), 02.03.2020	Weiterhin sollten Programme, die noch in der Erprobung sind oder wichtige erfolgsversprechende Elemente enthalten, auch weiterhin durchgeführt und untersucht werden können, auch wenn bereits evaluierte Programme vorliegen. Der Zeitpunkt des Programmstarts sollte definiert sein durch den Zeitpunkt,	KBV, DKG, PatV: Zustimmung und entsprechende Änderung, siehe lfd. Nr. 2.4. GKV-SV: DMP dienen nicht der Erprobung neuer Verfahren oder von Schulungsprogrammen. Zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in DMP werden an die im Rahmen von DMP

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>zu dem das jeweilige Programm in der jeweiligen Region wirksam wird.</p> <p>Die Evaluation in anderen Settings (z.B. Reha) sollte ausreichend sein. Untersuchungen im RCT-Design sind im Bereich Ernährungstherapie schwierig, kostenintensiv und durch fehlende akademische Strukturen in der Diätetik kaum zu gewährleisten. Wir folgen eher der Position von KBV, DKG und PatV, dass die Evaluation nicht im RCT-Design erfolgen muss. Zudem stellt die Ernährungstherapie häufig nur einen Teilbereich des Schulungskonzeptes dar, so dass die alleinige Wirksamkeit der Ernährungstherapie kaum evaluierbar ist. Das darf dennoch keinesfalls zum Ausschluss der Ernährungstherapie aus den Schulungsprogramm führen.</p>	<p>angebotenen Versichertenschulungen bestimmte Anforderungen gestellt. Danach ist insbesondere die Evaluation der Versichertenschulungen gefordert. In der Implementierungsphase von neuen DMP liegen evaluierte Schulungen ggf. noch nicht vor, so dass der G-BA eine Abweichung dahingehend vorgenommen hat, dass bei Zulassungsbeginn ein Schulungsprogramm, welches ein Evaluationskonzept umfasst, für die Verträge zugelassen werden kann.</p> <p>GKV-SV: Der Stellungnahme wurden keine weitergehenden Begründungen bzw. Belege für die Übertragbarkeit von Schulungen auf das ambulante Setting beigefügt. Eine andere Bewertung ergibt sich insofern nicht.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
3.5	Verband der Diätassistenten - Deutscher	Schließlich sollten der Arzt bzw. die Ärztin ausdrücklich die	Diese Inhalte der Anlage 13 sind nicht Gegenstand des Änderungsbeschlusses. Diätetische Aspekte stehen nicht im

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	Bundesverband e.V. (VDD), 02.03.2020	Option erhalten, nach Abschluss eines strukturierten Programmes oder auch ohne dessen Nutzung individuelle Ernährungstherapie durch die entsprechend qualifizierte Profession (Diätassistent*in) zu empfehlen. Dies kann z.B. bei Patienten mit Handicap, Migrationshintergrund oder aber auch komplexem Ressourcen-Gefüge eine wichtige und effiziente therapeutische Option sein.	Vordergrund der Empfehlungen der Anlage 13.
4.	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), 03.03.2020		
4.1	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),	<p>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 die aktuell gültige DMP-A-RL in Anlage 15 geändert werden soll.</p> <p>Hintergrund:</p> <p>Patientenschulungen sind unverzichtbare und erfolgreiche Versorgungsformen in allen strukturierten Behandlungsprogrammen, so auch in den bisherigen DMPs. Die orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgesellschaften fordern daher nachdrücklich, dass diese Programme auch in ihrem Fachgebiet Einzug in die Versorgung halten.</p>	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	03.03.2020	<p>Der G-BA hat diese Forderung mit seinem Beschluss vom 18.04.2019 zum DMP Rücken auch umgesetzt. Offensichtlich sieht aber das BAS, ehemals Bundesversicherungsamt BVA, hier Schwierigkeiten bei den Anforderungstexten, so dass eine Präzisierung seitens des G-BA geboten erscheint, um eine zeitnahe und praktikable Umsetzung der Patientenschulung zu ermöglichen.</p> <p>An dieser Stelle sei ein kritischer Kommentar erlaubt:</p> <p>In der politischen Öffentlichkeit wird das Tempo, mit dem die Gesundheitsversorgung durch den G-BA gestaltet wird, als durchaus verbesserungswürdig kritisiert. Wenn dann Einlassungen des BAS / BVA dazu führen, dass innovative und wirksame Versorgungselemente, wie Schulungsprogramme, nicht mehr oder nicht mehr zeitnah oder nur unter erneuten bürokratischen Auflagen durch den G-BA realisiert werden können, würde das den G-BA als Selbstverwaltungsorgan als handlungsunfähig desavouieren.</p>	<p>GKV-SV: Zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in DMP werden an die im Rahmen von DMP angebotenen Versicherungsschulungen bestimmte Anforderungen gestellt. Das BAS prüft als zulassende Behörde gemäß §137g SGB V, ob die Programme die notwendigen Anforderungen erfüllen.</p>
4.2	Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie	<p>Zu Anlage 15</p> <p>Zu Nummer 4.2 beim Beschlussentwurf und zu den korrespondierenden Tragenden Gründen Schulung der Versicherten</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Der vorliegende Beschluss soll gerade ermöglichen, dass Schulungsangebote in der Versorgung im Rahmen von DMP angeboten werden. Noch nicht oder nicht hinreichend evaluierte Schulungsprogramme können im Rah-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	(DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 03.03.2020	<p>Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften halten die von der KBV, der DKG und der Patientenvertretung gemachten Änderungsvorschläge für notwendig. Nur diese Präzisierungen ermöglichen es, dass realistischerweise Schulungsprogramme beim Rückenschmerz in der Versorgung etabliert werden können.</p> <p>Der G-BA hatte recherchiert, dass mehrere solcher Programme existieren, die den Kriterien – strukturiert, standardisiert und evaluiert- genügen.</p>	<p>men von DMP angeboten werden, wenn mit dem Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird.</p> <p>Inwieweit existierende Schulungsprogramme den Anforderungen an Struktur, Standardisierung und Evaluation genügen, ist durch das BAS im Rahmen der Funktion als zulassende Behörde gemäß § 137f SGB V zu prüfen.</p>
4.3	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), 03.03.2020	<p>Die Forderung nach einem RCT – Design erscheint bei der Etablierung eines Schulungsprogrammes ebenso wirklichkeitsfremd wie die Forderung, die Schulungen müssten vorher schon im ambulanten - kassenärztlichen Umfeld evaluiert worden sein. Die Kosten einer erneuten Evaluation müssten dann zweifelsohne in die Vergütung derartiger DMP Programme einkalkuliert werden, so dass damit Kosten und Hürden für Patientenschulungen steigen würden. Aus wissenschaftlicher Sicht besteht keinerlei Notwendigkeit, eine Intervention in exakt dem gleichen Setting / Land etc. zu evaluieren, um Wirksamkeitsnachweise für dieses (hier ambulante) Setting übertragen zu können. Analog könnte man die Forderung stellen, dass Medikamente, die in einem anderen Versorgungskontext (z.B. ohne breite ambulante fachärztliche Versorgung) unter-</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: In der Position des GKV-SV wird keineswegs ausnahmslos ein RCT-Design gefordert. Weitere vergleichende Studiendesigns sind ebenfalls möglich.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>sucht wurden, erneut im spezifischen deutschen Versorgungskontext evaluiert werden müssten, bevor sie Kasseneleistung werden. Das erscheint absurd, die Formulierung von DKG, KBV und PatV beugt solchen nicht gerechtfertigten Kriterien vor.</p>	
4.4	<p>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), 03.03.2020</p>	<p>Weiterhin erscheint uns Interdisziplinarität keineswegs als ein Ausschlusskriterium für die ambulante Umsetzbarkeit. Zum einen ist Interdisziplinarität bereits jetzt gelebte Wirklichkeit in den meisten DMP-Schulungen, arbeiten hier doch die unterschiedlichen Professionen wie Diabetes-Assistenten, Ärzte, MFAs usw. selbstverständlich zusammen. Diese Klarstellung ist aus unserer Sicht erforderlich, da aus unserer Kenntnis gerade die Interdisziplinarität, die im DMP Rückenschmerz den Schulungen immanent ist, im Rahmen der BAS-Prüfungen zu Problemen führt.</p> <p>Zum anderen ist insbesondere Interdisziplinarität doch genau das, was die Wirksamkeit von Schulungsprogrammen im DMP Rückenschmerz unter Würdigung einer biopsychosozialen Erkrankung erst ausmacht – hier unter dem Stichwort Multimodalität. Erst die Anerkennung einer biopsychosozialen Bedingtheit als Grundlage von Multimodalität konnte die Effekte von Rückenschmerzbehandlungen nachhaltig steigern.</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Ausgehend davon, dass sich die Stellungnahme auf die Position des GKV-SV bezieht, wird darauf hingewiesen, dass in den Tragenden Gründen nicht die Feststellung getroffen wird, dass Interdisziplinarität ein Ausschlusskriterium für die ambulante Umsetzbarkeit sei. Der GKV-SV verzichtet lediglich auf die Feststellung, dass Interdisziplinarität bei den schulenden Leistungserbringern kein Ausschlusskriterium für die ambulante Umsetzbarkeit ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
4.5	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), 03.03.2020	Weiterhin begrüßen es die wissenschaftlichen Gesellschaften sehr, wenn im Rahmen der DMPs der Weg für neue Schulungsprogramme eröffnet wird, bei denen zum Zeitpunkt des Programmstartes noch keine Evaluation vorliegt. Ein Zeitfenster von fünf Jahren erscheint allerdings realistischer.	<p>Dank und Kenntnisnahme, dem Vorschlag kann gefolgt werden. Es wird folgende Änderung im Beschluss vorgenommen:</p> <p>„...die nach längstens fünf Jahren abgeschlossen sein muss.“</p> <p>KBV: Danke für den Hinweis. Dem Vorschlag wird insofern gefolgt, als dass, auch aufgrund einer weiteren Stellungnahme (s. lfd. Nummer 2.5), ein zusätzlicher Zeitraum von 18 Monaten für die Publikation der Evaluationsergebnisse eingefügt wurde.</p> <p>GKV-SV, DKG: für die vorgeschlagene Ausweitung des Evaluationszeitraums werden keine Belege aufgeführt. Die Regelungen werden analog der Regelungen für das DMP Osteoporose beibehalten. Im Rahmen nachfolgender Aktualisierungen kann dann auf bis dahin gewonnene Erkenntnisse zurückgegriffen werden.</p>
4.6	Gemeinsame Stel-	Insgesamt erhoffen wir uns, dass die geplanten Konkretisie-	GKV-SV: Der vorliegende Beschluss soll gerade ermöglichen, dass es zu keinen Verzögerungen in der Umsetzung

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	<p>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), 03.03.2020</p>	<p>Die Wünsche der drei Bänke KBV, DKG und der Patientenvertretung in den Tragenden Gründen in toto übernommen werden, weil wir ansonsten die Gefahr sehen, dass nachweislich wirksame und in Leitlinien empfohlene Versorgung vom G-BA nur beschlossen wird, aber nicht in der Versorgungsrealität umgesetzt werden kann.</p>	<p>der Programme trotz fehlender hinreichend evaluierter Schulungsangebote kommt. Es wird die Möglichkeit eröffnet, noch nicht bzw. nicht hinreichend evaluierte Schulungsprogramme anzubieten, sofern mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
5.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 03.03.2020		
5.1	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 03.03.2020</p>	<p>Die DEGAM unterstützt die vorgeschlagenen Textänderungen in den DMP-Richtlinien zu Herzinsuffizienz und chronischen Rückenschmerzen. Sie schließt sich damit der Einschätzung von KBV, DKG und PatV in vollem Umfang an und verzichtet hiermit auf ihr Anhörungsrecht.</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Zu den inhaltlichen Ausführungen der Stellungnahme s.u.</p>
5.2	Deutsche Gesell-	Wie in den tragenden Gründen für die genannten DMPs und	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	<p>schaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 03.03.2020</p>	<p>den Erörterungen dazu dargelegt, liegen hier evaluierte Patientenschulungsprogramme aus dem Bereich von Rehabilitationsmaßnahmen, nicht aber aus dem vertragsärztlichen Versorgungsbereich vor.</p> <p>Im Sinne der besten verfügbaren Evidenz sind die Erkenntnisse aus den Rehabilitationsmaßnahmen durchaus auf die Zielgruppe der beiden DMPs übertragbar. Es ist im Sinne einer guten Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppen nicht sinnvoll, hier auf solche Schulungsangebote zu verzichten, bis randomisierte Studien aus dem vertragsärztlichen Versorgungsbereich vorliegen, zumal in deren ambulanter Versorgung etliche Elemente aus dem rehabilitativen Bereich (Rehasport, Physiotherapie, psychologische Mitbehandlung) ebenfalls zur Anwendung kommen.</p> <p>Innerhalb des Übergangszeitraumes von vier Jahren sind dann aber entsprechende Nachweise aus dem vertragsärztlichen Setting einzufordern.</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Der vorliegende Beschluss soll gerade ermöglichen, nicht auf Schulungsangebote verzichten zu müssen oder eine Verzögerung bei der Zulassung von Programmen aufgrund fehlender evaluierter Schulungen zu haben. Es wird die Möglichkeit eröffnet, noch nicht bzw. nicht hinreichend evaluierte Schulungsprogramme anzubieten, sofern mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird. Dies steht auch im Einklang mit der Forderung der Stellungnehmenden, dass nach einem Übergangszeitraum entsprechende Nachweise aus dem vertragsärztlichen Setting einzufordern sind, wenn Schulungen bislang in einem anderen Setting evaluiert wurden.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Siehe oben zu der Frage der Umsetzbarkeit von Evaluationsstudien in hoher methodischer Qualität.</p>
6.	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), 03.03.2020		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
6.1	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), 03.03.2020	<p>Sehr geehrte Frau Karola Pötter-Kirchner,</p> <p>vielen Dank für die Zusendung der Unterlagen und der Möglichkeit, am u.g. Stellungnahmeverfahren teilzunehmen.</p> <p>Wir begrüßen die Änderungsvorschläge der DMP-A-RL in der Anlage 13 und der Anlage 15.</p> <p>Mit der vorgeschlagenen Lösung können zeitnah DMP-Verträge abgeschlossen werden. Die zeitnahe Umsetzung einer verbesserten Versorgung chronisch kranker Versicherter im ambulanten Bereich ist auch in unserem Sinne.</p> <p>Sowohl das "Curriculum Rückenschule" als als das "Curriculum Herzinsuffizienz" der DRV Bund wurden im Rahmen der medizinischen Rehabilitation evaluiert. Das Curriculum Rückenschule durch eine randomisierte Kontrollstudie, das Curriculum Herzinsuffizienz durch eine multizentrischen cluster-randomisierten Kontrollstudie.</p> <p>An einer Anhörung am 11. März 2020 können wir leider aus Gründen von Terminkonflikten nicht teilnehmen.</p>	<p>GKV-SV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>KBV: Dank und Kenntnisnahme. Aus der Stellungnahme wird nochmal deutlich, dass es für beide Indikationen evaluierte Schulungsprogramme gibt.</p>
7	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (DGPRM), 03.03.2020		
7.1	Deutsche Gesell-	Sehr geehrte Damen und Herren,	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	sCHAFT für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (DGPRM), 03.03.2020	hiermit nehmen wir zu den Änderungen der Anlage 15 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (Chronischer Rückenschmerz) fachlich Stellung. Aus Sicht unseres Fachgebietes unterstützen wir die Argumentation der KBV/DKG/PatV in den tragenden Gründen vollständig.	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Zu den inhaltlichen Ausführungen der Stellungnahme s.u.
7.2	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (DGPRM), 03.03.2020	Patienten mit chronischem Rückenschmerz leiden an einer multifaktoriell bedingten chronischen Erkrankung. Die Schulungen sind ein entscheidender Faktor in der Behandlung dieser Patienten und müssen der Genese entsprechend multimodal und interdisziplinär durchgeführt werden. In dem Beschluss zum DMP sind Schulungen aufgeführt, diese Schulungen entsprechen den Anforderungen der S3 Leitlinien, sie sind evaluiert und werden in jahrelanger Praxis im stationären und teilstationären Setting erfolgreich durchgeführt.	Dank und Kenntnisnahme.
7.3	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (DGPRM),	Die Evaluationsergebnisse sowie die interdisziplinäre Durchführung der Schulungen können in das ambulante Setting ohne erneute Prüfung übertragen werden. Es werden keine weiteren Studien, insbesondere keine RCT`s benötigt. Eine	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der Stellungnahme wurden keine weitergehenden Begründungen bzw. Belege für die Übertragbarkeit von Schulungen auf das ambulante Setting beigefügt. Eine andere Bewertung ergibt sich insofern

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	03.03.2020	zusätzliche wissenschaftliche Erkenntnis wäre nicht zu erwarten. Der hier diskutierte Aspekt wurde mit dem Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin abgestimmt.	nicht.

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 23. März 2020 eingeladen bzw. im Unterausschuss DMP angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.	23. April 2020	ja
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)	23. Mai 2020	ja/

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesamt für Soziale Sicherung	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin	5. Mai 2020	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 13. Mai 2020 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung
1.	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.	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), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	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, Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 und Anlage 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung
	(DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)		
3.	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen- Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz

Vom 13. Mai 2020

Vorsitzende:	Frau Prof. Dr. Pott
Beginn:	10:46 Uhr
Ende:	10:55 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD):
Frau ...

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU):
Herr Prof. Dr. ...

Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM):
Frau Dr. ...
Frau Dr. ...

Beginn der Anhörung: 10:46 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer
sind der Videokonferenz beigetreten)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: In Abänderung der Ihnen vorliegenden Tagesordnung möchten wir, nachdem wir das gestern mit den Bänkesprechern besprochen haben, zuerst mit der Anhörung beginnen.

Wir haben ein schriftliches Stellungnahmeverfahren über eine Änderung der DMP-A-RL, konkret Änderung der Anlage 13 und Anlage 15, durchgeführt. Die zusätzliche Möglichkeit zur mündlichen Anhörung nehmen Vertreter folgender Organisationen wahr: Der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. ist vertreten durch Frau ... ; Herr ... ist für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie bei uns; Frau Dr. ... und Frau Dr. ... vertreten die Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin. – Herzlich willkommen.

Wie Sie auf den Bildschirmen sehen können, haben wir eine digitale Sanduhr installiert. Diese Sanduhr zeigt die Zeit an, wie lange jemand reden darf. Es sind immer drei Minuten. Somit haben Sie einen Anhaltspunkt, an dem Sie erkennen können, wie lange Sie reden. Denn das funktioniert besser, als wenn wir lediglich ansagen, dass Sie drei Minuten Zeit haben, um Ihr Statement vorzutragen.

Bevor wir als erstes mit dem Verband der Diätassistenten – nämlich Frau ... – die Anhörung beginnen, habe ich noch folgenden Hinweis: Ihre schriftlichen Stellungnahmen sind uns allen bekannt. Deshalb bitten wir Sie, diese nicht noch einmal zu verlesen oder vorzutragen. Sondern gehen Sie nur auf die wesentlichen Punkte und auf neue Aspekte ein, die sich seit Ende der Stellungnahme ergeben haben. Sollte es irgendwelche unverständlichen Stellen in Ihrem Text gegeben haben, können Sie diese natürlich erläutern. – Ich hoffe, das ist nicht der Fall, aber theoretisch könnte es ja mal sein. – Wenn alles soweit klar ist, würde ich gerne mit Frau ... (VDD) beginnen. – Frau ..., würden Sie bitte Ihr Statement abgeben?

Frau ... (VDD): Ja. – Wir haben in unserem Statement zum Bereich der Ernährungstherapie klargemacht, dass wir es wünschen, dass Diätassistenten als Profession genannt werden. Gerade jetzt im Rahmen der Corona-Krise ist auch sehr klar geworden, dass diese Schulungen, die bereits vorliegen, nicht durchgeführt werden können. Wir erachten es deswegen als extrem wichtig, noch einmal zu betonen, dass nicht nur Schulungen durchgeführt werden können, die durch diesen Prozess der Sicherstellung der Effektivität gegangen sind. Sondern, dass es auch weiterhin – auch wenn es bereits evaluierte Schulungen gibt – für Schulungen Optionen gibt, die noch nicht evaluiert sind. Die derzeitige Situation zeigt, dass hier einfach flexibel agiert werden muss. – Das wollten wir einfach noch einmal betonen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ist damit Ihr Statement zu Ende, Frau ...?

Frau ... (VDD): Jawohl.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Ich glaube, das ist überall angekommen. Sie haben sich sehr gut an die Zeit gehalten, sie sogar unterschritten. Das ist wunderbar. – Wenn es Fragen, Anmerkungen oder Kommentare hier aus dieser Runde bzw. natürlich

auch von den Zugeschalteten gibt, dann können Sie die jetzt stellen. Da ich keine Wortmeldungen sehe, würde ich weitermachen. Für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) hat nun Herr Professor ... das Wort.

Herr Prof. Dr. ... (DGOU, DGOOC, DGU): Frau ... (Vorsitzende des Unterausschusses), sehr geehrte Damen und Herren! Wir haben in unserer Stellungnahme schon dargelegt, dass es eine nicht erfüllbare und auch nicht notwendige Forderung ist, dass man explizit für den ambulanten Bereich randomisierte klinische Versuche macht. Man würde auch Medikamentenstudien nicht separat für verschiedene Bereiche fordern. Sondern, wenn etwas belegt ist, dass es wirkt, dann wirkt es eben. Die Frage ist auch: Wer sollte für so etwas überhaupt die Kosten tragen? Das ist ja ein irrer Aufwand.

Es gibt Studien, die Sie auch identifiziert haben, die zeigen, dass Schulungsprogramme wirksam sind, auch in ihrer Interdisziplinarität. Deshalb gibt es von uns noch einmal das klare Votum, dass man von überzogenen Anforderungen an die Evidenzbasierung absehen muss. Denn es liegt genug Evidenz vor. Man kann ja dann im Rahmen einer begleitenden Untersuchung auch solche Schulungsprogramme evaluieren. – Das war noch einmal zusammengefasst unser Statement.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen herzlichen Dank, Herr ...! Gibt es dazu Fragen und Anmerkungen? Ich sehe keine Wortmeldungen. Dann würde ich an die Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin weitergeben. Das sind Frau Dr. ... und Frau Dr. ... – Wer von Ihnen möchte ein Statement abgeben?

Frau Dr. ... (DGPRM): Ich würde das Statement abgeben. – Wir von der PRM warten auf die Umsetzung. Ich möchte gerne das, was Professor ... (DGOU, DGOOC, DGU) gesagt hat, unterstützen. Es gibt auch Studien, die zeigen, dass nur die Verbindung von Schulungen mit kognitiven Inhalten und die Eigenerfahrung zu einer Änderung des Lebensstils führen kann. Die AOK selbst hat eine Evaluation von Versorgungsprogrammen nach Zweitmeinungsverfahren durchgeführt. Und in dieser Evaluation kam auch ein niederschwelliges berufsbegleitendes Programm über drei Monate vor, das als erfolgreich evaluiert wurde. Das wurde veröffentlicht in der SVR Gesundheit 2018 von Wagner; das wurde veröffentlicht auf dem Wirbelsäulenkongress im November 2019 und in „Manuelle Medizin“ 2019.

Wir sind auch der Meinung, dass es keinen zusätzlichen wissenschaftlichen Gewinn mit speziellen RCTs bei einer Umsetzung im ambulanten Setting gibt. Es gibt genug Erfahrungen und durch die AOK auch ein erfolgreich evaluiertes niederschwelliges Programm. Wir stehen bereit, das umzusetzen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Gibt es aus der Runde dazu Fragen, Anmerkungen, Kommentare? Sonst darf ich an alle, die vorgetragen haben, noch einmal folgende Frage stellen: Ist Ihnen ein „Zentrum Patientenschulung“ an der Universität Würzburg bekannt?

Herr Prof. Dr. ... (DGOU, DGOOC, DGU): Ja.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr ... (DGOU, DGOOC, DGU), Ihnen ist das bekannt? Da sollen ja ganz viele Informationen aus dem Bereich der Rehabilitationswissenschaften, wie evaluiert worden ist, vorliegen.

Herr Prof. Dr. ... (DGOU, DGOOC, DGU): Ja. Es kann ja nicht sein, dass man Schulungsprogramme, die für Millionen Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Anwendung finden, infrage stellt. Man hat sich ja dort auch viele Gedanken gemacht. Ich denke, darüber gibt es sehr viel Erfahrungen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ja. Wir sind immer noch auf der Suche nach Schulungen, die auch so evaluiert worden sind, dass wir auf die Evaluationsgrundlagen zurückgreifen können.

Frau Dr. ... (DGPRM): Die Schulungen im Rahmen der Evaluation von der AOK sind ja bekannt, und darauf können Sie auch zurückgreifen. Die beziehen sich auf die Schulungen, die im Rahmen von dem GRIP durchgeführt wurden und werden, was von Hildebrandt und Pfingsten entwickelt und auch evaluiert wurde.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. Jetzt frage ich noch einmal: Gibt es noch Wortmeldungen? Wenn das nämlich nicht der Fall ist, dann können wir diese Anhörung damit beenden. Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Dann möchte ich allen, die gekommen sind oder nicht gekommen sind, sondern per Videokonferenz zugeschaltet waren, ganz herzlich für ihre Beiträge, für ihre Stellungnahmen, die sie abgegeben haben, bedanken. – Herzlichen Dank. Ich darf Sie freundlicherweise nun bitten, die Videokonferenz zu verlassen.

Schluss der Anhörung: 10:55 Uhr