

Stellungnahme

DMP-Anforderungen Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation)

24.01.2019

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Zu 1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz	3
Zu 1.3 Therapieziele	5
Zu 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren	5
Zu 1.5 Therapeutische Maßnahmen	7
1.5.1 Basismaßnahmen	7
1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen/Individuelle zusätzliche Maßnahmen.....	8
1.5.3 Weitere intensivierete Maßnahmen/1.5.4 Multimodale Schmerztherapie	9
1.5.5 Langzeitbetreuung.....	9
Zu 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen	9
Zu 1.7 Kooperation der Versorgungsebenen.....	10
1.7.1 Koordinierender Arzt	10
1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung.....	10
1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung	10
Zu 2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)	10
Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren.....	10
Zu 4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)	11
4.2. Schulungen der Versicherten	11
Zu 5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation; § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V).....	12
Zu Anlage 16 Chronischer Rückenschmerz – Dokumentation	12

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die Vorlage eines Beschlussentwurfs für ein neues DMP chronischer Rückenschmerz, das den gesetzlichen Auftrag gemäß § 137f Absatz 1 Satz 3 SGB V aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz umsetzt. Da in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz nach wie vor erhebliche Versorgungsdefizite bestehen, die durch eine strukturierte multiprofessionelle Versorgung sinnvoll adressiert werden können, beinhaltet die Implementierung das Potenzial, zu einer Verbesserung der Versorgung beizutragen. Zudem liegen mit der Nationalen Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz (NVL KS, 2. Auflage) umfangreiche Empfehlungen für eine gestufte und koordinierte Versorgung von Patienten mit unspezifischen Kreuzschmerzen vor, die dazu geeignet sind, handlungsleitend für die Strukturierung der Versorgung in einem DMP chronischer Rückenschmerz herangezogen zu werden. Insbesondere für Patienten mit anhaltenden Kreuzschmerzen besteht ein relevantes Versorgungsdefizit in Bezug auf die rechtzeitige Identifikation der geeigneten Patienten und die Indikationsstellung und Einleitung einer multimodalen Behandlung, um die Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben zu fördern und Chronifizierung, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung zu verhindern. Für Patienten mit anhaltenden Kreuzschmerzen, die im Rahmen eines DMP behandelt werden, sollte sich deshalb die Versorgungsqualität insgesamt, aber auch der Zugang zu multimodalen Behandlungsprogrammen verbessern. Mit der Einschreibung in ein DMP, die definitionsgemäß erst bei chronischen unspezifischen Kreuzschmerzen erfolgt, sollte deshalb zum einen eine bessere Koordination der Behandlung erfolgen, zum anderen aber auch gemäß des Versorgungsalgorithmus der NVL eine strukturierte Indikationsstellung für eine intensiviertere multimodale Behandlung.

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

- Die BPTK schließt sich der Auffassung von GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Patientenvertretung (PatV) an, nach der es im Ermessen des behandelnden Arztes liegen sollte, welche (weiteren) diagnostischen Maßnahmen für die Entscheidung zur Einschreibung in das DMP erforderlich sind und welche nicht. Es sollte keine Verpflichtung bestehen, die Erfüllung der Kriterien für die Aufnahme in das DMP-Programm durch schriftliche Befunde hinzugezogener oder vorbehandelnder Fachdisziplinen belegen zu müssen, z. B. durch entsprechende radiologische Befunde.

Begründung:

Gemäß der NVL KS sollten, wenn sich durch die sorgfältige Anamnese und klinische Untersuchung keine Hinweise auf akut behandlungsbedürftige Verläufe ergeben, zunächst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen erfolgen, da die Befunde technischer Untersuchungen die Therapieentscheidung und den Behandlungserfolg häufig nicht verbessern. Die Überprüfung der bisherigen Diagnostik inklusive Überprüfung der Indikation zur Bildgebung kann dabei durch den koordinierenden DMP-Arzt erfolgen. Weitere diagnostische Maßnahmen und damit der Einbezug weiterer Fachdisziplinen, wie z. B. eines Facharztes für Neurologie, sollten nur gezielt bei entsprechendem klinischem Verdacht erfolgen. Zusätzliche Anforderungen, die eine unsachgemäße Ausweitung technisch-diagnostischer Untersuchungen im Sinne einer Überdiagnostik anreizen, sollten im Rahmen des DMP nicht gesetzt werden, auch um eine (weitere) Chronifizierung der Schmerzen aufgrund der Verstärkung eines einseitig somatischen Erklärungsmodells zu vermeiden.

- Die BPTK stimmt der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu, dass die dezidierte Vorgabe einer Prüfung, ob eine Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll ist, vor der Einschreibung in das DMP nicht erforderlich ist.

Begründung:

Die vorgesehene Regelung, dass eine Einschreibung in das DMP nicht möglich ist bei Versicherten mit einem geplanten, beantragten oder laufenden Rehabilitationsverfahren, ist für diese Zwecke ausreichend. Dabei obliegt es dem behandelnden Arzt, während des Krankheitsverlaufs zu prüfen, ob eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert ist. Die Zuweisung von Patienten in den rehabilitativen Versorgungsbereich sollte nicht vorrangig vor Maßnahmen der kurativen Versorgung erfolgen und die explizite Prüfung dieser Indikation sollte entsprechend nicht als Vorbedingung für die Einschreibung in das DMP definiert werden. Die multimodale Schmerztherapie im Rahmen des SGB V und die Rehabilitation unterliegen unterschiedlichen Indikationen und Zielsetzungen und können sich gegenseitig ergänzen. Um die geeignete Therapieform auszuwählen, sind im Krankheitsverlauf die patientenseitigen Kriterien und die sich daraus abzuleitenden Erfordernisse und Zielsetzungen heranzuziehen. Dies sollte nicht zwingend einer Entscheidung für die Aufnahme in das DMP vorangestellt werden, sondern auch als Teil der Therapie- und Behandlungsplanung im Rahmen des DMP möglich sein.

Zu 1.3 Therapieziele

- Die BPTK schließt sich dem Vorschlag von GKV-SV, DKG und KBV an, Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz sowie die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage als Therapieziele aufzunehmen. Zugleich sollte die Ergänzung gemäß Vorschlag von GKV-SV und PatV aufgegriffen werden.

Begründung:

Auch aus Sicht der BPTK ist die zusammenfassende Beschreibung der übergeordneten Therapieziele und der grundlegenden Therapieprinzipien an dieser Stelle als Information für den koordinierenden Arzt sinnvoll. Mit Ergänzung des letzten Satzes wird darüber hinaus als zentrales Therapieziel festgehalten, dass über die zentralen Therapieprinzipien auch einer Somatisierung und übermäßigen Fixierung auf medizinische Maßnahmen entgegengewirkt werden soll.

Zu 1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren

- Die BPTK schlägt zum Punkt „1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren“ zweiter Absatz folgende Ergänzung vor:

„Der Arzt oder die Ärztin erfasst dazu die individuelle Beschwerdestärke, das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung, die psychosoziale Belastung und psychische und somatische Komorbiditäten. **Für die Beurteilung des Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigung sowie, ob psychische Komorbiditäten vorliegen, bezieht der koordinierende Arzt weitere Fachdisziplinen wie Physiotherapeuten und Psychotherapeuten mit ein.**“

Begründung:

Die NVL unspezifischer Kreuzschmerz empfiehlt mit einem starken Empfehlungsgrad die Durchführung eines multidisziplinären Assessments zur weiteren Therapieplanung bei den folgenden Indikationen:

- nach sechs Wochen Schmerzdauer, alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie sowie dem Vorliegen von psychosozialen und/oder arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren zur Chronifizierung;
- **nach zwölf Wochen Schmerzdauer, alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie;**

- bei chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen mit erneuter therapieresistenter Exazerbation.

In das DMP sollen Patienten mit chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen und wesentlichen Funktionseinschränkungen aufgenommen werden. Für diese Patienten soll nach den Empfehlungen der NVL KS ein multidisziplinäres Assessment als Grundlage für die weitere Therapieplanung erfolgen. Wesentlicher Bestandteil des Assessments ist nach der NVL KS neben der ärztlichen Beurteilung die Beurteilung durch eine bewegungstherapeutische (z. B. Physiotherapie) und eine psychotherapeutisch orientierte (z. B. Psychiater, ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut) Disziplin. Bei Hinweisen auf das Vorliegen einer psychischen Komorbidität sollte der koordinierende Arzt zur diagnostischen Abklärung und Prüfung der Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung an eine entsprechende Fachdisziplin verweisen. Mit der Aufnahme einer „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ in den Leistungskatalog der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten wurde die Möglichkeit einer zeitnahen diagnostischen Abklärung, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und welche spezifischen Hilfen in der weiteren Versorgung des Patienten indiziert sind, geschaffen. Das Ergebnis der psychotherapeutischen Sprechstunde sollte dann in die weitere Therapieplanung im Rahmen des DMP einbezogen werden.

- Die BPTK befürwortet den Vorschlag des GKV-SV und der PatV, der gemäß den Empfehlungen der NVL nicht-spezifischer Kreuzschmerz die Beschreibung des abgestuften Vorgehens in der Therapieplanung vorsieht.

Begründung:

Der explizite Hinweis auf die Möglichkeit einer teilstationären oder stationären multimodalen Schmerztherapie, wenn weniger intensive Therapiemaßnahmen nicht erfolgreich waren, ist vor dem Hintergrund, dass eine entsprechende Therapieintensität ambulant häufig nicht umgesetzt werden kann, und der Überlegenheit multimodaler Programme gegenüber herkömmlichen Therapien gerechtfertigt, um den Zugang der Patienten zu dieser Behandlungsform zu fördern.

- Die BPTK schließt sich dem Votum von GKV-SV und DKG an, dass die körperliche Aktivierung als ein wesentliches Element in der Behandlung chronischer Kreuzschmerzen besonders betont werden sollte.

Begründung:

Dem hohen Stellenwert, den die körperliche Aktivierung bzw. die Bewegungstherapie in der Prävention und Behandlung chronischer Kreuzschmerzen hat, wird dadurch Rechnung getragen. Ein Ziel, das mit der Implementierung der NVL KS verfolgt wird, ist zudem die Optimierung der Informationsvermittlung zum Nutzen körperlichen Trainings für die Prävention und Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen und darüber hinaus die Verbesserung der Annahme von Angeboten zur körperlichen Aktivität durch die Betroffenen. Das DMP Kreuzschmerz sollte hierzu einen Beitrag leisten.

Zu 1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Basismaßnahmen

- Die BptK stimmt dem Vorschlag von KBV und PatV zu, die individuelle Aufklärung des Patienten durch schriftliche Informationen zu unterstützen. Dies gibt dem Patienten die Gelegenheit, Inhalte bei Bedarf auch nach dem ärztlichen Gespräch nachzulesen und damit besser zu verarbeiten und zu verinnerlichen.
- Die BptK schließt sich dem Votum von KBV und PatV an, dass alle Patienten als zentrale Basismaßnahme Zugang zu einer Schulung, die als multimodales Angebot entsprechend Abschnitt 4.2 (Vorschlag KBV/PatV) konzipiert ist, erhalten sollen.

Begründung:

Als wesentliche und wirksamste Behandlung bei chronischen Rückenschmerzen gelten multimodale Behandlungsprogramme. Für sie liegen nach den Empfehlungen der NVL KS die vergleichsweise stärksten Wirksamkeitsbelege im Vergleich zu alleinigen Therapiemaßnahmen, die häufig nicht aufeinander abgestimmt nebeneinander angewandt werden, vor. Gemäß der NVL unspezifische Kreuzschmerzen sollen Patienten mit chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen, wenn weniger intensive evidenzbasierte Therapieverfahren unzureichend wirksam waren, mit multimodalen Programmen behandelt werden.

Ein Ziel, das mit der Einführung von Disease-Management-Programmen verfolgt wird, ist der Abbau von Versorgungsdefiziten und die Förderung einer leitliniengerechten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Gemäß den definierten Aufnahmekriterien können Patienten in das DMP „Chronischer Rückenschmerz“ aufgenommen werden, wenn sie länger als 12 Wochen trotz andauernder Therapie an nicht-spezifischen Kreuzschmerzen mit wesentlichen Funktionseinschränkungen leiden. Es handelt sich also

um Patienten, deren Erkrankung bereits einen gewissen Schwere- und Chronifizierungsgrad erreicht hat und bei denen bisherige Behandlungen keinen oder keinen ausreichenden Erfolg gezeigt haben. Gemäß dem in der NVL unspezifische Kreuzschmerzen empfohlenen gestuften Vorgehen sollte mit der Einschreibung in das DMP darum von Beginn an eine im Vergleich zur bisherigen Behandlung intensiviertere Behandlung erfolgen. Derzeit fehlen in der ambulanten Versorgung regelhaft multimodale Behandlungsangebote. Diese stehen meistens nur als hochintensives Angebot im Rahmen einer teilstationären oder stationären Krankenhausbehandlung oder im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zur Verfügung. Durch das verpflichtende Angebot einer multimodalen Schulung als Basismaßnahme, die jedoch im Vergleich zu den stationär und teilstationär angebotenen Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen eine geringere Intensitätsstufe hat, soll deshalb die Etablierung multimodaler evidenzbasierter Programme in der ambulanten Versorgung gefördert und der Zugang zu diesen für Patienten, die in einem DMP chronischer Rückenschmerz eingeschrieben sind, ermöglicht werden. Dies entspricht auch den Empfehlungen der NVL unspezifische Kreuzschmerzen, nach denen sich die Ausgestaltung der Programme an dem Therapiebedarf des Patienten orientieren und von hochintensiven vollstationären, über teilstationäre bis hin zu berufsbegleitenden Programmen reichen sollte.

1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen/Individuelle zusätzliche Maßnahmen

- Im Sinne eines gestuften Vorgehens, wie es auch in der NVL KS empfohlen wird, befürwortet die BPTK den Vorschlag von KBV und PatV, der vorsieht, die Basismaßnahmen nach Nummer 1.5.1 und die multimodale Gruppenschulung gemäß 4.2 als Basismaßnahme bei entsprechender Indikation um weitere Einzelmaßnahmen, wie z. B. einer Psychotherapie bei Vorliegen einer komorbiden psychischen Erkrankung, zu ergänzen und damit zu intensivieren. Eine Eingrenzung der psychotherapeutischen Behandlung auf die Verhaltenstherapie ist jedoch mit Blick auf die Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen, die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie und mit Blick auf die angesprochene Berücksichtigung der individuellen Präferenzen der Patienten nicht sachgerecht. Die BPTK schlägt daher vor, beim Vorschlag der KBV, PatV im ersten Spiegelstrich „Verhaltenstherapie“ durch „Psychotherapieverfahren gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie“ zu ersetzen. Darüber hinaus ist es aus Sicht der BPTK sachgerecht, dass in den Anforderungen zu Ziffer 1.5.2 nochmals die Notwendigkeit einer zeitlichen und inhaltlichen Abstimmung der somatisch und psychisch orientierten Behandlungsmodalitäten im Sinne eines multimodalen Ansatzes zu betonen und die Teilnahme einer multimodalen Gruppenschulung vor Einleitung weiterer intensivierter Maßnahmen vom koordinierenden Arzt prüfen zu lassen.

1.5.3 Weitere intensivierte Maßnahmen/1.5.4 Multimodale Schmerztherapie

- Bei Nicht-Erreichen der Therapieziele durch eine Ergänzung der Basisschulung um weitere therapeutische Einzelmaßnahmen (siehe 1.5.2 Vorschlag KBV und PatV) bzw. nach Intensivierung der individuellen Therapiemaßnahmen durch Kombination von mindestens zwei aufeinander abgestimmten Behandlungsmodalitäten (siehe 1.5.3 Vorschlag GKV-SV und DKG) soll auch aus Sicht der BPTK die Indikation für eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie geprüft werden (siehe 1.5.4 Multimodale Schmerztherapie, Vorschlag GKV-SV und DKG bzw. 1.5.3 Weitere intensive Maßnahmen, Vorschlag KBV und PatV). Der Einsatz der ambulanten Schmerztherapie gemäß Schmerztherapie-Vereinbarung, wie von KBV und PatV unter 1.5.3 Weitere Intensive Maßnahmen vorgeschlagen, sollte jedoch nicht als zusätzliche Alternative aufgeführt werden.

Begründung:

Die in der Schmerztherapie-Vereinbarung festgelegte Therapie entspricht nach Auffassung der BPTK nicht den in der NVL unspezifische Kreuzschmerzen beschriebenen Anforderungen an multimodale Behandlungsprogramme für chronische Rückenschmerzen. Als Multimodale Schmerztherapie wird hier die gleichzeitige, inhaltliche, zeitliche und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen „aus einer Hand“ bezeichnet, in die verschiedene somatische, körperlich und psychologisch übende sowie psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan eingebunden sind. Diese Voraussetzungen werden mit einer Therapie gemäß der Schmerztherapie-Vereinbarung, in der verschiedene Einzelmaßnahmen durch einen schmerzmedizinisch qualifizierten Facharzt koordiniert werden, unseres Erachtens nach nicht ausreichend erfüllt.

1.5.5 Langzeitbetreuung

- Die BPTK hält einen eigenen Abschnitt zur Langzeitbetreuung nach Durchlaufen aller indizierten Maßnahmen nach 1.5.1 bis 1.5.4 für nicht erforderlich. Vielmehr ist im weiteren Behandlungsverlauf individuell und ggf. wiederholt zu prüfen, ob der Einsatz spezifischer Maßnahmen oder deren Kombination (erneut) indiziert ist.

Zu 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen

- Aus Gründen der Datensparsamkeit und des Bürokratieabbaus schließt sich die BPTK hier den Voten von GKV-SV und KBV bzw. GKV-SV, DKG und KBV an.

Zu 1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

1.7.1 Koordinierender Arzt

- Die BPTK schließt sich dem Vorschlag der PatV an, dass der koordinierende Arzt im Austausch mit den anderen eingebundenen Fachärzten und Therapeuten stehen sollte, da nur so der Anspruch an eine besser koordinierte, aufeinander abgestimmte Behandlung, die durch die Einschreibung in ein DMP mit gefördert werden soll, eingelöst werden kann.
- Auch aus Sicht der BPTK sollte die Koordination – wie von GKV-SV und PatV vorgeschlagen – grundsätzlich durch den Hausarzt erfolgen, sofern der Patient nicht bereits vor der Einschreibung dauerhaft durch einen anderen Facharzt, z. B. einen Facharzt für Orthopädie, betreut wurde. In diesem Fall sollte dieser die Funktion des koordinierenden Arztes übernehmen können.

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

- Die BPTK stimmt dem Vorschlag von DKG und KBV zu, die Überweisung zu einem schmerztherapeutisch qualifizierten Arzt oder zu einer schmerztherapeutisch qualifizierten Ärztin an dieser Stelle gesondert zu erwähnen, da diese zum einen im ambulanten Sektor über besondere Expertise in der Behandlung chronischer Schmerzen verfügen und diese Möglichkeit damit schlechter übersehen werden kann.

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

- Die BPTK plädiert für die Umsetzung des Vorschlags von KBV und PatV. Da bereits in der Überschrift „stationäre“ Behandlung steht, kann es im Spiegelstrich „zur multimodalen Schmerztherapie“ statt zur „stationären multimodalen Schmerztherapie“ heißen.

Zu 2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Nummer 1:

Die BPTK spricht sich gegen die Aufnahme des vom GKV-SV vorgeschlagenen Indikators „Niedrige durchschnittliche Anzahl kreuzschmerzbedingter AU-Tage“ aus. Der Mittelwert und Median kreuzschmerzbedingter AU-Tage ist ohne weitere Bezugsgröße, zu der er in

eine sinnvolle Relation gestellt wird, nicht zu bewerten und deshalb auch nicht aussagekräftig. Zielführender wäre es an dieser Stelle, das Item 7 des CPG-Fragebogens heranzuziehen, um die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf abzubilden.

Nummer 6:

Die BptK schließt sich dem Vorschlag von DKG, KBV und PatV an, da hier sowohl die Zielvereinbarung als auch die Überprüfung der Erreichung in den Indikator eingehen und dieser damit differenzierter ist und die unter 1.4. und 1.7 formulierten Anforderungen berücksichtigt.

Nummer 7:

Da die BptK auch für das Angebot einer multimodalen Schulung als Basismaßnahme vortiert, schließt sie sich dem Vorschlag von DKG, KBV und PatV an, die Teilnahme an einer Schulung als Qualitätsindikator vorzusehen.

Nummer 10:

Grundsätzlich hält die BptK die gesundheitsbezogene Lebensqualität für einen zentralen Zielparameter für strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen. Die vorgesehene Dokumentation erlaubt es nicht, diesen Bereich methodisch angemessen breit zu erfassen, sondern vermag nur einzelne Aspekte abzubilden. Da im DMP zugleich der Dokumentationsaufwand nicht weiter erhöht werden sollte, spricht sich die BptK dafür aus, auf diesen Indikator zu verzichten.

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

4.2. Schulungen der Versicherten

- Die BptK schließt sich dem Vorschlag von DKG und KBV an, dass jeder Patient Zugang zu einer strukturierten, evaluierten und publizierten Gruppenschulung erhalten soll.
- Zudem unterstützt die BptK den Vorschlag von KBV und PatV, dass diese Schulung mindestens zwei Module – ein psychisches und ein somatisches – enthalten und durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen durchgeführt und aktiv übend gestaltet werden soll. Damit werden Anforderungen an ein gemäß den Empfehlungen der NVL unspezifischer Kreuzschmerz auszugestaltendes multimodales Behandlungsprogramm festgelegt, das zwar weniger intensiv als ein stationäres Behand-

lungsprogramm ist, aber dennoch die wesentlichen Grundprinzipien dieser Programme – aktiv, aus einer Hand, aufeinander abgestimmt und somatisch als auch psychologisch orientiert – umsetzt.

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

- Die BPTK schließt sich dem Vorschlag der KBV an.

Zu Anlage 16 Chronischer Rückenschmerz – Dokumentation

Da die Dokumentationsparameter der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten Anforderungen an die Evaluation dienen, ergeben sich diese automatisch aus den noch zu fassenden Beschlüssen zu Nummer 2 und Nummer 5 und die BPTK verzichtet an dieser Stelle deshalb auf weitere Anmerkungen.