

Stellungnahme

des Berufsverbands der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD) und

der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)

zu den

Anforderungen an das Disease-Management-Programm

zu chronischem Rückenschmerz

Der Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD) und die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS) begrüßen grundsätzlich die Einführung eines Disease-Management-Programms (DMP) zu chronischem Rückenschmerz.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Mitte April 2019 die inhaltlichen Anforderungen an das neue DMP beschlossen. Hierbei geht es beispielsweise um die Teilnahmekriterien, um die individuelle Therapieplanung sowie um die Koordination der verschiedenen, am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das therapeutische Vorgehen. Die gesetzlichen Krankenkassen können – nach Inkrafttreten des Beschlusses – mit Ärztinnen und Ärzten und/oder Krankenhäusern Verträge zur praktischen Umsetzung des DMP abschließen.

Die tragenden Gründe zum G-BA-Beschluss über die 16. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation) wurden Ende Juni 2019 veröffentlicht.

Vorbemerkung:

Die medizinische Effektivität der multimodalen Schmerztherapie bei der Behandlung des nicht spezifischen Rückenschmerzes bezüglich Verbesserung der Schmerzintensität, Verbesserung der Funktionalität, Senkung der Fehltage am Arbeitsplatz, Vermeidung nicht notwendiger, kostentreibender Operationen und interventioneller Eingriffe ist in der Literatur nachgewiesen. Die Kosteneffektivität der multimodalen Schmerztherapie ist sowohl durch Krankenkassen als auch durch wissenschaftliche Untersuchungen belegt.

Eine nachhaltige Wirkung bei der Therapie chronischer Rückenschmerzen im Langzeitverlauf wird nach randomisierten kontrollierten Studien alleinig durch eine multimodale multidisziplinäre Schmerztherapie erreicht. Körperlich aktivierende Module werden hoch dosiert mit psychologischen Interventionen unter einem gemeinsamen Störungskonzept (biopsychosoziales Krankheitskonzept) kombiniert mit möglicher temporärer medikamentöser Begleitung. Auf passive Maßnahmen wird gänzlich verzichtet.

Ziel dieser Therapie ist eine Steigerung der Selbstwirksamkeit. Der Patient soll also erlernen wie er eigenverantwortlich Schmerzen beeinflussen und regulieren kann, vor allem auch durch Abbau von Verhaltensweisen, die durch Angst und Vermeidung bedingt sind.

Multimodale Schmerztherapie bedeutet interdisziplinär-integrative Behandlung durch ein festes Team aus Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten und Physiotherapeuten, die ein übereinstimmendes Krankheitskonzept und eine gleiche Zielsetzung haben.

Monodisziplinäre Konzepte haben sich als nicht wirksam erwiesen.

Dies vorausgesetzt, zeigt sich das geplante DMP zu chronischem Rückenschmerz in seinen Ansätzen richtig, die geplante Umsetzung orientiert sich dennoch marginal an den Erkenntnissen der multimodalen Schmerztherapie. Die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz wird nicht ausreichend im DMP berücksichtigt und umgesetzt. Lediglich die Aufnahme multimodaler Schulungen in das DMP-Programm wird als kleiner Fortschritt bewertet, wobei die Umsetzung weiterer Klarstellungen bedarf. Die Effektivität des DMP zu chronischem Rückenschmerz wird angezweifelt, sowohl in medizinischer als auch in kostenrelevanter Hinsicht.

Zu den einzelnen geplanten Regelungen des DMP zu chronischem Rückenschmerz wird wie folgt Stellung genommen:

1. Die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz wird unzureichend im DMP berücksichtigt und umgesetzt. Bei schweren Krankheitsbildern fehlt z.B. die Erfassung von Yellow Flags. Auch ist nicht erkennbar wann und unter welchen Bedingungen eine Weiterleitung zur multimodalen Schmerztherapie angezeigt ist.
2. Multidisziplinäre Assessments, wie von der NVL nach 12 Wochen vorgesehen, werden über die Kostenpauschale nicht finanziert werden können. Hier müsste also auf die üblichen Vergütungsquellen zurückgegriffen werden.
3. Die Inhalte der Multimodalen Schulungen für Hausärzte sind bisher nicht definiert. Es stellt sich die Frage nach der Umsetzbarkeit für Hausärzte. Schulungsangebote sollten nach schmerzmedizinischer Auffassung Disziplinen-übergreifend konzipiert sein, d. h., medizinische, verhaltenstherapeutische und verhaltenstherapeutisch orientierte bewegungstherapeutische Inhalte umfassen. Sie müssten von qualifizierten Therapeuten (gemeinsam) durchgeführt werden.
4. Nach dem DMP Rückenschmerzen soll die koordinierende Ärztin beziehungsweise der Arzt vor Einschreibung in das DMP prüfen, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist. Hier wird die Priorität der kurativen Versorgung, die der G-BA selbst eindeutig formuliert, untergraben.
5. Krankenhäuser sollen über ihre Angebote der (teilstationären oder stationären) multimodalen Schmerztherapie in das therapeutische Regime eingebunden werden: „Wenn nach Kombination und Intensivierung individueller therapeutischer Maßnahmen keine ausreichende Besserung eingetreten ist, kann die multimodale Schmerztherapie als nächste Eskalationsstufe und in begründeten Fällen auch als initiale therapeutische Maßnahme erwogen werden“.

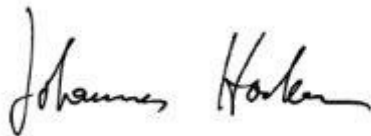
Es ist **insgesamt zu bemängeln**, dass **ambulant tätige Vertragsärzte (Teilnehmer an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) nicht in das therapeutische Regime eingebunden werden**, obwohl die fachliche Expertise dieser Vertragsärzte offensichtlich ist.

In diesem Zusammenhang wird auf die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammen mit dem Berufsverband der Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD) und Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelte **Vereinbarung zur Förderung und Sicherstellung einer flächendeckenden spezifischen schmerzmedizinischen Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung** verwiesen. Im Mittelpunkt dieser Vereinbarung steht die koordinierte und abgestimmte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachdisziplinen im Sinne einer „Multimodalen Therapie“. **Diese Vereinbarung kann in der ambulanten Regelversorgung eine multimodale Schmerztherapie abbilden und systematisch die schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland verbessern**, da sie je nach Schweregrad oder Progredienz der Chronifizierung eine Zuführung in ein differenziertes Versorgungsangebot ermöglicht.

Berlin, September 2019



Prof. Dr. Dr. Joachim Nadstawek, BVSD-Vorsitzender



Dr. med. Dipl. Lic. Psych. Johannes Horlemann, Präsident DGS e.V.

Kontaktadressen:

Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten
in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD)
Wolfgang Straßmeir, Geschäftsführer
Katharinenstr. 8, 10711 Berlin
Tel. 030 / 2 88 67 260
Fax 030 / 2 88 67 261
ws@bvsd.de
www.bvsd.de

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)
Geschäftsstelle
Dr. Heinz Beitinger, Geschäftsführer
Lennéstr. 9, 10785 Berlin
Tel. 030 /8562188-0
Fax: 030 / 221 85 342
info@dgschmerzmedizin.de
www.dgschmerzmedizin.de