



**KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Vereinbarung

zur interdisziplinären schmerzmedizinischen Versorgung

zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV),

K. d. ö. R., Berlin

- einerseits -

und dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV),

K. d. ö. R., Berlin.

- andererseits -

Version 3.0

März 2019

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I – Versorgungsziele und Patienten

Präambel

§ 1 Ziele und Gegenstand der Vereinbarung

§ 2 Patientengruppe

Abschnitt II – Versorgungsauftrag und Vernetzung

§ 3 Versorgungsauftrag

§ 4 Teilnehmende Ärzte

§ 5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team

Abschnitt III – Spezifische schmerzmedizinische Versorgung

§ 6 Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik (Assessment / Reassessment)

§ 7 Ambulante multimodale Schmerztherapie

§ 8 Konsiliarische Beratung

Abschnitt IV – Teilnahmeverfahren

§ 9 Anerkennung

§ 10 Beendigung oder Widerruf der Teilnahme

Abschnitt V - Qualitätssicherung

§ 11 Qualitätssicherung

§ 12 Evaluation

Abschnitt VI – Weitere Bestimmungen

§ 13 Anpassungsklausel

§ 14 Inkrafttreten und Kündigung

Anlagen zur Vereinbarung vom xx.xx.201x:

Anlage 1: Sächliche und organisatorische Anforderungen

Anlage 2: Checkliste zur Überweisung

Abschnitt I – Versorgungsziele und Patienten

Präambel

Etwa 17% der deutschen Bevölkerung sind von lang anhaltenden, chronischen Schmerzen betroffen, in vielen Fällen mit psychosozialen und funktionellen Beeinträchtigungen. Dies sind insgesamt mehr als 12 Millionen Menschen¹. Diese Vereinbarung dient der Förderung und Sicherstellung einer flächendeckenden spezifischen schmerzmedizinischen Behandlung von Patienten^{II} mit chronischen Schmerzen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ein interdisziplinäres Team.

Im Mittelpunkt steht die koordinierte und abgestimmte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachdisziplinen im Sinne einer „Multimodalen Therapie“. Damit entsteht für Schmerzpatienten neben der teil- / vollstationären und tagesklinischen Versorgung ein ergänzendes ambulantes Versorgungsangebot. Eingebunden in das Versorgungskonzept sind somatische, körperlich und psychotherapeutische Verfahren, die einem vorgegebenen Behandlungsplan mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel folgen.

Die spezifische schmerzmedizinische Versorgung wird von einem Therapeutenteam aus Ärzten einer oder mehrerer Fachrichtungen, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten und weiteren Disziplinen wie Physiotherapeuten und Ergotherapeuten erbracht. Unter ärztlicher Leitung stehen die beteiligten Therapieformen und Disziplinen gleichberechtigt nebeneinander. Obligat ist eine gemeinsame Beurteilung des Behandlungsverlaufs innerhalb regelmäßiger vorgeplanter Teambesprechungen unter Einbindung aller Therapeuten. Zentrales Behandlungsziel ist die Minimierung der schmerzbedingten Beeinträchtigungen des Patienten durch die Wiederherstellung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit mit Steigerung der Kontrollfähigkeit und des Kompetenzgefühls der Betroffenen. Bei chronischen Schmerzsyndromen mit komplexen körperlichen, seelischen und sozialen Folgen ist eine hohe Therapieintensität notwendig.

¹ vgl. Nobis, Rölke, Graf-Baumann Hrsg. (2016), Schmerz – eine Herausforderung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 2 ff.

^{II} Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei der Verwendung der Begriffe jeweils weibliche und/oder männliche Form mitgedacht.

§ 1

Ziele und Gegenstand der Vereinbarung

Diese Vereinbarung ermöglicht eine Optimierung der Versorgungsqualität im Bereich chronischer Schmerzen durch Vernetzung und den Aufbau interdisziplinärer Teams für eine ambulante multimodale Schmerztherapie. Eine qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung von chronifizierungsgefährdeten und bereits chronifizierten Schmerzpatienten wird gewährleistet. Folgende Ziele sollen erreicht werden:

- Entwicklung einer flächendeckenden Versorgungsstruktur für chronisch-schmerzkrank Patienten,
- Vermeidung von Schmerzchronifizierung durch frühzeitige interdisziplinäre schmerzmedizinische Versorgung,
- Aufbau von teamorientierten Versorgungsstrukturen u.a. durch die Förderung von Qualitätszirkeln/Teambesprechungen,
- umfassende spezialisierte Betreuung des Patienten sowie koordiniertes Leistungsangebot für diesen über die Sektorengrenzen hinweg,
- Vermeidung unnötiger und kostenintensiver Diagnostik, Therapien, Operationen sowie stationärer Aufenthalte,
- Verbesserung der Lebensqualität chronischer Schmerzpatienten und Erhalt der Teilhabe am sozialen Leben, Verbesserung des Arznei-, Heil- und Hilfsmittelmanagements insbesondere hinsichtlich einer kontrollierten Versorgung mit Betäubungsmitteln und anderen Schmerzmedikamenten,
- Erhalt der beruflichen Leistungsfähigkeit, Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit und Vermeidung frühzeitiger Berentung,
- Unterstützung des Patienten im Schmerzmanagement,
- Stärkung der gesundheitsbezogenen Lebenskompetenz und der Patientensouveränität,
- Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung.

§ 2

Patientengruppe

- (1) Die Vereinbarung dient den Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung einer spezifischen interdisziplinären schmerzmedizinischen Versorgung bedürfen. Die

ambulanten Leistungen nach Abschnitt III können in der Regel nur bei Patienten erbracht werden, die die nachstehenden Voraussetzungen erfüllen:

a) Patienten mit chronischen Schmerzen. Chronische Schmerzen liegen vor, wenn in zeitlicher Hinsicht Schmerzen länger als drei Monate oder über die aus ärztlicher Sicht zur Heilung zu erwartende Zeitdauer hinaus anhalten bzw. ein pathophysiologischer Prozess zugrunde liegt, der ein Anhalten der Schmerzen begründet, wie z.B. eine Gewebeschädigung (Arthrose, Postherpetische Neuralgie (PHN), Polyneuropathie (PNP)). Chronische Schmerzen können zu einer Erniedrigung der Schmerzschwelle, psychopathologischen Veränderungen und einer Belastung des persönlichen sozialen Umfelds führen. Die Betroffenen sind physisch (Mobilitätsverlust und Funktionseinschränkung), psychisch (Stimmung, Denken und Verhalten) und sozial (Beruf, Familie, Freizeit) erheblich beeinträchtigt. Der chronische Schmerz wird damit zur eigenständigen Krankheit, die in der ICD 10 mit F45.41 codiert wird.

b) Patienten mit subchronischen bzw. subakuten Schmerzen (>4 Wochen). Bei subchronischen / subakuten Schmerzen ist eine differenzierte Betrachtung der individuellen Risikofaktoren (Schmerzverarbeitung, Belastungen im beruflichen und privaten Umfeld, vorausgegangene Schmerzepisoden, langanhaltende und einseitige Körperhaltungen im Beruf) insbesondere bei den folgenden Diagnosen sinnvoll und notwendig:

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41),
- Chronischer Schmerz (R52), Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40),
- Kopfschmerz (G43, G44, R51),
- Neuropathische Schmerzen (G35-G37, G50-G57, G60-G64, B02),
- Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80),
- Muskel- und Skeletterkrankungen (M06.99, M13, M54, M75-M79, M80-M82),
- Bauch- und Beckenschmerzen (R10),
- Schmerzerkrankungen mit komorbider Depression (F32.0, F32.1, F33.0, F33.1) und komorbide Angsterkrankungen (F40).

Im Rahmen der multidisziplinären algesiologischen Diagnostik nach § 6 findet eine differenzierte Betrachtung statt, um einer möglichen Chronifizierung frühzeitig durch ein niedrigschwelliges multimodales Therapiekonzept entgegenwirken zu können.

- (2) Die Patienten erhalten die in der Vereinbarung beschriebenen Leistungen gemäß Abschnitt III. Voraussetzung für die Inanspruchnahme von diesen Leistungen ist das Vorliegen der Ergebnisse eines Assessments nach § 6. Der Arzt nach § 4 führt, sofern noch kein zeitnahes Ergebnis vorliegt, eine spezifische Diagnostik anhand eines Assessments unter Einsatz eines validierten Fragebogens für die Patienten durch und stellt den Therapiebedarf fest. Über das Ergebnis des Assessments und die weitere Behandlungsplanung wird der überweisende Arzt schriftlich in-

formiert. Sofern die medizinische Notwendigkeit besteht, kann das Assessment auch in der Häuslichkeit des Patienten durchgeführt werden.

- (3) Patienten, die den höchsten Chronifizierungsgrad aufweisen (z.B. Gerbershagen 3, von Korff 4) und bereits mindestens eine stationäre (multimodale) Schmerztherapie durchlaufen haben oder mehrere Jahre unter ihrer Schmerzerkrankung leiden und bei denen die bisherigen Behandlungsversuche kaum nachhaltigen Erfolg aufwiesen oder die unter Schmerzen leiden, deren Prognose aufgrund deren Pathophysiologie einen stagnierenden bzw. sukzessiv sich verschlechternden Zustand erwarten lässt (z.B. Tumorschmerzen, Phantomschmerzen, chronische CRPS, Rückenschmerzen) haben Anspruch auf die multimodale Langzeitbetreuung nach § 7 Abs. 2 c). Die Langfristige Betreuung dieser Patienten dient der Stabilisierung der psychosozialen Situation, der Verhinderung einer möglichen Eskalation der medikamentösen Therapie und der Vermeidung etwaiger stationärer Aufnahmen sowie der Vermeidung unnötiger Diagnostik und operativer/invasiver Eingriffe.
- (4) Die Bedürfnisse, Wünsche und Gewohnheiten sowie die persönlichen Lebensumstände der Patienten sind individuell zu berücksichtigen. Mit der Erkrankung sind für Patienten, ihre Angehörigen und ihnen nahe stehende Personen häufig psychosoziale Bedürfnisse verbunden, die in der Betreuung zu berücksichtigen sind. Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen sind zu beachten.

Abschnitt II – Versorgungsauftrag und Vernetzung

§ 3

Versorgungsauftrag

- (1) Der Versorgungsauftrag umfasst eine der Erkrankung angemessene, fachübergreifende und multiprofessionelle Behandlung und Betreuung sowie eine den medizinischen Erfordernissen und Möglichkeiten des Patienten angepasste, koordinierte Versorgungssteuerung. Hierzu gehören:
 - Auswahl und Durchführung der für den Patienten individuell geeigneten Diagnostik und Therapie (Assessment/Reassessment und Therapieplanung),
 - Vorabklärung der Behandlungsmöglichkeiten mit dem Hausarzt des Patienten,
 - umfassende Information und Aufklärung des Patienten und sofern gewünscht bzw. erforderlich seiner Angehörigen über Krankheit, Verlauf und Prognose,
 - zeitgerechte Einleitung der Kooperation mit allen beteiligten Ärzten - insbesondere des betreuenden Hausarztes - im Rahmen der Mitbehandlung -
 - Erweiterung des Angebots im Bereich der ambulanten multimodalen Schmerztherapie,

- Koordination und Umsetzung der konsiliarischen Beratung über die Behandlungsebenen,
 - Gewährleistung der geeigneten Behandlung in dringenden Fällen und bei Komplikationen.
- (2) Der zur spezifischen Versorgung überweisende Arzt, in der Regel der Hausarzt, bleibt auf Wunsch des Patienten zentraler Ansprechpartner. Der Arzt nach § 4 kooperiert eng mit dem überweisenden Arzt. Dies beinhaltet u. a. die Möglichkeit zur Teilnahme des überweisenden Arztes an Teambesprechungen seines Patienten, das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, während der Schmerztherapie. Für die Überweisung durch den Hausarzt / behandelnden Vertragsarzt sind die Voraussetzungen des § 2 abzuklären. Im Bedarfsfall können dabei besondere Testverfahren (bspw. Heidelberger Kurzfragebogen) zuzüglich der Checkliste nach Anlage 2 eingesetzt werden. Im Rahmen der Überweisung sind die Bestimmungen gemäß § 24 des Bundesmantelvertrages entsprechend zu berücksichtigen.
- (3) Der Versorgungsauftrag umfasst die Leistungen nach Abschnitt III dieser Vereinbarung. Der Arzt nach § 4 stellt die Therapie für den Patienten mit den beschriebenen Versorgungsinhalten sicher. Hierfür erfüllt der Arzt die in der Vereinbarung genannten Anforderungen und weist die nach § 5 geforderte interdisziplinäre Kooperation nach.
- (4) Für die Vernetzung schmerztherapeutischer Versorgungsangebote und zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität über die Versorgungsebenen wird im Rahmen der individuellen Diagnostik eine konsiliarische Beratung nach § 8 bei chronischen Schmerzpatienten, bspw. vor operativen Eingriffen, etabliert.
- (5) Der Versorgungsauftrag kann durch einheitliche und gemeinsame gesamtvertragliche Regelung zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den zuständigen Ersatzkassen ergänzt werden.

§ 4

Teilnehmende Ärzte

- (1) Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind alle Ärzte berechtigt, die an der vertragsärztlichen Versorgung und an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V teilnehmen
- (2) Zu den weiteren Teilnahmevoraussetzungen dieser Vereinbarung gehören:
- a) der Nachweis der persönlichen und sächlichen Anforderungen und die Bereitschaft zur Erfüllung der Aufgaben nach Abschnitt III,
 - b) die Erfüllung der festgelegten Kooperationsvoraussetzungen nach § 5, die das Team beschreiben, das die Umsetzung der spezifischen Leistungserbringung gewährleistet,

- c) die Verpflichtung zu einer kontinuierlichen schmerzmedizinischen Fortbildung (mindestens 12 Fortbildungspunkte pro Jahr),
- d) der Nachweis der sächlichen und organisatorischen Anforderungen nach Anlage 1.

§ 5

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team

- (1) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt nach § 4 stellt die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychotherapeutischer, physio- und/oder ergotherapeutischer Dienste sicher. Dem schmerzmedizinischen Behandlungsteam gehören mindestens ein Psychotherapeut mit der besonderen Qualifikation nach Anlage 1 und die Teammitglieder nach Absatz 2 an.
- (2) Der teilnehmende Arzt nach § 4 übernimmt für das Team die Behandlungsleitung. In Ergänzung zu Absatz 1 gehören dem Behandlungsteam eine Medizinische Fachangestellte mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung im Bereich der Schmerztherapie sowie mindestens ein Physiotherapeut oder ein Ergotherapeut an. Hierzu muss der Arzt entsprechende Anstellungs- oder Kooperationsvereinbarungen nach § 23b der (Muster-)Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in der jeweils aktuellen Fassung abschließen. Die Zusammenarbeit erfolgt unter Beachtung geltender berufs- und sozialrechtlicher Bestimmungen. Die Voraussetzungen nach Anlage 1 und die kontinuierliche Fortbildung nach Anlage 1 sind von Teammitgliedern vorzuhalten.
- (3) Sind Psychotherapeuten oder Physiotherapeuten/Ergotherapeuten nicht im Anstellungsverhältnis beschäftigt, hat der teilnehmende Arzt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung unter Bezeichnung von Namen und Anschrift nachzuweisen, dass er mit den betreffenden Berufen kooperiert.
- (4) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt ist zur kontinuierlichen Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzten und – soweit erforderlich – zu deren konsiliarischer Beratung verpflichtet. Im Sinne der ganzheitlichen Betrachtung werden weitere Fachärzte (insbesondere Ärzte der Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie, Neurologie, Neurochirurgie, Innere Medizin und Angiologie, Anästhesiologie, Radiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin) entsprechend der Untersuchungsergebnisse eingebunden. Das Hinzuziehen von Fachärzten kann nur mit Einwilligung des Patienten erfolgen.
- (5) Der teilnehmende Arzt veranlasst strukturierte Berichte zur Therapie an den Hausarzt / überweisenden Arzt. Der teilnehmende Arzt stellt sicher, dass neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam zusätzlich in regelmäßigen Abständen patientenorientierte Teambespre-

chungen unter Einbeziehung der in Absatz 1 und 2 genannten nichtärztlichen Leistungserbringer stattfindet. Teambesprechungen werden regelmäßig mit den Teammitgliedern in Abhängigkeit des jeweiligen Behandlungsmoduls nach Abschnitt III durchgeführt. Die Ergebnisse der Teambesprechungen sind angemessen zu dokumentieren. Bei Bedarf und bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen können Teambesprechungen telemedizinisch durchgeführt werden.

- (6) Für Patienten in Pflegeeinrichtungen erklärt der Arzt nach § 4 seine Bereitschaft zur Kooperation mit Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal.
- (7) Es soll eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen und den Mitarbeitern von regional vorhandenen Pflegestützpunkten erfolgen. Zu diesem Zweck verfügt der Arzt nach § 4 über ein aktuelles Verzeichnis der wichtigsten lokalen Ansprechpartner, Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen für den Patienten und seine Angehörigen. Je nach individuellem Bedarf des Patienten und dessen Einwilligung können nichtärztliche Gesundheitsberufe sowie Sozialarbeiter und Seelsorger unter Einbeziehung des Patienten hinzugezogen werden.

Abschnitt III – Spezifische schmerzmedizinische Versorgung

§ 6

Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik (Assessment / Reassessment)

- (1) Zu Beginn der spezifischen schmerzmedizinischen Versorgung erfolgt ein ausführliches standardisiertes Assessment durch den an dieser Vereinbarung teilnehmenden Arzt unter Hinzuziehung des Teams nach § 5. Das Assessment, unter Einbeziehung der Krankheitsgeschichte und einer körperlichen Untersuchung, hat die Aufgabe, potentiell gefährliche Verläufe zu identifizieren, die Chronifizierungsrisiken aufzuzeigen und dient der gemeinsamen Therapieplanung des Teams mit dem Patienten.
- (2) Innerhalb des Assessments wird beurteilt, welche schmerztherapeutische Intervention nach § 7 aufgrund psychischer Begleiterkrankungen oder eines höheren Chronifizierungsgrades (bspw. Chronifizierungsstadium 2 oder 3 als Ergebnis der Mainzer Stadieneinteilung der Schmerzchronifizierung bzw. Grade 2-4 nach von Korff) indiziert ist. Des Weiteren wird ein Behandlungsplan individuell und in Abhängigkeit des Chronifizierungsgrades (nach Gerbershagen bzw. von Korff) der Schmerzerkrankung erstellt. Der Patient wird über den Ablauf und die Inhalte der Therapie umfassend aufgeklärt.

- (3) Der Arzt nach § 4 erbringt folgende Leistungen:
- Spezielle Schmerzanamnese, insbesondere zur Schmerzlokalisation, Schmerzstärke, Schmerzbeeinflussung,
 - Körperliche Untersuchung: Allgemein, Orthopädisch, Neurologisch,
 - Allgemeine Anamnese, insbesondere zu Vorerkrankungen, Operationen, Medikation
 - Psychosoziale Exploration, insbesondere zu Kindheit, Stellung in der Familie, Emotionalität Eltern, Berufsentwicklung,
 - Auswertung der Fragebögen und der psychologischen Testverfahren (z.B. Deutscher Schmerzfragebogen. Die eingesetzten Fragebögen müssen die gängigen Testgütekriterien erfüllen. Fragebögen zur standardisierte Dokumentation, z.B. nach KEDOQ-Schmerz, sind zu verwenden. Normwerte von Schmerzpopulationen sind zu beachten.),
 - Erläuterung und gemeinsame Besprechung der Fragebögen,
 - Sichtung Fremdbefunde,
 - Dokumentation der diagnostischen Maßnahmen und Übermittlung eines Arztbriefes an den Hausarzt,
 - Indikationsstellung.
- (4) Der Psychotherapeut des interdisziplinären Teams nach § 5 erbringt folgende Leistungen:
- Psychologische Schmerzanamnese, insbesondere zur Schmerzlokalisation, Schmerzstärke, Genese u. Dauer der Schmerzen, lebensgeschichtlichen Zusammenhängen zwischen Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Schmerzen,
 - Exploration aufrechterhaltender Bedingungen der Schmerzen,
 - Anamnese der Chronifizierung,
 - Erweiterte testpsychologische Diagnostik (z.B. Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV), Beck-Depressions-Inventar (BDI II), Beck-Angst-Inventar (BAI)),
 - Exploration und Diagnostik evtl. psychiatrischer Komorbiditäten (z.B. unter Zuhilfenahme eines standardisierten und validierten klinischen Interviews (SKID I), ggf. hinzuziehen eines psychiatrischen Konsils in Abhängigkeit der Schwere der psychiatrischen Diagnose),
 - Erläuterung und gemeinsame Besprechung der erweiterten Testdiagnostik und ggf. der psychiatrischen Komorbidität,
 - Sichtung Krankengeschichte,
 - Dokumentation der diagnostischen Maßnahmen und Erstellen eines Befundberichtes,
 - Indikationsstellung.
- (5) Der Physio- oder Ergotherapeut des interdisziplinären Teams nach § 5 erbringt folgende Leistungen:
- Bewegungstherapeutische Schmerzanamnese,

- Beweglichkeitsuntersuchung,
 - Muskelstatus: Kraft, Dehnbarkeit, Tender- und Triggerpoints,
 - Funktionsanalyse, Gehstreckenbestimmung und Ganganalyse,
 - Beurteilung der Körperwahrnehmung,
 - Koordinative Fähigkeiten,
 - Dokumentation der diagnostischen Maßnahmen und Erstellen eines Befundberichtes.
- (6) Der zeitliche Aufwand für das Assessment / für das Reassessment bemisst sich wie folgt:
- zeitlicher Aufwand des Assessments:
 - Arzt nach § 4: ca. 120 Min. Behandlungszeit inkl. Sichtung und Bewertung der Vorbefunde zzgl. 15 Min. Teambesprechung,
 - Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut: ca. 90 Min. Behandlungszeit zzgl. 15 Min. Teambesprechung,
 - Physiotherapeut/Ergotherapeut: ca. 60 Min. Behandlungszeit zzgl. 15 Min. Teambesprechung.
 - zeitlicher Aufwand des Reassessments:
 - Arzt nach § 4: ca. 75 Min. Behandlungszeit inkl. Sichtung und Bewertung der Vorbefunde zzgl. 15 Min. Teambesprechung,
 - Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut: ca. 60 Min. Behandlungszeit zzgl. 15 Min. Teambesprechung,
 - Physiotherapeut/Ergotherapeut: ca. 30 Min. Behandlungszeit zzgl. 15 Min. Teambesprechung.
- (7) Für die Erstellung eines Therapieplans wird eine psychometrische und physische Funktionstestung mit anschließender Teambesprechung durchgeführt.
- (8) Nach Abschluss des Grundmoduls nach § 7 Abs. 2 a), bei einer wesentlichen Änderung des Krankheitsbildes und einer interkurrenten Erkrankung erfolgt ein ausführliches standardisiertes Reassessment.
- (9) Patienten nach § 2 erhalten innerhalb von acht Werktagen einen Termin zur Überprüfung von Behandlungsalternativen (ggf. statt einer Operation) bei einem Arzt nach § 4.

§ 7

Ambulante multimodale Schmerztherapie

- (1) Die Behandlung nach dieser Vereinbarung erfolgt im Rahmen einer multidisziplinären Schmerztherapie nach evidenzbasierten Behandlungs- und Medikationsempfehlungen. Die Intervention enthält Leistungen für spezielle Schmerztherapie, Leistungen ärztlicher bzw. psychologischer Psychotherapie mit Schwerpunkt auf Verhaltenstherapie und Entspannungsverfahren sowie physio- und ergotherapeutische Leistungen. Die ambulante multimodale Schmerztherapie enthält:
- Anleitungen zu Bewältigungsstrategien und Übungen zum Umgang mit der Erkrankung,
 - Motivation zur körperlichen Aktivität sowie Förderung des Selbsthilfepotenzials (Selbstwirksamkeit),
 - Regelmäßige Überprüfung der Behandlungsergebnisse und Patientengespräche.
 - In Abhängigkeit der Patientenzahl und unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs des Patienten können Einzel- als auch Gruppensetting (bevorzugt) durchgeführt werden (Begrenzung der Gruppengröße auf 8 bis 10 Personen).
- a) Zur ärztlichen Edukation im Rahmen der ambulanten multimodalen Schmerztherapie gehören:
- Das Biopsychosoziale Krankheitsmodell (Chronifizierung, Schmerzgedächtnis u.ä.),
 - Informationen zur Erkrankung und über Angebote zur Selbsthilfe,
 - Aufklärung über die grundsätzliche Unbedenklichkeit von körperlicher Aktivität,
 - Aufklärung über die leistungsangepasste Dosierung körperlicher Aktivität und Regeln für die Dosissteigerung,
 - Aufklärung über die Verbesserung der Ausdauer und deren Bedeutung für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung,
 - Bedeutung der regelmäßigen Aktivität für den Trainingseffekt,
 - Hinweis auf die Berücksichtigung persönlicher Präferenzen bei der Wahl der Aktivitäten,
 - Benennung von Wirkung und Nebenwirkung der Medikation,
 - Vegetative Begleitreaktionen,
 - Bedeutung regelmäßiger Erholungspausen im Alltag,
 - Bedeutung einer ausgewogenen Balance zwischen Be- und Entlastung,
 - Aufklärung über die fehlenden/veränderten Warnfunktionen chronischer Schmerzen,
 - Spezifische Informationen zu Behandlungsverfahren,
 - Informationen zu speziellen Krankheitsbildern.
- b) Leistungen des ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen der ambulanten multimodalen Schmerztherapie sind:

- Vermittlung eines angemessenen Störungsmodells (i.S. eines bio-psycho-sozialen Modells),
 - Edukation zur Bedeutung psychologischer Faktoren für die Schmerzchronifizierung,
 - Vermittlung von (aktiven) Entspannungsverfahren,
 - Vermittlung grundlegender Problemlösefertigkeiten,
 - Vermittlung schmerzablenkender Techniken,
 - Vermittlung grundlegender Schmerz- und Stressbewältigungstechniken,
 - Anleitung zur individuellen Selbsthilfe und Verbesserung der Selbstwirksamkeit,
 - Informationen zur gemeinschaftlichen Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen) und deren Wirksamkeit.
- c) Leistungen des Physio- oder Ergotherapeuten im Rahmen der ambulanten multimodalen Schmerztherapie sind:
- Physio- oder ergotherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlung im Sinne aktivierender Maßnahmen (Bewegungstherapie),
 - Anleitung für ein Eigenübungsprogramm inkl. Erfolgskontrolle,
 - Im Einzelfall in Kombination mit aktiven Maßnahmen zusätzlich passive Maßnahmen wie Massagen oder manuelle Therapie z. B. entsprechend der Empfehlungen der Leitlinie „Chronischer Schmerz“,
- (2) Je nach Schweregrad der Chronifizierung des Schmerzpatienten nach § 2 kommt eine abgestufte Versorgung zum Einsatz:
- a) Multimodales Grundmodul (6 Monate) – Therapieeinheiten (eine Therapieeinheit dauert jeweils 30 Minuten) in allen Bereichen:
- Mindestens 2 Termine in der Woche von jeweils 4 Therapieeinheiten (Zeit: 120 Minuten zzgl. Pausen),
 - Mindestens 4 aktive Therapieeinheiten in der Woche,
 - Mindestens 1 übendes Verfahren in der Woche (z. B. entsprechend der Empfehlungen der Leitlinie „Chronischer Schmerz“) (1 Therapieeinheit),
 - Mindestens 1 Schmerzpsychotherapie in 2 Wochen (2 Therapieeinheiten),
 - Mindestens 1 ärztliche Edukation in 4 Wochen (Medikation, Prävention, Krankheitslehre, Schmerz und Arbeit – Pacing; insgesamt 2 Therapieeinheiten),
 - Mindestens 2 Teambesprechungen im Monat,
 - Evaluation mithilfe eines validierten Fragebogens nach 3 Monaten, am Behandlungsende und mindestens einmal nach weiteren 6 Monate nach Behandlungsende (z.B. Schmerz-Verlaufsfragebogen des Deutschen Schmerzfragebogens)

b) Intensivmodul (6 Wochen). Ärztliche, psychotherapeutische und physio-/ergotherapeutische Leistungen gestalten sich inhaltlich wie im Grundmodul, jedoch in einer höheren Behandlungsintensität und -frequenz. Zusätzlich kann im Bedarfsfall die Behandlung von psychiatrischen Komorbiditäten unter Hinzuziehung weiterer ärztlicher Fachkreise sowie zur Stärkung der Sozialkompetenzen mittels sozialmedizinischer Verfahren (bei bspw. Belastung am Arbeitsplatz) erfolgen. Therapieeinheiten in allen Bereichen:

- Ein ärztliches/psychotherapeutisches Einzelgespräch (1 Therapieeinheit),
- Mindestens 2 Termine in der Woche von jeweils 6 Therapieeinheiten (Zeit: 180 Minuten zzgl. Pausen),
- Mindestens 72 Therapieeinheiten, davon mindestens 24 psychotherapeutische Behandlungen,
- Mindestens 6 Therapieeinheiten aktivierende Therapien in der Woche davon mindestens 2 Therapieeinheiten aktivierende Therapien im Einzelkontakt in der Woche,
- Mindestens 2 Therapieeinheiten übendes Verfahren in der Woche (z. B. entsprechend der Empfehlungen der Leitlinie „Chronischer Schmerz“),
- Mindestens 2 Therapieeinheiten Schmerzpsychotherapie in der Woche,
- Mindestens 2 Therapieeinheiten ärztliche Therapie, davon mindestens 1 ärztliche Edukation in der Woche (z.B. Medikation, Prävention, Krankheitslehre, Schmerz und Arbeit – Pacing),
- Mindestens 1 Teambesprechung in der Woche,
- Im Bedarfsfall erfolgt eine zusätzliche Behandlung von psychiatrischen Komorbiditäten (z.B. zur Stärkung der Sozialkompetenz am Arbeitsplatz), unter ggf. Hinzuziehung weiterer ärztlicher Fachdisziplinen,
- Grundsätzlich ist die einmalige Wiederholung des Intensivmoduls innerhalb eines Krankheitsfalles nach Reassessment und anschließender Teambesprechung möglich,
- Evaluation mithilfe eines validierten Fragebogens am Behandlungsende und mindestens einmal nach weiteren 6 Monate nach Behandlungsende (z.B. Schmerzverlaufsfragebogen am Ende einer stationären/teilstationären Behandlung bzw. Schmerz-Verlaufsfragebogen des Deutschen Schmerzfragebogens).

c) Ambulante multimodale Langzeitbetreuung (12 Monate). Ärztliche, psychotherapeutische und physio-/ergotherapeutische Leistungen gestalten sich inhaltlich wie im Grundmodul jedoch in einer geringeren Behandlungsintensität und -frequenz. Therapieeinheiten in allen Bereichen:

- Mindestens 2 Termine im Monat von jeweils 4 Therapieeinheiten (Zeit: 120 Minuten zzgl. Pausen),

- Mindestens 2 Therapieeinheiten ärztliche Therapie, davon mindestens 1 ärztliche Edukation (z.B. Medikation, Prävention, Krankheitslehre, Schmerz und Arbeit – Pacing) / im Monat,
 - Mindestens 2 Therapieeinheiten aktivierende Therapien im Monat,
 - Mindestens 1 Therapieeinheit übendes Verfahren (z. B. entsprechend der Empfehlungen der Leitlinie „Chronischer Schmerz“) im Monat,
 - Mindestens 2 Therapieeinheiten Schmerzpsychotherapie im Monat,
 - Mindestens 1 Teambesprechung im Monat.
- (3) Im Ermessen des Arztes nach § 4 können Inhalte der ambulanten multimodalen Schmerztherapie auf Wunsch des Patienten vom Arzt und Mitgliedern des Teams nach § 5 in der Häuslichkeit des Patienten erbracht werden. Hierzu gehören:
- Schmerztherapeutische Interventionen (z. B. Entspannungsverfahren),
 - Monitoring und ggf. nach Rücksprache mit dem Arzt Optimierung der medikamentösen Schmerztherapie,
 - Aktivierung,
 - Physio- und Ergotherapie im Rahmen eines Hausbesuchs.
- (4) Der Arzt nach § 4 kann Leistungen an die Medizinische Fachassistenz nach § 5 Abs. 2 delegieren. Hierzu gehören folgende Leistungen:
- Überprüfung der medikamentösen Schmerztherapie hinsichtlich Wirkung und Nebenwirkung in Rücksprache mit dem Arzt nach § 4,
 - Unterstützung bei der Überprüfung einfacher Befunde (z.B. Gewicht, Bewegungsmaße),
 - Durchführung von Fragebogenerhebungen,
 - Ko-therapeutische Interventionen (z.B. Entspannungsverfahren, Genusstraining, Aufmerksamkeitslenkung),
 - Aktivierung.

§ 8

Konsiliarische Beratung

- (1) Insbesondere vor einer Operation prüft der Arzt nach § 4 durch Einbindung operativ-tätiger Ärzte und bei Bedarf weiterer Fachdisziplinen deren Notwendigkeit. Der Patient nach § 2 erhält damit eine weitere Einschätzung zu seinem Krankheitsbild und eine Therapieempfehlung. Die Teammitglieder nach § 5 werden bei Bedarf im Rahmen einer interdisziplinären Teambesprechung hinzugezogen.

- (2) Der zeitliche Aufwand für die konsiliarische Beratung bemisst sich wie folgt:
- Arzt nach § 4: ca. 120 Min. Behandlungszeit inkl. Sichtung und Bewertung der Vorbefunde zzgl. 15 Min. Teambesprechung,
 - Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut: ca. 90 Minuten Behandlungszeit zzgl. 15 Min. Teambesprechung,
 - Physiotherapeut/Ergotherapeut: ca. 60 Minuten Behandlungszeit zzgl. 15 Min. Teambesprechung.

Abschnitt IV – Teilnahmeverfahren

§ 9

Anerkennung

- (1) Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist ein entsprechender Antrag an die für den Sitz des Antragstellers zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Dem Antrag sind die Nachweise für die Erfüllung der in § 4, § 5 und in der Anlage 1 genannten Voraussetzungen beizufügen. Die Kassenärztliche Vereinigung informiert über die geforderten Nachweispflichten.
- (2) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung entscheidet über den Antrag nach Prüfung des Vorliegens der genannten Voraussetzungen. Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, genehmigt die Kassenärztliche Vereinigung die Teilnahme und bestätigt dem antragstellenden Arzt schriftlich seine Vertragsteilnahme. Die Kassenärztliche Vereinigung kann, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist, dem antragstellenden Arzt die Teilnahme genehmigen. Sind die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt, erhält der antragstellende Arzt durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung einen ablehnenden Bescheid mit entsprechender Begründung.
- (3) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in § 4 und § 5 i.V.m. Anlage 1 genannten Voraussetzungen betreffen.
- (4) Mit Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, ab dem Quartal, in dem die Genehmigung zur Teilnahme erklärt wird, Leistungen nach dieser Vereinbarung zu erbringen.
- (5) Die Kassenärztliche Vereinigung kann bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 4 und § 5 i.V.m. Anlage 1 die Genehmigung nach § 9 Abs. 2 vorzeitig widerrufen.
- (6) Die Kassenärztliche Vereinigung informiert die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und den GKV-Spitzenverband in regelmäßigen Abständen, min-

destens aber jährlich, über die Namen und Anschriften der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte.

§ 10

Beendigung oder Widerruf der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet:
 - a) mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - b) mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Arzt seine Tätigkeit nach dieser Vereinbarung einstellt und dies der Kassenärztlichen Vereinigung mitgeteilt hat,
 - c) mit der Feststellung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, dass die in dieser Vereinbarung festgelegten Erfordernisse durch den Arzt oder das Praxisteam nicht oder nicht mehr erfüllt werden.
- (2) Die Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres durch die Kassenärztliche Vereinigung zu widerrufen, wenn die ordnungsgemäße Durchführung der Vereinbarung nicht mehr gewährleistet ist.

Abschnitt V - Qualitätssicherung

§ 11

Qualitätssicherung

- (1) Die qualitätsfördernden und qualitätssichernden Maßnahmen, zu denen die an der Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet sind, ergeben sich aus § 4 und § 5 i.V.m. der Anlage 1.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen nach § 9.
- (3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren den GKV-SV und die KBV anhand von statistischen Erhebungen und Routinedaten über das Versorgungsgeschehen. Die KBV veröffentlicht jährlich einen Versorgungsbericht auf dieser Grundlage.

§ 12

Evaluation

Die Auswirkungen der nach dieser Vereinbarung beschriebenen Versorgung auf die Krankenkassen, die an der Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie auf die Patientenversorgung sind fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung zu bewerten. Gegenstand der Bewertung ist insbesondere die Entwicklung der vorgesehenen Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Koordinations- und Kooperationsverpflichtungen unter den beteiligten Ärzten. Die Ergebnisse sind zwischen den Vertragspartnern abzustimmen und Grundlage für die Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereichs.

Abschnitt VI – Weitere Bestimmungen

§ 13

Anpassungsklausel

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren, dass sie sich bei Bedarf über eine Weiterentwicklung der Vereinbarung verständigen. Dies gilt insbesondere für die Weiterentwicklung der schmerzmedizinischen Versorgung unter der Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen sowie alter Menschen.
- (2) Stellt eine Vertragspartei dessen ungeachtet einen unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.
- (3) Zu den Aufgaben der Vertragspartner gehören insbesondere auch:
 - die einheitliche Weiterentwicklung der Leistungen,
 - die Empfehlung zur Anerkennung von Fortbildungen,
 - das Vertragsmonitoring, insbesondere im Hinblick auf die erzielte Versorgungsqualität,
 - die Öffentlichkeitsarbeit.

§ 14

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum xx.xx.xxxx in Kraft.
- (2) Diese Vereinbarung kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt neun

Monate zum Schluss eines Kalenderjahres. Die Kündigung hat durch einen eingeschriebenen Brief zu erfolgen.

- (3) Einen wichtigen Grund zur Kündigung stellt eine grundlose Verweigerung der Anpassung dieser Vereinbarung dar.

Kassenärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

Entwurf

Anlage 1 – Sächliche und organisatorische Anforderungen

Die Teilnahme an der Vereinbarung zur interdisziplinären schmerztherapeutischen Versorgung setzt die persönliche Qualifikation des Arztes nach § 4 und die Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Team nach § 5 voraus. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten sowie Ergotherapeuten und Physiotherapeuten kann anstatt einer Anstellung auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen.

Die für die jeweiligen Mitglieder des interdisziplinären Teams geforderten Qualifikationen werden in dieser Anlage geregelt.

I. Anforderungen der Mitglieder des interdisziplinären Teams

Nr.	Mitglied des interdisziplinären Teams	Anforderungen
1.	Psychotherapeut nach § 5 Abs. 1 und 2	<p>Der Psychotherapeut ist ein nach § 95 SGB V zugelassener Leistungserbringer oder ist in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus oder der Praxis des Arztes nach § 4 angestellt und verfügt über eine</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Approbation als ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut sowie eine abgeschlossene Ausbildung zum Schmerzpsychotherapeutenoder▪ eine Approbation als ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut mit Erfahrung in der Therapie von chronischen Schmerzpatienten (in einer Übergangszeit von 5 Jahren ab bestehender Weiterbildungsordnung bis zur Einführung einer bundeseinheitlichen Weiterbildungsordnung für Schmerzpsychotherapeuten).
2.	schmerztherapeutisch qualifizierte Medizinische Fachangestellte nach § 5 Abs. 2	<p>Die Medizinische Fachangestellte ist in der Praxis des Arztes nach § 4 angestellt und</p> <ul style="list-style-type: none">▪ verfügt über zwei Jahre Erfahrungen in der algesiologischen Betreuung von Patienten mit chronischen Schmerzen und▪ nimmt kontinuierlich an fachspezifischen Fortbildun-

		<p>gen teil und</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wendet standardisierte Dokumentationsinstrumente an.
3.	Ergotherapeut nach § 5 Abs. 2	<p>Der Ergotherapeut verfügt über eine Zulassung nach § 124 SGB V oder ist in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus oder in der Praxis des Arztes nach § 4 angestellt. Er verfügt über Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen und</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nimmt kontinuierlich an fachspezifischen Fortbildungen teil und ▪ wendet standardisierte Dokumentationsinstrumente an.
4.	Physiotherapeut nach § 5 Abs. 2	<p>Der Physiotherapeut verfügt über eine Zulassung nach § 124 SGB V oder ist in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus oder in der Praxis des Arztes nach § 4 angestellt. Er verfügt über Erfahrung in der physiotherapeutischen Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen und</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nimmt kontinuierlich an fachspezifischen Fortbildungen teil und ▪ wendet standardisierte Dokumentationsinstrumente an.

Sofern die nichtärztlichen Leistungserbringer nicht in der Praxis des teilnehmenden Arztes nach § 4 angestellt sind, unterhält der Arzt jeweils eine Kooperationsvereinbarung unter Berücksichtigung der Versorgungsziele gemäß § 1 mit dem jeweiligen nichtärztlichen Leistungserbringer (Nrn. 1, 3 und 4) nach dieser Anlage. Vereinbarungen mit den Kooperationspartnern sind gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

II. Organisatorische Anforderungen

Die Organisation des Versorgungsangebotes zur Vereinbarung zur interdisziplinären schmerzmedizinischen Versorgung nach Abschnitt III erfolgt zentral (Modellvariante A) oder alternativ dezentral (Modellvariante B). Zentral im Sinne dieser Vereinbarung ist die Durchführung sämtlicher ärztlicher und therapeutischer Maßnahmen an einem Ort, der die dafür notwendigen räumlichen Voraussetzungen erfüllt. Die ambulante multimodale Schmerztherapie kann alternativ und sofern die erforder-

lichen Gegebenheiten bestehen auch dezentral durchgeführt werden (Modellvariante B). Das heißt, dass die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen in den jeweiligen Praxisräumen der Ärzte und Therapeuten oder am Wohnort des Patienten durchgeführt werden. Die nachstehenden Strukturanforderungen müssen erfüllt sein. Der Arzt muss sich mit seinem Team auf eine Variante verständigen und diese der Kassenärztlichen Vereinigung anzeigen sowie die jeweiligen Strukturanforderungen nachweisen. Es können beide Modellvarianten parallel angeboten werden.

II.I Modellvariante A

Bei Modellvariante A (zentral) müssen zusätzlich zu den im Vertrag definierten Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung noch folgende Strukturen vorhanden sein:

- Rezeption / Empfang,
- Aufenthaltsraum mit patientengerechter Ausstattung,
- 3 Therapieräume,
- Arzt- bzw. Notfallraum,
- Raum für Teambesprechungen,
- Umkleide- und Personalaufenthaltsraum.

Der Gruppenraum und die Therapieräume können auch durch flexible Multifunktionsräume dargestellt werden. Ein barrierefreier Zugang, der sich an der DIN-Norm DIN 18040-1 in der jeweils aktuellen Fassung orientiert, ist vorzuhalten. Alle Therapieeinheiten können zu Hause bei den Patienten durchgeführt werden.

II.II Modellvariante B

Bei Modellvariante B (dezentral) müssen zu den im Vertrag definierten Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung noch zusätzlich folgende Strukturen vorhanden sein:

- therapeutische Kooperationspartner müssen in eigener Praxis niedergelassen sein,
- Raum für Teambesprechungen.

Anlage 2: Checkliste zur Überweisung

Der Patient nach § 2 wird für die Dauer der ambulanten multimodalen Schmerztherapie auf zwei Behandlungsebenen versorgt. Der behandelnde Vertragsarzt, in der Regel der Hausarzt, stellt den Bedarf einer spezifischen schmerztherapeutischen Versorgung fest (Vorabklärung) und überweist den Patienten für die Mitbehandlung zur erweiterten Diagnostik und/oder Therapie Abschnitt III an einen an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt nach § 4, der für die Versorgung die Koordination der Behandlung nach dieser Vereinbarung übernimmt.

Für die Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt sind die Voraussetzungen des § 2 abzuklären. Eine Überweisung ist angezeigt bei Patienten, die mindestens einen der folgenden Punkte erfüllen:

- Schmerzdauer länger als vier Wochen oder
- Dauer der Arbeitsunfähigkeit schmerzbedingt länger als zwei Wochen oder
- ungünstige Prognose bzw. psychosoziale Belastungsfaktoren

und die bis zu zwei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit,
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung,
- bestehende Medikamentenabhängigkeit oder Fehlgebrauch,
- schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung,
- gravierende somatische Begleiterkrankung.

Bei Vorliegen von mehr als zwei der Merkmale ist eine stationäre Einweisung zu prüfen.