

## Es naht ein neues DMP für chronischen Rückenschmerz



Sie ist eine Kandidatin für das neue DMP.

— Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18. April 2019 die inhaltlichen Anforderungen an ein neues Disease-Management-Programm (DMP) beschlossen. Gesetzlich Krankenversicherte mit chronischen, länger als 12 Wochen andauernden Schmerzen im Kreuzbereich des Rückens, deutlichen Aktivitätseinschränkungen und einem fortbestehenden Therapiebedarf können an dem neuen Programm teilnehmen. Es dürfen allerdings keine spezifischen Ursachen wie Wirbelkörperfrakturen, rheumatische Erkrankungen oder Tumoren vorliegen.

Die individuell angezeigten therapeutischen Maßnahmen sollen im Arzt-Patienten-Gespräch geplant werden, wobei die Schmerzintensität und die Aktivitätseinschränkung sowie die im Behandlungsverlauf erzielten Erfolge zu berücksichti-



Dr. Gerd W. Zimmermann  
Facharzt für  
Allgemeinmedizin  
Kapellenstraße 9  
D-65719 Hofheim

gen sind. Insbesondere soll über die positive Rolle von körperlicher Aktivität aufgeklärt und zu einem körperlichen Training motiviert werden. Das DMP Chronischer Rückenschmerz enthält zudem grundsätzliche und wirkstoffbezogene Empfehlungen zur Schmerzmedikation.

### MMW-KOMMENTAR

*Der G-BA hat diesen Beschluss dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt. Nach Nichtbeanstandung treten die Anforderungen an das DMP und die Dokumentation in dem auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartal in Kraft. Über die vertragliche Umsetzung und insbesondere die Honorierung verhandeln danach KBV und Kassen im Bewertungsausschuss. Dieser muss eine Entscheidung spätestens sechs Monate nach Veröffentlichung des Beschlusses treffen.*

## Doppeltes Spiel der KBV beim Prüfwesen

— Im Bundesgesundheitsministerium wird momentan an dem sogenannten „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ (GKV-FKG) gearbeitet. Der Gesetzesentwurf greift auch das leidige Thema Regresse auf. In einem neuen § 305a SGB V ist vorgesehen, dass Krankenkassenmitarbeiter künftig nicht mehr Vertragsärzte zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen beraten sollen. Im gleichen Zug soll auch die Berechtigung der Krankenkassen wegfallen, Vertragsärzte über Fragen zur Wirtschaftlichkeit von erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen zu beraten.

Das wiederum will die KBV nicht! In einer Stellungnahme vom 25. März 2019

fordert sie, dass KVen und einzelne Kassen Vertragsärzte auch künftig gemeinsam zu verordneten bzw. veranlassten Leistungen – z. B. Arznei- und Heilmittel – beraten können.

Mehr noch: Die vorgesehene gesetzliche Regelung mache es umso wichtiger, dass die KVen von den Kassen mehr Leistungsdaten erhalten. Bisher stehe ihnen nur für Beratungen zur Wirtschaftlichkeit von Arzneimittelverordnungen eine geeignete Datengrundlage zur Verfügung. Wenn es aber um weitere Leistungen wie Heilmittel, Hilfsmittel oder häusliche Krankenpflege geht, sollten künftig ebenfalls Daten von den Kassen an die KVen fließen.

### MMW-KOMMENTAR

*Die Stellungnahme ist ein weiterer Beweis für die Doppelzüngigkeit der KBV. Einerseits fordert sie regelmäßig im Gleichklang mit den Berufsverbänden die Abschaffung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und den daraus resultierenden Regressen. Nun öffnet der Gesetzgeber ein Fenster für eine solche Liberalisierung, da wird die Notwendigkeit von Prüfmaßnahmen betont, auch wenn man sie als „Beratungen“ kaschiert. Besonders schlimm: Die KBV fordert sogar eine Ausweitung der Beratungen auf Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege. Will die KBV, dass Hausärzte künftig auch bei diesen bisher regressfreien veranlassten Leistungen zur Kasse gebeten werden können?*