

**Ausfüllanleitung**  
**zum indikationsspezifischen Datensatz**  
**für das strukturierte Behandlungsprogramm**  
**chronischer Rückenschmerz**

Stand der letzten Bearbeitung: 09.07.2020  
Version 1.0

## Relevante Ereignisse

### Ungeplante ambulante oder stationäre kreuzschmerzbedingte Akutbehandlung seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe in diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend. **Eine numerische Angabe ohne Nachkommastelle ist erforderlich.** Bei der Erstdokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Das DMP chronischer Rückenschmerz soll unter anderem dazu beitragen, außerplanmäßige ambulante oder stationäre ärztliche kreuzschmerzbedingte Akutbehandlungen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Geben Sie in diesem Feld bitte die Anzahl aller **ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen** seit der letzten Dokumentation an. Dabei liegt es in Ihrem Ermessen, welche Behandlungen als „ungeplant“ zu bewerten sind. Erfolgte seit der letzten Dokumentation keine ungeplante ambulante oder stationäre Akutbehandlung, geben Sie bitte eine „0“ an. Eine Angabe kleiner als „0“ und größer als „99“ ist nicht möglich.

## Medikamente

Die medikamentöse Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen erfolgt symptomorientiert. Sie **dient der Unterstützung der nicht-medikamentösen Maßnahmen**, damit die Patienten frühzeitig ihre üblichen Aktivitäten wiederaufnehmen können. Eine medikamentöse Therapie kann erforderlich werden, um den Beginn der aktivierenden Maßnahmen zu unterstützen. Sie kann außerdem erforderlich werden, wenn trotz regelgerechter Durchführung der nicht-medikamentösen Maßnahmen eine für die Patientin oder den Patienten nicht tolerable schmerzbedingte funktionelle Beeinträchtigung bestehen bleibt.

Dennoch sollten **Nicht-Opioidanalgetika** nach Möglichkeit nur **bei Bedarf** und nicht dauerhaft eingenommen werden.

Eine **kreuzschmerzbedingte Opioidanalgetika-Therapie** sollte nach Möglichkeit **nicht länger als 12 Wochen** andauern.

### Aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation: Opioidanalgetika

**Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig.

Opioidanalgetika können bei chronischen Rückenschmerzen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts **zeitlich begrenzt** indiziert sein, daher sollte die Indikation auch ständig überprüft werden. Opioidanalgetika sind als einzige Maßnahme aber im Regelfall nicht ausreichend und führen nur bei einem Teil der Patientinnen und Patienten zur erwünschten Schmerzlinderung und/oder einer Verbesserung der funktionellen Kapazität. Eine langfristige Behandlung ist entsprechend nur bei Patientinnen und Patienten mit individuell gutem Ansprechen und guter Verträglichkeit sinnvoll. Aufgrund dieser eingeschränkten Wirksamkeit, des relevanten Nebenwirkungsprofils, der Suchtgefahr und der möglichen Einschränkung der Verkehrssicherheit, sollte eine **langfristige Anwendung von Opioiden** unter regelmäßiger kritischer Prüfung von Wirkung und Nebenwirkungen durchgeführt, angepasst oder beendet werden.

Bitte geben Sie an, ob aktuell eine kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation mit Opioiden erfolgt und wenn ja, wie lange diese schon andauert. Wird Ihre Patientin oder Ihr Patient aktuell mit Opioidanalgetika behandelt, geben Sie bitte je nach Dauer der Medikation „Ja, länger als 12 Wochen“ oder „Ja, weniger als 12 Wochen“

an. Dauert die Behandlung aktuell exakt 12 Wochen an, geben Sie bitte „Ja, weniger als 12 Wochen“ an. Erhält Ihre Patientin oder Ihr Patient keine kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation mit Opioiden, geben Sie bitte „Nein“ an.

### **Aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation: Nicht-Opioidanalgetika**

**Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig.

Das Dokumentationsfeld bezieht sich auf alle Nicht-Opioidanalgetika. Sofern NSAR eingesetzt werden, sollte dies in der möglichst niedrigsten wirksamen Dosierung geschehen. COX-2-Hemmer können als Alternative erwogen werden, wenn NSAR nicht vertragen werden. NSAR und COX-2-Hemmer sollen dabei **so kurzzeitig wie möglich**, unter Berücksichtigung des gastrointestinalen und kardiovaskulären Risikoprofils sowie unter Beachtung der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt werden. Metamizol kann bei Kontraindikationen für NSAR erwogen werden. Auch hier gilt der Grundsatz: **Niedrigste Dosis so kurzzeitig wie möglich** unter Berücksichtigung der Warnhinweise. Paracetamol sollte nicht zur Behandlung von nicht-spezifischen Kreuzschmerzen eingesetzt werden.

Bitte geben Sie hier an, ob eine aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation mit Nicht-Opioidanalgetika erfolgt, und falls ja, ob diese „**Dauerhaft**“ oder „**Bei Bedarf**“ erfolgt. Bitte beachten Sie, dass hier auch eine **Selbstmedikation zu dokumentieren** ist. Erfolgt aktuell keine aktuelle kreuzschmerzbedingte Schmerzmedikation mit Nicht-Opioidanalgetika, geben Sie bitte „Nein“ an.

### **Schulung**

Multimodale kreuzschmerz-spezifischen Schulungen stellen eine **zentrale Maßnahme** in diesem DMP dar. Daher soll jede Patientin und jeder Patient Zugang zu einer kreuzschmerz-spezifischen Schulung erhalten. Bitte machen Sie jeweils eine Angabe zu den folgenden drei Dokumentationsfeldern zu Schulungen:

#### **Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer multimodalen Schulung teilgenommen**

Eine Angabe in diesem Feld ist nur im Rahmen der **Erstdokumentation** möglich und hier verpflichtend. **Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig. Bei der Folgedokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient bereits vor Einschreibung in das DMP an einer multimodalen kreuzschmerz-bedingten Schulung teilgenommen hat. „Multimodal“ bedeutet hier, dass mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, die aufeinander abgestimmt sind in der Schulung enthalten sein sollte.

Eine erneute Teilnahme an einer Schulung im Rahmen des DMP ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

#### **Kreuzschmerz-spezifische Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)**

**Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig.

Wenn Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einer kreuzschmerz-spezifischen Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „Ja“ an. Wenn Sie bereits zuvor eine Schulung empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie die Empfehlung bitte erneut aus und kreuzen hier „Ja“ an.

Sollten Sie keine Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „Nein“ an.

## Kreuzschmerz-spezifische Schulung wahrgenommen

Die Angaben zur Schulung beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf eine Schulung, die Sie Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend.

Bei der Erstdokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient im Dokumentationszeitraum an einer Schulung teilgenommen, geben Sie bitte „Ja“ an.

War die Teilnahme an einer Schulung innerhalb des Dokumentationszeitraums aus nachvollziehbaren Gründen nicht möglich, geben Sie hier bitte „War aktuell nicht möglich“ an. Solche Gründe können z.B. fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt der Patientin oder des Patienten oder private Gründe sein. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten.

Sollten Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten bei einer der vorhergehenden Dokumentationen eine Schulung empfohlen haben, die Patientin bzw. der Patient die Schulung aber ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, geben Sie bitte „Nein“ an.

**Bitte beachten Sie:** Diese Angabe kann bei wiederholter Angabe zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ an.

Die Angaben „Ja“, „War aktuell nicht möglich“ und „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ führen nicht zum Ausschluss der Patientin oder des Patienten aus dem Programm.

## Sonstige Behandlung

### Regelmäßig körperlich aktiv

**Mindestens eine Angabe** ist erforderlich. Eine Mehrfachnennung ist möglich.

Alle Patientinnen und Patienten sollen zu **regelmäßiger** und entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit allmählich gesteigerter **körperlicher Aktivität** im Alltag motiviert werden. Dabei soll regelmäßig körperliches Training durchgeführt werden, entweder **selbständig oder durch die Teilnahme an einem von Fachkräften geleiteten Sportprogramm** beziehungsweise durch die Teilnahme an Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining. Die Art der körperlichen Aktivität soll sich nach den individuellen Präferenzen und Voraussetzungen Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten richten.

Bitte geben Sie „Ja“ an, wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient regelmäßig körperlich aktiv ist.

Sollte aus einem für Sie nachvollziehbaren Grund regelmäßige körperliche Aktivität nicht möglich gewesen sein (z.B. aufgrund einer Komorbidität), geben Sie bitte „Nicht möglich“ an.

Ist Ihre Patientin bzw. Ihr Patient aus keinem für Sie nachvollziehbaren Grund körperlich nicht aktiv, geben Sie bitte ausschließlich die Antwort „Nein“ an.

Als Mehrfachnennung möglich ist daher nur die Kombination der Antworten: „Nein“ und „Nicht möglich“

## **Erreichen mindestens eines der individuell vereinbarten Ziele seit der letzten Dokumentation**

Eine Angabe in diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend. **Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig.

Bei der Erstdokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Im Rahmen der Therapieplanung erstellen Sie gemeinsam mit Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten einen **Therapieplan mit individuellen Zielen** (z. B. zur Steigerung der körperlichen Aktivität oder zur regelmäßigen Übung von Entspannungsverfahren). Inwiefern das Ziel oder die **Ziele erreicht sind**, soll **bei jeder Konsultation im Rahmen des DMP überprüft** werden. In Abhängigkeit der Zielerreichung sollen die Ziele entsprechend angepasst werden.

Geben Sie hier bitte an, ob seit der letzten Dokumentation „Mindestens ein Ziel erreicht“ wurde oder ob „Noch kein Ziel erreicht“ wurde. Haben Sie aktuell nicht überprüft, ob seit der letzten Dokumentation Ziele erreicht wurden, oder haben Sie in der Vergangenheit gar kein individuelles Ziel vereinbart, geben Sie dies bitte entsprechend mit „Kein Ziel überprüft“ oder „Kein Ziel vereinbart“ an.

Individuelle Ziele, die Sie während der DMP-Teilnahme gemeinsam mit Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten anpassen, sind bei jeder Dokumentation im Hinblick auf die Zielerreichung zu überprüfen und anzugeben.

Im Rahmen der Qualitätssicherung wird es als gute ärztliche Qualität bewertet, wenn Sie gemeinsam mit Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten individuelle Ziele vereinbart haben und diese auch regelmäßig überprüfen. Auch wenn die Patientin bzw. der Patient die gemeinsam vereinbarten Ziele nicht erreicht, wird dies nicht als schlechte ärztliche Qualität bewertet.

## **CPG Item 3: Durchschnittliche Stärke der Kreuzschmerzen in den letzten drei Monaten**

In diesem Feld ist eine **numerische Angabe ohne Nachkommastelle** erforderlich.

Zur regelmäßigen Verlaufsuntersuchung in diesem DMP gehört die Beurteilung der **subjektiven Schmerzstärke** der Patientin bzw. des Patienten. Diese wird hier über eine standardisierte Selbsteinschätzung der Patientin oder des Patienten erfasst. Dieses Feld entspricht der Frage (Item) 3 im CPG-Fragebogen, den Sie zur Einschreibung der Patienten eingesetzt haben.

Bitte lassen Sie dafür Ihre Patientin oder Ihren Patienten auf einer **Skala von 0 bis 10** einschätzen, wie **stark ihre bzw. seine Rückenschmerzen in den letzten drei Monaten im Durchschnitt** waren.

Dabei steht die Zahl „0“ für ‚**keine Schmerzen**‘ und die Zahl „10“ für den ‚**stärksten vorstellbaren Schmerz**‘.

Geben Sie die Angabe als ganze Zahl in diesem Feld ein. Eine Angabe kleiner als „0“ und größer als „10“ ist nicht möglich.

## **CPG Item 5: Kreuzschmerzbedingte Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivitäten (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) in den letzten drei Monaten**

In diesem Feld ist eine **numerische Angabe ohne Nachkommastelle** erforderlich.

Zur regelmäßigen Verlaufsuntersuchung in diesem DMP gehört die Beurteilung der **subjektiven Funktionsbeeinträchtigung** (Beeinträchtigungen im Alltag, bei der Arbeit und/oder in der Freizeit durch die Schmerzen) der Patientin bzw. des Patienten. Diese wird hier über eine standardisierte Selbsteinschätzung der Patientin oder des Patienten erfasst. Dieses Feld entspricht der Frage (Item) 5 im CPG-Fragebogen, den Sie zur Einschreibung der Patienten eingesetzt haben.

Bitte lassen Sie Ihre Patientin oder Ihren Patienten auf einer **Skala von 0 bis 10** einschätzen, **in welchem Maße die Rückenschmerzen in den letzten den Monaten ihre bzw. seine alltäglichen Aktivitäten (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt haben.**

Dabei steht die Zahl „0“ für ‚**keine Beeinträchtigung**‘ und die Zahl „10“ für ‚**Maximale Beeinträchtigung / keine Aktivitäten mehr möglich**‘.

Geben Sie die Angabe als ganze Zahl in diesem Feld ein. Eine Angabe kleiner als „0“ und größer als „10“ ist nicht möglich.

### **Beendigung der DMP-Teilnahme vereinbart**

Eine Angabe in diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend. **Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig. Bei der Erstdokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Anders als bei anderen Erkrankungen, bei denen von einem lebenslangen chronischen Verlauf auszugehen ist, sind beim chronischen Rückenschmerz bei manchen Patienten Besserungen in einem Ausmaß möglich, die einen weiteren Verbleib im DMP nicht mehr zweckmäßig erscheinen lassen. Aus diesem Grund sollen Sie **regelmäßig überprüfen**, ob **die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme am DMP profitieren kann**. Sollten Sie gemeinsam mit der Patientin oder der Patient zu der Auffassung kommen, dass ihre oder seine weitere Teilnahme am DMP nicht sinnvoll ist, können Sie das über dieses Feld dokumentieren.

**Wenn Sie hier die Antwort „Ja“ angeben, erfolgt eine Beendigung der DMP-Teilnahme (Ausschreibung!) durch die Krankenkasse mit dem Erstelldatum dieser Dokumentation. Bitte beachten Sie, dass DMP-spezifische Leistungen, die nach dem Erstelldatum erbracht werden, daher nicht mehr vergütet werden.**

Eine erneute Teilnahme ist bei Vorliegen der Einschlusskriterien möglich.