

Aus PAIN2020-IMA wird A-IMA

FAQs

(Stand: 28.09.2021)

Sehr geehrte Interessent*innen,

im Folgenden haben wir für Sie die häufig an uns gerichteten Fragen und unsere Antworten zum Thema A-IMA zusammengetragen. Wir hoffen, dass Sie hier erste Antworten auch auf Ihre Fragen finden. Sollten Sie dennoch weitere Fragen haben, senden Sie uns gern eine E-Mail an: a-ima@schmerzgesellschaft.de.

Gerne erörtern wir auch in einem persönlichen Telefonat Ihre Fragen und weitere Schritte.

Für freuen uns auf Ihre Rückmeldung.

Thomas Isenberg

Geschäftsführer Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Inhalt

A-IMA	3
Was ist das A-IMA?	3
Wozu das Screening?	3
Wer führt das Screening durch?	3
Wie ist der Ablauf des Assessments?	3
Welchen Zeitaufwand bedeutet das A-IMA für die Einrichtung und die Patienten?	3
Was folgt aus dem Assessment?	4
Darf ich die Patienten im Anschluss in die normale Regelversorgung nehmen und dann auch normal abrechnen?	4
Kann es vorkommen, dass sich das Team aus Arzt, Psychologe, Physiotherapeut hinsichtlich des Ergebnisses nicht einig sind?	4
Was passiert, wenn wir den Patienten die Empfehlung zur ambulanten Schmerztherapie geben und sie dann mehr als 6 Monate auf einen Termin warten müssen?	4
Welche Patienten können in das A-IMA aufgenommen werden?	4
Welche Patienten können am A-IMA teilnehmen?	4
Welche Patienten können nicht aufgenommen werden?	4
Welche sind die Risikofaktoren für chronifizierende Schmerzen?	5

Sind die berücksichtigten Chronifizierungsrisiken dieselben wie im PAIN2020?	5
Richtet sich A-IMA ausschließlich an Patienten der Barmer?.....	5
Eine manifeste chronische Schmerzerkrankung schließt die Aufnahme aus?	5
Vorteile der Teilnahme für Patienten	5
Patientenaufnahme	5
Wie erreichen wir die Patienten mit Schmerzen und Chronifizierungsfaktoren rechtzeitig?	5
Sollten die Teilnehmer am A-IMA Ärzte ansprechen, die das Screening durchführen?.....	6
Können sich ambulante und stationäre Leistungserbringer „mischen“?	6
Gibt es eine Möglichkeit der Zuweisung durch die Kassen nach 6-wöchiger AU?	6
Wie können Patienten am A-IMA teilnehmen?.....	6
Wer macht das Vorgespräch, ohne oder mit Screening?	6
Gibt es Vorgaben bezüglich einer Patientenzahl?	6
Anforderungen an teilnehmende Zentren	7
Welche Voraussetzungen müssen schmerzmedizinische Einrichtungen haben, um das A-IMA anzubieten? ...	7
Welche Weiterbildungen sind für das A-IMA-Team erforderlich?	7
Welche Vertretungsregelungen sind zu treffen?.....	7
Können Reha-Zentren teilnehmen?	7
Vorteile der Teilnahme	7
Welche Vorteile bietet A-IMA dem schmerzmedizinischen Zentrum?	7
Wie erfolgt die Vergütung?	8
Innerhalb welchen Zeitraums nach Einwilligung des Patienten muss das A-IMA abgeschlossen sein?	8
Datenerfassung und Dokumentation.....	8
Welche Daten werden erhoben?.....	8
Wie werden Daten erhoben und verarbeitet?	8
Wie wird für die Datenerfassung der Datenschutz gesichert?	8
Welches Chronifizierungsstadium (z. B. Gerbershagen) wird akzeptiert?	8
Wo sind die A-IMA-Dokumentationsvorgaben zu dokumentieren?	8
Gibt es elektronische Dokumente für die Schmerzfragebögen?	9
Gibt es für die Dokumentation des Assessmentteils Beispiele/Vorlagen?	9
Unterscheidet sich das Vorgehen und die Dokumentation mit und ohne KEDOQ-Schmerz?.....	9
Vertragliche Voraussetzungen	9
Warum ist ein Vertrag mit der Barmer abzuschließen?	9
Werden weitere Krankenkassen die Vergütung eines A-IMA über diesen Selektivvertrag anbieten? Welche Veränderungen bringt dies mit sich?.....	9
Müssen wir einen Vertrag mit der Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. schließen und einen Kostenbeitrag zahlen?.....	9
Bedeutung für die Schmerzgesellschaft.....	10
Fortführung von PAIN2020	10
Qualitätssicherung des Selektivvertrages.....	10
A-IMA in der Regelversorgung.....	10

A-IMA

Was ist das A-IMA?

A-IMA ist ein Projekt zur Prävention einer Schmerzchronifizierung. Es stellt damit die Fortführung von PAIN2020 durch die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. mit der BARMER dar und dient der Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz für Patienten mit Risikofaktoren für chronifizierende Schmerzen. Es besteht aus einem Screening, einem Interdisziplinär-Multimodalen Assessment und einer Nachbefragung nach 3-6 Monaten.

Wozu das Screening?

Das Screening soll Patienten mit Risikofaktoren „finden“, die noch nicht chronifiziert sind. Für letztere kann die schmerztherapeutische Regelversorgung in Anspruch genommen werden. Das Screening besteht aus Patientenfragebogen zur Erfassung von Chronifizierungsrisiken und Aufnahmebogen mit Ein- und Ausschlusskriterien durch den Arzt.

Wer führt das Screening durch?

Das Screening mit Patientenfragebogen und Aufnahmebogen kann beim behandelnden Arzt erfolgen oder im Zentrum nach Zuweisung. Das Screening soll sich dort auch nur auf diese beiden Dokumente stützen. Im Assessment kann sich dann herausstellen, dass die Patienten doch mehr chronifiziert sind.

Wie ist der Ablauf des Assessments?

A-IMA ist eine Abgestimmte Interdisziplinär-Multimodale Diagnostik und Untersuchung durch ein Team aus Arzt, Psychologe, Physiotherapeut mit den Bestandteilen:

- Jeweilige multiprofessionelle Befunderhebung und Dokumentation
- gemeinsame multiprofessionelle Teamsitzung zur Befundbesprechung/Modellerarbeitung
- Team-Abschlussgespräch zusammen mit dem Patienten
- Patientenorientierte und sektorenübergreifende Steuerung der Patienten unter Berücksichtigung von Chronifizierungsrisiken
- Befundbericht an Zuweiser

Welchen Zeitaufwand bedeutet das A-IMA für die Patienten und die Einrichtung?

Der Zeitaufwand beträgt

- Je Patient
 - Etwa 4 Stunden
- je Berufsgruppe
 - Befundung 60 Minuten
 - Dokumentation 15 Minuten
- Teamsitzung
 - Vorbereitungszeit im Team 20 Minuten
 - Abschlussgespräch zusammen mit dem Patienten 15 Minuten.

Was folgt aus dem Assessment?

Den teilnehmenden Patienten sollen ihrem Behandlungsbedarf entsprechende sektorenübergreifende Therapieempfehlungen in der Regelversorgung gegeben werden. Die Vorbesprechung in der Teamsitzung gilt der Zusammenstellung des Behandlungsbedarfs aus multiprofessioneller Sicht. Im Abschlussgespräch mit den Patienten wird diese Teamsicht vermittelt und mit ihren Vorstellungen abgeglichen. Ziel ist eine möglichst konkrete Planung und Hilfestellung.

Darf ich die Patienten im Anschluss in die normale Regelversorgung nehmen und dann auch normal abrechnen?

Ja. Es können alle Optionen der Regelversorgung, einschließlich Ihrer eigenen Angebote genutzt werden. Ausschlaggebend ist der Behandlungsbedarf der Patienten.

Kann es vorkommen, dass sich das Team aus Arzt, Psychologe, Physiotherapeut hinsichtlich des Ergebnisses nicht einig sind?

Wesentlicher Inhalt der Vorbesprechung im Team ist die Abstimmung über das weitere Vorgehen. Jede Berufsgruppe bringt zunächst ihre Sicht ein, die sehr unterschiedlich sein kann. Bzgl. der Therapieempfehlungen muss zunächst entschieden werden, ob noch weitere diagnostische Maßnahmen durchzuführen sind, die für eine hinreichend sichere Einordnung des Krankheitsbildes sowie die Therapieentscheidung erforderlich sind. Eine Prioritätensetzung sollte im Team immer möglich sein.

Es wird empfohlen, konkrete Therapie- und Handlungsempfehlungen aus den Berufsgruppen systematisch aufzunehmen und eine Zusammenfassung in den Befundbericht anzufügen.

Was passiert, wenn wir den Patienten die Empfehlung zur ambulanten Schmerztherapie geben und sie dann mehr als 6 Monate auf einen Termin warten müssen?

Das ist natürlich schädlich, da in diesem Zeitraum von 6 Monaten die Patienten chronifizieren können. Eine Terminvergabe nach solch einem langen Zeitraum widerspricht der Zielsetzung des A-IMA.

Welche Patienten können in das A-IMA aufgenommen werden?

Welche Patienten können am A-IMA teilnehmen?

Es können Versicherte der Barmer mit chronifizierenden Schmerzen teilnehmen, sofern die folgenden Einschlusskriterien zutreffen:

- Alter des Patienten: Mindestens 18 Jahre
- Schmerzen seit mind. 6 Wochen neu aufgetreten, seit einer längeren Zeit wiederholt aufgetreten und/oder anhaltend
- Schmerz-bedingte Einschränkungen im Lebensvollzug und
- Risiken für eine Chronifizierung erkennbar

Welche Patienten können nicht aufgenommen werden?

Patienten mit folgenden Ausschlusskriterien können nicht in das A-IMA aufgenommen werden:

- Vorliegen anderer, akut wirksame schwerwiegende Erkrankungen,
- einer schweren und aktiven psychiatrischen Störung,
- einer manifesten chronischen Schmerzerkrankung,
- einem laufenden Renten- oder Reha-Verfahren oder
- sprachliche und/oder kognitive Einschränkungen, die eine Durchführung nicht ermöglichen.

Welche sind die Risikofaktoren für chronifizierende Schmerzen?

Risikofaktoren für chronifizierende Schmerzen sind

- ausgeprägtes Schmerzverhalten (verbal, nonverbal)
- Hinweise auf Somatisierung (z.B. vielfältige, „bunte“ Symptomatik)
- depressive Symptome im Erleben und/oder Verhalten
- ungünstige Schmerzverarbeitung (Fokussierung, Ängste, ...)
- ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten
- Hinweise auf Stressbelastung in Familie, Partnerschaft, sozialem Umfeld und/oder Beruf
- ungünstige Verhaltensweisen (Überforderung, „Durchhalten“)
- hohes Inanspruchnahmeverhalten im Versorgungssystem

Sind die berücksichtigten Chronifizierungsrisiken dieselben wie im PAIN2020?

Ja, die Chronifizierungsrisiken sind beibehalten s. Patientenfragebogen und Aufnahmebogen. Es sollen die Patienten erreicht werden, die noch nicht chronisch krank sind.

Richtet sich A-IMA ausschließlich an Patienten der Barmer?

Aktuell richtet sich das Angebot an Barmer-Versicherte. Aber das Projekt ist geöffnet und weitere Krankenkassen angesprochen. Dann kann das Angebot ausgeweitet werden.

Eine manifeste chronische Schmerzerkrankung schließt die Aufnahme aus?

S. Ausschlusskriterien: ja! Aber das Screening mit Patientenfragebogen und Aufnahmebogen ist möglicherweise bei im Zentrum bis dahin nicht bekannten Patienten nicht sensitiv. Daher kann sich u.U. erst beim Assessment eine Chronifizierung ergeben. In jedem Fall sollte ausgeschlossen werden, dass die entsprechende Diagnose oder Behandlungsverfahren erfolgt sind.

Vorteile der Teilnahme für Patienten

Die Teilnahme bietet den Patienten frühzeitige Erkennung einer möglichen Chronifizierung und eine bedarfsorientierte individuelle Versorgung ihrer Schmerzen. Ziel ist es, die Chronifizierung aufzuhalten bzw. abzuwenden.

Patientenaufnahme

Wie erreichen wir die Patienten mit Schmerzen und Chronifizierungsfaktoren rechtzeitig?

Unbestritten ist, dass es diese Patienten in großer Zahl gibt. Die behandelnden Ärzte, aber auch die Patienten selbst unterschätzen die Dynamik. In PAIN2020 war es nicht leicht, Patienten zu erreichen.

Das A-IMA muss aktiv beworben werden.

Auf der Homepage der Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. wird umfassend informiert, z.B. auch mit einer Landkarte der teilnehmenden Einrichtungen. Aber auch die Öffentlichkeitsarbeit wird - gemeinsam mit der BARMER - wirksam getrieben.

Sollten die Teilnehmer am A-IMA Ärzte ansprechen, die das Screening durchführen?

Das ist unser Wunsch. Dadurch erreichen wir mehr Interessenten und Patienten erhalten einen schnelleren Zugang zum Projekt. Nach den Erfahrungen aus PAIN2020 können auch andere Orte (Ambulanzen, Apotheken, Physiopraxen, Sportforen) für die Patientenansprache genutzt werden.

Also Kooperation mit den Kollegen im eigenen Haus und das umliegende Netzwerk informieren und motivieren....

Können sich ambulante und stationäre Leistungserbringer „mischen“?

(z.B. niedergelassener Orthopäde screent, niedergelassener Schmerztherapeut, im KH angestellter Psychotherapeut und Physiotherapeut)?

Die Organisation der Aufgaben im A-IMA ist den Zentren und ihren Absprachen überlassen. Erfahrungsgemäß wollen kooperierende Ärzte oft nicht selbst das Screening durchführen. Ambulante Zentren können Screening und Assessment in Aufgabenteilung auch mit stationären Einrichtungen durchführen. Voraussetzung ist allerdings, dass es sich um eingespielte Teams mit den Erfahrungen in Teamarbeit handelt. So können alle Berufsgruppen ihre Gesichtspunkte aus ihrer Befundung beitragen.

Gibt es eine Möglichkeit der Zuweisung durch die Kassen nach 6-wöchiger AU?

Eine 6-wöchige AU ist sicher ein Chronifizierungsfaktor. Wir besprechen solche Kriterien mit der BARMER und den weiteren Krankenkassen. Aber das Besondere am A-IMA ist auch, dass wir keine obere Altersgrenze haben und Berufstätigkeit nicht Voraussetzung für eine Teilnahme der Patienten ist.

Wie können Patienten am A-IMA teilnehmen?

Die Teilnahme der Patienten am A-IMA ist freiwillig. Aber sie müssen schriftlich einwilligen. Sie erhalten vom teilnehmenden Zentrum die umfassende Information einerseits über den A-IMA-Selektivvertrag und die Erfassung ihrer Daten als Voraussetzung zu Erbringung des A-IMA und dessen Abrechnung. Andererseits gibt es Information und Einwilligung zur datengeschützten Behandlung der Daten für die Qualitätssicherung. Hierfür stehen die Unterlagen auf der Homepage der Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. bereit.

Auch nach erfolgter Einwilligung kann der Patient vor Beginn zurücktreten, dann aber auch die Leistung nicht erhalten.

Wer macht das Vorgespräch, ohne oder mit Screening?

Das Vorgespräch (Screening) kann der kooperierende Arzt unter Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien durchführen. Der behandelnde Arzt kann aber auch das Screening an das Zentrum delegieren. Wichtig ist in beiden Fällen, dass der Patient der Zuweisung zustimmt und über die Ansprechpartner im Zentrum informiert wird.

Gibt es Vorgaben bezüglich einer Patientenzahl?

Nein, es gibt keine Verpflichtung. Wenn Sie wenige Patienten aufnehmen, können Sie auch wenige abrechnen.

Anforderungen an teilnehmende Zentren

Welche Voraussetzungen müssen schmerzmedizinische Einrichtungen haben, um das A-IMA anzubieten?

Anbieten können es alle Einrichtungen, welche die organisatorischen sowie die medizinischen und medizintechnischen Voraussetzungen für die vereinbarte Besondere Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen. Sie müssen über eine entsprechende Zulassung nach den Regelungen des SGB V und XI (Krankenhäuser nach §§ 108, 109 SGB V, ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V, niedergelassene Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V) verfügen.

Welche Weiterbildungen sind für das A-IMA-Team erforderlich?

Hierzu sind diagnostische und therapeutische Erfahrungen wie bei PAIN2020 gefordert notwendig. Erforderlich sind vor allem schmerztherapiebezogene und Teamerfahrungen aller Mitarbeiter.

Ärzte müssen die Zusatzbezeichnung Schmerztherapie erworben haben, Psychologen eine schmerztherapeutische Qualifikation nach einem Curriculum, das von einer der schmerzbezogenen Fachgesellschaften der AWMF anerkannt ist. Grundsätzlich gilt diese Regelung auch für Vertreter aus der Physiotherapie. In Ausnahmefällen kann diese Ausbildung auch in naher Zukunft begonnen werden.

Welche Vertretungsregelungen sind zu treffen?

Während Urlaub oder Krankheit eines Mitglieds des festen Teams können andere erfahrene Kräfte der Berufsgruppe für das Assessment eingesetzt werden. Wenn dauerhaft qualifiziertes Personal fehlt, müssen die betreffenden Zentren mit dem A-IMA pausieren.

Können Reha-Zentren teilnehmen?

Reha-Zentren mit entsprechender Erfahrung eines Interdisziplinär-Multimodalen Assessments können am A-IMA teilnehmen, wenn sie die vertraglichen Bedingungen einhalten.

Vorteile der Teilnahme

Welche Vorteile bietet A-IMA dem schmerzmedizinischen Zentrum?

Den schmerzmedizinischen Einrichtungen bietet A-IMA folgende Vorteile:

- Angebot einer neuen Versorgungsleistung: frühes Interdisziplinär-Multimodales Assessment mit bedarfsorientierter Steuerung sektorenübergreifend in die Regelversorgung
- Vergütung dieser Leistungen Screening (35€), Assessment und Nachbefragung über einen Selektivvertrag (740€, davon 50€ an die Schmerzgesellschaft)
- Zusammenarbeit mit dem Projektteam und der BARMER bzw. weiteren Krankenkassen
- Verwendung des Kerndatensatzes KEDOQ-Schmerz als gemeinsame Basisdokumentation ergänzt um die Assessmentdokumentation
- Datenhaltung und -Verfügbarkeit
- Nennung der aktiven Teilnehmer
- Hilfe bei externer Qualitätssicherung
- Mitarbeit an der Zukunft der Schmerzmedizin

Wie erfolgt die Vergütung?

Die BARMER vergütet den Leistungserbringern die von ihnen erbrachten Leistungen in Höhe einer festgelegten vereinbarten Vergütung pro Patient. Diese ist in der Anlage zum Selektivvertrag festgelegt.

Innerhalb welchen Zeitraums nach Einwilligung des Patienten muss das A-IMA abgeschlossen sein?

Das Assessment soll zeitnah erfolgen, um wirklich die Chronifizierung aufhalten zu können. Nach den Erfahrungen aus PAIN2020 ist aus internen, aber auch patientenverursachten Gründen ein Zeitraum von maximal 4 Wochen realistisch.

Datenerfassung und Dokumentation

Welche Daten werden erhoben?

Es sind 4 Zeitpunkte für die Datenerfassung vorgesehen, die den Ablauf für Patienten begleiten.

- Beim Screening beim kooperierenden Arzt oder im Zentrum: Patientenfragebogen zur Erfassung der Chronifizierungsgefahr und Aufnahmebogen mit Ein- und Ausschlusskriterien
- Bei Aufnahme: Einwilligung der Patienten zur Versorgung gemäß Selektivvertrag und Qualitäts-Kooperationsvertrag sowie in Vorbereitung des Assessments der Patientenfragebogen DSF
- Beim Assessment: berufsbezogene Befunde, Teamempfehlung und Patientenentscheidung
- Verlaufsbefragung mit Patientenverlaufsfragebogen.

Die Dokumentationsunterlagen werden allen Teilnehmern zur Verfügung gestellt und sind in dem Dokumentationsverzeichnis im Anhang des Qualitäts-Kooperationsvertrages ersichtlich.

Wie werden Daten erhoben und verarbeitet?

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Datenerfassung und Evaluierung der Daten verpflichten sich alle Vertragspartner zu einer ausreichenden Dokumentation. Diese wird über eine gesonderte Datenbank in Abgleich mit der KEDOQ-Schmerz-Datenbank allen Teilnehmern zugänglich gemacht.

Wie wird für die Datenerfassung der Datenschutz gesichert?

In jeder Einrichtung wird eine Patientenliste geführt. Diese dient gleichzeitig als Abrechnungsgrundlage. Hier sind die Patienten persönlich bekannt und haben schriftlich eingewilligt.

Die teilnehmenden Zentren erhalten einen Kennwort-geschützten eigenen Zugang zu der online-Datenbank. Hier werden Patientendaten ausschließlich pseudonymisiert geführt.

Welches Chronifizierungsstadium (z. B. Gerbershagen) wird akzeptiert?

Das Chronifizierungsstadium nach Gerbershagen ist Bestandteil des Kerndatensatzes.

Wo sind die A-IMA-Dokumentationsvorgaben zu dokumentieren?

Wie in PAIN2020 ist eine Datenbank vorgesehen, in welcher die Daten erfasst werden.

Gibt es elektronische Dokumente für die Schmerzfragebögen?

Wenn Patienten ihre E-Mail-Adresse angeben und dies wünschen, können sie statt der Papierversionen E-Mails erhalten. Vorgesehen ist (im Unterschied zu PAIN2020), dass Patienten auch für den DSF einen Link zugesandt bekommen können. Der Link für die Verlaufsbefragung bleibt.

Gibt es für die Dokumentation des Assessmentteils Beispiele/Vorlagen?

Es gibt für alle Berufsgruppen berufsspezifische Dokumentationsunterlagen für ihre Befunde. Die Dokumentationsunterlagen wurden nach den Erfahrungen mit PAIN2020 leicht gekürzt und angepasst.

Die ärztliche Ergänzung ist Teil des Kerndatensatzes und wird im Assessment erfasst.

Unterscheidet sich das Vorgehen und die Dokumentation mit und ohne KEDOQ-Schmerz?

Die Teilnehmer nutzen ihre Routine für die Aufnahme ihrer Patienten. Dies gilt auch für die Patienteninformation und die Aufnahmedokumentation. KEDOQ-Schmerz-Nutzer haben so die Option Doppeltdokumentation zu vermeiden.

Vertragliche Voraussetzungen

Warum ist ein Vertrag mit der Barmer abzuschließen?

Die Honorierung von Screening und Assessment wird über einen Selektivvertrag außerhalb der Regelversorgung zunächst von der BARMER geleistet.

Der Vertragsschluss mit der Barmer (Selektivvertrag) ist an den Vertragsschluss des Qualitäts-Kooperationsvertrages mit der Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. gebunden.

Werden weitere Krankenkassen die Vergütung eines A-IMA über diesen Selektivvertrag anbieten? Welche Veränderungen bringt dies mit sich?

Die Deutsche Schmerzgesellschaft ist im Gespräch mit weiteren Krankenkassen, die sich dem Selektivvertrag anschließen können.

Damit kann die umfassende Versorgungsleistung einem größeren Patientenkreis zugänglich gemacht werden. Dadurch können Sie die Vorteile für Ihre Einrichtung in einem größeren Rahmen nutzen.

Müssen wir einen Vertrag mit der Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. schließen und einen Kostenbeitrag zahlen?

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. bietet Ihnen die im Qualitäts-Kooperationsvertrag genannten Leistungen wie z.B. das A-IMA-Konzept inkl. der Bereitstellung der Dokumentationsinstrumente, die Errichtung und Pflege einer gesonderten A-IMA-online-Datenbank als Grundlage für die Qualitätssicherung und der geplanten Qualitätskonferenzen, die Öffentlichkeitsarbeit (auch zur Einwerbung weiterer Krankenkassen) sowie den Informationsaustausch und die Kommunikation mit allen Einrichtungen.

Das Projekt PAIN2020 wurde durch öffentliche Mittel gefördert. Diese Förderung ist nun ausgelaufen. Im Folgenden müssen die Kosten der Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. durch die Vertragspartner mitgetragen werden.

Bedeutung für die Schmerzgesellschaft

Fortführung von PAIN2020

PAIN2020 war das erste Innovationsfondsprojekt bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Die Möglichkeit der Fortführung schon in der Zeit von dessen Evaluation ist eine großartige Chance für das frühe IMA für Patienten mit Chronifizierungsfaktoren in der Regelversorgung. In Abgrenzung zu dem IMA für Patienten mit chronischen Schmerzen wird es nun A-IMA genannt.

Qualitätssicherung des Selektivvertrages

Mit Hilfe des Qualitäts-Kooperationsvertrages wird die Verpflichtung zur Qualitätssicherung des Selektivvertrages eingelöst. Gleichzeitig verbreitert sich die Basis für die Evaluation des A-IMA in Fortführung aus PAIN2020.

A-IMA in der Regelversorgung

Ein Selektivvertrag steht eigentlich im Gegensatz zur Regelversorgung. Für Innovationsfondsprojekte ist er aber ein wichtiger Schritt: Es gibt „erleichterte“ Bedingungen für den Nachweis von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einer Leistung, sobald die Evaluation des Projektes selbst vorliegt.