
Aus PAIN2020-IMA wird A-IMA

FAQs

(Stand: 25.11.2021)

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.....	5
Was ist das A-IMA?.....	5
Wozu das Screening?	5
Wer führt das Screening durch?.....	5
Wo erfolgt das Screening? Beim kooperierenden Arzt oder in den Zentren?.....	5
Wie ist der Ablauf des Assessments?	5
Welchen Zeitaufwand bedeutet das Assessment selbst für die Patienten und die Einrichtung?	5
Anhand welcher Dokumente oder Tests erfolgt die Entscheidung „chronifiziert/nicht chronifiziert“?	6
Was folgt aus dem Assessment?	6
Wie ist der weitere Verlauf; wer lädt hierzu ein? Was passiert, wenn die Patienten sich nicht melden?.....	6
Darf ich die Patienten im Anschluss in die normale Regelversorgung nehmen und dann auch normal abrechnen?	7
Kann es vorkommen, dass sich das Team aus Arzt, Psychologe, Physiotherapeut hinsichtlich des Ergebnisses nicht einig sind?.....	7
Was passiert, wenn wir den Patienten die Empfehlung zur ambulanten Schmerztherapie geben und sie dann mehr als 6 Monate auf einen Termin warten müssen?	7
Welche Patienten können in das A-IMA aufgenommen werden?.....	7
Welche Patienten können am A-IMA teilnehmen?	7
Welche Patienten können nicht aufgenommen werden?	7
Welche sind die Risikofaktoren für chronifizierende Schmerzen?	8
Sind die berücksichtigten Chronifizierungsrisiken dieselben wie im PAIN2020?	8
Richtet sich A-IMA ausschließlich an Versicherte der BARMER?	8
Wann ist mit der Öffnung für alle Kassen zu rechnen?.....	8
Was können wir selbst tun, um Patienten zur Teilnahme zu motivieren?	8
Eine manifeste chronische Schmerzerkrankung schließt die Aufnahme aus?.....	8
Vorteile der Teilnahme für Patienten	9
Patientenaufnahme.....	9
Wie erreichen wir die Patienten mit Schmerzen und Chronifizierungsfaktoren rechtzeitig?	9
Sollten die teilnehmenden A-IMA-Zentren ihr Ärzte-Netzwerk ansprechen, damit sie das Screening durchführen?.....	9
Können sich ambulante und stationäre Leistungserbringer „mischen“ (z.B. niedergelassener Orthopäde screent, niedergelassener Schmerztherapeut, im KH angestellter Psychotherapeut und Physiotherapeut)?	10
Gibt es eine Möglichkeit der Zuweisung durch die Kassen nach 6-wöchiger AU?.....	10
Wie kommen die Patienten zu uns?.....	10

Wie können Patienten am A-IMA teilnehmen?	10
Wer macht das Vorgespräch, ohne oder mit Screening?.....	10
Wie erfolgt die Verlaufsbefragung?	11
Gibt es Vorgaben bezüglich einer Patientenzahl?.....	11
Anforderungen an teilnehmende Zentren	11
Welche Voraussetzungen müssen schmerzmedizinische Einrichtungen haben, um das A-IMA anzubieten?	11
Welche Weiterbildungen sind für das A-IMA-Team erforderlich?	11
Welche Vertretungsregelungen sind zu treffen?	11
Können Reha-Zentren teilnehmen?	12
Welche Qualifikationen für Psychotherapeuten sind in Deutschland anerkannt?	12
Vorteile der Teilnahme.....	12
Welche Vorteile bietet A-IMA dem schmerzmedizinischen Zentrum?	12
Wie erfolgt die Vergütung?	12
Können die Leistungen B-IMST und E-IMST weiter erfolgen?	13
Innerhalb welchen Zeitraums nach Einwilligung des Patienten muss das Assessment abgeschlossen sein?	13
Datenerfassung und Dokumentation	13
Welche Daten werden erhoben?	13
Wie werden Daten erhoben und verarbeitet?	13
Gibt es Schulungen für die Durchführung des A-IMA und die Datenerhebung?	14
Wie wird für die Datenerfassung der Datenschutz gesichert?	14
Wo sind die A-IMA-Dokumentationsvorgaben zu dokumentieren?.....	14
Gibt es elektronische Dokumente für die Schmerzfragebögen?	14
Gibt es für die Dokumentation des Assessmentteils Beispiele/Vorlagen?	14
Unterscheidet sich das Vorgehen und die Dokumentation mit und ohne KEDOQ-Schmerz?	14
Vertragliche Voraussetzungen	15
Welche vertraglichen Voraussetzungen muss ich erfüllen, um am Selektivvertrag teilnehmen zu können?	15
Warum ist ein Vertrag mit der BARMER abzuschließen?.....	15
Werden weitere Krankenkassen die Vergütung eines A-IMA über diesen Selektivvertrag anbieten? Welche Veränderungen bringt dies mit sich?	15
Welche zeitliche Gültigkeit hat der Selektivvertrag?	15
Müssen wir einen Vertrag mit der Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. schließen und einen Kostenbeitrag zahlen?	15
Wie erfolgt die Prüfung der Voraussetzungen?	16
Wie lautet die Mailadresse für Vertragsanfragen?	16
Bedeutung für die Schmerzgesellschaft	16

Fortführung von PAIN2020	16
Qualitätssicherung des Selektivvertrages	16
A-IMA in der Regelversorgung	16

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 Patienten mit vorbekannter chronischer Schmerzerkrankung 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 kooperierenden Arzt erfolgen oder im Zentrum nach Zuweisung oder Anfrage durch den Patienten. Der kooperierende Arzt kennt den Patienten und kann deshalb mit diesen Kenntnissen screenen. Im Zentrum wird mit den Bögen B4 und B5 und ggfs. den Infos aus dem DSF gescreent. Es braucht also keinen gesonderten Anmeldeweg für diese Patienten. Im Assessment kann sich dann herausstellen, dass die Patienten doch mehr chronifiziert sind.

Wo erfolgt das Screening? Beim kooperierenden Arzt oder in den Zentren?

In PAIN2020 wurden etwa 10 % der Patienten vom kooperierenden Arzt gescreent, 90 % der Patienten in den Zentren. Die kooperierenden Ärzte kennen ihre Patienten und können die Einschlusskriterien leichter beurteilen und den Aufnahmebogen ausfüllen.

Wie ist der Ablauf des Assessments?

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

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

Welchen Zeitaufwand bedeutet das Assessment selbst für die Patienten und die Einrichtung?

Der Zeitaufwand beträgt

- Für Patienten
 - Etwa 4 Stunden

- je Berufsgruppe
 - Befundung 60 Minuten
 - Dokumentation 15 Minuten
- Teamsitzung
 - Vorberechnung im Team 15 Minuten
 - Abschlussgespräch zusammen mit dem Patienten 15 Minuten.

Der Zeitaufwand für den Patienten beträgt ca. 4 Stunden; der Zeitaufwand je Berufsgruppe beträgt 60 Minuten inkl. Anamnese und Dokumentation. Die Dokumentation ist zeitlich mitkalkuliert, fehlt also nicht bei der Patientenversorgung. Die Teamsitzung und das Abschlussgespräch erfolgen mit allen Berufsgruppen.

Für das Assessment sind durchschnittliche Zeiten kalkuliert worden, die entsprechend honoriert werden. Die Erfahrungen aus PAIN2020 belegen, dass diese Zeiten benötigt werden, aber meistens ausreichen.

Anhand welcher Dokumente oder Tests erfolgt die Entscheidung „chronifiziert/nicht chronifiziert“?

Die Diagnosen werden im Assessment auf Basis von Vorbefunden, DSF und interdisziplinärem Befund gestellt. Sie müssen nicht beim Screening eine Diagnose stellen, nur die Einschluss- und Ausschlusskriterien prüfen.

Wir müssen den Patienten fragen: Wie ist die Situation aktuell? Warum sind Sie hier? Wenn der Patient schon viele Ärzte gesprochen hat, ist eine Chronifizierung naheliegend. Die Formulierung bei den Ausschlusskriterien lautet „Bekannte manifeste chron. Schmerzerkrankung“. Die Diagnose F.45.41 ist ausschlaggebend.

Was folgt aus dem Assessment?

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

Hierzu gibt es die Vorlage C13 als Kurzeempfehlung an den Patienten selbst und die Vorlage C16, Ergänzung Befundbericht, die beide individuell ergänzt werden können. Die Vorlage enthält auch eine kurze Information zum Projekt, so dass der Haus-/Facharzt Ihnen möglicherweise auch weitere Patienten schickt.

Wie ist der weitere Verlauf; wer lädt hierzu ein? Was passiert, wenn die Patienten sich nicht melden?

Nach 3-6 Monaten gehen die Patienten in das Follow-up. Sie als durchführendes Zentrum machen auch die Nachbefragung. Dieser Aufwand ist kalkuliert. Sie haben auch die Möglichkeit, den Patienten per E-Mail anzuschreiben. Wenn die Patienten sich dann nicht melden, bitten wir Sie, nachzufragen. Sie sollten die Patienten gleich zu Beginn über die anstehende Nachbefragung informieren; auch dazu, wie wichtig sie für das gesamte Projekt ist. Dies ist auch Teil der initialen Unterlagen zur Aufklärung.

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

Ja. Sie können die Patienten ganz normal betreuen. Wenn der Behandlungsbedarf besteht, können die Patienten auch in Ihre ambulante Versorgung / Tagesklinik / Station kommen.

Es können sektorenübergreifend (!) alle Optionen der Regelversorgung, einschließlich Ihrer eigenen Angebote genutzt werden. Ausschlaggebend ist der Behandlungsbedarf der Patienten, den Sie und Ihr Team im A-IMA feststellen.

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.

Die Vorerfahrungen aus PAIN2020 zeigen, dass Einzeleinschätzungen der Berufsgruppen im Team oft modifiziert und angepasst werden, eine Einigung wurde nur in wenigen Fällen als schwierig eingeschätzt. Das A-IMA und das damit verbundene strukturierte Vorgehen kann auch für erfahrene Teams eine Bereicherung 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 wirksamer schwerwiegender
- 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.

Dennoch kann es vorkommen, dass im Assessment deutlich wird, dass bei einem Patienten die Diagnose einer chronischen Schmerzkrankheit gestellt wird.

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 Versicherte 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.

Wann ist mit der Öffnung für alle Kassen zu rechnen?

Der A-IMA-Selektivvertrag ist von Anfang an für alle gesetzlichen Krankenkassen geöffnet. Wir sind zuversichtlich, dass weitere Kassen beitreten, erst dann ist auch eine Aufnahme dieser Versicherten möglich. Entsprechende Prozesse sind eingeleitet, viele Kassen haben von PAIN2020 gehört. Darauf können wir aufbauen.

Was können wir selbst tun, um Patienten zur Teilnahme zu motivieren?

Auch auf der Homepage machen wir Werbung. Sie können sich mit Ihrer Einrichtung darauf verlinken. Wir haben eine Kurzinformation für Patienten erstellt. - Seien Sie „first mover“. Sie können jetzt schon schauen, wie man Patienten erreicht und kooperierende Ärzte ansprechen. Sie können Ihre Netzwerke informieren. Das Weiterführen der in PAIN2020 etablierten Strukturen und Prozesse zum JETZIGEN Zeitpunkt ist einfacher, als diese Strukturen nach einer längeren Zeit wieder aufzubauen!

Eine manifeste chronische Schmerzerkrankung schließt die Aufnahme aus?

S. Ausschlusskriterien: ja, wenn sie bekannt ist! Das Screening mit Patientenfragebogen und Aufnahmebogen - selbst unter Berücksichtigung des DSF - lässt im Zentrum bis dahin nicht bekannte Patienten nicht eindeutig identifizieren. Zuverlässig kann sich u.U. erst beim

Assessment eine Chronifizierung feststellen lassen. In jedem Fall sollte vor Aufnahme ausgeschlossen werden, dass entsprechende Behandlungsverfahren erfolgt sind, wie z.B. eine stationäre oder teilstationäre Schmerztherapie.

Vorteile der Teilnahme für Patienten

Die Teilnahme bietet den Patienten die frühzeitige Erkennung von Chronifizierungsfaktoren 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 kooperierenden 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 Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. wird umfassend informiert, z.B. auch mit einer Landkarte der teilnehmenden Einrichtungen. Es gibt demnächst eine separate Homepage zum A-IMA; aktuell findet sich diese noch als Unterseite der Schmerzgesellschaft. Es wird ein Patienten-Flyer erstellt, auf welchen sie ihre eigenen Stempel aufbringen können. Zudem treiben wir Social Media voran.

Es herrscht ständige Kommunikation mit den Einrichtungen. Weitere Krankenkassen werden -hoffentlich bald- dem Selektivvertrag beitreten.

Aber auch die Öffentlichkeitsarbeit wird - gemeinsam mit der BARMER - wirksam betrieben. Wenn die ersten Zentren mitmachen, können Mittel verwendet werden, um die Werbung voranzutreiben. Das Personal bei der Schmerzgesellschaft wird zu diesem Thema aufgestockt.

Wir wünschen uns aber auch, dass Sie ihr Netzwerk nutzen - über Ärzte und auch über das eigene Haus. Es kam in PAIN2020 vor, dass manche Kollegen im eigenen Haus auch nach 2 Jahren Laufzeit noch nicht informiert waren.

Sollten die teilnehmenden A-IMA-Zentren ihr Ärzte-Netzwerk ansprechen, damit sie 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, Physiotheraxen, 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, 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. Die dafür notwendigen organisatorischen, finanziellen und vertraglichen Regelungen sind dabei Aufgabe der beteiligten Partner untereinander.

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

Eine 6-wöchige AU ist sicher ein Hinweis auf eine Chronifizierungsgefahr. Wir besprechen solche Kriterien mit der BARMER und den weiteren Krankenkassen. Entsprechende Patienten sind auch nur eine Teilgruppe, der für das A-IMA geeigneten Patienten. Denn das Besondere am A-IMA ist auch, dass wir keine obere Altersgrenze haben und Berufstätigkeit nicht Voraussetzung für eine Teilnahme der Patienten ist.

Wie kommen die Patienten zu uns?

Manche Patienten werden Kenntnis vom A-IMA haben. Die BARMER wirbt z.B. in ihrer Mitgliederzeitschrift. Wenn Patienten von selbst von dem Projekt gehört haben, können Sie diese gleich in Ihr Screening aufnehmen.

Der Patient kann auch vom kooperierenden und behandelnden Arzt zugewiesen werden. Dieser kann das Screening auch an Sie als Einrichtung delegieren.

Wichtig ist auch, dass Sie Ihr Netzwerk ansprechen. Es kommt auf Ihr regionales Netzwerk an. Geben Sie Ihren kooperierenden Ärzten die Kurzinformation für Patienten mit Ihrem Einrichtungsstempel.

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 zur Erbringung der Leistungen im 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 Deutschen 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 zur Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien durchführen. Der kurze Patientenfragebogen bei der Erfassung hilft den Ärzten bei der Erkennung des Chronifizierungsrisikos der Patienten.

Der kooperierende 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. Die kooperierenden Ärzte können die Kurzinformation für Patienten mit Ihrem Einrichtungsstempel übergeben.

Wie erfolgt die Verlaufsbefragung?

Es gibt nur noch eine Befragung. Der Fragebogen wird nach 3-6 Monate aufgenommen.

Sie sind als aufnehmendes Zentrum „in der Rolle“, die Verlaufsbefragung durchzuführen. Ziel ist eine Rücklaufquote von 75 %.

Wichtig ist ein nachhaltiger Effekt bei den Patienten; aber auch, zu erfassen, was die Patienten zu der dem Assessment folgenden Behandlung äußern.

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 und Pflegeeinrichtungen nach § 92b SGB XI Integrierte Versorgung) 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.

In den Zentren müssen Ärzte tätig sein, die 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. Wichtig ist, dass alle Teammitglieder regelhaft im Team arbeiten und dass es möglichst die gleichen Personen sind.

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.

Welche Qualifikationen für Psychotherapeuten sind in Deutschland anerkannt?

Um in Deutschland als Spezielle/r Schmerzpsychotherapeut/in anerkannt zu sein, gelten bestimmte Kriterien:

- Nachweis von mindesten 180 Behandlungsstunden von Schmerzpatienten unter Supervision bzw. fachkundiger Aufsicht
- Nachweis von mindestens 40 Stunden Hospitation in einer auf Schmerz spezialisierten Einrichtung (mit Mindest-Strukturkriterien einer MMST)
- Nachweis von 80 Stunden theoretische Weiterbildung (akkreditiertes Curriculum)
- Nachweis von mindestens 25 Stunden Supervision (mit zugelassenen Supervisor*innen)
- Nachweis der Teilnahme an mindestens 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen oder Qualitätszirkeln
- 6 supervidierte Falldarstellungen
- Approbationsurkunde

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 und Leistung Screening und Assessment incl. Nachbefragung. Diese ist in der Anlage zum Selektivvertrag festgelegt und beträgt 35 € für das Screening und 740,00 € für das Assessment; dieser Preis wurde durch die Schmerzgesellschaft ausgehandelt. Von den 740,00 € werden 50 € an die Schmerzgesellschaft weitergereicht.

Die Abrechnungsstrukturen und -wege in PAIN2020 können von Seiten der Krankenhäuser aufrechterhalten werden, es ändern sich „lediglich“ die Ansprechpartner für die Abrechnung

(BARMER, später weitere Kassen) und die Entgeltziffern. Neu ist die Abrechnung mit der Deutschen Schmerzgesellschaft, die über Rechnungen funktionieren soll. Da es sich dabei aber je Patient um einmalige Leistungen handelt, gehen wir von einem eher sehr geringen Aufwand für die Abrechnung aus.

Können die Leistungen B-IMST und E-IMST weiter erfolgen?

Die Vergütung der B/E-IMST-Leistungen war ausschließlich Bestandteil in PAIN2020. Im A-IMA-Selektivvertrag sind sie nicht mehr enthalten. Dieser regelt ausschließlich das Screening und das Assessment.

Die Förderung von PAIN2020 ist mit den letzten PatientInnen beendet. Die Abrechnung des Selektivvertrags A-IMA erfolgt dann mit der Kasse - nach dem Beitritt zum Vertrag - jeweils direkt; der Vertrag mit der CONVEMA beinhaltet nur die Abrechnung der Leistungen in PAIN2020.

Innerhalb welchen Zeitraums nach Einwilligung des Patienten muss das Assessment 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 nach Aufnahme sinnvoll, aber auch 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.

Die Erfassung der Patientenfragebögen DSF und Verlaufsfragebogen kann in elektronischer Form oder in Papierform erfolgen. Es ist einfacher, wenn die Patienten in elektronischer Weise antworten. Die Daten werden von den Patienten dann direkt in die Datenbank

eingetragen. Wenn die Antworten in Papierform eintreffen, müssen Sie im Zentrum diese noch eingeben. Auch das Erinnerungsverfahren ist einfacher elektronisch – und einige Patienten antworten eher elektronisch. Voraussetzung ist die Angabe einer E-Mail-Adresse, damit Sie die Patienten mit einem Link anschreiben können.

Gibt es Schulungen für die Durchführung des A-IMA und die Datenerhebung?

Es wird online A-IMA-Schulungen je Profession auch für die Doku-Assistenz geben. Die Dauer beträgt ca. 2 Stunden. Die Schulung umfasst auch die Eingabe und Pflege der Daten in die Datenbank.

Die Teilnehmer werden eingeladen. Zukünftig gibt es das Angebot von Webinaren und -sowieso immer - die Möglichkeit zu Einzelfragen.

Es steht zudem ein umfassendes Dokumentationshandbuch zur Verfügung

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.

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 im A-IMA. 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

Welche vertraglichen Voraussetzungen muss ich erfüllen, um am Selektivvertrag teilnehmen zu können?

Zuerst erfolgt der Abschluss des Qualitäts-Kooperationsvertrags mit der Schmerzgesellschaft, danach erhalten Sie das Formblatt Beitritt zum Selektivvertrag, und zwar entweder von uns oder von der BARMER.

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. Die Abwicklung wird -etwas- komplizierter: Wahrscheinlich wird jede Krankenkasse ihre eigenen Vorgaben zur Patienteninformation und -einwilligung umgesetzt wissen wollen, und die Abrechnung erfolgt jeweils direkt, möglicherweise mit weiteren Entgeltziffern. Wir versuchen, den einfachsten Weg für Sie zu finden.

Welche zeitliche Gültigkeit hat der Selektivvertrag?

Vertragsbeginn des Selektivvertrages ist der 01.09.2021. In 2 Jahren erfolgt eine Revision durch die BARMER. Es besteht die Option einer offenen Dauer.

Eine Frist für den Beitritt zum Selektivvertrag gibt es nicht. Je früher Sie aber dem Vertrag beitreten, umso mehr Patienten können Sie mit dieser Versorgung erreichen. Der A-IMA-Selektivvertrag ist Voraussetzung für die regelhafte Aufnahme von Patienten in PAIN2.0.

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. Dabei wurde der A-IMA Vergütungsbetrag um diesen Betrag angehoben, so dass Sie für das A-IMA selbst die gleiche Vergütung erhalten wie in PAIN2020.

Wie erfolgt die Prüfung der Voraussetzungen?

Wir prüfen nicht die Kriterien, die im Vertrag genannt sind. Wir pflegen eine Kultur des Zusammenarbeitens und des Vertrauens.

Wie lautet die Mailadresse für Vertragsanfragen?

Bitte richten Sie ihre Vertragsanfragen an Anja Waidner unter der E-Mail-Adresse: a-ima@schmerzgesellschaft.de.

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.