

## **Selektivvertrag A-IMA – für Patienten mit Schmerzen und Risikofaktoren für eine Chronifizierung**

Vielen Dank für Ihr Interesse am Selektivvertrag zum ambulanten interdisziplinär-multimodalen Assessment (kurz A-IMA) – ein frühzeitiges diagnostisches Angebot für Patienten mit Schmerzen!

Das A-IMA wird im Rahmen einer Besonderen Versorgung nach § 140a Abs. 2 Satz 6 SGB V als Fortführung des Innovationsfondsprojektes PAIN2020 durchgeführt. Initiiert wird der Vertrag durch die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. in Kooperation mit der BARMER und umgesetzt durch die BARMER und weiteren Krankenkassen. Es besteht das Ziel, die Versorgungsqualität und -effizienz für Patienten mit einem erhöhten Risiko einer Chronifizierung von Schmerzen zu verbessern.

**Ein A-IMA steht für gesetzlich Versicherte der BARMER und weiterer dem Selektivvertrag beitretender Krankenkassen offen. Weitere Informationen finden Sie unter:**

**<https://www.schmerzgesellschaft.de/wissenschaft/ima-selektivvertrag>**

Das Zentrum

\_\_\_\_\_  
(Ansprechpartner/in)

\_\_\_\_\_  
(Kontaktdaten)

nimmt am Selektivvertrag zum A-IMA teil.

Zentraler Inhalt des A-IMA ist die Untersuchung chronifizierungsgefährdeter Patienten durch ein spezialisiertes Team aus den Berufsgruppen Medizin, Physiotherapie und Psychologie. In einer gemeinsamen integrativen Teamsitzung werden die Befunde zusammengetragen und gewichtet sowie eine sektorenübergreifende bedarfsgerechte Therapieempfehlung abgestimmt. Diese wird dem Patienten aus dem Team vermittelt.

Wenn Sie Ihren Patienten mit Schmerzen frühzeitig ein A-IMA anbieten wollen, ist die Identifikation eines Chronifizierungsrisikos notwendig.

### **Was wir uns von Ihnen wünschen!**

1. Identifikation von Patienten – mit oder ohne eigenes Screening
2. Kurze Information der Patienten über die besondere Versorgung A-IMA
3. Zuweisung der Patienten zum nächstgelegenen am Selektivvertrag A-IMA teilnehmenden Zentrum

**Beispiele für Patienten, für die ein A-IMA geeignet sein könnte:**

1. Patientin, sitzende Tätigkeit, seit ca. 6 Monaten bekannte Schulter-Nackenbeschwerden, gelegentlich mit Ausstrahlung in den Arm, berichtet über beruflichen bedingten Stress, bisher 2 Verordnungen PT mit mäßigem Erfolg  
**Aktuell:** Vorstellung in der Praxis wegen eines Bagateltraumas; fragt erneut nach PT für den Schulter-Nackebereich und nach Medikamenten
2. Patient, Automechaniker, 2-3-mal jährlich Rückenschmerzen, bisher kaum Krankschreibung notwendig gewesen, Vorstellung in der Praxis selten, ca. 1-2 x jährlich  
**Aktuell:** Vorstellung in der Praxis wegen einer Erkältung; wurde aufmerksam auf PAIN2020 durch ausliegendes Informationsmaterial
3. Patientin, 2 kleine Kinder, seit mehreren Jahren Migränekopfschmerzen, die sie bisher in Eigenregie mit freiverkäuflichen Analgetika behandelt hatte  
**Aktuell:** Vorstellung in der Praxis wegen der Migräne mit der Bitte um Mitbehandlung

**Welche Vorteile haben Sie von der Besonderen Versorgung?**

- Frühzeitiges diagnostisches Angebot für Ihre Patienten mit Schmerzen
- Rückmeldung mit Befundberichten und Empfehlungen zu Ihren Patienten
- Enger Kontakt zum schmerzmedizinischen Zentrum
- Entwicklung und Pflege eines Netzwerks mit gegenseitigem Austausch
- Screeningpauschale: Wenn Sie selbst screenen wollen, ist eine Honorierung Ihres Screening-Aufwands möglich, für am Selektivvertrag teilnehmende Patienten.

**Was Sie für das Screening der Patienten benötigen:**

**1. „Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden Schmerzen“ (B4)**

Der Fragebogen B4 ist Teil der Prüfung der Einschlusskriterien. Bitte händigen Sie Patienten mit länger anhaltenden Schmerzen den Fragebogen aus und zählen Sie seine „ja“-Antworten.

**2. „Aufnahmebogen“ mit Ein- und Ausschlusskriterien (B5)**

Bitte füllen Sie den „Aufnahmebogen“ (B5) bezüglich der Ein- und Ausschlusskriterien am Selektivvertrag A-IMA aus.

**3. Kooperationsvereinbarung und Abrechnungsformular zur Screeningpauschale (A7)**

Um die Screeningpauschale zu erhalten, füllen Sie bitte die Anlage A8 aus.

**Sie können Patienten mit oder ohne Screening dem am Selektivvertrag teilnehmenden Zentrum zuweisen.**

**In beiden Fällen** händigen Sie dem Patienten bitte **alle relevanten Vorbefunde** aus oder lassen Sie diese per Fax Ihrem Zentrum zukommen. Das Zentrum wird mit einem zugewiesenen Patienten zeitnah (in etwa 14 Tagen) einen Termin vereinbaren.

**4. Zuweisungsvorlage (A8)**

Bitte schicken Sie die Zuweisung zusammen mit B4 und B5 an Ihr am Selektivvertrag teilnehmendes Zentrum.

### Ein- und Ausschlusskriterien

Zielgruppe des Selektivvertrags sind Patienten ab einem Lebensalter von 18 Jahren, die bei der BARMER oder einer anderen am Selektivvertrag teilnehmenden Krankenkasse versichert sind und Schmerzen mit einem erhöhten Risiko für eine Chronifizierung aufweisen.

Risikofaktoren für eine Chronifizierung können durch unterschiedliche Merkmale wie den im „Aufnahmebogen“ (B5) genannten Beispielen und durch positive Angaben im „Fragebogen für länger anhaltende Schmerzen“ (B4) erkannt werden. Der Fragebogen wird als positiv im Sinne einer potentiellen Chronifizierung gewertet, wenn mindestens 3 Fragen mit „ja“ beantwortet wurden. Ungeklärte Fragen, die bis dato nicht geklärt werden konnten und die Pathologie, weitere Diagnostik oder das therapeutische Vorgehen betreffen, gelten ebenfalls als Risikofaktor.

Sollten Patienten eines der Ausschlusskriterien aufweisen, können sie nicht am Selektivvertrag teilnehmen.

### Was passiert nach der Zuweisung mit Ihren Patienten?

Nach Zuweisung ins Zentrum werden, sofern noch nicht geschehen, die Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Der Patient wird ausführlich informiert und um seine Einwilligung zur Teilnahme gebeten. **Der Patient bleibt auch weiterhin an Ihre Praxis angebunden, und Sie erhalten einen Befundbericht und eine Therapieempfehlung** im Anschluss an das A-IMA (mit Zustimmung des Patienten).

**Anlage 6 – Kooperationsvereinbarung für Vertragsärzte (Screening)****Vereinbarung über die Teilnahme kooperierender Vertragsärzte an dem Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über die Versorgung von Patienten mit Schmerzen bei gleichzeitiger Chronifizierungsgefährdung (Fortführung des Innovationsfondsprojektes PAIN2020)**

zwischen der

**BARMER,**

- im folgenden **BARMER** genannt -

und der/dem

**Leistungserbringer**

- im folgenden **Leistungserbringer** genannt -

sowie dem

**Vertragsarzt**

- im folgenden **kooperierender Vertragsarzt** genannt -

Die BARMER und verschiedene Leistungserbringer haben zum 01.09.2021 einen Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über die Versorgung von Patienten mit Schmerzen bei (Fortführung des Innovationsfondsprojektes PAIN 2020) geschlossen. Hier sollen die Patienten mit Chronifizierungsgefährdung eine besondere Diagnostik erhalten. Niedergelassene Vertragsärzte in Einzelpraxis oder in ihren berufsrechtlich zulässigen Organisationsformen sowie Medizinische Versorgungszentren als ambulante Leistungserbringer können an der vorliegenden Besonderen Versorgung als kooperierende Vertragsärzte teilnehmen. Die Teilnahme erfolgt durch Abschluss dieser Vereinbarung.

**A. Teilnahme und Aufgaben des kooperierenden Vertragsarztes**

1. Mit Abschluss dieser Vereinbarung verpflichtet sich der kooperierende Vertragsarzt das Screening zu erbringen.
2. Zu den Aufgaben des behandelnden Arztes gehören insbesondere:
  - Identifikation von Patienten, die wegen anhaltender oder rezidivierender Schmerzen eine solche Diagnostik benötigen
  - Ausgabe eines einseitigen Fragebogens an Patienten
  - Befunderhebung anhand eines Dokumentationsbogens („Aufnahmebogen“)
  - Übermittlung dieses Bogens an den o.g. Leistungserbringer

**B. Leistungsspauschale**

1. Je Patient und Screening erhält der kooperierende Vertragsarzt durch den Leistungserbringer für die von ihm nach dieser Vereinbarung zu erbringenden Leistungen eine Leistungsspauschale in Höhe von 35,00 €. Voraussetzung hierfür ist die Teilnahme des Patienten an der Besonderen Diagnostik.
2. Mit der Zahlung dieser Leistungsspauschale ist eine zusätzliche Abrechnung der Leistungen gemäß dieser Vereinbarung über die Kassenärztliche Vereinigung durch den kooperierenden Vertragsarzt ausgeschlossen.
3. Die Leistungsspauschale wird vom Leistungserbringer an den kooperierenden Vertragsarzt innerhalb einer Frist von 30 Tagen nach Abrechnungseingang bargeldlos gezahlt.

**C. Sonstiges**

1. Bei Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie der Datenweitergabe bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von den Partnern dieser Vereinbarung zu beachten.
2. Sollte eine einzelne Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird dadurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im übrigen nicht berührt.

....., den .....

.....  
Leistungserbringer

.....  
Kooperierender Vertragsarzt

Patient: Name, Vorname	Versicherten- nummer	Geb. - Datum	Leistungserbringer	Screening Datum

<b>IBAN:</b>	
--------------	--

## Zuweisungsvorlage

(Bitte per Fax/Post an die teilnehmende Einrichtung  
senden)

**Patient/in:**

**Stempel der Arztpraxis:**

Datum \_\_\_\_\_

Sehr geehrte(r) \_\_\_\_\_,

hiermit sende ich Ihnen o.g. Patienten/in zu einem Informationstermin im Rahmen des A-IMA  
Selektivvertrags.

Ich füge anbei

- den Aufnahmebogen
- den Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden Schmerzen
- Vorbefunde
  
- Der/die Patient/in ist mit der Weitergabe seiner/ihrer Kontaktdaten einverstanden und bittet  
um Kontaktaufnahme zwecks Vereinbarung eines Termins:

Telefon des Patienten/der Patientin: \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

## Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden Schmerzen

Datum: \_\_\_\_\_ Name Patient/in: \_\_\_\_\_ (Pat-ID: \_\_\_\_\_)



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und beantworten jede der Fragen, indem Sie entweder „ja“ oder „nein“ ankreuzen. Die Fragen helfen uns bei der Einschätzung Ihres Krankheitsbildes.

1. Ich befürchte, dass ich eine ernste, bedrohliche Erkrankung habe.  
 ja       nein
2. Wegen der Schmerzen habe ich meine körperlichen Aktivitäten sehr stark reduziert.  
 ja       nein
3. Ich leide neben den Schmerzen auch noch an anderen körperlichen Symptomen (wie z.B. Magen- und Darmverstimungen, Schwächegefühle, Schwindel oder Hitzewallungen, Luftnot, Herzrasen, Enge in der Brust, Schwitzen, Kälteschauer, Übelkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühle, Schlafstörungen etc.).  
 ja       nein
4. Ich war **in den letzten beiden Wochen** meistens traurig oder niedergeschlagen.  
 ja       nein
5. Ich habe mich **in den letzten beiden Wochen** meistens angespannt oder besorgt gefühlt.  
 ja       nein
6. Ich fühle mich in Bezug auf meine Schmerzen sehr stark verunsichert und weiß überhaupt nicht mehr, was richtig oder falsch ist.  
 ja       nein
7. Seit einiger Zeit gibt es bei mir Probleme in der Partnerschaft und/oder in der Familie und/oder dem engeren Freundeskreis.  
 ja       nein
8. Falls Sie in einem Arbeitsverhältnis stehen: Es gibt momentan erhebliche Belastungen/Schwierigkeiten im Zusammenhang mit meinem Arbeitsplatz.  
 ja       nein       Ich bin derzeit nicht berufstätig
9. Auch bei starken Schmerzen neige ich dazu, alles durchzuziehen und meine Aufgaben abzuschließen.  
 ja       nein
10. Ich habe in der letzten Zeit häufiger an schreckliche Ereignisse von **früher** denken müssen oder Träume darüber gehabt (wie z.B. Unfall oder Gewalterfahrung).  
 ja       nein

