

Merkblatt für die Erstellung ausführlicher Dokumentationen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

1. Rechtliche Grundlagen

Nach § 7 Abs. 1 der QS-Vereinbarung Schmerztherapie wird jeder Behandlungsfall mit folgenden Angaben, einschließlich Schmerzanamnese und Behandlungsverlauf, standardisiert dokumentiert:

- Eingangserhebung mittels – von den Fachgesellschaften – konsentierten Schmerzfragebögen
- Art und Ursache der zu Grunde liegenden Erkrankung und der bestehenden Komorbiditäten
- Zeitdauer des Schmerzleidens mit Angabe des Chronifizierungsstadiums (MPSS/Gerbershagen bzw. v. Korff)
- Psychosomatische bzw. psychopathologische und psychosoziale Auswirkungen zu Therapiebeginn und im Behandlungsverlauf
- Abgestufte therapeutische Maßnahmen

2. Ziele und Anforderungen

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei den verschiedensten Krankheitsbildern dar und können ebenso nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (z.B. operativen Eingriffen), nach vorangegangenen Traumata, aber auch ohne erkennbare Ursache auftreten.

Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können durch die bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden.

Teilnehmende der QS-Vereinbarung Schmerztherapie behandeln vorwiegend chronisch schmerzkranken Patienten, die von der Regelversorgung nicht ausreichend profitieren. Es handelt sich um Patienten mit dem Leitsymptom Schmerz, bei denen biologische, psychologische und soziale Faktoren das Symptom Schmerz maßgeblich unterhalten und beeinflussen.

Der schmerztherapeutisch tätige Arzt kooperiert neben dem zuweisenden Arzt (meist Hausarzt) mit Fachkollegen weiterer Fachgebiete. Für verlässliche Angaben benötigt der Schmerzmediziner neben den Selbstaussagen des Patienten aussagekräftige Fremdbefunde seiner Fachkollegen. Die Sichtung von Fremdbefunden erlaubt dem Schmerzmediziner einen Einblick zu Umfang und Wirksamkeit bisheriger Therapieverfahren, gibt Hinweise bezüglich möglicher vorliegender Organinsuffizienzen und gestattet einen ganzheitlichen Blick auf ein deskriptives Symptom. Die mitunter umfangreichen medizinischen Sachkenntnisse der vorgenannten Fachgebiete werden komplettiert durch eine körperliche Untersuchung, möglichst unter Berücksichtigung funktioneller und biomechanischer Zusammenhänge.

Der Schmerzmediziner identifiziert ätiologische Zusammenhänge des Symptoms Schmerz, klassifiziert das Symptom Schmerz, erfasst Schmerzstärke, -lokalisierung und Schmerzqualität. Er erkennt und dokumentiert relevante, schmerzbezogene Komorbiditäten (z.B. Schlafstörungen, Angst und Depression) und schätzt den Einfluss dieser psychologischen Faktoren auf die Schmerzwahrnehmung ein. Er sollte zum Ziel haben, psychopathologische Veränderungen zu erkennen und darauf Einfluss zu nehmen (Behandlung bzw. Behandlungskoordination). Darüber hinaus differenziert der Schmerzmediziner den zeitlichen Verlauf chronischer Schmerzen (u.a. intermittierende Schmerzen, permanente / hartnäckige Schmerzen, durchgängige / tägliche Dauerschmerzen mit überlappenden Schmerzattacken) und gewinnt Daten, die eine

sozialmedizinische Leistungsbeurteilung erlauben. Anhand dieser Informationen werden auf Basis aktueller Umstände und unter Berücksichtigung notwendiger gesundheitspolitischer, gesellschaftlicher und individueller, persönlicher Normanforderungen Behandlungspläne erstellt. Die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden im weiteren Behandlungsverlauf auf ihre Wirksamkeit überprüft und im Bedarfsfall angepasst. Die grundlegenden Bedingungen einer vertragsärztlichen Versorgung hinsichtlich einer wirtschaftlichen und ressourcenschonenden Verfahrensweise sind obligat.

Eine schmerzmedizinische Behandlung sollte folgende Ziele berücksichtigen:

- Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens
- Erhalt bzw. Herstellung der Arbeitsfähigkeit
- Gewährleistung der Selbstversorgung im Alltag
- Vermeidung vorzeitiger Pflegebedürftigkeit

3. Vorgehen und Instrumente

Jeder schmerztherapeutische Behandlungsfall, welcher den Ansatz der EBM-Nummern 30700 und 30702 auslöst, ist zu dokumentieren.

Die Art und Weise der Dokumentation durch die schmerztherapeutisch tätige Ärztin bzw. den schmerztherapeutisch tätigen Arzt sollte in analoger und / oder digitaler Weise erfolgen. Es ist sicherzustellen, dass bei Anforderung eine qualitative Überprüfung der Dokumentation ermöglicht wird. Es ist darauf zu achten, dass die medizinische Dokumentation je nach Wahl des Prüfverfahrens sowohl verwaltungstechnischen Anforderungen (Plausibilität abgerechneter Leistungen) gerecht wird, aber auch Rückschlüsse zu Sachverhalten unter medizinischen Fragestellungen (u.a. entwicklungspsychologische Faktoren, individuelle Kompetenzen, Fähigkeiten und Wünsche des Patienten, kurativer vs. palliativer Therapieansatz) zulässt.

4. Mindestanforderung an die schmerztherapeutische Dokumentation

4.1. Mindestanforderungen an die Dokumentation vor bzw. bei Erstkontakt

- Standardisierte Schmerzanamnese und Schmerzdokumentation unter Einbeziehung krankheitsbezogener standardisierter Skalen und spezifischer Diagnostikfragebögen der medizinischen Fachgesellschaften
- Angaben zu
 - Lokalisation. Hierzu u.a. Nutzung eines Körperschemas oder einer Lokalisationsliste, durch die der / die PatientIn standardisierte Angaben machen kann
 - Schmerzstärke (standardisierte Skale, z.B. VAS, NRS, VRS)
 - Qualitäten bzw. Charakter des Schmerzes
 - zeitlichen Aspekten (z.B. im Tages-, Wochen-, Monatsverlauf)
 - Krankheitsverlauf
 - schmerzlindernden und / oder schmerzverstärkenden Faktoren
- Erhebung möglicher Begleitumstände. Hierzu sind Angaben erforderlich zu folgenden Parametern, ggf. durch zusätzliche evaluierte Fragebögen:
 - Angst
 - Depression
 - vegetative Begleitsymptome
 - Schmerzempfinden

- Schlafstörungen
- schmerzbedingte Beeinträchtigungen der Lebensqualität
- soziale Auswirkungen, u.a. auf das Berufsleben
- weitere erforderliche Angaben zur Erfassung der Schmerzanamnese
 - Medikamentenanamnese (aktuelle und frühere Medikation, möglichst mit Angaben zur jeweiligen Wirksamkeit bzw. Nebenwirkungen)
 - Weitere bisher angewendete Schmerztherapieverfahren (mit Angaben zu jeweiliger Wirksamkeit)
 - schmerzbedingte Operationen, Rehabilitationsmaßnahmen und Krankenhausaufenthalte sowie Entzugsbehandlungen
 - Sozial- und Arbeitsanamnese
 - Vorerkrankungen incl. Behinderungen
- Einbeziehung (und ggf. Sichtung und Auswertung) von Fremdbefunden (Diagnostik, Therapien)
- Schmerzanalyse unter Einbeziehung ätiologischer Zusammenhänge, differentialdiagnostischer Erwägungen und Erhebung des Chronifizierungsstadiums (MPSS / Gerbershagen bzw. v. Korff).
- Therapieplanung:
 - Therapieerwartung des Patienten
 - inhaltlich und zeitlich gestufter Therapieplan
 - Koordination der interdisziplinären Behandlung

Fakultativ: Multiaxiale Schmerzklassifikation, Abk. MASK

Die Multiaxiale Schmerzklassifikation stellt einen Ansatz zur Klassifikation chronischer Schmerzen dar. Sie ermöglicht eine integrative Benennung der somatischen (MASK-S) und psychischen (MASK-P) Faktoren des Schmerzes und eine interdisziplinäre Diagnose. Die MASK-S spiegelt die somatische Dimension wider, der MASK-P umfasst den psychologischen Teil. Sie können unabhängig voneinander verwendet werden.

Der psychologische Teil der multiaxialen Schmerzklassifikation (MASK-P) ermöglicht dem Diagnostiker eine verhaltensnahe Beschreibung von psychosozialen Variablen. Der MASK-P stellt psychische Faktoren dar, die bei der Aufrechterhaltung der Schmerzen eine Rolle spielen, aber in Abgrenzung zu psychopathologischen Störungen stehen.

4.2. Mindestanforderungen an die Dokumentation im Folgekontakt (Daten zur Verlaufserhebung)

- Zwischenanamnese und ggf. Auswertung von Fremdbefunden
- Standardisierte Dokumentation von aktueller Schmerzintensität und Lokalisation (Anamnestisch oder Verlaufsfragebogen)
- Medikamenten-Verlaufsanamnese und ggf. Aktualisierung BMP
- Erfassung von Veränderungen der bio-psycho-sozialen Rahmenbedingungen
- Erfassung der Veränderungen von Therapiezielen und Therapieplan
- Flankierende therapeutische Maßnahmen

Die Auswertung von Verlaufsfragebögen (Schmerztagebuch und / oder Zwischendokumentation) muss einmal im Krankheitsfall erfolgen.

ANLAGE 1

zum Merkblatt für die Erstellung ausführlicher Dokumentationen der KV Brandenburg
- Arbeitshilfe für Inhalt und Struktur der Dokumentation-

Schmerzanamnese

- Aktuelle Beschwerden
- Schmerzbeeinflussung (positiv / negativ)
- Schmerzzone
- Schmerzcharakter
- Schmerzstärke (VAS, NSR)
- Krankheitsverlauf
- Einschränkungen im Alltag und Beruf
- nichtmedikamentöse Therapie
- Medikamentenanamnese
- stationäre Behandlungen
- Operationen
- medizinische Reha-Leistungen

Vorerkrankungen / psycho-soziale Anamnese

psychische und soziale Situation

- Auswertung psychometrischer Tests (z.B. PDI, ADS, Befindlichkeitsskala nach von Zerssen)
- sozialmedizinische Anamnese:
bisherige Diagnostik und Therapie, Behandlungsergebnisse, Befunddokumentation, Schmerzdauer

Chronifizierung , Schmerzanalyse

- Tageszeitliche Schmerzverteilung und Intensität (schmerzbezogene Beeinträchtigung – von Korff, ECOG)
- Schmerzverlauf
- Chronifizierungsstadium (MPSS / Gerbershagen)

Therapieplanung

- Therapieerwartung des Patienten
- Therapieplan
- Koordination der interdisziplinären Behandlung

Therapieverlauf

Ergibt sich aus der fortlaufenden Dokumentation der Schmerzbehandlung- wenn keine Änderung im MASK-S auftreten, dann dürften folgende Parameter ausreichend sein:

(tageszeitliche) Schmerzverteilung und Intensität, Schmerzverlauf (Intensität, Lokalisation), Ko-Faktoren, Chronifizierungsstadium (MPSS / Gerbershagen), medikamentöse Therapie, Koordination von Behandlungen (Überweisungen)