

## Bitte erledigte Aufgaben markieren ✓

Informationstermin Datum:

Name Patient/-in:

Pat-ID:

(bei Teilnahme und nach Eintragung in Excel-Patientenliste)

### 1. Vor dem Info-Termin: Info-Termin vereinbaren

Deutscher Schmerzfragebogen inkl. PCS  
(B11/B12)

  
Versenden


KEDOQ-Schmerz: **wie üblich (+B13)**

### 2. Aufnahmekriterien A-IMA Selektivvertrag prüfen

Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden  
Schmerzen (B4)

 Aushändigen oder mitgebrachten Bogen verwenden

Aufnahmebogen A-IMA Selektivvertrag (B5)


 Durchführen

### Bei Einschluss (alle Einschlusskriterien zutreffend, keine Ausschlusskriterien)





Weiter mit Patienteninformation

### 3. Patienteninformation und –Einwilligung (durch Arzt/Ärztin durchzuführen)


Patienteninformation Datenverarbeitung für die  
Qualitätssicherung (B7)

 Durchführen und aushändigen






Patienteneinwilligung Datenverarbeitung für die  
Qualitätssicherung (B8)

 1x kopieren,  beide Exemplare unterschreiben  
 1 Exemplar aushändigen,  1 behalten

Patienteninformation A-IMA Selektivvertrag (B9)

 Durchführen und aushändigen

Patienteneinwilligung A-IMA Selektivvertrag (B10)

 2x kopieren,  alle 3 Exemplare unterschreiben  
 1 Exemplar aushändigen,  1 behalten  
 1 an BARMER/andere KK schicken  
(Fax o. klären mit Abrechnung)

### 4. Patientenaufnahme?

Teilnahme des Patienten



Nicht-Teilnahme

 Patient in Excel-Patientenliste aufnehmen


 Termin für A-IMA

### Fragebogen Patient (B4) und Aufnahmebogen A-IMA Selektivvertrag (B5)

 Eingeben unter der Patienten-ID

Deutscher Schmerzfragebogen + PCS (B11/B12)

KEDOQ-Schmerz: wie üblich (B13)

 einholen

 Eingeben unter der Patienten-ID

### Zeichenerklärung

 Ablage     Einschicken     Eingeben     Termin vereinbaren     an Patient     Dokumentieren     Kopieren

## 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 Darmverstimnungen, 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

# Aufnahmebogen A-IMA Selektivvertrag

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Name Patient/in:** \_\_\_\_\_ **Pat-ID:** \_\_\_\_\_



Einschlusskriterien: Alle <input type="checkbox"/> müssen zutreffen			
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter: mind. 18 Jahre</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzen                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– seit mind. 6 Wochen neu aufgetreten und/oder</li> <li>– seit einer längeren Zeit wiederholt aufgetreten oder anhaltend</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerz-bedingte Einschränkungen im Lebensvollzug                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Schmerz-bedingte AU seit mind. 4 Wochen oder kumulierte AU von mind. 6 Wochen in den vergangenen 12 Monaten und/oder</li> <li>– Schmerz-bedingte deutliche Beeinträchtigung in Familie/Freizeit/Arbeit</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikofaktoren für Chronifizierung erkennbar (mind. 1 Punkt)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– ausgeprägtes (verbales/non-verbales) Schmerzverhalten</li> <li>– Hinweise auf Somatisierung (z.B. vielfältige, „bunte“ Symptomatik)</li> <li>– depressive Symptome im Erleben und/oder Verhalten</li> <li>– ungünstige Schmerzverarbeitung (Fokussierung, Ängste, ...)</li> <li>– ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten</li> <li>– Hinweise auf Stressbelastung in Familie/Partnerschaft/soz. Umfeld/Beruf</li> <li>– Befindlichkeit geprägt durch Frustration/Ärger</li> <li>– ungünstige Verhaltensweisen (Überforderung, „Durchhalten“)</li> <li>– bzgl. Lokalisation: sich ausbreitende Schmerzen</li> <li>– hohes Inanspruchnahmeverhalten im Versorgungssystem</li> </ul> </li> <li>• Mindestens 3 positive Angaben im Patienten-Fragebogen</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungeklärte Fragen, die im Rahmen des IMA geklärt werden müssen (über Diagnose, Pathologie, über erforderlichen Krankenhausaufenthalt oder über Erfordernis operativen Vorgehens, Reha-Bedarf)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	Wenn mind. 1 Kreuz in li. Spalte  <input type="checkbox"/>
Ausschlusskriterien: Ein zutreffendes <input type="checkbox"/> führt zum Ausschluss			
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andere, akut wirksame schwerwiegende Erkrankungen, die z.B. mit einem vorrangig fachspezifischen Behandlungsbedarf einhergehen oder eine Diagnostik notwendig machen</li> <li>• Schwere und aktive psychiatrische Störung (z.B. Persönlichkeitsstörung, schwere Depression oder Angsterkrankung, Hinweise auf Suizidalität)</li> <li>• Bekannte manifeste chron. Schmerzerkrankung (z.B. vorhergehende Therapie mit starken Opioiden über 6 Monate Dauer, vorhergehende IMST in letzten beiden Jahren)</li> <li>• Laufendes Renten-Verfahren</li> <li>• Sprachliche und / oder kognitive Einschränkungen, die eine Durchführung des A-IMA unmöglich erscheinen lassen</li> </ul>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	Wenn kein Punkt erfüllt  <input type="checkbox"/>
Aufnahme in Selektivvertrag möglich, falls alle Punkte in rechter Spalte zutreffend und Patient/in bei einer teilnehmenden Krankenkasse versichert ist.			↑
Name der Krankenkasse: _____			

Name Patient/in: \_\_\_\_\_ Pat-ID: \_\_\_\_\_



Datum beim Ausfüllen:

Tag		Monat		Jahr			

## Schmerz-Bewertungs-Skala (PCS)

Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben verschiedene Gedanken und Gefühle, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala eine Zahl bei jeder Frage, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

**Bewertung:**

0 = trifft überhaupt nicht zu, 1 = trifft eher nicht zu, 2 = teils-teils, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft immer zu

1. Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|H

2. Ich denke, ich kann nicht mehr.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|H

3. Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|H

4. Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|H

5. Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|H

6. Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|M

7. Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|M

8. Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|R

9. Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|R

10. Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|R

11. Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|R

12. Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|R

13. Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|M

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:      H: \_\_\_\_\_      M: \_\_\_\_\_      R: \_\_\_\_\_      G: \_\_\_\_\_