



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)



**Beschreibung der teilnehmenden
Kooperationspartnereinrichtungen in PAIN2.0**

**Ihre Einrichtung:
Stempel:**

AnsprechpartnerIn: _____

Kontaktdaten: _____

Sehr geehrte Interessenten an einer Kooperation im Rahmen von PAIN2.0 als Konsortialpartner!

Wir freuen uns, dass Sie Interesse an einer Zusammenarbeit mit uns im Rahmen des neuen Projekts des Innovationsfonds **PAIN2.0** haben.

Mit diesem Fragebogen bitten wir Sie um kurze Angaben zu Ihrer täglichen Arbeit. Ihre Angaben sind freiwillig und sollen uns unterstützen, Ihre Einrichtung und Rahmenbedingungen besser kennenzulernen und uns auf die weitere Zusammenarbeit gut vorzubereiten.

Ihre Angaben werden wir vertraulich behandeln und nur für interne Zwecke verwenden.

Bitte senden Sie uns Ihre Angaben bis 15.08.2021 an info@pain2punkt0.de zurück. Wir melden uns zeitnah bei Ihnen für die weiteren Schritte.

Vielen Dank!

Per E-Mail bitte an: info@pain2punkt0.de

Oder per Post an: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Bundesgeschäftsstelle
z.Hd. Herr Thomas Isenberg
Alt-Moabit 101 b
10559 Berlin

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung und hoffen auf eine baldige, erfolgreiche Zusammenarbeit!

Herzliche Grüße, Ihr Projektteam **PAIN2.0**

1. Angaben zu Ihrer Einrichtung, mit der Sie an PAIN2.0 teilnehmen möchten:		
Art der Einrichtung (Mehrfachantworten möglich)	1. Ambulant	<input type="radio"/>
	a) MVZ	<input type="radio"/>
	b) Klinikambulanz	<input type="radio"/>
	c) Institutsambulanz	<input type="radio"/>
	2. Tagesklinik	<input type="radio"/>
	3. Bettenstation	<input type="radio"/>
	4. Anderes	<input type="radio"/>
Wie viele PatientInnen behandeln Sie im Jahr? (Anzahl)	_____ PatientInnen/Jahr	
Wie viele PatientInnen haben Sie im Jahr 2020 neu aufgenommen ? (Anzahl)	_____ PatientInnen/Jahr	
2. Angaben zu der von Ihnen angebotenen Interdisziplinären Multimodalen Schmerztherapie:		
Ihre Einrichtung besteht seit (Jahr): _____		
Interdisziplinär multimodal arbeiten Sie seit (Jahr): _____		
3. Bitte unterstützen Sie uns mit folgenden Angaben zu den interdisziplinär-multimodal tätigen Struktureinheiten Ihrer Einrichtung:		
3.1. Welche interdisziplinär-multimodalen Struktureinheiten halten Sie vor Ort vor? (Bitte ankreuzen und entsprechend die Angaben vervollständigen)		
<input type="radio"/> Ambulant	<input type="radio"/> Teilstationär	<input type="radio"/> Stationär
<input type="radio"/> Diagnostik (Assessment) Durchschnittliche Patientenzahl _____Wo.	Therapiedauer _____Wo. Tägliche Therapiezeit ____h Durchschnittliche Gruppengröße _____Pat.	Therapiedauer _____Wo Tägliche Therapiezeit ____h Durchschnittliche Gruppengröße _____Pat.
<input type="radio"/> Therapie Therapiedauer _____Wo. Tägliche Therapiezeit ____h Durchschnittliche Gruppengröße _____Pat.		
3.2. Beschreibung der ambulanten interdisziplinären Diagnostik		
3.2.1. Folgt diese interdisziplinär-multimodalen Diagnostik einem standardisierten Ablauf?		
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> nur ausgewählte Bereiche

3.2.2. Liegt hierfür ein ausgearbeiteter Ablauf oder eine SOP vor?		
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> nur ausgewählte Bereiche
3.2.3. In etwa zusammengefasst: Wie viele Stunden stehen die einzelnen Professionen (pro Woche) für die Diagnostik zur Verfügung?		
Ärztlich _____h	Psychologisch _____h	
Physiotherapeutisch _____h	Pflege _____h	
Dokumentationsassistentenz _____h	Sonstige _____h	
3.2.4. Wie häufig besprechen Sie sich im behandelnden, interdisziplinären Team in Anwesenheit aller an der Diagnostik beteiligter Professionen?		
_____/Woche für je _____min		
3.3. Beschreibung der Therapieprozesse		
3.3.1. Folgen diese interdisziplinär-multimodalen Therapieprozesse einem standardisierten Therapieprogramm?		
<input type="radio"/> Ambulant	<input type="radio"/> Teilstationär	<input type="radio"/> Stationär
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> nur ausgewählte Bereiche	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> nur ausgewählte Bereiche	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> nur ausgewählte Bereiche
3.3.2. Liegt hierfür eine ausgearbeitete Therapierationale oder eine SOP vor?		
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.3.3. Führen Sie interdisziplinär-multimodale Teambesprechungen durch?		
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.3.4. Wie häufig besprechen Sie sich im behandelnden, interdisziplinären Team in Anwesenheit aller an der Behandlung beteiligter Professionen?		
_____/Woche für je _____min	_____/Woche für je _____min	_____/Woche für je _____min

3.3.5. Wie organisieren Sie Ihre interdisziplinäre multimodale Behandlung?

<input type="radio"/> Einzelbehandlung <input type="radio"/> Gruppen <input type="radio"/> offen <input type="radio"/> geschlossen <input type="radio"/> Beides (Einzel und Gruppe) Davon ca. ____% Gruppe in Bezug auf die gesamte Therapiezeit.	<input type="radio"/> Einzelbehandlung <input type="radio"/> Gruppen <input type="radio"/> offen <input type="radio"/> geschlossen <input type="radio"/> Beides (Einzel und Gruppe) Davon ca. ____% Gruppe in Bezug auf die gesamte Therapiezeit.	<input type="radio"/> Einzelbehandlung <input type="radio"/> Gruppen <input type="radio"/> offen <input type="radio"/> geschlossen <input type="radio"/> Beides (Einzel und Gruppe) Davon ca. ____% Gruppe in Bezug auf die gesamte Therapiezeit.
--	--	--

3.3.6. In etwa zusammengefasst: Wie viele Stunden der Therapiezeiten entfallen auf die einzelnen Professionen (pro Woche)?

O Ambulant	O Teilstationär	O Stationär
Ärztlich _____h	Ärztlich _____h	Ärztlich _____h
davon Einzel _____h	davon Einzel _____h	davon Einzel _____h
Psychologisch _____h	Psychologisch _____h	Psychologisch _____h
davon Einzel _____h	davon Einzel _____h	davon Einzel _____h
Physiotherapeutisch _____h	Physiotherapeutisch _____h	Physiotherapeutisch _____h
davon Einzel _____h	davon Einzel _____h	davon Einzel _____h
Pflege _____h	Pflege _____h	Pflege _____h
Dokumentationsassistentz __h	Dokumentationsassistentz __h	Dokumentationsassistentz __h
Sonstige _____h	Sonstige _____h	Sonstige _____h

3.4 Wie viele KollegInnen insgesamt beschäftigen Sie in den interdisziplinär-multimodalen Struktureinheiten (Diagnostik und Therapie) in Ihrer Einrichtung:

Ärztlich _____ Stellen	Ärztlich _____ Stellen	Ärztlich _____ Stellen
Psychologisch _____ Stellen	Psychologisch _____ Stellen	Psychologisch _____ Stellen
Physiotherapeutisch _____ Stellen	Physiotherapeutisch _____ Stellen	Physiotherapeutisch _____ Stellen
Pflege _____ Stellen	Pflege _____ Stellen	Pflege _____ Stellen
Dokum.-assistentz _____ Stellen	Dokum.-assistentz _____ Stellen	Dokum.-assistentz _____ Stellen
Sonstige _____ Stellen	Sonstige _____ Stellen	Sonstige _____ Stellen

3.5 Schmerztherapeutische Spezialisierungen oder Zusatzbezeichnung liegen vor für:		
O Ambulant	O Teilstationär	O Stationär
<p>O Ärztlich welche? _____</p> <p>O Psychologisch welche? _____</p> <p>O Physiotherapeutisch welche? _____</p> <p>O Pflege welche? _____</p> <p>O Dokum.-assistenz welche? _____</p> <p>O Sonstige welche? _____</p>	<p>O Ärztlich welche? _____</p> <p>O Psychologisch welche? _____</p> <p>O Physiotherapeutisch welche? _____</p> <p>O Pflege welche? _____</p> <p>O Dokum.-assistenz welche? _____</p> <p>O Sonstige welche? _____</p>	<p>O Ärztlich welche? _____</p> <p>O Psychologisch welche? _____</p> <p>O Physiotherapeutisch welche? _____</p> <p>O Pflege welche? _____</p> <p>O Dokum.-assistenz welche? _____</p> <p>O Sonstige welche? _____</p>
4. Werden bisher schon PatientInnen mit Schmerzen und Chronifizierungsrisiko in Ihrer Einrichtung behandelt?		
Haben Sie ein Angebot für diese PatientInnen standardmäßig im Programm?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
<p>Falls Sie mit Ja geantwortet haben:</p> <p>Wie viele PatientInnen sind es pro Jahr in etwa?</p> <p>Welche Angebote halten Sie für diese PatientInnen vor?</p>	<p>_____ PatientInnen/Jahr</p> <p>Bitte beschreiben Sie diese Angebote kurz:</p>	
5. Bestehen in Ihrer Region Kooperationen bzw. Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen SchmerztherapeutInnen oder anderen schmerzspezialisierten Einrichtungen?		
	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
	In welcher Form?	

	Für welche PatientInnen?	
6. Gibt es im Umkreis von 20-25 km Einrichtungen, die ebenfalls interdisziplinär multi-modal arbeiten (teilstationär, stationär) und mit denen Sie sich eine Kooperation in PAIN2.0 vorstellen könnten?		
	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
7. Sie erhalten während Ihrer Teilnahme an PAIN2.0 Zugang zu der PAIN2.0 -Datenbank. Darin gibt es eine Übersicht für Ihr Zentrum und jede/n angelegten Patienten/Patientin, mit den jeweils zugeordneten Formularen. Die Übersichten zeigen Ihnen den aktuellen Stand Ihrer Dokumentation mit Hinweisen und erleichtern so die Vervollständigung sowie die Abrechnung der Leistungen. Um die PAIN2.0 -Dokumentation zu planen, bitten wir Sie diesbezüglich zusätzlich um Angaben, wie Sie die Dokumentation planen bzw. sich eine Anwendung vorstellen können.		
7.1. Würden Sie die PAIN2.0 - Zusatzdokumente ...		
<input type="radio"/> direkt online eingeben?	<input type="radio"/> selbst aus der Papierversion in die Datenbank übertragen?	<input type="radio"/> einzelne Dokumente in Papierversion an das Evaluationsinstitut einschicken?
Ihr Vorteil: Sie behalten die Übersicht und Kontrolle und können zeitnah Ihre erbrachten Leistungen abrechnen.	Ihr Vorteil: Sie behalten die Übersicht und Kontrolle und können zeitnah Ihre erbrachten Leistungen abrechnen (vorausgesetzt, Sie stellen eine zeitnahe Eingabe in Ihrer Einrichtung sicher).	Ihr Nachteil: Es entsteht ein Zeitverzug durch die postalische Übermittlung und die Eingabe der Daten im Studienzentrum, der zu einer Verzögerung der Abrechnung Ihrer erbrachten Leistungen führen kann.
7.2. Halten Sie es für möglich, dass Ihre PatientInnen sich die Fragebögen per E-Mail-Link zusenden lassen und ausfüllen?		
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wir haben damit keine Erfahrungen.		
7.3. Mit welchem Dokumentationssystem erfolgt Ihre bisherige Behandlungsdokumentation?		
Anbieter/Programm		
Verwenden Sie standardmäßig einen Fragebogen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
	Fragebogen _____	

Nimmt Ihre Einrichtung bereits an KEDOQ-Schmerz teil?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Vertragspartner _____
Falls Sie mit Nein geantwortet haben, ist eine Teilnahme an KEDOQ-Schmerz aktuell geplant?	Geplant für _____
8. Können Sie sich vorstellen, zeitnah ein ambulantes Versorgungsangebot für chronifizierungsgefährdete PatientInnen zu schaffen, wenn dies z.B. durch einen Selektivvertrag auch finanziell unterstützt würde?	
A-IMA <i>Betrifft das Ambulante Interdisziplinäre multimodale Assessment wie aus PAIN2020</i> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Andere Angebote? Wenn ja, welche wären das aus Ihrer Sicht?
9. Haben Sie an uns von PAIN2.0 noch Fragen?	

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!