Datenschutzkonzept

Ambulantes Interdisziplinär Multimodales Assessment

A-IMA

Qualitäts-Kooperationsprojekt

der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

A-IMA
Ambulantes
Interdisziplinär-Multimodales
Assessment

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Version vom 09.09.2021

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Ziel 5
Am A-IMA-Projekt Beteiligte 6
Gültigkeit 7
Schulung und Verpflichtung zur Vertraulichkeit, Qualitätssicherung 8
2. Daten im A-IMA-Projekt 8
Um welche Daten geht es? 8
Was geschieht mit den Daten? 9
Datenwege A-IMA-Datenbank 9
a. Zuweiser=> Patienten 10
b. Zentren => Patienten 10
c. Zentren => BARMER 10
d. Zentren => Andere Krankenkassen 10
e. Zentren <=> KEDOQ-Schmerz 10
f. Zentren <=> A-IMA- Datenbank 12
g. Patienten => A-IMA- Datenbank 12
h. KEDOQ-Schmerz <=> A-IMA-Datenbank 12
i. Zentren => Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. 13
j. BARMER => Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. 13
Patienteninformation und Einwilligung der Patienten (Anlage 8) 13
k. Rücknahme der Einwilligung 14
l. Auskunftsrecht 14
m. Recht auf Berichtigung der Daten 14
n. Recht auf Löschung bzw. auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten 14
Datenzugriffsrechte 15
o. Patienten 16
p. Kooperationspartner Zentren 16
q. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. 16
r. BARMER und andere Krankenkassen 16
Pseudonymisierte Patientendaten in der A-IMA-Datenbank 17

Anonymisierung 17
3. Verantwortlichkeiten 17
Projektverantwortung 17
Datenschutzverantwortlich 18
Datenschutzfolgenabschätzung (Anlage 7) 18
Datenschutz in den teilnehmenden Zentren 18
Datenschutzbeauftragter 18
Aufsichtsbehörde der Deutschen Schmerzgesellschaft 18
4. Anlagen 19
1. Anlage: Selektivvertrag zwischen BARMER / ggf. weiteren Krankenkassen und den Kooperationspartnern 19
2. Anlage: Qualitäts-Kooperationsvertrag zwischen Deutscher Schmerzgesellschaft e.V. und den Kooperationspartnern 19
3. Anlage: Dokumentationsunterlagen 19
4. Anlage: Technische Umsetzung der A-IMA-Datenbank, Datenaustausch Excel-Patientenliste und A-IMA-Server 19
5. Anlage: Datenschutzkonzept KEDOQ-Schmerz 19
6. Anlage: Technische und Organisatorische Maßnahmen beim Server-Provider 19
7. Anlage: Datenschutz-Folgenabschätzung gemäß Art. 35 DSGVO 19
8. Anlage: Patienteninformation und -einwilligung 19
A. Q-Kooperationsvertrag: Patienteninformation und -einwilligung zur Datenverarbeitung 19
B. Selektivvertrag BARMER: Patienteninformation und -einwilligung zur Übermittlung von Daten zur Abrechnung 19
9. Anlage: Kooperationspartner teilnehmende Zentren und weitere Krankenkassen 19

Datenschutzkonzeptentwurf erstellt von Dr. Gabriele Lindena,
Wissenschaftliche Projektleitung A-IMA

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin

Telefon: 030-39409689-11
E-Mail: lindena@schmerzgesellschaft.de
Internet: www.A-IMA.de

1. Einleitung und Ziel

Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat mit PAIN2020 eine neue Versorgungsform im Innovationsfonds geprüft. Ziel ist die Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz für alle Patienten mit chronifizierenden Schmerzen durch eine frühe Zuweisung der Patienten zu einem interdisziplinären multimodalen Assessment (IMA). Die Studie PAIN2020 ist noch nicht evaluiert. Trotzdem wird die neue Versorgungsform als Ambulantes IMA (A-IMA) über einen Selektivvertrag nach §140a der BARMER für Patienten und Versorger zugänglich gemacht (Anlage 1). Parallel gibt es einen Qualitäts-Kooperationsvertrag der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. mit den teilnehmenden schmerzmedizinischen Einrichtungen (Anlage 2).

Dieses Datenschutzkonzept beschreibt im Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und den Vorgaben nach Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) die beteiligten Institutionen, die Art der Daten und die Datenwege bis zur Auswertung und Anonymisierung. Anlage 3 enthält die patientenbezogenen Dokumentationsunterlagen, die den Weg der Patienten vom Screening über das A-IMA bis zur Nachbefragung nach 3-6 Monaten begleiten. Anlage 4 beschreibt die technische Umsetzung der pseudonymisierten Datenerfassung in der A-IMA-Datenbank. Anlage 5 enthält das Datenschutzkonzept KEDOQ-Schmerz, Anlage 6 die Technischen und Organisatorischen Maßnahmen beim Serverbetreiber, Anlage 7 die Datenschutz-Folgenabschätzung, Anlage 8 Patienteninformationen und -einwilligungsformulare für Selektivvertrag und Qualitäts-Kooperationsvertrag. Zusätzlich werden für Anlage 9 nach Vertragsabschluss jeweils die Informationen zur Struktur der beteiligten Einrichtungen sowie die gemäß Vertrag benannten Kontaktverantwortlichen aufgenommen.

Ziel dieses Datenschutzkonzepts ist es zu belegen, dass diese Datensammlung den folgenden Regeln genügt:

- Die „Nachvollziehbarkeit“ einer geforderten Evaluation einer „Besonderen Versorgung“ wird den betroffenen Personen schriftlich und mündlich dargelegt. Die Patienten werden ausführlich informiert und willigen schriftlich in die Datenverwendung ein. Das Projekt und die Patienteninformation und -einwilligung werden dem Bundesamt für Soziale Sicherung als der Aufsichtsbehörde der bundesweiten Krankenkassen vorgelegt.
- Die Rollen der Beteiligten, deren Verantwortlichkeiten und Aufgabenverteilung werden in dieser Patienteninformation dargelegt („Transparenz“ Art 13 DSGVO).
- Sie ist sachlich richtig, erforderlich und auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Bei nicht vorliegender Einwilligung werden keine personenbezogenen Daten erhoben („freiwillige schriftliche Einwilligung“ Art 7 DSGVO).
- Gesundheitsdaten sind besonders schutzwürdig („besondere Kategorien“ Art 9 DSGVO). Die Datensammlung ist dem Zweck angemessen sowie auf das für die Zwecke der Verarbeitung notwendige Maß beschränkt („Datenminimierung“).
- Daten mit Identifizierung der betroffenen Personen werden ausschließlich in den sie behandelnden Einrichtungen geführt, so lange, wie im Rahmen der Gesundheitsversorgung gesetzlich vorgegeben. Die A-IMA-Datenbank speichert Daten in pseudonymisierter Form zur Auswertung für die Laufzeit des Projektes („Pseudonymisierung“).

- Die A-IMA-Datenbank gewährleistet „Datenintegrität“ durch Schutz vor unbeabsichtigter falscher Zuordnung und Verlust, gewährt „Vertraulichkeit“ durch frühe „Pseudonymisierung“ (Art 32 DSGVO).
- Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. überwacht den Aufbau der Datenbank, prüft die Funktionsweise und interveniert bei eventuellen Fehlern („Revisionsfähigkeit“). Diese können durch den engen Kontakt zu den Kooperationspartnern und die laufende Datensammlung eng beobachtet und ggf. abgestellt werden. Sie hat einen Datenschutzverantwortlichen bestimmt (Art 40 DSGVO).
- Schon bei der Anmeldung der teilnehmenden Zentren sind Datenschutzexperten der Einrichtungen involviert. Im Verlauf der Patientenversorgung folgen die Einrichtungen ihren strengen einrichtungsinternen Datenschutzanforderungen, wie sie in der Patientenversorgung im Gesundheitswesen üblich sind.
- Für die Umsetzung des Datenschutzes in der Qualitätssicherung trägt der Datenschutzverantwortliche der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. die Verantwortung und ist rechenschaftspflichtig.

Am A-IMA-Projekt Beteiligte

Am A-IMA-Projekt sind mehrere Institutionen beteiligt, die Daten bereitstellen, halten, bearbeiten und eingeben („gemeinsame Datenverarbeitung“ gemäß Art 26 DSGVO):

- **Patienten** werden über das Projekt mündlich und schriftlich informiert und erklären ihre Einwilligung zur freiwilligen Teilnahme an dem Selektivvertrag und der Datenbereitstellung für Evaluation und Qualitätssicherung schriftlich.
  Diese Patienteninformation enthält alle Vorgaben des Artikel 13 der DSGVO (Artikel 14 trifft nicht zu). Die Patienten werden über ihre Rechte informiert und bekommen ihre Ansprechpartner in der sie versorgenden Einrichtung und extern benannt.
  Sie werden in den Zentren entsprechend mit Screening und A-IMA versorgt und sind dort persönlich bekannt. Andernfalls können sie nicht an dem Selektivvertrag teilnehmen. Die Patienten werden ausführlich untersucht, die Befunde besprochen und zu ihren Therapieoptionen beraten. Die Patienten füllen Fragebögen einmal zu Beginn und einmal im Verlauf aus. Sie können, wenn sie wollen, diese Eingaben direkt in die Datenbank machen – sie erhalten einen Email-Link mit hinterlegtem Zugang zu ihrer eigenen Dokumentation. Wenn sie die Fragebögen schriftlich beantwortet haben, werden ihre Angaben pseudonymisiert in die A-IMA-Datenbank übertragen.

- **Schmerzmedizinische Einrichtungen** können über die Vereinbarung mit dem Selektivvertrag und parallel mit dem Qualitäts-Kooperationsvertrag Kooperationspartner werden. Dies sind A-IMA-Zentren und weitere Einrichtungen der Regelversorgung mit interdisziplinär-multimodalem Profil entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. (Anlage 9). Sie nehmen die Patienten auf, informieren sie über das Projekt und erbitten ihre Einwilligung. Sie versorgen die Patienten entsprechend der Leistungsbeschreibung und -inhalte der vereinbarten Verträge und beachten dabei den Datenschutz und die Handlungsanweisungen bezüglich der Dokumente. Die Dokumentation erfolgt datensparsam

entsprechend den Vorgaben des Qualitäts-Kooperationsvertrages mit der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.. Sie befragen alle Patienten nach 3 bis 6 Monaten nach. Die Zentren rechnen ihre Leistungen mit den selektivvertraglich gebundenen Krankenkassen ab.

- **Die Deutsche** Schmerzgesellschaft e.V. ist Vertragspartner jeder teilnehmenden Einrichtung in dem A-IMA-Projekt. Sie stellt personelle Ressourcen in der Geschäftsstelle bereit, die Vorgehensweise und Inhalte des Projekts abstimmen. Hier wird auch die Datenbank A-IMA-Datenbank aufgebaut und gepflegt, die die Daten aus der Versorgung während der Studie aufnimmt. Zusätzlich führt die Deutsche Schmerzgesellschaft Teilnehmerlisten und Unterlagen zur Kommunikation mit den teilnehmenden Zentren und der BARMER. Sie hat einen gemeinsamen Projektbeirat mit der BARMER eingerichtet.

- KEDOQ heißt "KErnDOkumentation und Qualitätssicherung" in der Schmerztherapie **KEDOQ-Schmerz**. Das Projekt richtet sich an schmerzmedizinische Einrichtungen, die Patienten mit Schmerzen ambulant, teilstationär oder stationär versorgen.
  KEDOQ-Schmerz ist eine Initiative der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.. Sie vertritt die Schmerztherapie als Fachgesellschaft. Sie hat eine ad-hoc-Kommission einberufen, die die Details zur Dokumentation und die Qualitätsziele beschließt sowie die Funktion von KEDOQ-Schmerz mit den teilnehmenden Einrichtungen und Programmanbietern überwacht.

- Die **BARMER** bindet die kooperierenden Einrichtungen vertraglich über Selektivverträge gemäß §140a SGB V ein. Dieser Selektivvertrag ist grundsätzlich für andere Krankenkassen geöffnet. Die BARMER informiert ihre Versicherten über das Projekt und beteiligt sich an der Erstellung des Gesamtkonzepts. Unter dem Selektivvertrag werden die Leistungen mit Klarnamen der Patienten und Krankenversichertennummer abgerechnet.
- Weitere **Krankenkassen** können dem Selektivvertrag beitreten. Sie sind damit Kooperationspartner auch für alle teilnehmenden Zentren. Sie empfangen ebenfalls die Abrechnung der Leistungen mit Klarnamen der Patienten und Krankenversichertennummer.

Gültigkeit

Dieses Datenschutzkonzept gilt vom 1.9.2021 als Beginn des A-IMA-Projekts, im teilnehmenden Zentrum ab der Aufnahme des ersten Patienten und wird in deren Verlauf überprüft („Revisionsfähigkeit“). Das A-IMA-Projekt soll zunächst 2 Jahre laufen. Danach soll der Selektivvertrag in seinen Effekten überprüft werden. Im gesamten Verlauf werden Aufbau und Pflege der laufenden Dokumentation, die Berücksichtigung der Erfahrungen der teilnehmenden Zentren und aller Beteiligten sowie die Umsetzung notwendiger Verbesserungen geplant. Verantwortlich sind dafür der Projektbeirat, insbesondere die Geschäftsstelle mit dem Datenschutzverantwortlichen und Datenmanager („Rechenschaftspflicht“). Diese sind speziell verpflichtet, geeignete technische und organisatorische Maßnahmen (TOM) auszuwählen und umzusetzen, die die Interessen der Patienten schützen und die Datenintegrität gewährleisten. Die TOMs des Projekts umfassen sowohl an den Arbeitsplätzen in der Geschäftsstelle wie im Home Office der beteiligten Mitarbeiter die Zutritts- und Weitergabekontrolle. Eine Dateneingabe erfolgt dort in den Übersichten der teilnehmenden Zentren und zum Stand des Projekts. Die übermittelten Daten der teilnehmenden Zentren werden nur mit deren Einverständnis und protokolliert geändert.

Zugangs- und Zugriffskontrolle erfolgen zentral durch den Schutz des Servers. Die Trennung von Daten mit Klarnamen und pseudonymisierten Daten erfolgt durch das Konstrukt in den Einrichtungen der Patientenversorgung mit persönlich bekannten Patienten und der pseudonymisierten A-IMA-Datenbank.

Schulung und Verpflichtung zur Vertraulichkeit, Qualitätssicherung

Die teilnehmenden Zentren mit Patientenaufnahme werden zu Beginn ihrer Teilnahme im Umgang mit der Vorgehensweise zum A-IMA und der gesamten Dokumentation incl. Datenschutz geschult. Sie sind es gewohnt, mit den Patientendaten vertraulich umzugehen, erhalten hier aber zusätzliche Handanweisungen. Im weiteren Verlauf gibt es eine ortsunabhängige Betrachtung aller Prozesse als Qualitätssicherung. Deren Ergebnisse werden den teilnehmenden Zentren bei einem einmal jährlichen persönlichen Treffen vorgestellt sowie als Berichte zweimal im Jahr zugeschickt. Die Kontakte bei besonderen Vorkommnissen mit den Zentren werden protokolliert. Diese Pflichten sind im Qualitäts-Kooperationsvertrag zwischen Kooperationspartner und Schmerzgesellschaft geregelt.

2. Daten im A-IMA-Projekt

Um welche Daten geht es?

In der Projektkoordination werden Daten zur Einrichtung mit Adresse, Ansprechpartner und **Struktur** sowie **Prozessdaten** zur projektbegleitenden Kommunikation wie Telefonate, Briefe und E-Mails sowie Teilnahme an den Tagungen festgehalten. Hier werden auch die online-Zugangsdaten für jedes Zentrum einer Zentrumsnummer zugeordnet und verschlüsselt. Diese Informationen benötigt die Projektkoordination. In die A-IMA-Datenbank werden diese Strukturdaten nicht aufgenommen.

In der **A-IMA-Datenbank** erscheinen ausschließlich pseudonymisierte patientenbezogene Daten.

Die A-IMA-Datenbank erhält alle Daten zum Versorgungsverlauf, die für die Evaluation benötigt werden. Daten zum Patienten enthalten u.a. Deutscher Schmerzfragebogen (DSF), Diagnosen, Chronifizierungsstadium, eingeleitete Therapie und –verlauf anhand des Verlaufsfragebogens nach 3 bis 6 Monaten (s. Anlage 3, Dokumentationsunterlagen). Die Daten gehen über verschiedene Wege in die A-IMA-Datenbank ein.

Bei der Dokumentation im Rahmen des Projekts werden unterschiedliche medizinische und persönliche Daten erfasst, darunter mehrere Fragebögen, die durch die Patienten selbst ausgefüllt werden.

Auf Basis dieser Daten werden den Patienten u.a. im Rahmen des diagnostischen Gespräches Therapieangebote unterbreitet. Es wird darüber hinaus festgehalten, ob sie diese annehmen wollen. Im weiteren Verlauf werden die Patienten noch einmal nachbefragt, ob die erhaltene Therapie zu dem erwünschten Erfolg geführt hat.

In der **versorgenden Einrichtung** werden folgende Daten je Patient erhoben und weiterverarbeitet:

1. **Administrative Daten** (z. B. Name, Geburtsdatum, die Krankenkasse und der Name des verantwortlichen Studienarztes) bleiben in der Einrichtung und dienen zur Abrechnung der Leistungen mit der Krankenkasse. Diese sind 10 Jahre aufzuheben.

2. Folgende Angaben werden ausschließlich **pseudonymisiert in die A-IMA-Datenbank** eingetragen:

- aufgrund welcher Erkrankung die Teilnahme erfolgt
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. die ausgefüllten Fragebögen, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, Ihre Auswahl bei den Therapieoptionen)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Der von Ihnen ausgefüllte Fragebogen im Verlauf.

Was geschieht mit den Daten?

Die medizinischen Befunde und persönlichen Informationen werden in der behandelnden Einrichtung für die Versorgung benötigt und als Versorgungsdaten 10 Jahre elektronisch gespeichert.

Die für A-IMA wichtigen Daten werden ***pseudonym*** an die Datenstelle (A-IMA-Datenbank) weitergeleitet und ausgewertet.

Pseudonym bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden. Eine Entschlüsselung ist NUR den versorgenden Personen in der teilnehmenden Einrichtung möglich. Die Patienten können sich im Zentrum die über sie erhobenen Daten aushändigen oder von dort löschen lassen, solange sie die Leistung Screening oder A-IMA noch nicht erhalten haben.

Das A-IMA-Projekt soll zunächst 2 Jahre laufen und dann überprüft werden. Nach dem Ende wird der Datensatz in der behandelnden Einrichtung von dem übermittelten Datensatz in der A-IMA-Datenbank abgekoppelt, indem in der Datenbank neue Patienten-IDs für die pseudonymisierten Daten vergeben werden. So liegen für die Auswertung in der Datenbank dann nur noch anonyme Daten vor. Ein Rückschluss auf die Person ist dann gar nicht mehr möglich.

Zuständig für diesen Prozess ist der A-IMA-Datenmanager bei der Deutschen Schmerzgesellschaft.

Die Auswertungen bleiben weiter zugänglich bis zu den letzten Berichten und zur Veröffentlichung der Ergebnisse, zusammengefasst und nicht auf den einzelnen Patienten bezogen.

Datenwege A-IMA-Datenbank

Es gibt Papier-Dokumentationsbögen im Zentrum, die dort elektronisch eingegeben werden. Dabei fungiert die Excel-Patientenliste als Masterdatei mit organisatorisch wichtigen Angaben wie sie auch zur Abrechnung üblich sind. Diese Liste bleibt im Zentrum und ist die einzige Verbindung zwischen pseudonymisierter Patienten-ID (eindeutige Identifikation in der A-IMA-Datenbank, Pat-ID) und den für die Abrechnung benötigten Krankenkassendaten mit Leistungsart und -datum. Die Excel-Patientenliste wird mit Kennwort verschlüsselt den Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

Alle Verarbeitungstätigkeiten im Rahmen von A-IMA werden in Tab. 1 für die Mitarbeiter in den ihnen zugeordneten Rollen aufgeführt. Die Datenwege für die A-IMA-Datenbank sind in Abb. 1 dargestellt. Tabelle 2 enthält die Zugriffsrechte für die Gruppen von Anwendern der A-IMA-Datenbank.

Folgende Wege gehen die Daten:

a. Zuweiser=> Patienten

Zuweiser sind behandelnde Ärzte oder die Krankenkassen. Auch Patienten selbst können in ein teilnehmendes Zentrum gehen. Patienten erhalten zunächst eine kurze Information, füllen einen kurzen Fragebogen zu ihren aktuellen Beschwerden aus und werden auf Ein- und Ausschlusskriterien untersucht („Screening"). Wenn das A-IMA für die Patienten nicht geeignet ist, erhalten sie eine andere notwendige Versorgung. Die Zuweiser kennen die Patienten persönlich und unterliegen den im Gesundheitswesen üblichen Vertraulichkeitsregeln.

b. Zentren => Patienten

Die Patienten werden in den teilnehmenden Zentren auf Risikofaktoren und Ein- bzw. Ausschlusskriterien für das A-IMA untersucht – soweit noch nicht geschehen. Dann werden sie mündlich und schriftlich informiert und um ihre Einwilligung gebeten. Danach werden sie in die Excel-Patientenliste aufgenommen und erhalten eine Pat-ID, die ab diesem Zeitpunkt auf der patientenbezogenen Dokumentation händisch vermerkt wird. Ab diesem Zeitpunkt werden Daten in die A-IMA-Datenbank pseudonymisiert aufgenommen.

Die Patienten erhalten anschließend ihren A-IMA-Termin. Nach 3-6 Monaten werden sie nach ihrer aktuellen Schmerzsituation nachbefragt. Die Zentren kennen die Patienten persönlich und unterliegen den im Gesundheitswesen üblichen Vertraulichkeitsregeln. Sie erhalten zusätzlich spezielle Handlungsanweisungen für den Datenschutz im Umgang mit der A-IMA-Datenbank.

c. Zentren => BARMER

Die BARMER erhält Leistungsdaten von den Zentren zur Leistungsabrechnung. Die Zentren nehmen dazu die Krankenversichertennummer in die Excel-Patientenliste auf, die auch die pseudonyme A-IMA-Patienten-ID enthält.
Die BARMER führt diese Abrechnungsdaten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) ***pseudonymisiert*** im Wissenschafts-data warehouse (WDWH) zusammen. Diese Daten werden zur Evaluation des A-IMA herangezogen. Die Krankenkasse erhält außer diesen zur Abrechnung üblichen Daten keine krankheitsbezogenen Angaben zu den Patienten.

d. Zentren => Andere Krankenkassen

Die Krankenkasse erhält Leistungsdaten von den Zentren zur Leistungsabrechnung. Die Krankenkasse erhält außer diesen Abrechnungsdaten keine krankheitsbezogenen Angaben zu den Patienten. Anders als bei der BARMER werden von beitretenden Krankenkassen keine Sekundärdaten für die Evaluation abgerufen.

e. Zentren <=> KEDOQ-Schmerz

Die Zentren geben über derzeit 4 Primärprogramme pseudonymisierte Daten von Patienten nach deren schriftlich erklärter Einwilligung an KEDOQ-Schmerz weiter. Mit KEDOQ-Schmerz werden die Patientenfragebögen und Arztangaben gesammelt, die eine erhebliche Schnittmenge mit den A-IMA-Daten aufweisen. Die Programmanbieter sind an die Deutsche Schmerzgesellschaft vertraglich gebunden und unterhalten Verträge mit den jeweiligen Zentren. Die Programme erlauben die Eingabe von Versorgungsdaten mit Klarnamen in den Zentren, die diese für ihre Patientenversorgung benötigen. Die Programme bilden einen HASH-Wert als Pseudonym nach den Vorgaben der Deutschen Schmerzgesellschaft und führen Plausibilitäts- und Vollständigkeitstests durch, bedienen

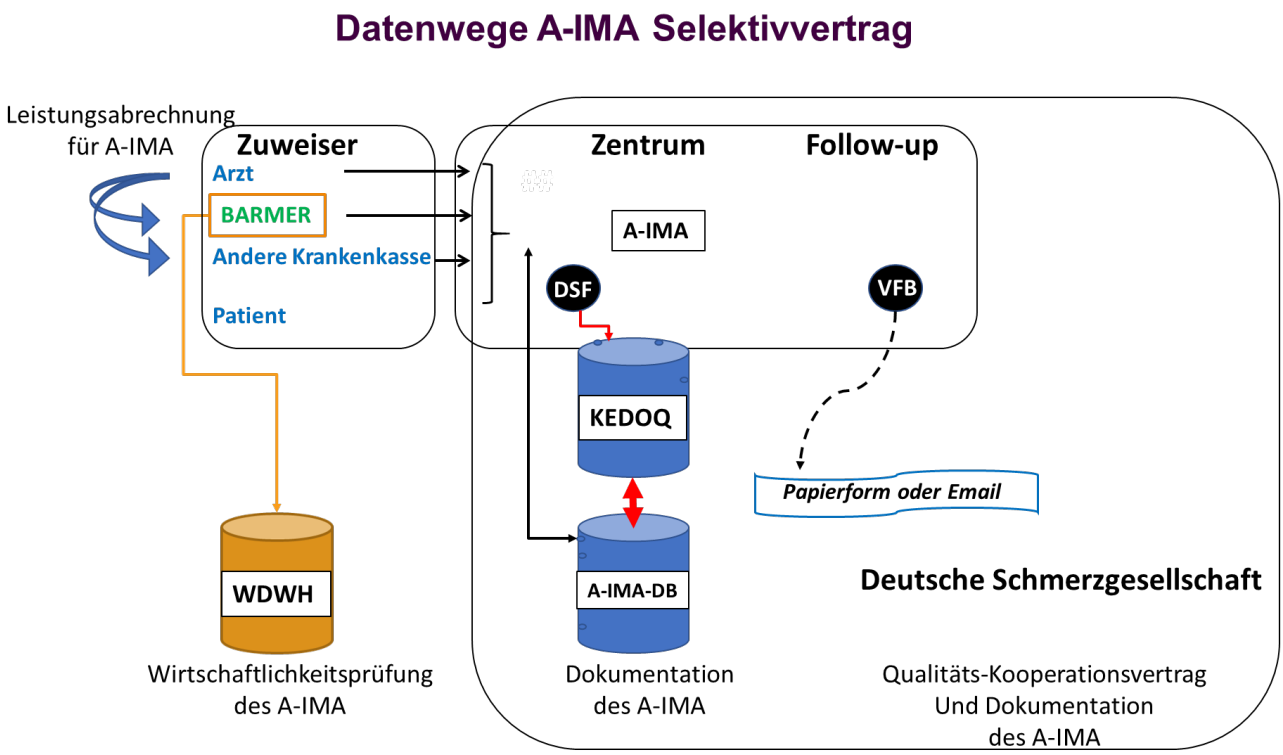
so die Schnittstelle zu KEDOQ-Schmerz unter dessen Datenschutzkonzept (Anlage 5). Wenn jemand versucht, den HASH-Wert nachzubilden, hat er trotzdem keinen Zugang zu den KEDOQ-Schmerz- oder A-IMA-Datenbanken.

Wenn die Zentren KEDOQ-Schmerz nutzen, ersparen sie sich die erneute (doppelte) Dateneingabe.

Primärprogramm-Anbieter sind:

ID diacos ID diacos, Berlin Juri Gebhardt, Telefon 030/246260 http://www.id-berlin.de	PainDetect Pfizer, StatConsult, Magdeburg Hr. Jan Reichmann, Telefon 0391/5497000 http://www.pain-detect.de
Orbis Agfa Healthcare Hr. Peter Hübner, Telefon 03641/55 401 53 http://www.agfahealthcare.com	PainPool smart-Q Softwaresysteme GmbH, Bochum Hr. Daniel Zenz, Telefon 0234/60600761 http://www.smart-q.de/

Abb. 1 Datenwege im A-IMA-Projekt



f. Zentren <=> A-IMA- Datenbank

Die Zentren führen eine Liste mit den Klarnamen der teilnehmenden Patienten. Diese Liste wird im Excel-Format zur Verfügung gestellt und ist verschlüsselt. Bei jedem Aufruf der Liste im A-IMA-Zentrum muss der Schlüssel angegeben werden. In dieser Excel-Patientenliste sind Funktionen hinterlegt, mit denen der pseudonymisierte HASH-Wert gebildet wird und die Pat-ID aus der Datenbank abgerufen werden kann. Die Aufnahme eines neuen Patienten geht über diese Excel-Patientenliste, dann wird die aufsteigende Patienten-ID durch einen einmaligen Kontakt mit der Datenbank generiert. Wenn die Patientenaufnahme direkt online in der geschützten Datenbank erfolgt, muss die so generierte Patienten-ID händisch in die Excel-Patientenliste eingetragen werden.

Weitere A-IMA-Daten werden mit Benutzernamen und Kennwort ssl-verschlüsselt direkt in die A-IMA-Datenbank eingetragen. Die Zentren nutzen dort zentrums- und patientenbezogene Übersichten, mit denen sie patientenbezogene Eingabeformulare aufrufen können. In diesen Übersichten in der A-IMA-Datenbank stehen Pat-ID, zusätzlich Geschlecht und Alter beim Screening, um Verwechslungen zu vermeiden. Diese Übersichten geben den Stand der Dokumentation teilweise farbig markiert an und erleichtern so die Vervollständigung der Daten.

Die Zentren übermitteln pseudonymisierte, studienrelevante Patientendaten an die A-IMA-Datenbank auf folgenden Wegen:

- direkte Dateneingabe in Online-Formulare auf der A-IMA-Datenbank
- Eingabe einer Auswahl von Daten in die Primärprogramme von KEDOQ-Schmerz
- Versand von E-Mail-Links an Patienten: Diese haben zuvor eine E-Mail-Adresse hinterlegt, an die ihnen ein Link zugesandt werden kann. Dieser ist mit Kennwort geschützt und verbindet dann mit der patientenbezogenen Eingabe in das zugeordnete Fragebogenformular
- Versand und Rücknahme der Patientenfragebögen an die Patienten per Post, anschließende Dateneingabe im Zentrum

g. Patienten => A-IMA- Datenbank

Auch die Patienten können Zugriff auf die Datenbank erhalten, wenn sie per E-Mail-Link aus dem Zentrum mit hinterlegtem Kennwort ihre Antworten auf die Patientenfragebögen direkt eingeben. E-Mail-Adresse und Kennwort des Patienten werden in der Excelliste notiert. Falls das Kennwort zu kurz ist oder keine Sonderzeichen enthält, erscheint ein Hinweis. Die Patienten klicken auf den Link in der Einladungs-E-Mail und öffnen damit das Eingabeformular in ihrem Standard-Internetbrowser. Unerlaubte Verarbeitungen werden durch den Kennwortschutz und dieses Vorgehen stärker verhindert als in einer Papierversion möglich.

h. KEDOQ-Schmerz <=> A-IMA-Datenbank

Die A-IMA-Datenbank fragt für Patienten anhand des HASH-Werts vorhandene Daten aus der KEDOQ-Schmerz-Datenbank ab. Der HASH-Wert wird nach den gleichen Regeln gebildet, so dass ein solcher Abgleich möglich ist. Die automatisch generierte numerische Patienten-ID ist aber verschieden zwischen beiden Datenbanken. Wenn in der A-IMA-Datenbank kein HASH-Wert des

Patienten vorliegt, oder kein übereinstimmender gefunden wurde, kann über andere Variablen eine Zuordnung erfolgen.

Die A-IMA-Datenbank korrespondiert auch bezüglich der weiteren Daten mit der KEDOQ-Schmerz-Datenbank. Die Daten werden an KEDOQ-Schmerz übergeben, auch wenn Zentren nicht über ein Programm der 4 Programmanbieter dokumentieren. Außerdem werden unabhängig von der Nutzung eines solchen Programms durch die erleichterte Dokumentation der Verlaufsfragebögen mit den E-Mail-Links in der A-IMA-Datenbank auch diese Daten an KEDOQ-Schmerz übermittelt.

i. Zentren => Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft schließt einen Qualitäts-Kooperationsvertrag mit den teilnehmenden Zentren. Dieser enthält die Rahmenbedingungen, qualitative Voraussetzungen für die Patientenversorgung im Rahmen des A-IMA, Tätigkeiten der Kooperationspartner incl. Schulung, Vergütung und Nutzungsrechten sowie Festlegungen zum Datenschutz und auf dieses Datenschutzkonzept.

j. BARMER => Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

BARMER und Schmerzgesellschaft richten einen gemeinsamen Projektbeirat ein und tauschen Informationen dazu aus. Dies betrifft die Teilnahme von Zentren, die gleichzeitig Selektivvertrag und Qualitäts-Kooperationsvertrag abschließen müssen. Dies liegt in beiderseitigem Interesse zur Erfüllung ihrer Pflichten in beiden Verträgen.

Die BARMER kann zusätzlich zur Verfolgung der Abrechnungsdaten in ihrem data warehouse auf das pseudonymisierte Wissenschafts-data warehouse zugreifen. Beim W-DWH handelt es sich um eine vollständig nach außen abgegrenzte technische Infrastruktur von virtuellen Rechnern. Die Pseudonymisierung umfasst sowohl die Versichertendaten als auch die der Leistungserbringer. Damit sind sektorenübergreifende Langzeitanalysen und damit die Evaluation der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit des A-IMA als Aufgabe einer Krankenkasse gemäß §140 SGB V mit folgenden Daten möglich: 1) Stammdaten (historisiert), 2) Arzneimitteldaten, 3) Ambulante Arztdaten, 4) Krankenhausdaten (stationär und ambulant), 5) Heil- und Hilfsmittel, 6) Pflege, 7) AU / Krankengeld, 8) Zahndaten.

Patienteninformation und Einwilligung der Patienten (Anlage 8)

Es sind zwei Einwilligungserklärungen durch die Patienten erforderlich, die eine Verwertung der A-IMA-Daten in dem Projekt erlauben. Die eine umfasst die Teilnahme an dem Selektivvertrag und die personenbezogene Abrechnung der Versorgungsleistungen mit den Krankenkassen der Versicherten. Die zweite bezieht sich auf die Einwilligung der Datenverwendung zur Versorgung selbst und zur pseudonymisierten Weitergabe für die Evaluation. Die Einwilligung zur Abrechnung geht mit dieser an die Krankenkasse, die Einwilligung zur Datenverwendung bleibt im behandelnden Zentrum.

Die Daten werden in der A-IMA-Datenbank ausschließlich pseudonymisiert erfasst.

k. Rücknahme der Einwilligung

Wenn Patienten ihre Einwilligung zurückziehen wollen, ist dies nur möglich, solange sie keine Leistung erhalten haben. Folgender Ablauf ist dann vorgesehen:

Im behandelnden Zentrum geben die Patienten ihren Wunsch formlos in Schriftform an. Dieses vermerkt die Rücknahme der Einwilligung mit dem Datum und gibt keine Daten mehr ein. In KEDOQ-Schmerz ist gewährleistet, dass bei der Rücknahme der Einwilligung in jedem der Primärprogramme keine Daten mehr an KEDOQ-Schmerz übermittelt werden. In der Patientenübersicht der A-IMA-Datenbank setzt das Zentrum den Patienten auf den Status „Einwilligung zurückgezogen“. Ab dann können keine weiteren Daten für diesen Patienten eingegeben werden.

l. Auskunftsrecht

Der Patient hat das Recht auf eine vollständige Aufstellung aller von / über ihn gespeicherten Daten. Diesen Wunsch äußert er im ihn behandelnden Zentrum, das in Kenntnis des Pseudonyms die den jeweiligen Patienten betreffenden Daten herunterlädt und ausdruckt. Dieser Ausdruck enthält die Patienten-ID und wird dem Patienten direkt übergeben, so dass die Daten nicht in die Hände von Dritten gelangen können.

m. Recht auf Berichtigung der Daten

Der Patient hat das Recht auf Berichtigung von über ihn gespeicherten Daten. Änderungswünsche äußert er im ihn behandelnden Zentrum, das die Änderungen selbst in der A-IMA-Datenbank vornehmen kann.

n. Recht auf Löschung bzw. auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten

Das Prozedere entspricht der Rücknahme der Einwilligung und ist auch nur möglich, solange Patienten keine Leistung erhalten haben:

1. schriftliche Erklärung des Patienten
2. Vermerk/Statusänderung in der Patientenübersicht durch das Zentrum
3. Bestätigung durch Datenmanager
4. Möglichkeit des Ausdrucks eines Belegs durch das Zentrum

Programmseitig wird eine Funktion implementiert, die nur der Datenmanager der A-IMA-Datenbank aufrufen kann, mit deren Hilfe alle Daten des ausgewählten Patienten in Abstimmung mit dem versorgenden Zentrum gelöscht bzw. für die Verarbeitung gesperrt werden. Dazu wird die Pat-ID des betreffenden Patienten benötigt, da der Datenmanager ausschließlich Zugriff auf die pseudonymisierten Daten hat.

Beim Löschen bleibt nur die Information der Patienten_ID mit dem Vermerk, dass dieser Datensatz/Patient gelöscht wurde, erhalten. Die Löschung des Patienten aus den Backups erfolgt nach und nach durch Überschreiben der alten Backup-Dateien durch neuere Backups. Sollte ein Backup wieder eingespielt werden, kann anhand der „Gelöscht-Information“ mit der verwaisten Patienten-ID die Löschung beim Einspielen des Backups nachgeholt werden.

Datenzugriffsrechte

Die Zugriffsrechte auf die A-IMA-Datenbank werden restriktiv vergeben. Jeder Beteiligte erhält nur die Berechtigung Daten einzugeben, anzusehen, zu ändern, zu exportieren und zu löschen, wie es seine Aufgaben im Verlauf der Studie erfordern. Diese Restriktion wird über programmseitige Rechtekontrolle gewährleistet bzw. ergibt sich bei klassischer Datensammlung in Papierform über den Ablauf der Verarbeitung (s. Tabelle Rollenzuordnung und Zugriffsrechte). Externe Empfänger und Drittländer sind nicht vorgesehen.

Zweck der Datenverarbeitung sind die Aufnahme und Verwaltung/ Vervollständigung der Anamnese- Diagnose- und Verlaufsdaten der in A-IMA aufgenommenen Patienten sowie deren qualitätssichernde Begleitung. Die Kategorie der betroffenen Personen ist „Patienten“, die Kategorien der personenbezogenen Daten sind Anamnese-, Diagnose- und Verlaufsdaten, z.T. als Angaben von den Patienten selbst, z.T. als diagnostische und therapeutische Angaben von Ärzten, Physiotherapeuten und Psychologen (s. Anlage 3 Dokumentationsunterlagen). Die Fristen für die Löschung ergeben sich aus der Art der Daten s. auch Patienteninformation: einerseits geht es um die qualitätssichernden Projektdaten, die anonymisiert werden. Andererseits handelt es sich um Versorgungsdaten, die mindestens 10 Jahre aufzubewahren sind.

Tabelle 1: Verarbeitungstätigkeiten im Rahmen von A-IMA und für die A-IMA-Datenbank

Rolle	Institution	Tätigkeit	Name	
Datenschutz-verantwortlicher	Deutsche Schmerzgesellschaft	Datenbankaufbau und -überwachung	Andre Möller	AM
Datenmanagement	Deutsche Schmerzgesellschaft	Zugriff einrichten, Daten sichern und verwalten, Daten exportieren, Datenbank schließen	Andre Möller, Vertretung: Gabriele Lindena	AM (GL)
Projekt-koordination	Deutsche Schmerzgesellschaft	Ansprache der Kooperationspartner, Prozesskontrolle und Leistungsabrechnung, Vertragsgeschehen, Kommunikation, Qualitätssicherung	Thomas Isenberg	TI
Kooperations-partner	Schmerzmedizinische Versorgungszentren	Information und Ansprache von Zuweisern, Patienten aufnehmen, versorgen, Befunde und Vorgehen dokumentieren, pseudonymisiert an A-IMA-Datenbank übertragen	die Kontaktliste wird im Verlauf des Projekts aufgebaut und gepflegt	NN
BARMER	BARMER	Selektivvertragsgeschehen, BARMER-bezogene Zuweisung, Abrechnung, Evaluation von pseudonymisierten Daten im Wissenschafts-Data-Warehouse	Frau Dr. Ursula Marschall, Andreas Hölscher, Catharina Schumacher	UM AH CS
Kooperations-partner Krankenkassen	bundesweit	nach Beitritt zum Selektivvertrag Versicherte informieren, Abrechnung	Die Kontaktliste wird im Verlauf aufgebaut und gepflegt	PT

o. Patienten

Die Patienten können per E-Mail-Link Zugriff zur Dateneingabe ihrer Patientenfragebögen erhalten, der zu einem Zeitpunkt vom Zentrum ausgelöst wird.

p. Kooperationspartner Zentren

Die Zentren haben einen gesicherten verschlüsselten Zugang zu ihren eigenen Daten in der A-IMA-Datenbank. Der Zugang funktioniert mit Benutzernamen und Kennwort (mit mindestens 8 Zeichen, davon Klein- und Großbuchstaben sowie Sonderzeichen).

Sie können Daten der Patienten des Zentrums eingeben, ändern, einsehen, aber nicht löschen. Zur Löschung kann ein Antrag an das Datenmanagement unter der Patienten-ID erbeten werden (z.B., wenn ein Patient seine Einwilligung in seine Teilnahme und die Datenverarbeitung zurückzieht). Diese werden ihnen als Patientenübersicht über alle ihre aufgenommenen Patienten und als eine patientenbezogene Ansicht mit dem Eingabestand der online-Formulare zur Dateneingabe angezeigt. Zusätzlich wird eine Exportfunktion der eigenen Daten angeboten.

q. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Die Projektkoordination erhält Zugriff auf eine Übersicht über den Vorangang des Projekts sowie auf alle Zentrumsansichten. Diese bilden die Grundlage für die Qualitätssicherung, den Erfahrungsaustausch, die Prozesskontrolle und die Abrechnung der Qualitäts-Pauschale. Der Datenmanager kann zudem sinnvolle Suchen und Tabellen generieren, um über den Projektstand zu berichten. Zum Löschen können sie aufgefordert werden, nehmen dies aber zu zweit wahr.

Grundsätzlich erhalten alle teilnehmenden Einrichtungen ausschließlich die sie betreffenden Daten.

Der Datenmanager richtet die A-IMA-Datenbank ein. Er kann Daten eingeben, sichern, als Datenverantwortlicher auf Antrag löschen.

r. BARMER und andere Krankenkassen

Die BARMER und die anderen Krankenkassen erhalten keine Berechtigung für die A-IMA-Datenbank. Sie führen ihre eigene Dokumentation mit den Abrechnungsdaten und ggf. Rückmeldungen der Patienten.

Tabelle 2: Zugriffsrechte auf A-IMA-Datenbank

Nutzer	Eingeben	Ansehen	Ändern	Löschen	Auswerten
Datenmanager	x	Alles	x	x	x
Projektkoordination	x	Zentrumsliste, Patientenliste je Zentrum, alle Formulare	x		x
Kooperationspartner	x	eigene Patientenliste und alle Formulare ihrer Patienten	x	Antrag stellen	
BARMER und andere Krankenkassen: eigene Dokumentation	-	-	-	-	-
Patienten	x	Antrag stellen		Antrag stellen	

Pseudonymisierte Patientendaten in der A-IMA-Datenbank

In der A-IMA-DATENBANK werden ausschließlich pseudonymisierte Patientendaten gesammelt. Ein HASH-Wert wird hinterlegt, der die Zusammenführung mit KEDOQ-Schmerz erlaubt. Dieser wird jedoch nicht in der Excel-Patientenliste angezeigt und auch die Bildung wird nicht bekanntgegeben. Alle -auch die papiernen- Dokumentationsunterlagen werden ab dem Zeitpunkt der Einwilligung des Patienten mit einer eindeutigen zentrumsübergreifenden aufsteigend numerischen Patienten-ID gekennzeichnet.

Die Identifikation eines Patienten in KEDOQ-Schmerz erfolgt über einen HASH-Wert aus eindeutigen Patienteneigenschaften nach derselben Anweisung. Es wird der SHA1-Algorithmus mit 40-Zeichen verwendet. Für die Bildung des HASH-Wertes ist die Zusammenstellung der Ausgangsdaten ausschlaggebend. Diese Zusammenstellung ist den Primärprogrammanbietern von KEDOQ-Schmerz bekannt, und wird in der Excel-Patientenliste im versteckten und passwortgeschützten Bereich eingesetzt.

Nach Übermittlung dieses HASH-Werts erstellt die A-IMA-Datenbank eine eineindeutige Nummer (Patienten-ID) für diesen Patienten/Hashwert, die ab diesem Zeitpunkt der Patientenaufnahme in das Projekt verwendet wird. Auch die Online-Dateneingabe und die Übersichtsseiten der A-IMA-Datenbank nutzen diese Patienten-ID.

Es kann auf den HASH-Wert verzichtet werden, wenn kein vereinfachter Abgleich mit der KEDOQ-Schmerz-Datenbank erfolgen soll.

So ist nur den teilnehmenden versorgenden Zentren die Zuordnung von Klarnamen und Patienten-ID zu den ihnen persönlich bekannten Patienten möglich.

Anonymisierung

Am Ende des Projekts wird in der A-IMA-Datenbank der Hashwert gelöscht und die Patienten-ID nach dem Zufallsprinzip neu vergeben. Folglich ist dann keine Zuordnung der Daten in der A-IMA-Datenbank zu den tatsächlichen Patienten möglich. Auch alle Zentren, die in der Excel-Patientenliste die Zuordnung von Klarnamen zur Patienten-ID geführt haben, können dann keine Verbindung zu den einzelnen Patienten-Datensätzen mehr herstellen.

3. Verantwortlichkeiten

Projektverantwortung

Die Projektverantwortung liegt bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.. Diese hat einen Datenschutzverantwortlichen bestimmt, die Programmierung beauftragt und das Personal für das Datenmanagement zur Sicherung der Verarbeitung gemäß Art. 32 DSGVO bestellt.

Durch die Projektleitung ist auch die Meldung bei Datenschutzverletzungen sichergestellt. Das Prozedere ist folgendes:

Feststellung einer Datenschutzverletzung

Der Feststellende informiert den Datenschutzverantwortlichen über Art, Ausmaß und möglichen Folgen der Schutzverletzung

Prüfung der notwendigen Schritte durch die Projektleitung unter Führung des Datenschutzverantwortlichen und unter Einbeziehung des Datenschutzbeauftragten unter besonderer Berücksichtigung der Interessen der Betroffenen.

Gegebenenfalls Meldung innerhalb von 72 Stunden an die Aufsichtsbehörde und an die Betroffenen. Sollten Patienten zu den Betroffenen gehören, muss die Meldung über die Zentren erfolgen, da nur dort die Identität der Patienten ermittelt werden kann.

Datenschutzverantwortlich

Datenschutzverantwortlich ist Herr Andre Möller,
Telefon: 01520-1828346, E-Mail: moeller@schmerzgesellschaft.de

Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz (s. auch Anlage 6)

Die A-IMA-Datenbank liegt bei Hetzner Online (ein professioneller Webhosting-Dienstleister und erfahrener Rechenzentrenbetreiber https://www.hetzner.de). Sie wird im Auftrag der Projektleitung von Herrn Andre Möller eingerichtet.

Für die Aufgaben im Datenmanagement ist Herr Möller angestellt bei der Deutschen Schmerzgesellschaft, E-Mail: moeller@schmerzgesellschaft.de

Datenschutzfolgenabschätzung (Anlage 7)

Die Daten unterliegen einem hohen Schutzbedarf. Eine Datenschutzfolgenabschätzung wird für sinnvoll gehalten. Die Schmerzgesellschaft leitet die Zentren an und begleitet diese in ihrer Patientenversorgung mit der patientenbezogenen Dokumentation. Alle im Zusammenhang möglichen Risiken werden vorbereitend mit technisch/organisatorischen Maßnahmen abgefangen, ggf. auftretende Datenverarbeitungsfehler werden entsprechend der Datenschutzfolgenabschätzung aufgearbeitet, notwendige Änderungen umgesetzt (Anlage 7).

Datenschutz in den teilnehmenden Zentren

Hierfür sind die regionalen Gegebenheiten tragend. Die teilnehmenden Zentren sind in der Regel Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit den entsprechenden Vorgaben zur vertraulichen Verwendung von Informationen über die von ihnen versorgten Patienten.

Datenschutzbeauftragter

Herr Dietmar Gätcke https://dsbplus.de/kontakt.htm

Aufsichtsbehörde der Deutschen Schmerzgesellschaft

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit https://www.datenschutz-berlin.de/,
Friedrichstr. 219, 10969 Berlin, Telefon: 030 13889-0

4. Anlagen

1. Anlage: Selektivvertrag zwischen BARMER / ggf. weiteren Krankenkassen und den Kooperationspartnern
2. Anlage: Qualitäts-Kooperationsvertrag zwischen Deutscher Schmerzgesellschaft e.V. und den Kooperationspartnern
3. Anlage: Dokumentationsunterlagen
4. Anlage: Technische Umsetzung der A-IMA-Datenbank, Datenaustausch Excel-Patientenliste und A-IMA-Server
5. Anlage: Datenschutzkonzept KEDOQ-Schmerz
6. Anlage: Technische und Organisatorische Maßnahmen beim Server-Provider
7. Anlage: Datenschutz-Folgenabschätzung gemäß Art. 35 DSGVO
8. Anlage: Patienteninformation und -einwilligung

   A. Q-Kooperationsvertrag: Patienteninformation und -einwilligung zur Datenverarbeitung

   B. Selektivvertrag BARMER: Patienteninformation und -einwilligung zur Übermittlung von Daten zur Abrechnung
9. Anlage: Kooperationspartner teilnehmende Zentren und weitere Krankenkassen

BARMER

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

Axel-Springer-Str. 44-50
10969 Berlin
vertreten durch den Vorstand

(nachfolgend BARMER genannt)

und der

Georg-August-Universität Göttingen, Stiftung Öffentlichen Rechts, **Universitätsmedizin Göttingen**, Robert-Koch-Str. 42, 37075 Göttingen, vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Leiter Studienzentrum UMG
ausführende Einheit: Klinik für Anästhesiologie, Robert-Koch-Str. 40,
3707599 Göttingen, Direktor: Prof. Dr. Michael Quintel
Projektleiter: Prof. Dr. med. Frank Petzke

und dem

DRK-Schmerz-Zentrum Mainz, DRK gemeinnützige Trägergesellschaft Süd-West mbH
Geschäftsführer: Dipl. Betriebswirt Bernd Decker
Auf der Steig 14, 55131 Mainz

(nachfolgend Leistungserbringer genannt)

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

Präambel

Dieser Vertrag regelt eine Besondere Versorgung nach § 140a Abs. 2 Satz 6 SGB V mit der (in wesentlichen Teilen) Fortführung des nach § 92 geförderten Innovationsfondsprojektes PAIN2020. Versorgungsinhalt ist die umfassende Diagnostik mittels Screening und multiprofessionellem Assessment. Die interdisziplinäre Ausrichtung optimiert die Versorgung von Patienten mit Schmerzen bei gleichzeitiger Chronifizierungsgefährdung.

§ 1 - Grundsätze und Ziele

(1) Die Vertragspartner verpflichten sich zu einer zielgerichteten, qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden und zweckmäßigen sowie wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten.

(2) Sie gewährleisten jeweils, dass sie selbst

a) die Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2 und 11 - 62 SGB V in dem Maße erfüllen, in dem sie nach dem Vierten Kapitel des SGB V verpflichtet sind,
b) die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizintechnischen Voraussetzungen für die vereinbarte Besondere Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen,
c) eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten, einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen
d) und eine ausreichende Dokumentation, die allen an der Besonderen Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen.
e) Die Leistungserbringer verfügen jeweils 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).

§ 2 – Versorgungsauftrag

Gegenstand des Versorgungsauftrags im Rahmen der Besonderen Versorgung sind die Durchführung des Screenings und eines Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessments (A-IMA) incl. einer Nachbefragung nach 3-6 Monaten.

§ 3 – Leistungen

(1) Dieser Vertrag regelt den Umfang und den Ablauf der Besonderen Versorgung. Inhalt und Umfang der nach dem Vertrag zu erbringenden Leistungen sind in der Anlage 1 festgelegt.

(2) Die im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen müssen in entsprechender Anwendung der §§ 2, 12, 39, 70 SGB V in der fachlich gebotenen Qualität ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreiten.

§ 4 - Teilnahme der Versicherten

(1) Das Versorgungsangebot richtet sich an Versicherte der BARMER mit chronifizierenden Schmerzen. Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:
   a) Der behandelnde Arzt hat eine begründete Indikation für eine Behandlung nach diesem Vertrag (siehe Anlage 1) gestellt.
   b) Der Versicherte erklärt die Beteiligung an dieser Besonderen Versorgung durch Unterzeichnung einer Teilnahme- und Dateneinverständniserklärung (Anlage 3). Diese wird ihm von Seiten des Leistungserbringers nach umfassender Aufklärung über die Ziele und Inhalte des Vertrags, die teilnehmenden Leistungserbringer, die Freiwilligkeit, ihre Widerrufsmöglichkeit, die Bindung an die Teilnahme und die Erhebung/ Verarbeitung/ Nutzung ihrer Daten gemäß Anlage 4. Die Leistungserbringer verwenden für etwaige notwendige Aufklärungsgespräche und die entspre-

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

chenden Einwilligungen des Patienten ausschließlich die als Anlage 3 beigefügte Vorlage. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Vorlagen und dessen Rechtmäßigkeit liegt bei der BARMER.

(2) Die Teilnahme beginnt mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und endet automatisch mit Inanspruchnahme des interdisziplinären multimodalen Assessments (inklusive der Nachbefragung nach 3-6 Monaten).

(3) Für die Dauer der Teilnahme sind die Versicherten an die beteiligten Leistungserbringer zur Durchführung der Leistungen dieser Besonderen Versorgung gebunden.

(4) Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und binnen zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung widerrufbar, solange sie bis dahin kein Assessment erhalten haben.

(5) Die Teilnahme des Versicherten endet weiter automatisch

- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der BARMER,
- mit dem Widerruf der Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung,
- wenn der Vertrag beendet wird.

§ 5 – Beitritt weiterer Leistungserbringer und Krankenkassen

(1) Der Beitritt zu diesem Vertrag erfolgt durch eine schriftliche Erklärung (Anlage 5).
(2) Der Beitritt wird erst wirksam, wenn die BARMER diesem schriftlich zugestimmt hat.
(3) Durch den wirksamen Beitritt gelten die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag für die beigetretene Krankenkasse bzw. das beigetretende Krankenhaus. Satz 1 gilt nicht für das Recht:
   a. eine Änderung dieses Vertrages abzulehnen,
   b. den Vertrag zu kündigen,
   c. einem anderen Vertragspartner zu kündigen.
(4) Erfolgt eine Änderung dieses Vertrages, kann die beigetretene Krankenkasse bzw. das beigetretende Krankenhaus ihren Beitritt unter Einhaltung einer Frist von einem Monat bis zum Ablauf des dritten Kalendermonats, der auf den Monat, in dem die Änderung wirksam wird, folgt, kündigen.
(5) Die beigetretene Krankenkasse bzw. das beigetretene Krankenhaus kann unabhängig von der Änderung dieses Vertrages seinen Beitritt unter Einhaltung der Kündigungsfristen nach § 13 Abs. 2 dieses Vertrages kündigen.
(6) Leistungserbringer können nur zum Beitritt am Vertrag berechtigt werden, wenn sie alle vertraglich geforderten Voraussetzungen aus diesem Vertrag erfüllen. Dies betrifft insbesondere die Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 8 dieses Vertrages.

§ 6 - Vergütung vertraglicher Leistungen

(1) Die BARMER vergütet den Leistungserbringern die von ihnen erbrachten Leistungen in Höhe der in Anlage 2 vereinbarten Vergütung. Die Vergütung umfasst alle im Rahmen dieses Vertrages in der jeweiligen Behandlungsebene gem. Anlage 1 erbrachten Leistungen der Leistungserbringer und ggf. von diesen im Zusammenhang mit der Besonderen Diagnostik veranlassten Leistungen Dritter.

(2) Mit der Zahlung nach Abs. 1 sind die Kosten aller Leistungen im Rahmen dieses Vertrages für die BARMER abgegolten. Abgegolten sind insbesondere sämtliche Kosten (inkl. Personal-, Betriebs-, Sachkosten und Sachmittel) für die Durchführung der vertraglichen Leistungen. Abgegolten ist auch die Erstellung von Bescheinigungen und Berichten, die die BARMER und ggf. der MDK zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie weitere behandelnde Ärzte im Zusammenhang mit der Weiterbehandlung des Versicherten benötigen.

(3) Die eingeschriebenen Versicherten nehmen die vertraglichen Leistungen als Sachleistungen in Anspruch.

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

§ 7 - Kosten-/Abrechnungsverfahren

(1) Die Rechnungslegung erfolgt unter Einhaltung der aktuell gültigen rechtlichen Bestimmungen. Dabei sind die §§ 295, 301 (Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V), 302, 303 SGB V zu berücksichtigen. Die Abrechnung der Vergütung für das Screening erfolgt über den Leistungserbringer, der das interdisziplinäre multimodale Assessment durchführt und abrechnet. Der Vertragsarzt erbringt die Leistung (Screening) im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung (Anlage 6).

(2) Die Abrechnung der Vergütung von Leistungen aus diesem Vertrag erfolgt monatlich oder quartalsweise und ist spätestens 3 Monate nach Ablauf des Quartals vorzunehmen, in welchem die Leistung erbracht wurde.

§ 8 – Qualitätssicherung

(1) Die am Vertrag beteiligten Leistungserbringer kommen im Rahmen der Regelversorgung den verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach Maßgabe des SGB V nach.
(2) Darüber hinaus ist die BARMER berechtigt die Qualität der Behandlung, die Indikationsstellung sowie die Angemessenheit der Behandlung jederzeit zu überprüfen. Hierbei sind Begutachtungen bei den Leistungserbringern unter Hinzuziehung der Krankenunterlagen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) möglich.
(3) Die Leistungserbringer verpflichten sich zur Teilnahme am externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., Berlin. Die Inhalte dieses Verfahrens sind als Anlage 8 beigefügt.

§ 9 - Mitteilungspflichten/Berichte/Bescheinigungen

(1) Die Teilnahmeerklärung des Patienten nach § 4 Abs.1 ist der BARMER vom Leistungserbringer nach Einschreibung sofort zu übermitteln.
(2) Darüber hinaus gelten die aktuell gültigen rechtlichen Bestimmungen (insbesondere der § 301 SGB V).

§ 10 – Kommunikation/Öffentlichkeitsarbeit

(1) Die Vertragspartner stimmen sich hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit und der Weitergabe von Informationen ab. Sie können nur im gegenseitigen Einvernehmen über diesen Vertrag nach außen berichten.
(2) Die BARMER ist berechtigt, ihre Versicherten entsprechend über die ihr zur Verfügung stehenden Medien (z.B. Internet, Mitgliederzeitschrift, Mailings, Flyer) über den Vertrag, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards zu informieren.

§ 11 – Datenschutz

(1) Die Vertragspartner verpflichten sich, die Bestimmungen nach der EU DSGVO sowie dem Bundesdatenschutzgesetz (neu) und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Das Personal der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Daten der Versicherten sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen. Darüber hinaus sind die besonderen Datenschutzanforderungen für die Dokumentation der Leistungen zu beachten.

(2) Die Vertragspartner stellen sicher, dass die von ihnen beteiligten oder beauftragten Dritten die vorgenannten Datenschutzbestimmungen einhalten, sich der Schweigepflicht unterwerfen und

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen durchgeführt werden. Die Leistungserbringer bestätigen die Einhaltung der ihnen obliegenden Pflichten nach § 35 Abs. I SGB V und § 80 SGB X.

(3) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten bedarf der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung und -verarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten durch den Leistungserbringer aufgeklärt. Dazu händigt der Leistungserbringer dem Versicherten die Patienteninformation zur Datenverarbeitung im Rahmen der Besonderen Versorgung (Anlage 4) aus. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Vorlagen und dessen Rechtmäßigkeit liegt bei der BARMER.

(4) Bei Vertragsende, Widerruf der Einwilligungserklärung oder Beendigung der Teilnahme durch den Versicherten werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten, die für die Aufgabenerfüllung benötigt und erhoben wurden, gelöscht, soweit sie für die Erfüllung des Vertrages bzw. der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Die medizinischen Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.

§ 12 – Vertraulichkeit

(1) Die Vertragspartner werden alle ihnen von der jeweils anderen Partei die Zielsetzung und den Inhalt diese Vertrages sowie die erlangten (klinischen) Daten und Ergebnisse bis zu einer Veröffentlichung vertraulich zu behandeln sowie alle weiteren Informationen und Geschäftsgeheimnis der jeweils anderen Partei, die ihr im Rahmen der Durchführung der Studie bekannt werden (z.B. die zur Verfügung gestellten Materialien, Vorlangen, Formblätter, der Prüfplan samt dazugehöriger Synopsen, CRF, Organigramme, Lebensläufe, SOPs) („geheime Informationen“) im Rahmen dieses Vertrages offen gelegten Informationen Dritten gegenüber vertraulich behandeln und nur zu dem in diesem Vertrag festgelegten Zwecken verwenden.
(2) Eine darüberhinausgehende Verwendung und Weitergabe an Dritte bedarf der schriftlichen Zustimmung der jeweils anderen Partei.
(3) Diese Geheimhaltungsverpflichtung erstreckt sich nicht auf Informationen, die zum Zeitpunkt der Mitteilung durch eine Partei
   a. zum Zeitpunkt der Mitteilung durch eine Partei öffentlich bekannt waren
   b. der anderen Partei schon vor Abschluss dieses Vertrages bekannt waren oder ihr danach durch einen Dritten mitgeteilt wurden, ohne von diesem zur Geheimhaltung verpflichtet worden zu sein
   c. von der anderen Partei aufgrund gesetzlicher oder gerichtlicher Auskunftspflicht zu veröffentlichen sind. Dies ist dem anderen Vertragspartner unverzüglich mitzuteilen.
   d. von der anderen Partei unabhängig von der Mitteilung entwickelt worden sind oder selbst entwickelt werden
   e. nach schriftlicher Zustimmung (Email ausreichend) der jeweils anderen Partei weitergegeben wurden.
(4) Der sich auf das Vorliegen einer der vorgenannten Ausnahmetatbestände berufenden Partei obliegt die Beweislast für das Vorliegen des Ausnahmetatbestandes.

§ 13 - Haftung / Schadensersatz

(1) Die Vertragspartner übernehmen die nach diesem Vertrag vorgesehenen Pflichten. Weitergehende Verpflichtungen bestehen nicht.

(2) Die BARMER haftet nicht für Schäden, die durch den Leistungserbringer in Ausübung seiner vertraglichen Aufgaben entstanden sind. Für Schäden, die insbesondere an Leben, Gesundheit und Person der Versicherten eintreten, haftet der Leistungserbringer aufgrund der Regelungen des privatrechtlichen Behandlungsvertrages und der gesetzlichen Bestimmungen.

(3) Angesichts bestehender Rechtsunsicherheiten hinsichtlich vergaberechtlicher Maßstäbe für diese Vereinbarung sind Haftungsansprüche ferner gegenseitig ausgeschlossen, insbesondere im Zusammenhang mit Entscheidungen von Gerichten, Vergabekammern oder Behörden, die – nach

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

welchem Rechtsgebiet auch immer – ganz oder teilweise die Nichteinhaltung von Bekanntgabe-, Ausschreibungs- oder Vergaberegelungen in Bezug auf die vorliegende Vereinbarung oder vergleichbare Vereinbarungen der BARMER oder anderer Krankenkassen beanstanden, und zwar unabhängig davon, ob die vorliegende Vereinbarung aufgrund der Beanstandung verändert, unverändert belassen oder beendet wird.

(4) Im Übrigen ist die Haftung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit begrenzt. Der vorangegangene Satz gilt nicht, wenn es sich um Schäden aus Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit handelt und/oder, wenn wesentliche Vertragspflichten verletzt werden. Die Leistungserbringer haften zudem nicht für entgangenen Gewinn und sonstige Folgeschäden bzw. indirekte Schäden.

(5) Die BARMER erklärt, dass sie die Leistungserbringer von allen Ansprüchen freistellt, die gegen diese u.a. von Patienten wegen der Datenverarbeitung und/oder Behandlung anhand des von der BARMER gestellten Einwilligungsformulars erhoben werden, aber nur unter der Bedingung, dass die Leistungserbringer die Behandlung des fordernden Patienten vertrags- und protokollgemäß erbracht haben. Zudem erstattet die BARMER den Leistungserbringern alle tatsächlichen Aufwendungen, die der Einrichtung bei der Abwehr der entsprechenden Ansprüche entstehen.

§ 14 – Vertragsbeirat

Die Vertragspartner (Leistungserbringer und BARMER) bilden gemeinsam mit der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., Berlin, einen Vertragsbeirat. Der Beirat begleitet bei Bedarf die Weiterentwicklung des Vertrages. Gegebenenfalls notwendige Vertragsanpassungen, insbesondere in Bezug auf die Leistungsinhalte und die Qualitätssicherung, sind einvernehmlich im Beirat vorzubereiten und zu beschließen. Die Mitglieder des Beirates sind der Anlage 7 zu entnehmen.

§ 15 - Inkrafttreten, Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt zum 01.09.2021 in Kraft.

(2) Jede Vertragspartei kann den Vertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum jeweils 30.06. bzw. 31.12. eines Jahres kündigen, frühestens zum 31.12.2021.

(3) Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund, der die Vertragspartner zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, ist gegeben, wenn Tatsachen vorliegen, auf Grund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen aller Vertragspartner die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der ordentlichen Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor,

1. wenn durch gesetzliche Veränderungen, durch oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen einem Vertragspartner die Durchführung der vereinbarten oder vergleichbarer Maßnahmen ganz oder teilweise untersagt wird.

2. wenn die Aufsichtsbehörde gegenüber der BARMER anordnet, den Vertrag zu ändern oder aufzuheben (§ 71 Abs. 6 SGB V).

   Die durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Partei ist in den Fällen nach Ziffern 1 und 2 nicht verpflichtet, vor der Kündigung Rechtsmittel gegen die Maßnahme einzulegen oder die Rechtskraft der Entscheidung abzuwarten. Einer aufsichtsrechtlichen Maßnahme ist eine aufsichtsrechtliche Beratung gleichgestellt, die dazu führt, dass der Vertrag ganz oder teilweise im Sinne der Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörde angepasst werden müsste.

3. wenn der Vertragspartner gegen eine ihm nach diesem Vertrag obliegende wesentliche Verpflichtung verstößt, und trotz schriftlicher Abmahnung durch den anderen Vertragspartner nicht innerhalb von einem Monat nach deren Zugang seiner Verpflichtung nachkommt. Dies gilt insbesondere für die Verpflichtung zur Einhaltung der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 8 dieses Vertrages.

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

4. wenn die Voraussetzungen dieser Versorgungsform aus wesentlichen medizinisch-technischen oder tatsächlichen Gründen entfallen.

(4) Das Recht zur Kündigung des Vertrages nach den Voraussetzungen des § 59 Abs. 1 SGB X bleibt unberührt.

(5) Die Kündigung hat in der Form des § 59 Abs. (2) SGB X – im Falle des Abs. 3 unter Angabe des Kündigungsgrundes - zu erfolgen.

§ 16 – Schlussbestimmungen

(1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Das gilt auch für die Änderung dieser diese Schriftformklausel selbst.

(2) Die Anlagen zu diesem Vertrag sind ausdrücklicher und verbindlicher Bestandteil des Vertrages. Im Fall von Widersprüchen zwischen dem Vertrag und einer oder mehrerer seiner Anlagen geht der Vertrag vor.

(3) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt – soweit es sich nicht um eine AGB handelt – eine zu vereinbarende Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahekommt. Dies gilt sinngemäß auch für Vertragslücken.

(4) Die Vertragspartner bestätigen, dass mit dem Vertragsabschluss keinerlei Einfluss auf Umsatzgeschäfte, insbesondere Beschaffungsvorgänge/ Preisgestaltungen, der Leistungserbringer genommen wird und auch keinerlei diesbezügliche Erwartungen bestehen.

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

BARMER

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Leistungsbeschreibung

Anlage 2 Vergütung

Anlage 3 Teilnahmeerklärung

Anlage 4 Patienteninformation

Anlage 5 Beitrittsvereinbarung

Anlage 6 Kooperationsvereinbarung für Vertragsärzte (Screening)

Anlage 7 Mitglieder im Beirat

Anlage 8 Qualitätskooperationsvertrag

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

Für die BARMER

Wuppertal, den_____

_____
Dr. Ursula Marschall, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung

Wuppertal, den_____

_____
Dirk Bergmann, BARMER Hauptverwaltung, Abteilung Krankenhaus, Rehabilitation, Regress

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

BARMER

Für die Universitätsmedizin Göttingen

Göttingen, den

_____

i.V. Rainer Bredenkamp
Leiter Studienzentrum UMG

Zur Kenntnis genommen:

Göttingen, den

_____

Prof. Dr. Michael Quintel
Klinikdirektor

Gelesen und Verstanden:

Göttingen, den

_____

Prof. Dr. med. Frank Petzke

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

BARMER

Für das DRK-Schmerz-Zentrum Mainz

Mainz, den

_____

DRK-Schmerz-Zentrum Mainz, DRK gemeinnützige Trägergesellschaft Süd-West mbH

Geschäftsführer Dipl. Betriebswirt Bernd Decker

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

Qualitäts-Kooperationsvertrag

zwischen

Einrichtung

und der

Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

-MUSTER-

Qualitäts-Kooperations-Vertrag
Vereinbarung über die Zusammenarbeit im
„Vertrag zur Besonderen Versorgung nach §140a SGBV
Über die Versorgung von Patienten mit Schmerzen und Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung mit Screening und Ambulantem Interdisziplinär-Multimodalem Assessment (A-IMA)“

zwischen der

Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., Alt-Moabit 101b, 10559 Berlin
Präsident: Prof. Dr. Winfried Meissner, Jena
Geschäftsführer: Thomas Isenberg, Alt-Moabit 101b, 10559 Berlin

im Folgenden „Schmerzgesellschaft“ genannt

und

nachfolgend „Qualitäts-Kooperationspartner“ genannt

Die Schmerzgesellschaft und der Qualitäts-Kooperationspartner werden nachfolgend gemeinsam „Partner“ genannt. Soweit nicht ausdrücklich vermerkt, gilt diese Vereinbarung für sämtliche oben genannten Partner.

Präambel

Dieser Vertrag setzt die Erfahrungen aus dem Projekt PAIN2020 der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. beim Innovationsfonds in die Versorgung für Patienten um. Die Patienten mit Schmerzen und Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung erhalten ein Screening und bei Bedarf ein Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment (A-IMA)“.

-MUSTER-

§ 1 Rahmenbedingungen

Die BARMER schließt einen Selektivvertrag über die Versorgung von Patienten mit Schmerzen und Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung mit teilnahmewilligen Einrichtungen. Voraussetzung für den Abschluss dieses Selektivvertrages ist die Vereinbarung zur Qualitätssicherung von Screening und Ambulantem Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (A-IMA) in dem hier vorliegenden Qualitäts-Kooperationsvertrag.

(1) Die BARMER bindet die kooperierenden Einrichtungen vertraglich über einen Selektivvertrag gemäß §140a SGB V ein. Die BARMER informiert ihre Versicherten über das Projekt, beteiligt sich an der Zuweisung sowie an der Erstellung des Gesamtkonzepts. Sie öffnet den Selektivvertrag für den Beitritt weiterer Krankenversicherungen.

(2) Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. leitet den Qualitätssicherungsprozess für das Projekt und stellt die Kommunikation mit allen Qualitäts-Kooperationspartnern sicher. Sie koordiniert die Rekrutierung der Qualitäts-Kooperationspartner, schult und begleitet diese für die Durchführung von Screening, A-IMA und sektorenübergreifenden Therapieempfehlungen für die anschließende Therapie incl. einer Nachbefragung der Patienten (Leistungsinhalte Anlage 1). Die Datensicherheit wird durch strikte Einhaltung des integrierten Datenschutzkonzepts gewährleistet.

(3) Die Schmerzgesellschaft erhält für die Organisation des Qualitätssicherungsprozesses, die Schulung und die Bereitstellung der online-Dokumentation eine leistungsbezogene Vergütung (Vergütungsvereinbarung Anlage 2).

(4) Die Qualitäts-Kooperationspartner werden über den Selektivvertrag mit der BARMER für folgende Leistungen vergütet: Screening, A-IMA und sektorenübergreifenden Therapieempfehlungen für die anschließende Therapie incl. einer Nachbefragung der Patienten. Sie können einen Verbund mit anderen, regionalen Zentren bzw. Netzwerkpartnern (Kooperationsverbund) eingehen. In diesem Falle ist der Schmerzgesellschaft dieser Sachverhalt mit verbindlichem Ansprechpartner für die Verbundkoordination mitzuteilen.

(5) Die Patienten haben anhaltende Schmerzen und zeigen Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung. Sie haben jedoch noch keine diagnostizierte oder bereits behandelte chronische Schmerzerkrankung. Diese Kriterien werden beim Screening erfasst. Es kann sich jedoch im A-IMA herausstellen, dass ein intensiver Behandlungsbedarf besteht.

§ 2 Qualitative strukturelle und prozessuale Voraussetzungen

Im Folgenden aufgeführte qualitative Voraussetzungen sind vom Qualitäts-Kooperationspartner zu erfüllen. Die aufgeführten qualitativen Voraussetzungen gelten als unmittelbar notwendig für eine Teilnahme.

-MUSTER-

Die Qualitäts-Kooperationspartner bieten eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (ambulant/stationär/teilstationär) entsprechend den Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. seit mindestens 3 Jahren an.

(1) Die Interdisziplinäre-Multimodale Schmerztherapie der Einrichtung wird durch ein multiprofessionelles Team mit Konstanz in der täglichen Zusammenarbeit durchgeführt.
   a. Es besteht ein zuständiges Therapeutenteam mit im Organisationsplan dokumentierter Personalkonstanz (Medizin, Psychotherapie, Physiotherapie und Dokumentationsassistenz bzw. Pflege).
   b. Ärztliche, psychotherapeutische und physiotherapeutische Kompetenz wird zu keiner Zeit durch eine einzige Person abgedeckt.

(2) Die Sicherstellung der diagnostischen und Behandlungsqualität erfolgt durch die spezielle fachliche Qualifikation des behandelnden Teams.
   a. Mindestens ein Vertreter je aus Medizin und Psychotherapie verfügt über eine schmerztherapeutische Qualifikation nach einem Curriculum, das von einer der schmerzbezogenen Fachgesellschaften der AWMF anerkannt ist. Für Ärzte gilt vorrangig die Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie nach Weiterbildungsordnung für Ärzte.
   b. Grundsätzlich gilt diese Regelung auch für Vertreter aus der Physiotherapie. In Ausnahmefällen kann diese Ausbildung auch in naher Zukunft begonnen werden.

(3) Für Screening und A-IMA nehmen die Qualitäts-Kooperationspartner durch die Dokumentation des Kerndatensatzes an KEDOQ-Schmerz und mit zusätzlichen Angaben zum A-IMA aus den Erfahrungen von PAIN2020 teil.

Dafür gibt es zwei Optionen:

   a. Die spezifische A-IMA-Datenbank erfasst beides und übermittelt den Kerndatensatz an KEDOQ-Schmerz.
   b. Die Teilnahme an KEDOQ-Schmerz erlaubt das Hochladen des Kerndatensatzes zur A-IMA-Datenbank.

§ 3 Tätigkeiten der Schmerzgesellschaft

Die Schmerzgesellschaft bereitet den Qualitäts-Kooperationsvertrag vor und stellt die qualitätssichernde Dokumentation zur Verfügung. Sie richtet mit der BARMER und ggf. weiteren beitretenden Krankenkassen sowie Vertretern der Leistungserbringer einen Vertragsbeirat ein. Der Beirat begleitet bei Bedarf die Weiterentwicklung des Vertrages. Gegebenenfalls notwendige Vertragsanpassungen, insbesondere in Bezug auf die Leistungsbeschreibung und die Qualitätssicherung, sind einvernehmlich im Beirat vorzubereiten und zu beschließen.
Für das Projekt werden externe und fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit, Homepage und Newsletter als Kommunikationsmittel eingerichtet sowie jährliche Qualitätskonferenzen durchgeführt.

Die Qualitäts-Kooperationspartner erhalten laufende Rückmeldungen. Die gesonderte A-IMA-online-Datenbank wird von der Schmerzgesellschaft eingerichtet, gepflegt und bildet die Grundlage für die Qualitätssicherung sowie der

-MUSTER-

Qualitätskonferenzen. Für diese Arbeiten erhält die Schmerzgesellschaft einen A-IMA-leistungsbezogenen Betrag vom Qualitäts-Kooperationspartner (Anlage 2).

§ 4 Tätigkeiten des Qualitäts-Kooperationspartners

Folgende Tätigkeiten übernimmt der Qualitäts-Kooperationspartner:

(1) Die Qualitäts-Kooperationspartner nutzen das Projekt für ihr Netzwerk, sie informieren ihre regionale kooperierende Fachöffentlichkeit. Geeignetes Material dazu erhalten sie von der Schmerzgesellschaft. Die kooperierenden Ärzte im Netzwerk können das Screening von Patienten selbst durchführen oder Patienten zum Screening dem Qualitäts-Kooperationspartner zuweisen. Nach Zuweisung betreffender Patienten stellt der Qualitäts-Kooperationspartner sicher, dass eine Aufnahme zeitnah erfolgt.

(2) Patientenaufnahme und Verwaltung einschließlich Datenmanagement

a. Die Patienten erhalten bei Zutreffen aller Einschluss- und keiner Ausschlusskriterien eine Information zum A-IMA und müssen dort schriftlich ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung erklären, um die Leistungen Screening und A-IMA zu erhalten.
b. Eine gesonderte Einwilligung gilt für die hier dargelegten Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Eingabe der pseudonymisierten Dokumentation zum A-IMA in die online-Datenbank, Teilnahme an der Verlaufsbefragung, Zustimmung zur Datenspeicherung).
c. Die Dokumentation der erbrachten Leistungen erfolgt zeitnah und vollständig anhand der Dokumentationsinstrumente und deren Eingabe in die Datenbank entsprechend §3 und Anlage 4.
d. Die Pflege und adäquate Aufbewahrung der namentlich gekennzeichneten Einwilligungserklärungen und Patientenfragebögen müssen den üblichen hausinternen Datenschutzbestimmungen entsprechen. Einwilligungserklärungen und Klinische Dokumentation werden wie im Klinikalltag üblich 10 Jahre aufbewahrt und erst nach Ablauf der Frist restlos vernichtet.

(3) Die Durchführung des Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessments (A-IMA) entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1).

(4) Die Teilnahme an einer einmaligen Schulung und den Qualitätskonferenzen. Grundlage hierfür bietet das Handbuch zu Durchführung und Dokumentation incl. Anleitung für die Nutzung der Datenbank (Anlage 3).

§ 5 Vergütung und Abrechnung von Leistungen

(1) Der Qualitäts-Kooperationspartner wird über einen Selektivvertrag mit der BARMER für folgende Leistungen incl. Dokumentation vergütet: Screening, A-IMA mit sektorenübergreifenden Therapieempfehlungen incl. einer Nachbefragung der Patienten nach 3-6 Monaten.

(2) Der Qualitäts-Kooperationspartner verpflichtet sich zu einer gewissenhaften und ordnungsgemäßen Durchführung von Screening, A-IMA und der Nachbefragung sowie der Abrechnung mit der Schmerzgesellschaft nach Anlage 2.

-MUSTER-

(3) Die Teilnahme an den Qualitätskonferenzen ist mit der Vergütung abgegolten.

§ 6 Dauer der Teilnahme

(1) Die Zusammenarbeit beginnt mit dem Abschluss dieses Vertrages und des Selektivvertrages.

(2) Sie endet mit beiderseitigem Einverständnis oder Hinweisen bezüglich der Qualität der vereinbarten Leistungen und nachfolgend ausgesprochener Kündigung durch die Schmerzgesellschaft oder durch Kündigung durch den Qualitäts-Kooperationspartner jeweils mit einer Frist von einem vollen Quartal Im Falle der Beendigung dieses Vertrages entfällt automatisch die Grundlage für den parallel laufenden Selektivvertrag.

(3) Die Partner vereinbaren eine Revision des Vertrages nach 2 Jahren Laufzeit.

§ 7 Ansprechpartner beim Qualitäts-Kooperationspartner

(1) Der Qualitäts-Kooperationspartner stellt einen Ansprechpartner für die Zeitdauer der Teilnahme am Selektivvertrag zur Verfügung, der diesbezüglich die operative Durchführung und Leitung übernimmt. Die entsprechenden Kontaktdaten werden der Schmerzgesellschaft mitgeteilt und aktuell gehalten.

(2) Der Ansprechpartner übernimmt alle koordinierenden Aufgaben und ist kommunikatives Bindeglied zwischen Schmerzgesellschaft und seiner Einrichtung.

§ 8 Nutzungsrechte

(1) Eine kommerzielle Nutzung der Daten ist ausgeschlossen.

(2) Öffentlichkeitsarbeit und Logonutzung:

a. In allen Veröffentlichungen, Flyern, Homepagetexten, Handreichungen etc. im Kontext des Projekts nutzt der Qualitäts-Kooperationspartner Projektlogo, ggf. in Ergänzung seiner eigenen Markenführung. Jeweilige Belegexemplare übersendet er unaufgefordert an die Schmerzgesellschaft zur Kenntnis.

b. Darüber hinaus erklärt sich der Qualitäts-Kooperationspartner bereit, auf den entsprechenden Publikationen der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. als Qualitäts-Kooperationspartner genannt zu werden.

(3) Publikationen tragen zur Transparenz bei und sind im Interesse des Projektes und der Schmerzgesellschaft.

a. Die eigenen Daten des Qualitäts-Kooperationspartners stehen ihm für interne Auswertungen zur Verfügung. Wissenschaftliche Veröffentlichungen der eigenen Daten sind mit der Schmerzgesellschaft abzustimmen. Hier gelten die Gute Wissenschaftliche Praxis incl. Berufsordnungen. Es ist immer sicherzustellen, dass kein Rückschluss auf einzelne Patienten möglich ist.

b. Alle erhobenen Daten zum A-IMA können nach Antragstellung beim KEDOQ-Schmerz-Ethikrat nach § 4 der Geschäftsordnung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. für Datenauswertungen verwendet und veröffentlicht werden. Qualitäts-Kooperationspartner können einen entsprechenden Antrag stellen.

- MUSTER -

c. Wenn Qualitäts-Kooperationspartner einen zusätzlichen aktiven Beitrag zu einer gemeinsamen Veröffentlichung leisten (z.B. bezüglich der Fragestellung, der Arbeiten an Auswertung und Texten), können sie in Abstimmung mit der Schmerzgesellschaft in die Autorenliste aufgenommen werden.

§ 9 Geheimhaltung

(1) Als vertraulich gelten Informationen und sonstige Interna einschließlich der betriebsinternen Abläufe und sonstiger Geschäftsvorgänge, sowie Kenntnisse und Daten, die bei oder anlässlich der Erfüllung der Vertragspflichten über Angelegenheiten etwa kommerzieller, technischer oder organisatorischer Art der anderen Partner erlangt werden.

(2) Die Partner sind verpflichtet, über die im Rahmen dieses Vertrages erlangten vertraulichen Informationen absolutes Stillschweigen zu bewahren und diese ausschließlich zum Zwecke der Erfüllung dieser Vereinbarung zu verwenden, vertraulich zu behandeln und während der Dauer sowie nach Beendigung dieses Vertrages nicht zu anderen Zwecken zu nutzen oder Dritten zugänglich oder bekannt zu machen.

(3) Die Verpflichtung der Partner zur Vertraulichkeit und Geheimhaltung besteht auch nach Beendigung der Zusammenarbeit fort. Die Partner haben sicherzustellen, dass diese Verpflichtung ihren Beschäftigten oder sonstigen Personen, die mit der Erbringung der Aufgaben betraut werden, auch bestehen bleibt, wenn das Vertragsverhältnis zwischen ihnen und diesen Personen endet.

(4) Von der Verpflichtung nach Absatz 1 und 2 ausgenommen sind Informationen, die nachweislich

a. allgemein bekannt sind oder ohne Zutun des zur Geheimhaltung verpflichteten Partner und ohne Verstoß gegen diese Vereinbarung allgemein bekannt werden,
b. dem zur Geheimhaltung verpflichteten Partner von einem Dritten rechtmäßig bekannt oder zugänglich gemacht wurden oder werden,
c. aufgrund zwingender gesetzlicher Bestimmungen oder vollstreckbarer behördlicher Verfügungen oder gerichtlicher Entscheidungen offengelegt werden müssen,
d. die nach Maßgabe dieser Vereinbarung, insbesondere gemäß §§ 6, 7 Abs. 1, für den Förderer, Dritte bzw. die Öffentlichkeit bestimmten Informationen,
e. selbstständig und unabhängig von den vertraulichen Informationen anderer Partner entwickelt wurden.

§ 10 Datenschutz

Schmerzgesellschaft und Qualitäts-Kooperationspartner sind datenschutzrechtlich gemeinsam verantwortlich.
Die Datenschutzbestimmungen nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) sind zu beachten. Die online-A-IMA-Datenbank arbeitet unter einem eigenen Datenschutzkonzept, in dem Rechte und Pflichten der Schmerzgesellschaft, der Qualitäts-Kooperationspartner und der Patienten erläutert werden. Die Qualitäts-Kooperationspartner verpflichten sich für ihre internen Abläufe und zur Interaktion mit der Schmerzgesellschaft zu diesem Konzept entsprechend Artikel 26 DSGVO.

- MUSTER -

Insbesondere seien hier die Einholung der schriftlichen Einwilligungen durch die Patienten sowie die ausschließlich pseudonymisierte Dokumentation in der Datenbank genannt.

§ 11 Weitere Ansprüche

Es bestehen keine weiteren Ansprüche von Seiten des Qualitäts-Kooperationspartners an die Schmerzgesellschaft e.V..

§ 12 Schlussbestimmungen

(1) Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform. Sollten mündlich abgegebene Bedingungen oder sonstige Nebenabreden getroffen werden, sind diese nur verbindlich, wenn sie schriftlich bestätigt werden. Insbesondere ein Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform kann nur im Wege einer ausdrücklichen schriftlichen Vereinbarung erfolgen.

(2) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung nicht rechtswirksam sein oder ihre Rechtswirksamkeit durch einen späteren Umstand verlieren oder sollte sich in dieser Vereinbarung eine Lücke herausstellen, so wird hierdurch die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen bzw. zur Ausfüllung von Lücken soll – soweit es sich dabei nicht um eine AGB handelt – eine angemessene Regelung treten, die, soweit möglich, dem am nächsten kommt, was die Partner gewollt haben würden, sofern sie diesen Punkt bedacht hätten.

(3) Die Partner vereinbaren die Anwendbarkeit deutschen Rechts und Ausschluss etwaiger Kollisionsnormen des internationalen Privatrechts.

Anlagen:

(1) Leistungsinhalte Screening, A-IMA mit Therapieempfehlungen incl. Nachbefragung
(2) Vergütungsvereinbarung
(3) Patienteninformation zur pseudonymisierten Datenerhebung zur Qualitätssicherung
(4) Patienteneinwilligung zur pseudonymisierten Datenerhebung zur Qualitätssicherung
(5) Handlungsanleitung mit Handbuch
(6) Dokumentationsverzeichnis und Dokumentationsunterlagen
(7) Datenschutzkonzept

- MUSTER -

Für die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Berlin, den

_____

Apl. Prof. Dr. Winfried Meißner, Präsident

Berlin, den

_____

Thomas Isenberg, Geschäftsführer

Für den Qualitäts-Kooperationspartner

Ort, den

_____

-MUSTER-

Dokumentationsverzeichnis
Selektivvertrag A-IMA und Datenverarbeitung zur Qualitätssicherung

Farben und Buchstaben bezeichnen die Zeitpunkte der Erfassung

Vorlagen sind Hilfsdokumente, die Sie nutzen können - die Dokumente sind jeweils dem Zeitpunkt zugeordnet, durchnummeriert und bei „x“ einzugeben

			Dokumentenname	Datenbank
A Zuweisung	**Information für Ärzte**	A2	Information für kooperierende Ärzte	
	Screening Zuweiser	A7	Kooperationsvereinbarung Screening (Anlage 6 Selektivvertrag)	
	Vorlage	A8	Zuweisungsvorlage	
B Aufnahme	**Vorlage**	B1	Titelblatt Informationstermin	
		B4	Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden Schmerzen	x
		B5	Aufnahmebogen A-IMA-Selektivvertrag	x
		B7	Patienteninformation Datenverarbeitung A-IMA-Qualitätssicherung	
		B8	Patienteneinwilligung Datenverarbeitung A-IMA-Qualitätssicherung	
		B9	Patienteninformation A-IMA-Selektivvertrag	
		B10	Patienteneinwilligung A-IMA-Selektivvertrag	
	Nicht-KEDOQ-Nutzer	B11	DSF inkl. PCS	x
	Nicht-KEDOQ-Nutzer	B12	Modul Demografie	
	KEDOQ-Nutzer	B13	Zusatz zur Routine mit DSF: PCS (Papierversion)	x
C A-IMA	**Vorlage**	C1	Titelblatt A-IMA	
		C4	A-IMA Ärztliche Dokumentation	x
		C5	A-IMA Ergänzende Arztangaben (KEDOQ-Schmerz)	x
		C7	A-IMA Patientenspezifische Funktionsskala (PSFS)	x
		C8	A-IMA Physiotherapeutische Dokumentation	x
		C9	A-IMA Ergänzender Fragebogen (SKID-Befindlichkeit)	x
		C11	A-IMA Psychologische Dokumentation inkl. MASK-P	x
		C12	A-IMA Interdisziplinäre Teamsitzung inkl. Abschlussgespräch	x
	Vorlage	C13	A-IMA Kurzempfehlung	
	Vorlage	C16	A-IMA Ergänzung Befundbericht	
G Verlauf	**Vorlage**	G1	Titelblatt Verlauf	
	Nachbefragung 3-6 Mon	G2	Verlaufsfragebogen inkl. PCS	x
	Vorlage	G3	Anschreiben Verlauf an Patient (E-Mail-/Papierversion)	
	Vorlage	G4	Erinnerungsschreiben Verlauf an Patient (E-Mail/Papierversion)	

Alle Dokumente werden zur Qualitätssicherung in der Einrichtung aufbewahrt und stehen bei Bedarf zur Verfügung.

A2

Information für kooperierende Ärzte

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 Selektivvertag A-IMA teilnehmenden Zentrum

Information für kooperierende Ärzte

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 Bagatelltraumas; fragt erneut nach PT für den Schulter-Nackenbereich 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.

MUSTER

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

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

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 Leistungspauschale in Höhe von 35,00 €. Voraussetzung hierfür ist die Teilnahme des Patienten an der Besonderen Diagnostik.
2. Mit der Zahlung dieser Leistungspauschale ist eine zusätzliche Abrechnung der Leistungen gemäß dieser Vereinbarung über die Kassenärztliche Vereinigung durch den kooperierenden Vertragsarzt ausgeschlossen.
3. Die Leistungspauschale 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**

IBAN:	

- MUSTER -

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlagen ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung ist untersagt.

A8

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

A-IMA
Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment

B4

Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden Schmerzen

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

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 Darmverstimmungen, 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

B5

Aufnahmebogen
A-IMA Selektivvertrag

Datum: _____ **Name Patient/in:** _____ **Pat-ID:** _____

Einschlusskriterien: Alle ☐ müssen zutreffen			
1	• Alter: mind. 18 Jahre		☐
2	• Schmerzen – seit mind. 6 Wochen neu aufgetreten und/oder – seit einer längeren Zeit wiederholt aufgetreten oder anhaltend		☐
3	• Schmerz-bedingte Einschränkungen im Lebensvollzug – Schmerz-bedingte AU seit mind. 4 Wochen oder kumulierte AU von mind. 6 Wochen in den vergangenen 12 Monaten und/oder – Schmerz-bedingte deutliche Beeinträchtigung in Familie/Freizeit/Arbeit		☐
4	• Risikofaktoren für Chronifizierung erkennbar (mind. 1 Punkt) – ausgeprägtes (verbales/non-verbales) Schmerzverhalten – 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/soz. Umfeld/Beruf – Befindlichkeit geprägt durch Frustration/Ärger – ungünstige Verhaltensweisen (Überforderung, „Durchhalten“) – bzgl. Lokalisation: sich ausbreitende Schmerzen – hohes Inanspruchnahmeverhalten im Versorgungssystem --- • Mindestens 3 positive Angaben im Patienten-Fragebogen --- • Ungeklärte Fragen, die im Rahmen des IMA geklärt werden müssen (über Diagnose, Pathologie, über erforderlichen Krankenhausaufenthalt oder über Erfordernis operativen Vorgehens, Reha-Bedarf)	☐ ☐ ☐	Wenn mind. 1 Kreuz in li. Spalte ☐
Ausschlusskriterien: Ein zutreffendes ☐ führt zum Ausschluss			
5	• Andere, akut wirksame schwerwiegende Erkrankungen, die z.B. mit einem vorrangig fachspezifischen Behandlungsbedarf einhergehen oder eine Diagnostik notwendig machen • Schwere und aktive psychiatrische Störung (z.B. Persönlichkeitsstörung, schwere Depression oder Angsterkrankung, Hinweise auf Suizidalität) • Bekannte manifeste chron. Schmerzerkrankung (z.B. vorhergehende Therapie mit starken Opioiden über 6 Monate Dauer, vorhergehende IMST in letzten beiden Jahren) • Laufendes Renten-Verfahren • Sprachliche und / oder kognitive Einschränkungen, die eine Durchführung des A-IMA unmöglich erscheinen lassen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Wenn kein Punkt erfüllt ☐
Aufnahme in Selektivvertrag möglich, falls alle Punkte in rechter Spalte zutreffend und Patient/in bei einer teilnehmenden Krankenkasse versichert ist.			↑
Name der Krankenkasse:			

A-IMA
Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment

B1

Titelblatt Informationstermin

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

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

A-IMA
Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment

B4

Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden Schmerzen

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

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 Darmverstimmungen, 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

B5

Aufnahmebogen
A-IMA Selektivvertrag

Datum: _____ **Name Patient/in:** _____ **Pat-ID:** _____

Einschlusskriterien: Alle ☐ müssen zutreffen			
1	• Alter: mind. 18 Jahre		☐
2	• Schmerzen – seit mind. 6 Wochen neu aufgetreten und/oder – seit einer längeren Zeit wiederholt aufgetreten oder anhaltend		☐
3	• Schmerz-bedingte Einschränkungen im Lebensvollzug – Schmerz-bedingte AU seit mind. 4 Wochen oder kumulierte AU von mind. 6 Wochen in den vergangenen 12 Monaten und/oder – Schmerz-bedingte deutliche Beeinträchtigung in Familie/Freizeit/Arbeit		☐
4	• Risikofaktoren für Chronifizierung erkennbar (mind. 1 Punkt) – ausgeprägtes (verbales/non-verbales) Schmerzverhalten – 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/soz. Umfeld/Beruf – Befindlichkeit geprägt durch Frustration/Ärger – ungünstige Verhaltensweisen (Überforderung, „Durchhalten“) – bzgl. Lokalisation: sich ausbreitende Schmerzen – hohes Inanspruchnahmeverhalten im Versorgungssystem --- • Mindestens 3 positive Angaben im Patienten-Fragebogen --- • Ungeklärte Fragen, die im Rahmen des IMA geklärt werden müssen (über Diagnose, Pathologie, über erforderlichen Krankenhausaufenthalt oder über Erfordernis operativen Vorgehens, Reha-Bedarf)	☐ ☐ ☐	Wenn mind. 1 Kreuz in li. Spalte ☐
Ausschlusskriterien: Ein zutreffendes ☐ führt zum Ausschluss			
5	• Andere, akut wirksame schwerwiegende Erkrankungen, die z.B. mit einem vorrangig fachspezifischen Behandlungsbedarf einhergehen oder eine Diagnostik notwendig machen • Schwere und aktive psychiatrische Störung (z.B. Persönlichkeitsstörung, schwere Depression oder Angsterkrankung, Hinweise auf Suizidalität) • Bekannte manifeste chron. Schmerzerkrankung (z.B. vorhergehende Therapie mit starken Opioiden über 6 Monate Dauer, vorhergehende IMST in letzten beiden Jahren) • Laufendes Renten-Verfahren • Sprachliche und / oder kognitive Einschränkungen, die eine Durchführung des A-IMA unmöglich erscheinen lassen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Wenn kein Punkt erfüllt ☐
Aufnahme in Selektivvertrag möglich, falls alle Punkte in rechter Spalte zutreffend und Patient/in bei einer teilnehmenden Krankenkasse versichert ist.			↑
Name der Krankenkasse:			

B7

Patienteninformation
Datenerhebung zur Qualitätssicherung des Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessments

Prüfstelle:
Stempel

Ansprechpartner für Sie:

.....
Verantwortliche/r Arzt/ Ärztin

.....
E-Mail/Telefonnummer

MUSTER

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die meisten Schmerzen haben eine körperliche Ursache und verschwinden bald wieder. Manchmal jedoch können Schmerzen bestehen bleiben oder zu einem späteren Zeitpunkt erneut auftreten. In solchen Fällen gibt es verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, die auf Sie und Ihre Beschwerden hin aus verschiedenen Perspektiven heraus betrachtet und abgewogen werden müssen.

Was ist das A-IMA?

Das **A-IMA (Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment)** entstand aus dem bundesweiten **Projekt PAIN2020** auf Initiative der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. in Zusammenarbeit mit der BARMER Krankenkasse. PAIN2020 wurde durch einen öffentlichen Geldgeber (den Gemeinsamen Bundesausschuss) gefördert.

Das A-IMA wurde in diesem Projekt in einer Studie geprüft und wird nun als „Besondere Versorgung“ in Ihrer Einrichtung angeboten. Nach einer ausführlichen Untersuchung von drei Behandler*Innen aus Schmerzmedizin, Psychotherapie und Physiotherapie werden Ihnen anschließend gemeinsame Teamempfehlungen für Ihre weitere Behandlung gegeben. ***Dabei ist das wichtigste Ziel, eine Chronifizierung Ihrer Schmerzen zu vermeiden.***

Das A-IMA ist dabei ein neuer Ansatz in der ambulanten Versorgung. Es ist aufwändig und komplex für die Einrichtung und die beteiligten Kolleg*Innen. Daher ist es wichtig, neben den üblichen Dokumentationen Ihres Termins weitere Daten zur Durchführung zu erheben. Dabei geht es darum, die Qualität Ihres Termins zu sichern und für die Zukunft zu lernen, was so bleiben kann und was verbessert werden sollte. In der Medizin nennen wir das Qualitätssicherung.

Dafür brauchen wir Ihre Mithilfe!

Neben Daten, die durch die beteiligten Kolleg*Innen erhoben werden, bitten wir Sie während der Teilnahme am A-IMA einmal zu Beginn und einmal nach 3 bis 6 Monaten einen Fragebogen auszufüllen, der die ***Ergebnisse des A-IMA und der Therapieempfehlungen auswerten lässt.***

Die Teilnahme an der Datenerhebung dauert also bis zu 6 Monaten. Um uns die Kontaktaufnahme mit den Fragebögen zu erleichtern, bitten wir Sie um Ihre E-Mail-Adresse.

Muss ich an der Datenerhebung teilnehmen?

Ihre Teilnahme an der Datenerhebung ist freiwillig. Sie werden also nur dann in diese einbezogen, ***wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären***.

Sollten Sie nicht teilnehmen wollen, können Sie leider diese „Besondere Versorgung“ nicht in Anspruch nehmen.

Im Folgenden finden Sie weitere Informationen und Sie haben die Möglichkeit, Ihre Fragen auch Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin hier in der Einrichtung zu stellen.

-MUSTER-

Patienteninformation
Datenerhebung zur Qualitätssicherung des Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessments

Für wen ist das A-IMA?

Dieses Angebot richtet sich an Personen, die Schmerzen aufgrund verschiedener Ursachen haben. Wir bieten Ihnen eine Teilnahme an. Wir möchten Sie darin unterstützen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu steigern.

Welchen persönlichen Nutzen habe ich von einer Teilnahme am A-IMA?

Sie haben aus unserer Sicht einen wichtigen Nutzen: Sie erhalten ein medizinisches Angebot, das auf dem höchsten wissenschaftlichen Stand ist. Mit Ihrer Teilnahme an der Qualitätssicherung und der Bereitstellung Ihrer Daten helfen Sie uns sicherzustellen, dass alle Patient*Innen im A-IMA die vorgesehene Leistung erhalten und zu überprüfen, wie gut diese Leistung Ihnen hilft. Damit können wir in Zukunft auch Veränderungen vornehmen oder diese Leistung noch besser auf den Bedarf von Patient*Innen anpassen.

Welche Risiken oder Kosten sind mit der Teilnahme an PAIN2020 verbunden?

Hinsichtlich der medizinischen Angebote erwachsen Ihnen keine weiteren Risiken oder Kosten. Ihre Teilnahme am A-IMA wird durch Ihre Krankenkasse bezahlt. Durch Ihre Teilnahme erwächst Ihnen eine zeitliche Beanspruchung für die Untersuchung und durch die Beantwortung der Fragebögen.

Wie kann ich an der „Besonderen Versorgung“ teilnehmen?

Ihre behandelnde Einrichtung benötigt Ihre ***einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung***. Mit dieser erklären Sie Ihre Einwilligung, dass Sie Daten zur Qualitätssicherung des A-IMA zur Verfügung stellen. Sollten Sie nicht teilnehmen wollen, können Sie leider diese „Besondere Versorgung“ nicht in Anspruch nehmen.

MUSTER

Patienteninformation
Datenerhebung zur Qualitätssicherung des
Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessments

Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation): Datenerhebung zur Qualitätssicherung des A-IMA

Die ***pseudonymisierten*** Informationen zur Qualitätssicherung werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob die Qualität Ihrer Diagnostik und die veranlasste Behandlung verbessert wird und diese „Besondere Versorgung“ weiter angeboten werden kann.

Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung werden unterschiedliche medizinische und persönliche Daten erfasst, darunter die zwei genannten Fragebögen, die durch Sie selbst ausgefüllt werden. Auf Basis dieser Daten werden Ihnen u.a. im Rahmen des A-IMA Therapieempfehlungen unterbreitet. Es wird darüber hinaus festgehalten, ob Sie diese annehmen wollen. Im weiteren Verlauf werden Sie noch einmal nachbefragt, welche Therapie Sie erhalten haben und ob diese zu dem erwünschten Erfolg geführt hat. Hier ist Ihre Bewertung ganz besonders wichtig.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und wie angegeben weiterverarbeitet:

1. **Administrative Daten** (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und des Arztes) bleiben in der Einrichtung und dienen zur Abrechnung der Leistungen mit Ihrer Krankenkasse. Diese Daten werden nicht im Rahmen der Datenerhebung zur Qualitätssicherung weitergegeben.

2. **Folgende Angaben werden zur Qualitätssicherung weitergeleitet**:

- Aufgrund welcher Erkrankung Sie teilnehmen
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, Ihre Auswahl bei den Therapieoptionen)

MUSTER

- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Der von Ihnen ausgefüllte Fragebogen im Verlauf.

Was geschieht mit meinen Daten?

Die medizinischen Befunde und persönlichen Informationen von Ihnen werden in Ihrer behandelnden Einrichtung elektronisch gespeichert. Die für die Qualitätssicherung des A-IMA wichtigen Daten werden ***pseudonym*** an die Datenstelle (A-IMA-Datenbank) weitergeleitet und ausgewertet.

Pseudonym bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden. Ihre Daten sind gegen unbefugten Zugriff durch Einhaltung hoher Standards gesichert. Eine Entschlüsselung ist ***NUR*** den Sie versorgenden Personen möglich.

Für die Qualitätssicherung werden Ihre Daten pseudonymisiert und zusammengefasst. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist damit grundsätzlich nicht möglich.

Sie können sich in Ihrer Einrichtung sowohl die über Sie erhobenen Daten als auch die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen aushändigen lassen.

Welchen Weg nehmen meine Daten?

Alle am Projekt Beteiligten unterliegen in der Verarbeitung Ihrer Daten zur Qualitätssicherung den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Ihre Einrichtung benötigt Ihre Daten für die Durchführung des A-IMA und die auf Sie abgestimmten Therapieempfehlungen. Sie ist verpflichtet, die Leistungsabrechnung datenschutzkonform **an Ihre Krankenkasse** zu übermitteln. Des Weiteren werden Ihre Daten dort entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

Die Krankenkasse erhält Leistungsdaten von Ihren Behandlern zur Leistungsabrechnung. Sie

MUSTER

führt diese mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) ***pseudonymisiert*** zusammen. Die Krankenkasse erhält ***NICHT*** Ihre Fragebogenantworten und auch nicht Details aus Ihrer Untersuchung.

Die **Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.** erhält ausgewählte Daten zur Qualitätssicherung des A-IMA. Sie überwacht und prüft diese Daten durch besonders qualifizierte und geschulte Mitarbeiter, ohne Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen zu können.

Kann meine Teilnahme der Datenerhebung vorzeitig beendet werden?

Ihre Teilnahme besteht aus einem umfangreichen Untersuchungstermin und der Nachbefragung, wie es Ihnen danach ergangen ist. Sie können nach dem Termin die Nachbefragung vermeiden, auch ohne Angabe von Gründen. Dies würden wir allerdings wegen der Bedeutung dieser Nachbefragung für die Bewertung des A-IMA sehr bedauern. Ihre weitere medizinische Behandlung wird davon nicht berührt.

An wen wende ich mich bei weiteren Fragen oder Anliegen zum Datenschutz?

Kontaktperson in Ihrer Einrichtung: Zunächst wenden Sie sich mit Ihren Fragen bitte an Ihren verantwortlichen Arzt/ Ihre verantwortliche Ärztin. Deren Kontaktdaten und Namen entnehmen Sie bitte der ersten Seite dieses Dokuments. Hier können Sie auch Ihr Einverständnis zurückziehen bzw. sich Informationen hinsichtlich Ihrer Daten einholen.

Sie haben jederzeit ein Beschwerderecht bezüglich dieser Datenerhebung und -verarbeitung bei Ihrer Landesbehörde.

Datenschutzverantwortlicher für die Qualitätssicherung: Diese Person steht Ihnen für weitere Fragen zum Datenschutz zur Verfügung. Sie hat jedoch durch die Pseudonymisierung keine Information darüber, welche Daten zu Ihnen gehören. Bitte wenden Sie sich dafür an: André Möller moeller@schmerzgesellschaft.de.

MUSTER

B8

A-IMA
Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment

Patienten*EINWILLIGUNG*
Datenerhebung zur Qualitätssicherung des Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessments

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Prüfstelle:
Stempel

Ansprechpartner für Sie:

……
Verantwortliche/r Arzt/ Ärztin

……
E-Mail/Telefonnummer

Name des Patienten/der Patientin ……

Geboren am: ……

Gespräch wurde geführt von: ……
Verantwortliche/r Arzt/ Ärztin

……
E-Mail/Telefonnummer

Ich bin in einem persönlichen Gespräch durch den Arzt/die Ärztin (siehe oben) ausführlich, umfassend und verständlich über die Datenerhebung im Rahmen der Qualitätssicherung des ambulanten Interdisziplinär-multimodalen Assessment (A-IMA) und die Teilnahmebedingungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Patienteninformation sowie die hier nachfolgend abgedruckte Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich freiwillig an der „Besonderen Versorgung“ und der damit verbundenen Datenerhebung teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv zu beteiligen.

Ich hatte die Gelegenheit, mit dem Arzt über die Durchführung der Datenerhebung zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufrieden stellend beantwortet.

Möglichkeit zur Dokumentation zusätzlicher Fragen seitens des Patienten oder sonstiger Aspekte des Aufklärungsgesprächs:

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Ort und Datum: ***Unterschrift Patient:***

Ort und Datum: ***Unterschrift Arzt/Ärztin:***

Bitte beachten Sie auch die nachfolgende Seite zum Datenschutz!

Datenschutz

Mir ist bekannt, dass bei dem Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment - ***„A-IMA“*** - personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen (Artikel 9 Absatz 2a DSGVO) und setzt vor der Teilnahme an der Datenerhebung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung können meine Daten nicht erhoben, ausgewertet und verwendet werden. Ich kann aber dann auch nicht an dieser „Besonderen Versorgung“ teilnehmen.

1. Ich willige ein, dass im Rahmen der Datenerhebung zur Qualitätssicherung des A-IMA personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern in der Erhebungsstelle meiner behandelnden Einrichtung aufgezeichnet werden. Eine Auswahl der erhobenen Daten wird ***pseudonymisiert*** weitergegeben: an die Datenstelle der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.
2. Ich willige ein, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch 10 Jahre in meiner behandelnden Einrichtung aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.
3. Ich bin über folgende gesetzliche Regelung informiert: Falls ich meine Einwilligung, an dem A-IMA und der damit verbundenen Datenerhebung teilzunehmen, widerrufe, müssen alle Stellen, die meine personenbezogenen Daten gespeichert haben, diese unverzüglich löschen.
4. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich Beschwerderecht bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde in Anspruch nehmen kann (Datenschutzbeauftragter des Landes).
5. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich mein Recht auf Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie) über mich betreffende personenbezogene Daten sowie ggf. deren Berichtigung jederzeit und ohne Angabe von Gründen geltend machen kann.

Kontaktperson in Ihrer Einrichtung: Zunächst wenden Sie sich mit Ihren Fragen bitte an Ihren verantwortlichen Arzt/ Ihre verantwortliche Ärztin. Deren Kontaktdaten und Namen entnehmen Sie bitte der ersten Seite dieses Dokuments. Hier können Sie auch Ihr Einverständnis zurückziehen bzw. sich Informationen hinsichtlich Ihrer Daten einholen.

Sie haben jederzeit ein Beschwerderecht bezüglich dieser Datenerhebung und -verarbeitung bei Ihrer Landesbehörde.

Datenschutzverantwortlicher für die Qualitätssicherung: Diese Person steht Ihnen für weitere Fragen zum Datenschutz zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich dafür an: André Möller moeller@schmerzgesellschaft.de

Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an der Datenerhebung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich habe die „Patienteninformation Datenerhebung“ erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Diagnose- und Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der „Besonderen Versorgung“ und deren Qualitätssicherung einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

.....	.....
Datum	Unterschrift des **Patienten**

MUSTER

BARMER

B9

Besondere Versorgung
Vernetzte Qualität

Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung von Patienten mit Schmerzen bei gleichzeitiger Chronifizierungsgefährdung nach § 140a SGB V
VKZ

Die BARMER hat mit dem in der Teilnahmeerklärung genannten Leistungserbringer einen Vertrag über eine Besondere Versorgung geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen dieser Besonderen Versorgung, die beteiligten Leistungserbringer, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten. Unter Leistungserbringer sind alle an Ihrer medizinischen Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen zu verstehen.

Verbesserte Versorgung

Durch die besondere Diagnostik soll die Versorgung der Versicherten der BARMER mit chronifizierenden Schmerzen verbessert und eine effektivere Behandlung erreicht werden. Dazu erfolgt eine umfassende Koordination der medizinischen Behandlungen z.B. durch multiprofessionelle Therapiebesprechungen und eine den beteiligten Leistungserbringern zugängliche Dokumentation der Befunde und Untersuchungsergebnisse. Durch diese enge Vernetzung, gemeinsame Abstimmung und Zusammenarbeit der an der Diagnostik beteiligten Personen und Einrichtungen sollen u.a. Doppeluntersuchungen vermieden und Ihnen Ihrem Behandlungsbedarf entsprechende Therapieempfehlungen gegeben werden.

Diese Leistungen können Sie erwarten

Durch Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung bieten wir Ihnen ein Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment (A-IMA) zur Erfassung Ihres Behandlungsbedarfs. Auf dieser Basis wird dann die für Sie optimale Therapieempfehlung erstellt und die weitere Behandlung mit Ihnen besprochen.

Wir möchten, dass Sie in „guten Händen“ sind

Ihr behandelndes Therapeutenteam nimmt an der Besonderen Versorgung teil.
Die beteiligten Leistungserbringer zeichnen sich dadurch aus, dass sie bestimmte, den neuesten medizinischen Anforderungen entsprechende Qualifikationsmerkmale erfüllen und eine Behandlung nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards durchführen, insbesondere die Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften einhalten.

Wie Sie teilnehmen können

Die Teilnahme an der Besonderen Diagnostik ist für Sie freiwillig. Vor der Teilnahme werden

-MUSTER-

Sie in einem Gespräch ausführlich über die Untersuchungen, die im Rahmen der Besonderen Versorgung durchgeführt werden, informiert und aufgeklärt.
Sie erklären Ihre Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BARMER Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht schriftlich mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist, wenn die Widerrufsbelehrung vollständig bei Ihnen eingegangen ist. Durch den Widerruf der Teilnahmeerklärung wird Ihre Teilnahme rückwirkend beendet, die besondere Diagnostik können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.
Sie sind an Ihre Teilnahmeerklärung nach Ablauf der Widerrufsfrist bis zur vollständigen Durchführung des interdisziplinären multimodalen Assessments (inklusive Nachbefragung) längstens bis 12 Monate nach der Behandlung gebunden. Danach endet Ihre Teilnahme automatisch. Während der Bindung können Sie Ihre Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund beenden, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zu Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt.
Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Ihren schriftlichen Widerruf bzw. Ihre Kündigung richten Sie bitte unter Angabe des Vertrags und des Vertragskennzeichens an
BARMER
Scanzentrum
73520 Schwäbisch Gmünd

Den Widerruf oder die Kündigung können Sie auch bei jeder Geschäftsstelle der BARMER zur Niederschrift erklären.

Bei einem Widerruf oder einer Kündigung auf elektronischem Weg bietet Ihnen die BARMER für eine sichere Übermittlung Ihrer Daten die Übersendung über Ihren persönlichen Mitgliedsbereich über „Meine BARMER“ an.

Bleiben Sie treu!
Damit die Qualität der besonderen Diagnostik sichergestellt werden kann, können Sie für die Untersuchung der Erkrankung, für die Sie sich in die Besondere Versorgung eingeschrieben haben, nur die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Im Fall einer Überweisung durch die beteiligten Leistungserbringer gilt diese Bindung nicht.

-MUSTER-

BARMER

Besondere Versorgung
Vernetzte Qualität

Patienteninformation zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über die Versorgung von Patienten mit Schmerzen bei gleichzeitiger Chronifizierungsgefährdung VKZ

Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von der BARMER, ihren Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage der §§ 140a Abs. 5, 284 und 295a SGB V

Teilnahmedaten

Ihre Teilnahmeerklärung und Ihre Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung werden durch den in der Teilnahmeerklärung aufgeführten Leistungserbringer an die BARMER geschickt. Dort werden die Daten aus Ihrer Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, auf eine Mitgliedschaft geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., der Beginn Ihrer Teilnahme sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie an der Besonderen Versorgung teilnehmen. Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt wird eine eventuelle Ablehnung Ihrer Teilnahme oder eine noch nicht abgeschlossene Prüfung darüber mitgeteilt.

Daten zur medizinischen Dokumentation

Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Leistungserbringer medizinische Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation.

Die BARMER erhält auf keinen Fall Einsicht in diese medizinischen Daten.

Zur vorliegenden besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass alle an der Besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer die notwendigen Behandlungsdaten und Befunde kennen, damit eine eng vernetzte Zusammenarbeit und eine gemeinsame Therapie durchgeführt werden kann. Daher werden Ihre medizinischen Daten zu diesem Zweck in einer gemeinsamen Dokumentation und Qualitätssicherung erfasst. Die Daten daraus dürfen von den an der Behandlung beteiligen Leistungserbringen und nur für den konkret anstehenden Behandlungsfall im Rahmen der Besonderen Versorgung abgerufen und genutzt werden.

Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten.

MUSTER

Abrechnungsdaten
Damit die beteiligten Leistungserbringer eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, müssen sie eine Abrechnung erstellen und Ihre dazu notwendigen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Diagnosen, ggf. Verordnungsdaten und Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals) an die BARMER übersenden. Bei der BARMER werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

Die beteiligten Leistungserbringer und die BARMER sind bei der Datenverarbeitung zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Dies gilt auch nach Beendigung Ihrer Behandlung.

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Durchführung dieser besonderen Versorgung erforderlich und gemäß § 140a Abs. 5 SGB V erlaubt, sofern Sie darin einwilligen. Durch die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung erklären Sie diese Einwilligung.

Widerruf Einwilligung in Datenverarbeitung
Die beschriebenen Datenverarbeitungen sind nur zulässig, soweit Sie in die jeweilige Datenverarbeitung eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Wenn Sie Ihre Einwilligung zu diesen Datenverarbeitungen nicht erklären wollen, ist eine Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung nicht möglich. Sie können die erklärte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich für die Zukunft widerrufen. Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung endet dann automatisch bzw. ist nicht mehr möglich. Den Widerruf richten Sie bitte ebenfalls an die oben in den “Patienteninformationen zur Teilnahme“ genannte Adresse oder erklären ihn zur Niederschrift bei jeder Geschäftsstelle der BARMER.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Prüfung durch den MD
Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) durch die BARMER veranlasst worden, z.B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung oder Maßnahme, sind die beteiligten Leistungserbringer dazu befugt, die dazu erforderlichen medizinischen Unterlagen gemäß dem gesetzlich vorgesehenen Verfahren weiter zu leiten. Der Arzt des MD ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

Datenlöschung bei der BARMER
Ihre bei der BARMER verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdaten) werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung oder bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser Besonderen Versorgung von der BARMER für

MUSTER

die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und anschließend gelöscht (Teilnahmedaten spätestens nach 6, Abrechnungsdaten spätestens nach 10 Jahren).

Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer Daten bei der BARMER

In Bezug auf Ihre Daten stehen Ihnen die folgenden Rechte zu:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten
  (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten
  (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten
  (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten
  (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht
  (Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht Datenübertragbarkeit
  (Art. 20 DS-GVO).

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an die Datenschutzbeauftrage der BARMER wenden unter:
BARMER
Datenschutzbeauftragte
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal
E-Mail: datenschutz@barmer.de

Für Auskünfte zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BARMER im Rahmen dieser Besonderen Versorgung können Sie sich an
BARMER
Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin
E-Mail: service@barmer.de
wenden.

Beschwerden über die BARMER hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde richten:
Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Str. 153
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

-MUSTER-

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur besonderen Versorgung und Datenverarbeitung

B10

BARMER

Bitte schicken Sie das Original an

BARMER
Scanzentrum
73520 Schwäbisch Gmünd

Vertragskennzeichen
XXXXXXXXXXX

Besondere Versorgung
Vernetzte Qualität

A. Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung von Patienten mit Schmerzen bei gleichzeitiger Chronifizierungsgefährdung nach § 140a SGB V

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, die besondere Diagnostik sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahmeerklärung bis zur vollständigen Durchführung des interdisziplinär-multimodalen Assessments (inklusive Nachbefragung) längstens bis 12 Monate gebunden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

-MUSTER-

Widerrufsbelehrung
Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.

B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Die Patienteninformationen zur Einwilligungserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

C. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:

Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Unterschrift, Stempel Arzt / Krankenhaus

Deutscher Schmerz-Fragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung

A-IMA
Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment

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

© Deutsche Schmerzgesellschaft

Patientenname:_____

Pat-ID: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Ursachen Ihrer Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Daher ist es für uns wichtig, wie Sie Ihre Schmerzen genau beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

Ihre **freiwilligen** Angaben dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Untersuchung. Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ihre Fragebogendaten werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese Ihren Therapeuten während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen. Zugang haben nur berechtigte Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte lesen Sie die entsprechenden Anleitungen zur Beantwortung der Fragen genau durch.

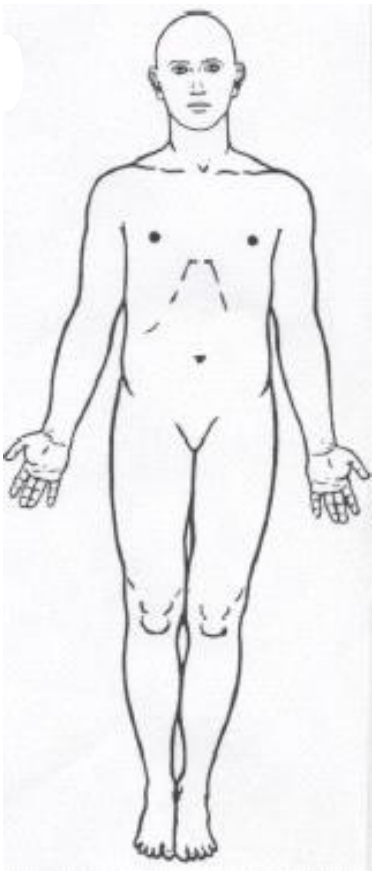
Lassen Sie keinen Teil des Fragebogens aus und beantworten Sie bitte alle Fragen, indem Sie ein Kreuz im entsprechenden Kreis setzen (⊗), eine zutreffende Zahl ankreuzen [X] oder die Antwort an die durch einen Strich bezeichnete Stelle schreiben (z.B. _Rückenschmerzen_).

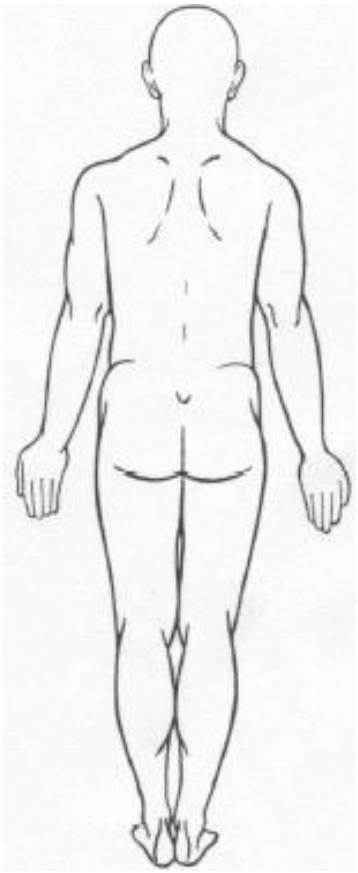
Vielen Dank!

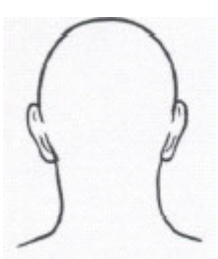
Datum beim Ausfüllen: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Tag Monat Jahr

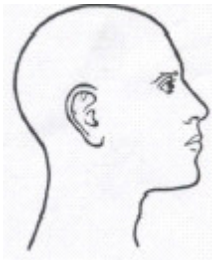
1. Körpergröße (cm): ☐☐☐ 2. Körpergewicht (kg): ☐☐☐

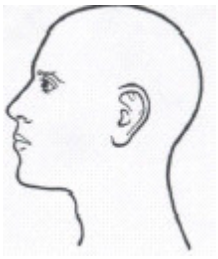
3. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.











Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

4. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

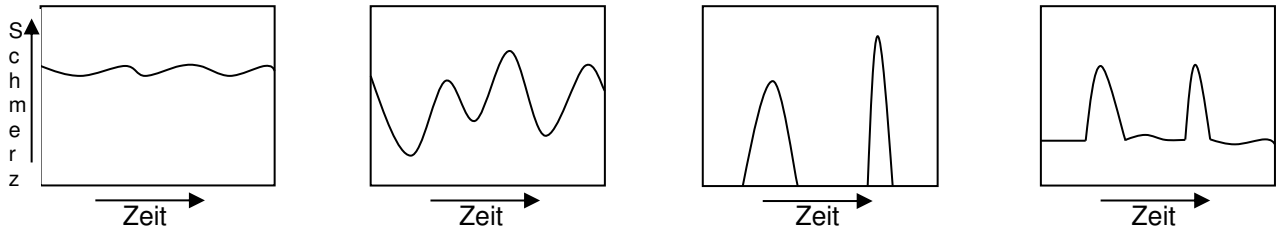
_____

5. a) **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat	○	½ Jahr bis 1 Jahr	○	2 bis 5 Jahre	○
1 Monat bis ½ Jahr	○	1 bis 2 Jahre	○	mehr als 5 Jahre	○

b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind? ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Tag Monat Jahr

6. Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?
a) zeitlicher Verlauf (Bitte nur **eine** Angabe machen!)



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen ○
2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen ○
3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei ○
4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen ○

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?
mehrfach täglich ○ einmal täglich ○ mehrfach wöchentlich ○
einmal wöchentlich ○ mehrfach monatlich ○ einmal monatlich ○
seltener: ○ _____

c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich?
Sekunden ○ Minuten ○ Stunden ○ bis zu drei Tagen ○ länger als drei Tage ○

7. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? ja ○ nein ○
wenn ja: morgens ○ mittags ○ nachmittags ○ abends ○ nachts ○

8. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**.
Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.
Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:
3 = trifft genau zu 2 = trifft weitgehend zu 1 = trifft ein wenig zu 0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als ….

	trifft genau zu	trifft weit-gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weit-gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	○	○	○	○	….heiß	○	○	○	○
....drückend	○	○	○	○	….brennend	○	○	○	○
….pochend	○	○	○	○	….elend	○	○	○	○
….klopfend	○	○	○	○	….schauderhaft	○	○	○	○
….stechend	○	○	○	○	….scheußlich	○	○	○	○
....ziehend	○	○	○	○	….furchtbar	○	○	○	○

Schmerzbeschreibungsliste (SBL, Korb 2006) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

9. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).
Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

d) Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

10. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa |___|___| Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

Graded Chronic Pain Scale Items and Scoring (GCPS, von Korff et al. 1992) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

11. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

für mich ist **keine Ursache** erkennbar ○

auf eine bestimmte Krankheit ○ wenn ja, welche? _____

auf eine Operation ○ wenn ja, welche? _____

Datum der Operation |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Tag Monat Jahr

auf einen Unfall ○ wenn ja, welchen? _____

Datum des Unfalls |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Tag Monat Jahr

auf körperliche Belastung ○

auf seelische Belastung ○

auf eine andere Ursache ○ wenn ja, welche? _____

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:
b) Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja ○ nein ○

12. Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?
Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

_____

_____

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen ○

13. **Was löst** Ihrer Erfahrung nach **die Schmerzen aus oder verschlimmert** sie?

_____

_____

Ich weiß es nicht ○

14. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

	trifft gar nicht zu					trifft voll-kommen zu
Trotz der Schmerzen würde ich sagen:	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	○	○	○	○	○	○
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	○	○	○	○	○	○
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	○	○	○	○	○	○
4. Ich habe mein Leben genießen können.	○	○	○	○	○	○
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	○	○	○	○	○	○
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	○	○	○	○	○	○
7. Ich habe mich richtig freuen können.	○	○	○	○	○	○

Fragebogen zum Wohlbefinden (FW7, Herda, Scharfenstein u. Basler 1998) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

15. **Fragen zu Ihrem Befinden**

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

0 Traf **gar nicht** auf mich zu
1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3	A
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D

Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS, Nilges und Essau 2012) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

16. a) **Von wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**?

Keine Behandlung ○

Allgemeinarzt	○	Neurochirurg	○	Psychotherapeut	○
Chirurg	○	Neurologe	○	Radiologe	○
Heilpraktiker	○	Orthopäde	○	Schmerztherapeut	○
Internist	○	Psychiater	○	Andere: _____	

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja ○ nein ○

wenn ja, welche? _____

17. **Wie** wurden Ihre Schmerzen **bisher behandelt**?
Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

	Erhalten:	**Wenn ja →**	**wirksam?** ja	vorüber-gehend	nein
bisher **keine** Schmerzbehandlung	○				
Medikamente	○	→	○	○	○
Infusionen	○	→	○	○	○
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	○	→	○	○	○
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	○	→	○	○	○
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	○	→	○	○	○
Krankengymnastik	○	→	○	○	○
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	○	→	○	○	○
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	○	→	○	○	○
Akupunktur	○	→	○	○	○
Chiropraktik	○	→	○	○	○
Psychotherapie	○	→	○	○	○
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	○	→	○	○	○
Medikamenten-Entzug	○	→	○	○	○
Kur-/Reha-Behandlung	○	→	○	○	○
Anderes: _____	○	→	○	○	○

18. Wurden Sie schon einmal **operiert**? ja ○ wie oft? |_|_| mal nein ○

Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle „kleineren operativen Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde.

Art der Operation:	**Datum:** (Tag / Monat / Jahr)	**wg. Schmerz?↓**
1. _____	|_|_| |_|_| |_|_|_|_|	○
2. _____	|_|_| |_|_| |_|_|_|_|	○
3. _____	|_|_| |_|_| |_|_|_|_|	○
4. _____	|_|_| |_|_| |_|_|_|_|	○
5. _____	|_|_| |_|_| |_|_|_|_|	○

19. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme**. Bitte tragen Sie in die Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w.)

Beispiele

	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
Medikament	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	ca. 7mal 1 Tbl.

	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?

20. **Frühere Schmerzmedikamente**: Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
Ihre früheren Schmerz-Medikamente	nein	etwas	ja	bitte beschreiben

21. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja ○ nein ○

wenn ja, gegen welche?		

22. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, **unterstreichen** Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0" bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3" besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs	**ja** ○ **nein** ○				
Welche Erkrankung: _____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall	**ja** ○ **nein** ○				
Andere: _____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung	**ja** ○ **nein** ○				
Andere: _____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie	**ja** ○ **nein** ○				
Andere: _____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung	**ja** ○ **nein** ○				
Andere: _____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse	**ja** ○ **nein** ○				
Andere: _____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen	**ja** ○ **nein** ○				
Andere: _____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte	**ja** ○ **nein** ○				
Andere: _____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme	**ja** ○ **nein** ○				
Andere: _____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers	**ja** ○ **nein** ○				
Andere: _____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose	**ja** ○ **nein** ○				
Andere: _____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Andere Erkrankungen	**ja** ○ **nein** ○				
_____	keine [0]	**Beeinträchtigung**	[1]	[2]	starke [3]
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV	**ja** ○ **nein** ○				
Andere: _____					
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	**ja** ○ **nein** ○				

Modul S Sozialrechtliche Situation

S-1. Sind Sie zurzeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)

ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz ○ → weiter bei Frage S-2

nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig ○

Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): _____

_____ → weiter bei Frage S-5

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____

S-3. Sind Sie **zurzeit arbeitsunfähig**? ja ○ nein ○

wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können? ja ○ nein ○

S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

ich war in letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

ich bin durchgehend arbeitsunfähig ○ seit |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Tag Monat Jahr

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S-5. Wenn Sie zurzeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...

Schüler/in, Student/in ○ Hausfrau / Hausmann ○ berentet ○

arbeitslos / erwerbslos ○ seit _____/_____ (Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen? ja ○ nein ○

Haben Sie einen **Renten-Antrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?

nein ○ ja ○

wenn ja, wegen: _____ am: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Tag Monat Jahr

Ist bereits ein **Renten-Antrag abgelehnt** worden? ja ○ nein ○

Befindet sich derzeit ein Renten-Antrag im **Widerspruchsverfahren**? ja ○ nein ○

S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**? ja ○ nein ○

wenn ja, auf Zeit ○ bis wann: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

endgültig ○ seit wann: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Tag Monat Jahr

wenn ja, Berentung welcher Art?

Vorgezogenes Altersruhegeld	○	Teilweise Erwerbsminderung	○
Berufsunfähigkeit	○	Volle Erwerbsminderung	○
Erwerbsunfähigkeit	○	Unfallrente	○
Erreichen der Altersgrenze	○	Witwen- oder Waisenrente	○

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB) ja ○ nein ○ → wenn ja, wie hoch ist der GdB? _____

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja ○ nein ○

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: _____

Schmerz-Bewertungs-Skala PCS © Meyer et al. 2008

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? ……..	☐	☐	☐	☐	☐

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. **mittelschwere Tätigkeiten**, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	☐	☐	☐
3. **mehrere** Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	☐	☐	☐	☐	☐

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen…..						
9. ruhig und gelassen?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. voller Energie?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. entmutigt und traurig?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen ("VR-12: How to create VR-12 scales and PCS/MCS summaries" © 2014 by Trustees of Boston University, Dt. Version: Buchholz & Kohlmann 2015)

Vorbehandlungen

V-1 Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von **Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind.

Name	Fachrichtung	Adresse	in Behandlung von – bis

V-2 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name	Adresse	von – bis

V-3 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name	Adresse	von – bis

Platz für weitere Bemerkungen:

Abschließende allgemeine Fragen

1. **Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?** (Mehrfachantworten sind möglich):

ich lebe allein ○ Ehepartner/Partner ○ Kinder ○ (Schwieger-)Eltern ○

2. Welche **Schulausbildung** haben Sie? keinen Abschluss ○ Hauptschule / Volksschule ○
Realschule / Mittlere Reife ○ Fachhochschulreife ○ Abitur / allgemeine Hochschulreife ○

3. Welche Berufsausbildung haben Sie:

Name Patient/-in: _____ Pat-ID: _____

Datum beim Ausfüllen: Tag Monat Jahr

Modul D Demografie, Versicherung

D-1. Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

D-2. Geschlecht: männlich ○ weiblich ○

D-3. PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____

Handy: _____ E-Mail.: _____

D-4. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): ca. ___

D-5. Nationalität: _____ Muttersprache: _____

D-6. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres **überweisenden Arztes**:

_____

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):

_____

_____

D-8. Krankenversicherung für **ambulante** Behandlung: _____

zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

D-9. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: _____

D-10. **Beihilfe**-Berechtigung: nein ○ ja ○ durch: _____

D-11. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja ○ nein ○

D-12. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja ○ nein ○

D-13. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja ○ nein ○

B13
Zusatz zur Routine mit DSF: PCS (Papierversion)

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: _____

Schmerz-Bewertungs-Skala Pain Catastrophizing Score © Meyer et al. 2008

C1

Titelblatt A-IMA

Bitte erledigte Aufgaben markieren ✓

A-IMA-Termin Terminplan für Patienten aushändigen	**Datum:** **Name Patient/in:** **Pat-ID:**

Deutscher Schmerzfragebogen + PCS	**Liegen ausgefüllt vor**	
Ärztliche Dokumentation **(C4)**	Dokumentieren	Eingeben
Ergänzende Arztangaben KEDOQ-Schmerz **(C5)**	Dokumentieren	Eingeben
Physiotherapeutische Dokumentation inkl. PSFS **(C7, C8)**	Dokumentieren	Eingeben
Ergänzender Fragebogen SKID-Befindlichkeit, vorbereitend für psychol. Befund **(C9)**	Dokumentieren	Eingeben
Psychologische Dokumentation inkl. MASK-Kodierung **(C11)**	Dokumentieren	Eingeben
Teamsitzung und Abschlussgespräch **(C12)**	Dokumentieren	Eingeben

Empfehlung an Patient/in	
	ggf. Termin:
	ggf. Programmbeginn:

Befundbericht verschickt am:

A-IMA Dokumente nach der Durchführung abheften — Ablage

Zeichenerklärung

Ablage	Eingeben	Termin vereinbaren	an Patient	Dokumentieren

C4

A-IMA
Ärztliche Dokumentation

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ Pat-ID: _____

Ziele Patient/in:

_____

_____

_____

Ziele aus ärztlicher Sicht:

_____

_____

_____

Fachspezifische Einschätzung für die Teamsitzung

	Schweregrad Störungsbild (somatisch)	Bedeutung für Schmerzproblematik (somatisch)	IMST-Ansatz erforderlich	Spezifische Behandlung erforderlich	Belastbarkeit für IMST-Ansatz gegeben
ärztlich	_____	_____	_____	_____	_____
	0 = kein 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	0 = keine 1 = gering 2 = moderat 3 = hoch	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja

Bitte bewerten Sie im Anschluss an das A-IMA folgende Aussage und notieren Sie gerne Ihre Anmerkungen im Freitext:

Vom Arzt auszufüllen	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Die Zeit für die Umsetzung des ärztlichen IMA war ausreichend.	☐	☐	☐	☐	☐
Freitext:					

C5

A-IMA Ergänzende Arztangaben (KEDOQ-Schmerz)

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____

B3. Setting der eingeleiteten bzw. veranlassten Behandlung

O ambulant	O teilstationär	O stationär	O keine Therapie
			O geplanter einmaliger Kontakt
			O ausschließlich Diagnostik
			O Gutachten

B4. Ergänzende Informationen zum Schmerz

Hauptschmerzlokalisation (mindestens 1 Oberbegriff *)

Kopf	Gesicht	Nacken/ Hals	Schulter/ Arm
O Gesamter Kopf bzw. Kopfhälfte	O Gesamtes Gesicht bzw. Gesichtshälfte	O Nacken	O Schulter
O occipital	O Oberkiefer	O Hals	O Gesamter Arm
O parietal	O Unterkiefer		O Oberarm
O Vertex			O Unterarm
O Stirn			O Ellenbogen
			O Handgelenk
			O Hand
			O Finger, Fingergelenke

Thorax	O Rücken, BWS	O Kreuz, LWS	Abdomen
O Gesamter Thorax			O Gesamtes Abdomen
O Thorax lateral			O Oberbauch
O Thorax ventral			O Unterbauch
			O Flanke

Becken	O Genital-/ Perianalregion	Bein	O Wide spread pain
O Gesamtes Becken		O Gesamtes Bein	
O Leiste		O Oberschenkel	
O Hüftbereich		O Unterschenkel	
O Kreuzbein		O Knie	
O Steißbein		O Sprunggelenk	
		O Fuß	
		O Zehen, Zehengelenke	

O Polyarthralgien	O Hemi-/ Panalgesie	O Gesamter oberer Quadrant	O Gesamter unterer Quadrant

O Sonstige Schmerzverteilung: _____

* Bitte ausschließlich das für den Patienten im Vordergrund stehende und das die Behandlung bestimmende Schmerzbild kodieren. Ein für den Patienten zusammengehöriges Schmerzbild kann durch Ankreuzen mehrerer Lokalisationen gekennzeichnet werden. Dabei dürfen nur maximal 3 Lokalisationen angekreuzt werden (und auch nur dann, sofern es sich um ein einziges zusammenhängendes Schmerzbild handelt).

C5

A-IMA Ergänzende Arztangaben (KEDOQ-Schmerz)

Mainz Pain Staging System (MPSS)

Pat-ID: _____

Achse 1: Zeitliche Aspekte	Wert		Achsensumme	Achsenstadium
Auftretenshäufigkeit: einmal täglich o. seltener	1			
mehrmals täglich	2	☐		3=I
dauernd	3			4-6=II
Dauer: bis zu mehreren Stunden	1			7-9=III
mehrere Tage	2		Σ	
länger als eine Woche oder dauernd	3			
Intensitätswechsel: häufig	1			
gelegentlich	2	☐		
nie	3			
Achse 2: Räumliche Aspekte				
monolokulär	1			
bilokulär	2	☐		
multilokulär oder Panalgesie	3			
Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten				
Medikamenteneinnahme: unregelmäßiger Gebrauch von max.2 peripheren Analgetika	1			
max. 3 periphere Analgetika, höchstens 2 regelmäßig	2	☐		2=I
regelmäßig mehr als 2 periphere Analgetika oder zentralwirkende Analgetika	3			3-4=II
				5-6=III
Anzahl der Entzugsbehandlungen: keine	1		Σ	
eine	2	☐		
mehr als eine	3			
Achse 4: Patientenkarriere				
Wechsel des persönlichen Arztes: kein Wechsel	1			4=I
max. 3 Wechsel	2	☐		5-8=II
mehr als 3 Wechsel	3			9-12=III
Schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte: bis 1	1		Σ	
2 bis 3	2	☐		
mehr als 3	3			
Schmerzbedingte Operationen: bis 1	1			
2 bis 3	2	☐		
mehr als 3	3			Summe der Achsenstadien
Schmerzbedingte Rehabilitationsmaßnahmen: keine	1			I = 4 - 6
bis 2	2	☐		II= 7 - 8
mehr als 2	3			III=9 - 12

Hauptschmerzdiagnose (ICD-Code, CRPS I und II ergänzen):_____

Weitere somatische Diagnosen (keine oder ICD-Code):_____

Psychologisch/Psychiatrische Diagnosen (keine oder ICD-Code): _____

Hinweis: Die Diagnosen sind nach der Teamsitzung zu ergänzen! Keine diagnostizierte Diagnose als „keine“, vorhandene Diagnosen als ICD-Code notieren (jeweils bitte zuordnen zu „weitere somatische Diagnosen“ und „Psychologisch/Psychiatrische Diagnosen“).

B5. Medikamentöse Behandlung vor Therapiebeginn

O **keine Medikamente**

Oder Medikamente aus folgenden Gruppen…

O NSAR, Coxibe	O Andere Nichtopioide	O Mischpräparat	O Triptane
O WHO II	O WHO III	O Antidepressiva	O Antikonvulsiva
O Muskelrelaxantien	O Benzodiazepine	O Antiemetika	O Laxantien

Sonstige schmerzbezogene Substanzen: _____

C7

A-IMA Patientenspezifische Funktionsskala (PSFS)

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____

Die „Patientenspezifische Funktionsskala“ (kurz PSFS) soll dazu verwendet werden, die individuellen Aktivitätseinschränkungen der Patient/-innen im Alltag zu quantifizieren.

Die PSFS wird am Ende der Anamnese und vor der körperlichen Untersuchung ausgefüllt.

Vor der der physiotherapeutischen Untersuchung stellen Sie folgende Leitfrage an den/die Patient/-in:
„*Ich möchte Sie bitten, drei wichtige Aktivitäten zu nennen, welche Sie aufgrund Ihres Schmerzproblems nicht ausführen können oder bei welchen Sie Schwierigkeiten bei der Ausführung haben*.“

Anschließend zeigen und erklären Sie dem Patienten die 10-stufige Skala und bitten um eine Einschätzung für die gewählten Aktivitäten.

Bewertungsschema für die Ausführung patientenspezifischer Aktivitäten

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unfähig, die Aktivität auszuführen										Kann die Aktivität auf dem gleichen Niveau wie vor der Verletzung oder dem Problem ausführen

Individuelle Aktivität	**Punktzahl 0 - 10**
1.	
2.	
3.	
Mittelwert der <u>drei</u> Aktivitäten:	

Stratford, P, Gil, C, Westaway M, & Binkley J (1995) Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient specific measure. Physiotherapy Canada 47, 258-263. © P. Stratford 1995, reprinted with permission.
© Kulturell adaptiert ins Deutsche: Heldmann 2012, HAWK Hildesheim (modifiziert)

C8

A-IMA Physiotherapeutische Dokumentation

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____

Ziele Patient/-in:

_____

_____

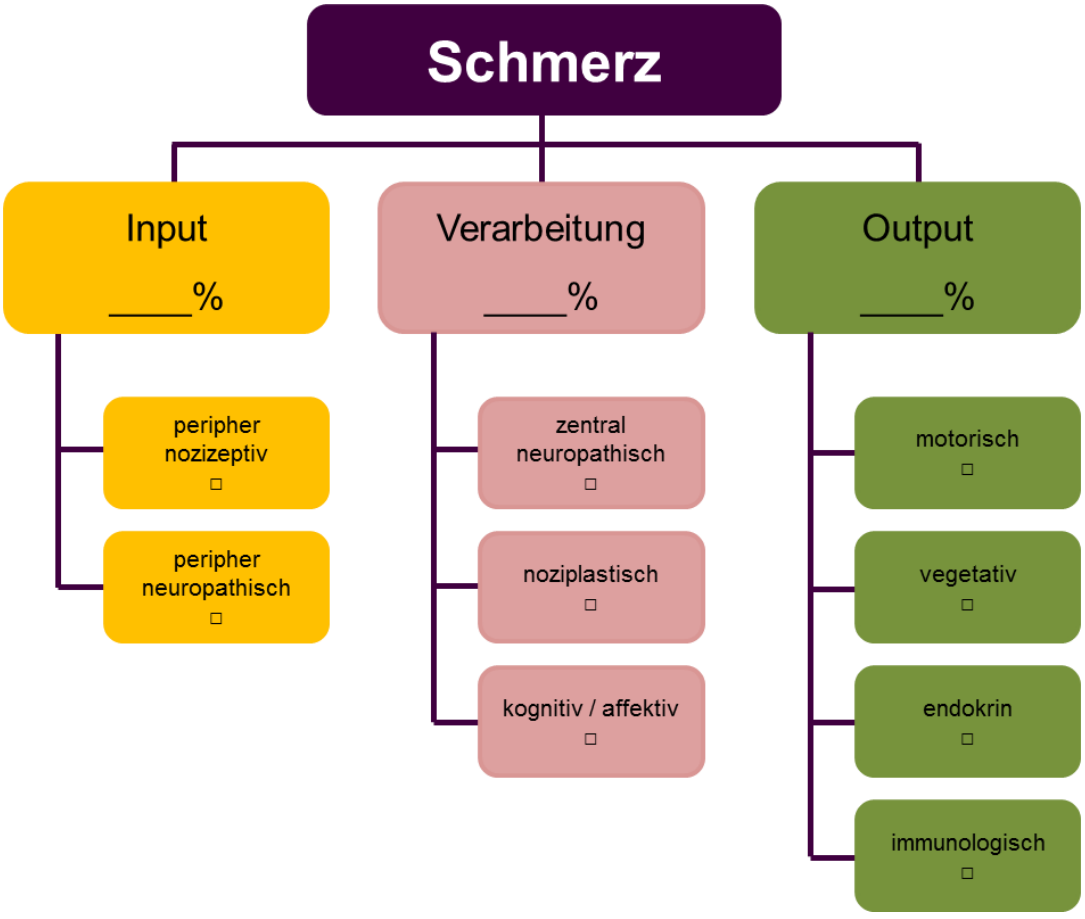
_____

Ziele aus physiotherapeutischer Sicht:

_____

_____

_____



A-IMA Physiotherapeutische Dokumentation

Fachspezifische Einschätzung für die Teamsitzung

	Schweregrad Störungsbild (funktionell)	Bedeutung für Schmerzproblematik (funktionell)	IMST-Ansatz erforderlich	Spezifische Behandlung erforderlich	Belastbarkeit für IMST-Ansatz gegeben
physio-therapeutisch	_____	_____	_____	_____	_____
	0 = kein 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	0 = keine 1 = gering 2 = moderat 3 = hoch	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja

Bitte bewerten Sie im Anschluss an das A-IMA folgende Aussage und notieren Sie gerne Ihre Anmerkungen im Freitext:

Vom Physiotherapeuten auszufüllen	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Die Zeit für die Umsetzung des physiotherapeutischen IMA war ausreichend.	☐	☐	☐	☐	☐
Freitext:					

C9

A-IMA Ergänzender Fragebogen (SKID-Befindlichkeit)

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____

Wir möchten Ihnen noch einige wichtige Fragen zu Ihrer allgemeinen Befindlichkeit stellen. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst mit ja oder nein. Sollten Sie unsicher sein, können Sie auch mit „unsicher“ antworten.

		0	1	2
1.	Haben Sie in letzter Zeit fünf oder mehr Gläser Alkohol (Bier, Wein oder Likör) auf einmal getrunken?	nein	unsicher	ja
2.	Nehmen Sie Drogen?	nein	unsicher	ja
3.	Fühlen Sie sich von einem ärztlich verschriebenen Medikament abhängig oder nehmen Sie mehr davon ein als Ihnen verschrieben wurde?	nein	unsicher	ja
4.	Leiden Sie unter Angstanfällen, bei denen Sie ganz plötzlich in panischen Schrecken geraten oder starke Angst haben?	nein	unsicher	ja
5.	Haben Sie Angst, alleine das Haus zu verlassen, sich in einer Menschenmenge zu befinden, in einer Schlange anzustehen oder mit dem Zug oder Bus zu fahren?	nein	unsicher	ja
6.	Haben Sie Angst davor oder ist es Ihnen unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben?	nein	unsicher	ja
7.	Gibt es andere Dinge, vor denen Sie besonders Angst haben, wie z.B. in einem Flugzeug zu sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder vor Höhe?	nein	unsicher	ja
8.	Leiden Sie unter Gedanken, die unsinnig sind und immer wieder kommen, auch wenn Sie es gar nicht wollen?	nein	unsicher	ja
9.	Kommt es vor, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun müssen, wie z.B. sich immer wieder die Hände zu waschen oder etwas mehrmals zu kontrollieren, um sicherzugehen, dass Sie es richtig gemacht haben?	nein	unsicher	ja
10.	Waren Sie in den letzten sechs Monaten besonders nervös oder ängstlich?	nein	unsicher	ja
11.	Kam es in letzter Zeit vor, dass andere Menschen sagten, Sie seien zu dünn?	nein	unsicher	ja
12.	Haben Sie Essanfälle, bei denen Sie das Gefühl haben, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können?	nein	unsicher	ja
13.	Leiden Sie seit mehreren Monaten unter körperlichen Beschwerden, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte?	nein	unsicher	ja
14.	Haben Sie jemals ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis oder eine ungewöhnlich schreckliche oder bedrohliche Situation erlebt, unter deren Nachwirkungen Sie heute noch leiden?	nein	unsicher	ja
15.	Fühlen Sie sich mit der Bewältigung eines einschneidenden Ereignisses in Ihrem Leben so stark belastet, dass dadurch Ihr Befinden spürbar beeinträchtigt ist?	nein	unsicher	ja

DIBpS1-Projektteam: Jahed, J., Vogel, B., Baumeister, H., Härter, M., Barth, J. & Bengel, J.
Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation

C11

A-IMA
Psychologische Dokumentation inkl. MASK-P

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____

Hinweis: Bitte die **Testbefunde** (TB) aus dem eingegebenen DSF beachten!

Dokumentation SKID und MASK-P (Zusammenfassung von s.u.)

SKID-Befindlichkeit:	Auffällig? Ja Nein ☐ ☐ Wenn ja, auffällige Bereiche ankreuzen: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐
MASK-P:	1 (__)→__ __ __, 5 (__)→__ __ __, 2 (__)→__ __ __, 6 (__)→(__) __ (__) __ (__) __, 3 (__)→__ __ __, 7 (__)→__ __ __, 4 (__)→__ __ __, 8 (__)→__ __ __.

Ziele Patient/in:

_____

_____

Ziele aus psychologischer Sicht:

_____

_____

Fachspezifische Einschätzung für die Teamsitzung

	Schweregrad Störungsbild (psychosozial)	Bedeutung für Schmerzproblematik (psychosozial)	IMST-Ansatz erforderlich	Spezifische Behandlung erforderlich	Belastbarkeit für IMST-Ansatz gegeben
psychologisch	_____	_____	_____	_____	_____
	0 = kein 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	0 = keine 1 = gering 2 = moderat 3 = hoch	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja

MASK-P

Achsenzusatzkodierung: *Für alle Achsen wird jeweils eines der folgenden Merkmale vergeben:*

1 Achse wurde nicht untersucht
2 keine Auffälligkeiten identifizierbar
3 Patient/in sieht Auffälligkeiten nicht
4 Patient/in sieht Auffälligkeiten

Für jede Achse können maximal 3 Auffälligkeiten vergeben werden.

Achse 1: Motorisch-verhaltensmäßige Schmerzverarbeitung		
Achsen-Zusatzkodierung:		*kodiere 1, 2, 3 oder 4*
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Ausgeprägt non-verbales Schmerzverhalten
	2	Ausgeprägt verbales Schmerzverhalten
	3	Diskrepanz zwischen verbalem und non-verbalem Schmerzverhalten
	4	Defizite im Bitten um soziale Unterstützung
	5	Ausgeprägte Vermeidung körperlicher Aktivitäten
	6	Ausgeprägte Vermeidung sozialer Aktivitäten
	7	Ausgeprägtes Durchhalteverhalten
	8	Nichteinhaltung erforderlichen Gesundheitsverhaltens

Achse 2: Emotionale Schmerzverarbeitung		
Achsen-Zusatzkodierung:		*kodiere 1, 2, 3 oder 4*
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Traurig-niedergeschlagene Stimmung
	2	Ärgerlich-gereizte Stimmung
	3	Ängstliche Stimmung
	4	Leichte innere Erregbarkeit
	5	Eingeschränktes emotionales Erleben
	6	Mangelnder Emotionsausdruck
	7	Übertrieben positiver Emotionsausdruck

Achse 3: Kognitive Schmerzverarbeitung		
Achsen-Zusatzkodierung:		*kodiere 1, 2, 3 oder 4*
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Hilflosigkeit / Katastrophisieren
	2	Resignation / Hoffnungslosigkeit
	3	Suizidgedanken
	4	Mangelhafte Wahrnehmung körperlicher Vorgänge
	5	Ausgeprägte Bagatellisierung körperlicher Vorgänge
	6	Ausgeprägte Selbstaufmerksamkeit für körperliche Vorgänge
	7	Ausgeprägter Durchhalteappell

Achse 4: Krankheitsbezogene Metakognitionen		
Achsen-Zusatzkodierung:		*kodiere 1, 2, 3 oder 4*
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Ausgeprägtes somatisches Krankheitsmodell
	2	Ausgeprägte stabile Ursachenattribution
	3	Ausgeprägte externale Kontrollattribution
	4	Ausgeprägte internale Kontrollattribution
	5	Schuldzuschreibungen
	6	Ausgeprägte Fear-Avoidance-Beliefs
	7	Ausgeprägte Endurance-Beliefs

A-IMA
Psychologische Dokumentation inkl. MASK-P

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____

Achse 5: Aktuelle Stressoren		
Achsen-Zusatzkodierung:		*kodiere 1, 2, 3 oder 4*
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Physikalische Belastungen am Arbeitsplatz
	2	Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz
	3	Unklarer beruflicher Status
	4	Erhebliche finanzielle Belastungen
	5	Probleme im Familien- und/oder Freundeskreis
	6	Ehe- / Partnerschaftsprobleme
	7	Belastungen durch zusätzliche gesundheitliche Probleme
	8	Krisenhafte Ereignisse
	9	Belastungen im Freizeitbereich

Achse 6: Traumata / Belastungen in der Lebensgeschichte			
Achsen-Zusatzkodierung:		*kodiere 1, 2, 3 oder 4*	
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen pro Auffälligkeit auch Zeitangabe <u>voranstellen</u> auf Doku-Beleg übertragen		1	Verlust naher Angehöriger / Bezugspersonen
		2	Konflikte innerhalb der Familie / Partnerschaft
		3	Konflikte am Arbeitsplatz
		4	Körperliche und/oder psychische Misshandlungen
		5	Verlust / Bedrohung der existenziellen Basis
		6	Akute Lebensbedrohung
		7	Harte Erziehungsbedingungen mit emotionaler Entbehrung
		8	Schwere körperl./psych. Erkrankung naher Bezugspersonen
		9	Eigene schwere körperliche / psychische Erkrankung
↑ Zeitzusatz-Kodierung			1 Kindheit (bis 6 Jahre) 2 Jugendzeit (bis 18 Jahre) 3 Erwachsenenalter (ab 18 Jahre) 4 Kindheit und Jugendzeit 5 Jugendzeit und Erwachsenenalter 6 Kindheit und Erwachsenenalter 7 Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter

Achse 7: Habituelle Personen-Merkmale		
Achsen-Zusatzkodierung:		*kodiere 1, 2, 3 oder 4*
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Selbstüberforderung bei exzessivem Leistungsanspruch
	2	Mangelnde soziale Kompetenz
	3	Selbstwertdefizite
	4	Starre Norm- und Wertvorstellungen
	5	Mangelnde Selbstreflexion / Introspektionsfähigkeit
	6	Mangelnde Wahrnehmung eigener Stressreaktionen
	7	Psychophysiologische Reaktionsstereotypie
	8	Abhängigkeitsverhalten

Achse 8: Maladaptive Stressverarbeitung		
Achsen-Zusatzkodierung:		*kodiere 1, 2, 3 oder 4*
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Katastrophisierend-/vermeidende Stressverarbeitung
	2	Resignativ-/rückzugsbetonte Stressverarbeitung
	3	Ärger-betonte Stressverarbeitung und Kontrollillusion
	4	Mangelnde Wahrnehmung/Bagatellisierung von Stressreaktionen
	5	Übermäßige körperliche Ablenkung bei Stress
	6	Mangel an entspannungsfördernder Stressbewältigung
	7	Mangel an emotionsregulierender Stressbewältigung
	8	Mangel an sozial kompetenter Stressverarbeitung

Psychologisch/Psychiatrische Diagnose(n):

□ keine

□ Diagnose nach ICD-10/11: _____

Hinweis: Psychologisch/Psychiatrische Diagnose(n) bitte nach der Teamsitzung in das Dokument „Ergänzende Arztangaben (KEDOQ-Schmerz)“ (C5) übertragen.

Bitte bewerten Sie im Anschluss an das A-IMA folgende Aussage und notieren Sie gerne Ihre Anmerkungen im Freitext:

Vom Psychologen auszufüllen	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Die Zeit für die Umsetzung des psychologischen IMA war ausreichend.	□	□	□	□	□
Freitext:					

C12

A-IMA
Interdisziplinäre Teamsitzung inkl. Abschlussgespräch

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____

Therapieempfehlung TEAM (Bitte ankreuzen)

Grundsätzliche Einschätzung		
Weitergehende Diagnostik vor Therapieentscheidung notwendig	☐ Ja	☐ Nein
IMST-Ansatz erforderlich?	☐ Ja	☐ Nein
Kontraindikation für IMST gegeben?	☐ Ja	☐ Nein
Belastbarkeit für IMST gegeben?	☐ Ja	☐ Nein
Vorrangig spez. Therapiebedarf (Arzt, Psych, Physio), der nicht in eine IMST integrierbar ist?	☐ Ja	☐ Nein
Falls ja:		
Ärztlich ☐ Ja ☐ Nein	Physiotherapeutisch ☐ Ja ☐ Nein	Psychologisch ☐ Ja ☐ Nein

Notieren Sie im Folgenden Ihre Empfehlungen nach der Teambesprechung (Spalte 1) und dann die Empfehlungen nach Rücksprache und mit Einbezug des Patienten (Spalte 2). Mehrfachnennungen sind möglich. Gründe der Änderungen werden nachfolgend notiert.

Konkrete Empfehlung (Mehrfachangaben möglich)	**Empfehlung nach Team**	**Empfehlung unter Einbezug der Patient/-innen**
Akut-stationäre Einrichtung (Prüfung einer OP-Indikation)		
Weiterführung der bestehenden hausärztlichen Behandlung ist ausreichend		
Weiterführung der bestehenden fachärztlichen Behandlung ist ausreichend		
Neue ambulante fachärztliche Behandlung Fachrichtung:		
Anpassung der medikamentösen Therapie		
Funktionstraining/Rehasport		
Physiotherapie		
Ambulante Psychotherapie		
Psychosomatische Einrichtung		
Ambulante oder stationäre Reha-Behandlung		
(Teil-)stationäre IMST (im Rahmen der Regelversorgung) / RV-IMST		
Sonstiges:		

Begründung im Fall von Abweichungen von der „Empfehlung nach Team“ und „Empfehlung unter Einbezug der Patient/-innen“.

□ Pat. lehnt Therapieempfehlung ab (z.B. kein Interesse, lehnt Therapiekonzept ab).

□ Pat. lehnt aus organisatorischen Gründen die Therapieempfehlung ab.

□ Sonstiges: _____

Hinweis: Bitte denken Sie daran, die Diagnosen inkl. möglicher weiterer somatischer sowie psychologischer / psychiatrischer Diagnosen im Team zu besprechen und in das Dokument „Ergänzende Arztangaben KEDOQ-Schmerz“ einzutragen!

Abschlussgespräch mit Patient/-in

Ziele Patient/-in nach gemeinsamem Abschlussgespräch:

_____

_____

Anwesenheit der Berufsgruppen

Anwesenheit	Arzt/Ärztin	Physiotherapeut/in	Psychologe/in
Teamsitzung	□	□	□
Abschlussgespräch	□	□	□

Bitte bewerten Sie im Team im Anschluss an das Abschlussgespräch folgende Aussage. Sollte eine interdisziplinäre Einigung nicht möglich sein, kreuzen Sie nichts an.

Vom Team auszufüllen	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Die Zeit für die Umsetzung der Teambesprechung war ausreichend.	□	□	□	□	□
Die Zeit für die Umsetzung des Abschlussgesprächs war ausreichend.	□	□	□	□	□
Freitext:					

Dokumentation Befundbericht

Befundbericht verschickt	Datum:

C13

A-IMA
Kurzempfehlung

Patientendaten/Patientenetikett

Stempel der Einrichtung

Sehr geehrte/r Frau/Herr ……,

Sie haben sich heute am …….. wegen Ihrer Schmerzen zum Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (A-IMA) in unserer Einrichtung vorgestellt. Aus den heutigen Untersuchungen haben wir folgende Behandlungsansätze und -empfehlungen abgeleitet, die wir mit Ihnen auch bereits im Abschlussgespräch besprochen haben.

Weiterführende (Behandlungs-)Empfehlungen:

Folgende Diagnosen haben sich aus dem A-IMA ergeben:

Hauptschmerzdiagnose: _____

Weitere somatische Diagnosen: _____

Psychologisch/Psychiatrische Diagnose: _____

Es wird ein ausführlicher Bericht folgen, den wir an die von Ihnen angegebenen ärztlichen Behandler senden werden. Gerne können Sie sich bereits im Vorfeld mit Ihrem behandelnden Arzt / Ihrer behandelnden Ärztin austauschen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

xxx

C16

A-IMA
Ergänzung Befundbericht

Ihr Patient / Ihre Patientin hat am Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (A-IMA) in unserer Schmerzmedizin teilgenommen, über dessen Ergebnisse wir in diesem Schreiben berichten. Ihr Patient / Ihre Patientin hatte Chronifizierungsfaktoren und keine Gegenanzeigen und hat schriftlich in seine Teilnahme und die entsprechende Datenauswertung eingewilligt. Wir haben ein A-IMA als „Besondere Versorgung“ im Vertrag nach §140a durchgeführt. Das bedeutet, dass Arzt, Physiotherapeut und Psychologe jeweils getrennt Ihren Patienten / Ihre Patientin untersucht und dann gemeinsam im Team Therapieempfehlungen abgestimmt haben. Diese wurden im Teamgespräch vermittelt und Ihr Patient / Ihre Patientin hat zugestimmt. Die Empfehlungen haben wir Ihnen hier aufgeführt.
Bei Fragen und Rückmeldungen wenden Sie sich am besten an
xxx

Weiterführende (Behandlungs-)Empfehlungen	
Maßnahmen der IMST	
Ärztlich (inkl. medikamentös)	
Psychologisch	
Physiotherapeutisch	
Beruflich	
Sonstiges	

Wir sind sehr an einer Zusammenarbeit mit Ihnen interessiert: Sie haben für Ihre Patienten mit Schmerzen dazu verschiedene Optionen:

1. Ihre Patienten können an dem Selektivvertrag der BARMER und ggf. weiterer beitretender Krankenkassen teilnehmen. Für die Voruntersuchung, das Screening auf Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung eines Patienten erhalten Sie nach dessen Entscheidung zur Teilnahme eine Aufwandspauschale in Höhe von 35€. Sie können Patienten mit Verdacht auf Risikofaktoren aber auch direkt überweisen – dann screenen wir sie.

2. Patienten ohne Chronifizierungsfaktoren oder bereits stattgefundener Chronifizierung können ebenfalls von uns aufgenommen werden und erhalten ggf. Diagnostik- und Therapieempfehlungen. Diese Patienten benötigen dann eine Überweisung von Ihnen und laufen in der üblichen Vorgehensweise der Einrichtung mit.

A-IMA
Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment

G1

Titelblatt Verlauf

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Bitte erledigte Aufgaben markieren ✓

Verlaufs-Termin

Name Patient/in:

Pat-ID:

1. Verlaufsfragebogen inkl. PCS (G2) verschicken per E-Mail mit Link aus der Übersichtsseite online	3-6 Monate nach A-IMA per Post

Verlaufs-Termin **Datum:** (des Versands)

per E-Mail-Link (G3)	oder	per Post (G3) Name Patient/in und Pat-ID vermerken
per E-Mail-Link (G4)	Eingang kontrollieren, 2 Wochen nach Versand erinnern	per Post (G4) Name Patient/in und Pat-ID vermerken

nach weiteren 2 Wochen nachfragen, ggf. per Post nachsenden

Eingeben

Zeichenerklärung

an Patient	Verschicken	Eingeben

Schmerz-Verlaufsfragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung

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

G2

A-IMA
Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment

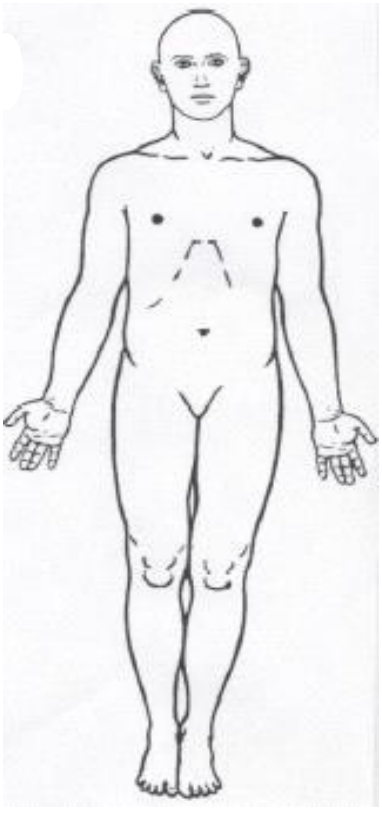
Name Patient/-in: _____ Patienten-ID:_____

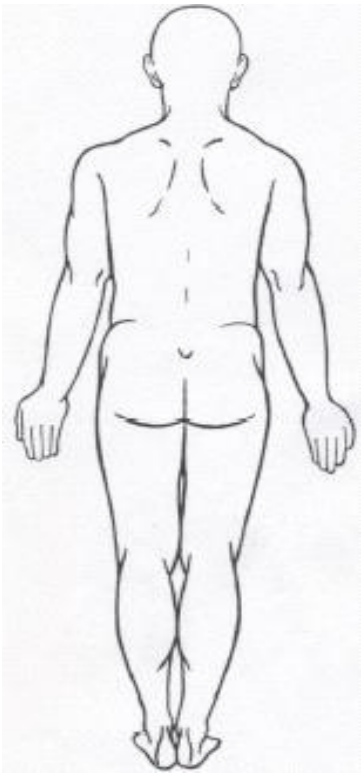
Datum beim Ausfüllen: Tag Monat Jahr

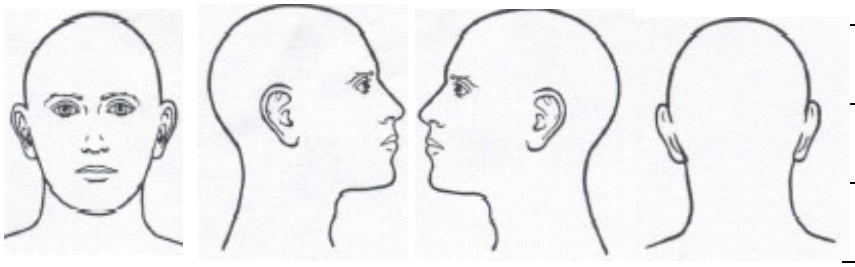
Heute interessiert uns Ihr aktuelles Befinden. Wir bitten Sie daher **alle** Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen.

1. Ich habe diese Schmerzen nicht mehr ○ -> bitte weiter bei Frage 7
   Ich habe diese Schmerzen noch ○ -> bitte weiter bei Frage 2

2. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen derzeit auftreten.

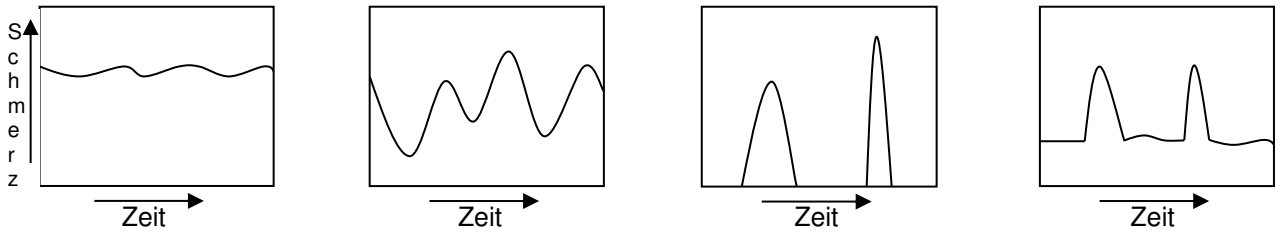






Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

3. Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten vier Wochen am besten zu?
a) zeitlicher Verlauf (nur **eine** Angabe!)



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen ○
2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen ○
3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei ○
4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen ○

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bilder 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?
mehrfach täglich ○ einmal täglich ○ mehrfach wöchentlich ○
einmal wöchentlich ○ mehrfach monatlich ○ einmal monatlich ○
seltener: ○ _____

c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich?
○ Sekunden ○ Minuten ○ Stunden ○ bis zu drei Tagen ○ länger als drei Tage

4. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen (unter Ihrer üblichen Medikation) empfinden.

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

[0] kein Schmerz [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] kein Schmerz [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] kein Schmerz [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

5. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**. Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

3 = trifft genau zu 2 = trifft weitgehend zu 1 = trifft ein wenig zu 0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als ….

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	○	○	○	○	….heiß	○	○	○	○
....drückend	○	○	○	○	….brennend	○	○	○	○
….pochend	○	○	○	○	….elend	○	○	○	○
….klopfend	○	○	○	○	….schauderhaft	○	○	○	○
….stechend	○	○	○	○	….scheußlich	○	○	○	○
....ziehend	○	○	○	○	….furchtbar	○	○	○	○

Schmerzbeschreibungsliste (SBL, Korb 2006) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

6. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa ⌊__⌋⌊__⌋ Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

Graded Chronic Pain Scale Items and Scoring (GCPS, von Korff et al. 1992) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

7. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme**
Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel, u.s.w.)

	regelmäßige Einnahme				nehme das Medikament nur bei Bedarf	
Ihre Medikamente	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?

8. Haben Sie **in den letzten 3 Monaten** wegen Schmerzen einen weiteren **Arzt** oder andere Einrichtungen und Leistungen in Anspruch genommen?

Nein ○ Ja ○

Praktischer Arzt / Allgemeinarzt ___ mal
Orthopäde ___ mal
Internist ___ mal
Ambulanz im Krankenhaus ___ mal
andere Ärzte: _____ ___ mal
Stationärer Krankenhausaufenthalt ___ Tage
Reha-Leistungen ○

9. **Fragen zu Ihrem Befinden**

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

0 Traf **gar nicht** auf mich zu
1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3	A
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D

Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS, Nilges und Essau 2012) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____A: _____S: _____

10. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

	trifft gar nicht zu					trifft voll-kommen zu
Trotz der Schmerzen würde ich sagen:	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	○	○	○	○	○	○
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	○	○	○	○	○	○
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	○	○	○	○	○	○
4. Ich habe mein Leben genießen können.	○	○	○	○	○	○
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	○	○	○	○	○	○
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	○	○	○	○	○	○
7. Ich habe mich richtig freuen können.	○	○	○	○	○	○

Fragebogen zum Wohlbefinden (FW7, Herda, Scharfenstein u. Basler 1998) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

11. **Hat sich in der Zwischenzeit an Ihrer beruflichen Situation bzw. Arbeitsfähigkeit etwas verändert?**

11a. nein, unverändert, wie zu Beginn der Behandlung ○

Ja, geändert ○, und zwar:

ich bin wieder berufstätig ○
ich bin nicht mehr berufstätig ○
ich bin aufgrund der Schmerzen nur noch in Teilzeit beschäftigt ○
ich bin aufgrund der Schmerzen unter erleichterten Bedingungen beschäftigt ○
ich habe inzwischen einen Rentenantrag gestellt ○
ich bin inzwischen berentet ○
sonstige Veränderungen _____

11b. Wenn Sie berufstätig sind, an wie vielen Tagen waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

ich war in letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

12. Können Sie sagen, **um wie viel Prozent Ihre Schmerzen abgenommen haben**? um ca. ☐ %

13. Wenn Sie alles zusammen betrachten, wie beurteilen Sie den bisherigen **Erfolg Ihrer Behandlung**?
sehr gut ○ gut ○ zufrieden stellend ○ weniger gut ○ schlecht ○

Haben Sie noch weitere Bemerkungen? _____

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 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: _____

Schmerz-Bewertungs-Skala PCS © Meyer et al. 2008

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

	aus-gezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? ……..	☐	☐	☐	☐	☐

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. **mittelschwere Tätigkeiten**, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	☐	☐	☐
3. **mehrere** Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	☐	☐	☐	☐	☐

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen…						
9. ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen ("VR-12: How to create VR-12 scales and PCS/MCS summaries" © 2014 by Trustees of Boston University, Dt. Version: Buchholz & Kohlmann 2015)

A-IMA
Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment

G3

Erstmalige E-Mail-Einladung eines Patienten zur Nachbefragung

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Kurzanleitung:

Erstellen Sie sich eine E-Mail-Vorlage mit folgendem Text. Die rot markierten Stellen müssen Sie dann für die individuelle E-Mail in diese Vorlage einfügen:

Betreff: Fragebogen zu Ihrer Teilnahme am A-IMA

Sehr geehrte(r)…,

vielen Dank für Ihre Teilnahme am Selektivvertrag zum Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (kurz A-IMA).

Wir wenden uns heute an Sie, weil wir gerne etwas über **Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand und Ihre derzeitige Schmerzsituation** erfahren möchten.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie hierfür unseren Online-Fragebogen vollständig ausfüllen. Dies wird nur etwa 10 Minuten Zeit in Anspruch nehmen. Sie erreichen die Befragung über folgenden Link:

[Link] aus der online-Übersicht wie im Handbuch beschrieben
Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen sehr herzlich!

Mit freundlichen Grüßen

[Ihr Name
Kontaktdaten Ihrer Einrichtung]
bitte aufführen, wenn diese nicht schon in Ihrem E-Mail-Programm automatisch erscheint

1. Öffnen Sie Ihre E-Mail-Vorlage.
2. Rufen Sie den Link für die Nachbefragung per E-Mail in Ihrer Übersichtsseite ab.
3. Unter dem Textteil fügen Sie dann bitte diesen automatisch generierten Fragebogen-Link ein.
4. Wenn nicht in Ihrer Signatur, ergänzen Sie unter der Grußformel („Mit freundlichen Grüßen“) bitte noch **Ihren Namen und die Kontaktdaten Ihrer Einrichtung** (Adresse, Telefonnummer, E-Mail), unter der die Patienten Sie bei Rückfragen ggf. erreichen können.
5. Ganz wichtig: Bitte denken Sie nach dem Absenden der E-Mail noch daran, in der **Datenbank** an entsprechender Stelle zu kennzeichnen, dass Sie den Patienten per E-Mail angeschrieben haben. Herzlichen Dank!

G3

A-IMA
Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

«Anrede»
«Vorname» «Nachname»
«Straße»
«PLZ» «Ort»

Ihr Ansprechpartner:
Telefondurchwahl:
E-Mail:

Datum:

Fragebogen zu Ihrer Schmerzbehandlung im Rahmen des Selektivvertrags zum A-IMA

Sehr geehrte(r)…,

vielen Dank für Ihre Teilnahme am Selektivvertrag zum Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (kurz A-IMA).

Wir wenden uns heute an Sie, weil wir gerne etwas über **Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand und Ihre derzeitige Schmerzsituation** erfahren möchten.

Bitte füllen Sie hierfür den beiliegenden Fragebogen vollständig aus und senden ihn an uns zurück. Dies wird nicht mehr als 10 Minuten Zeit in Anspruch nehmen. Einen Antwortumschlag haben wir beigefügt. Sie können den Umschlag mit dem ausgefüllten Fragebogen einfach in den nächsten Briefkasten werfen, **eine Briefmarke ist nicht erforderlich**.

Falls Sie Fragen hierzu haben, können Sie sich sehr gerne telefonisch unter der Nummer XXX oder unter der E-Mail-Adresse name@zentrum.de an uns wenden.

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen sehr herzlich!

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre Einrichtung

G4

Erinnerung eines Patienten bei ausgebliebener Reaktion auf die E-Mail-Einladung zur Nachbefragung

Kurzanleitung:

Erstellen Sie sich bitte eine weitere E-Mail-Vorlage mit folgendem Text. Die rot markierten Stellen müssen Sie dann für die individuelle E-Mail in diese Vorlage einfügen:

Betreff: Erinnerung Fragebogen zu Ihrer Teilnahme am Selektivvertrag zum A-IMA

Sehr geehrte(r)…,

vor einigen Wochen haben wir Ihnen im Rahmen Ihrer Teilnahme am Selektivvertrag zum Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (A-IMA) eine E-Mail mit einem Link zu unserem Fragebogen gesendet.

Da wir leider bisher von Ihnen noch keine Antwort erhalten haben, schreiben wir Ihnen heute ein zweites Mal mit der Bitte, unseren Fragebogen auszufüllen.

Wir möchten gern etwas über **Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand und Ihre derzeitige Schmerzsituation** erfahren.
Wenn Sie den Fragebogen **online** ausfüllen wollen, so erreichen Sie ihn über folgenden Link:

[Link]
Wenn Sie unseren Fragebogen nicht online ausfüllen möchten, so ist das kein Problem. Bitte teilen Sie uns dies in einem solchen Fall einfach über unsere unten aufgeführten Kontaktdaten mit, damit wir Ihnen den Fragebogen **per Post** zusenden können.

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen sehr herzlich!

Mit freundlichen Grüßen

[Kontaktdaten Ihrer Einrichtung]

1. Öffnen Sie Ihre E-Mail-Vorlage.
2. Rufen Sie einen neuen Link für die Nachbefragung per E-Mail in Ihrer Übersichtsseite ab.
3. Unter dem Textteil fügen Sie dann bitte diesen automatisch generierten Fragebogen-Link ein.
4. Wenn nicht in Ihrer Signatur, ergänzen Sie unter der Grußformel („Mit freundlichen Grüßen“) bitte noch **Ihren Namen und die Kontaktdaten Ihrer Einrichtung** (Adresse, Telefonnummer, E-Mail), unter der die Patienten Sie bei Rückfragen ggf. erreichen können.
5. Ganz wichtig: Bitte denken Sie nach dem Absenden der E-Mail noch daran, in der **Datenbank** an entsprechender Stelle zu kennzeichnen, dass Sie den Patienten per E-Mail erinnert haben. Herzlichen Dank!

G4

A-IMA
Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

«Anrede»
«Vorname» «Nachname»
«Straße»
«PLZ» «Ort»

Ihr Ansprechpartner:
Telefondurchwahl:
E-Mail:

Datum:

Fragebogen zu Ihrer Schmerzbehandlung im Rahmen des Selektivvertrags zum A-IMA

Sehr geehrte(r)…,

vor einigen Wochen haben wir Ihnen im Rahmen Ihrer Teilnahme am Selektivvertrag zum Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (A-IMA) einen Brief mit einem Fragebogen zugesendet. Da wir bisher von Ihnen keine Antwort erhalten haben, befürchten wir, dass unser Brief verlorengegangen ist. Vielleicht konnten Sie auch wegen einer Krankheit oder Urlaubsreise nicht antworten. Wir senden Ihnen daher unseren Fragebogen ein zweites Mal zu.

Wir möchten gerne etwas über **Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand und Ihre derzeitige Schmerzsituation** erfahren.

Bitte helfen Sie uns, indem Sie nun den beiliegenden Fragebogen vollständig ausfüllen und an uns zurücksenden. Dies wird nicht mehr als 10 Minuten Zeit in Anspruch nehmen. Einen Antwortumschlag haben wir beigefügt. Sie können den Umschlag mit dem ausgefüllten Fragebogen einfach in den nächsten Briefkasten werfen, **eine Briefmarke ist nicht erforderlich**.

Falls Sie Fragen hierzu haben, können Sie sich sehr gerne telefonisch unter der Nummer XXX oder unter der E-Mail-Adresse name@zentrum.de an uns wenden.

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen sehr herzlich!

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre Einrichtung

Anlage 5

Datenaustausch

Excel-Patientenliste und A-IMA-DB-Server

Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment A-IMA

Qualitäts-Kooperationsprojekt

der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

A-IMA
Ambulantes
Interdisziplinär-Multimodales
Assessment

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Version vom 12.10.2021

A-IMA
Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment

Datenaustausch Excel-Patientenliste und A-IMA-DB-Server

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Beschreibung der Excel-Patientenliste und ihrer Funktionen

Die Excel-Patientenliste wird den Zentren von der Projektleitung zur Verfügung gestellt und von diesen geführt. Sie ist Bestandteil der Schulungen. Sie wird durch ein Kennwort aus 10 Zeichen mit Zahlen und Buchstaben geschützt. Es wird darauf gedrungen, dass eine zentrale Dokumentationskraft diese eine Excelliste je Zentrum pflegt. In der Liste werden die Klarnamen der Patienten, das Alter und das Geschlecht sowie einige Datumsangaben, die im Zusammenhang mit der Abrechnung der Versorgung anstehen, gelistet. Diese Excel-Patientenliste wird entsprechend der Datenschutzrichtlinien der Zentren behandelt.

Sofern ein vereinfachter Abgleich mit KEDOQ-Schmerz vom Zentrum gewünscht wird, wird aus den vorhandenen Daten mithilfe eines VBA-Skripts der HASH-Wert der Patienten berechnet. Dieser HASH-Wert wird zusammen mit den unten genannten Informationen an den A-IMA-DB-Server übermittelt:

Als Antwort empfängt das VBA-Skript in der Excel-Patientenliste die Patienten-ID und weitere Informationen über den Status der Patienten.

Die Excel-Patientenliste ist mit einem Bearbeitungsschutz/Blattschutz ausgestattet, so dass nur in die vorgesehenen Felder Informationen über die Patienten eingegeben werden können. Die VBA Skripte und weitere Metadaten (Zentrums-ID etc.) sind ausgeblendet und per Kennwort geschützt.

Wird der vereinfachte Abgleich nicht aktiviert, können Patienten direkt über das Web Frontend des A-IMA-DB-Servers angelegt werden. In diesem Fall muss die online vergebene Patienten-ID manuell in die Excel-Patientenliste eingetragen werden.

Aus der Excel-Patientenliste heraus ist es möglich, gezielt einzelne Übersichtsseiten und Formulare eines Patienten aufzurufen. Bei diesem Aufruf wird nur die Patienten-ID über eine SSL-verschlüsselte Verbindung an die A-IMA-DB übermittelt. Der Zugriff auf die angeforderte Seite muss anschließend von dem Mitarbeiter mit seinem persönlichen Benutzernamen und Passwort freigeschaltet werden.

Von der Excel-Patientenliste werden folgende Daten per SSL-verschlüsselter Http-Verbindung an den A-IMADB-Server übermittelt:

- Bezeichner: Beschreibung
- Zen_ID: eineindeutige Zahl zur Identifizierung des Zentrums
- bname: Benutzername des Zentrums zur Authentifizierung der Anfrage
- kwort: Kennwort des Zentrums zur Authentifizierung der Anfrage
- kwortP: Kennwort des Patienten zur Authentifizierung des Patienten, sofern dieser die Fragebögen online beantworten möchte.
- datum: Datum der Behandlung des Patienten
- AA: Hilfsfeld um Änderungen am geschütztem Bereich der Excel-Patientenliste durchzuführen (zweistellige Buchstabenkombination)

- AC: Hilfsfeld, um Änderungen am geschützten Bereich der Excel-Patientenliste durchzuführen (0/1)
- AP: Hilfsfeld, um Änderungen am geschützten Bereich der Excel-Patientenliste durchzuführen (Buchstaben/Ziffernkombination, vom Datenmanager vorgegeben)
- step: Schrittzähler, um unterschiedliche Aktionen/Antworten des Servers auszulösen (Ziffer 1-6)
- HASH ohne Anzeige, aber übermittelt: HASH-Wert des Patienten gemäß KEDOQ-Schmerz gebildet (sofern aktiviert)

VBA-Module generieren die Anfrage der Excel-Patientenliste an den PAIN2020DB-Server und führen sie durch. Dies sind zwei Funktionen:

- get_afs: Setzt den String für http-Post-Anfrage mit allen Informationen einer Excel-Zeile (ein Patient) zusammen. Dies sind Wertepaare aus Bezeichner=Wert, die mit dem kaufmännischen „und“ (&) verbunden werden.
- ask_server: Sendet die Anfrage an den Server und gibt die Antwort des Servers zurück.

Weitere Funktionen der Excel-Patientenliste

Sofern die Zentren und die Patienten es wünschen, können sie per E-Mail Einladungen an die Patienten zur online-Befragung verschicken. In diesem Fall müssen die Zentren das Kennwort der Patienten in die Excel-Patientenliste aufnehmen. Wenn das Kennwort den Vorgaben nicht genügt, wird ein Hinweis gegeben.

Falls eine E-Mail-Adresse mit Einwilligung des Patienten vorliegt und die entsprechende Funktion für das Zentrum aktiviert ist, kann der Einladungslink für die Fragebögen inklusive des per Token personifizierten Hyperlinks zur Online-Seite des Befragungsformulars im Web Frontend des A-IMA-DB-Server kopiert werden.

Mit diesem Hyperlink und dem in der Excel-Patientenliste eingegebenen Kennwort des Patienten kann der Patient das Befragungsformular aufrufen und ausfüllen.

Kerndokumentation und Qualitätssicherung

in der Schmerztherapie

KEDOQ-Schmerz

Projekt der Deutschen Schmerzgesellschaft

Datenschutz- und Datensicherheitskonzept

Vorgelegt von dem beauftragten Institut

CLARA

Klinische und Versorgungsforschung, Kleinmachnow

Version 5 vom 11.11.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Ziel ... 4
I. Gültigkeit ... 7
II. Schulung, Verpflichtung zur Vertraulichkeit ... 7
III. Online-Datenbank ... 7
2. Daten in KEDOQ-Schmerz ... 7
IV. Um welche Daten geht es? ... 7
V. Was geschieht mit den Daten? ... 8
VI. Kommunikations- und Datenwege KEDOQ-Schmerz-Datenbank ... 8
a. Zentren => Patienten ... 8
b. Zentren => Primärprogramme ... 9
c. Zentren => CLARA ... 9
d. Deutsche Schmerzgesellschaft => Primärprogramme ... 9
e. Zentren <=> KEDOQ-Schmerz-Datenbank ... 10
VII. Patienteninformation und Einwilligung der Patienten ... 11
f. Rücknahme der Einwilligung ... 11
g. Auskunftsrecht ... 11
h. Recht auf Berichtigung der Daten ... 12
i. Recht auf Löschung bzw. auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten ... 12
j. Bereitstellung von Informationen über die enthaltenen Daten ... 12
VIII. Datenzugriffsrechte ... 12
k. Programmierung und Datenmanagement ... 13
l. Teilnehmende Zentren ... 13
m. KEDOQ-Schmerz-Kommission bei der Deutschen Schmerzgesellschaft ... 14
IX. Datensicherheit und technische Umsetzung ... 14
n. LogIn ... 14
o. Die Datenbank KEDOQ-Schmerz ... 15
p. HASH-Wert-Bildung über das SHA1-Verfahren ... 15
q. HASH-Wert-Bildung mit SHA1 und mögliche Kollisionen ... 15
X. pseudonymisierte Patientendaten in der KEDOQ-Schmerz-Datenbank ... 16
XI. Anonymisierung ... 16
3. Verantwortlichkeiten ... 16

XII. Projektverantwortung 16
XIII. Datenschutzverantwortlich 17
XIV. Datenschutzfolgenabschätzung s. auch Kapitel 4 17
XV. Datenschutz in den teilnehmenden Zentren und in der Nutzung der Primärprogramme ... 17
4. Fehler und Risiken 17
XVI. Verstoß gegen Gesetze und Verträge 18
XVII. Beeinträchtigung des informationellen Selbstbestimmungsrechts 19
XVIII. Negative Innen- oder Außenwirkung 19
5. Datenschutzbeauftragter der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. 19
6. Aufsichtsbehörde der Deutschen Schmerzgesellschaft 20
7. Anlagen 20
1. Anlage: Patienteninformation und -einwilligung zu KEDOQ-Schmerz 20
2. Anlage: Vertrag KEDOQ-Schmerz mit den teilnehmenden Einrichtungen 20
3. Anlage: Kerndatensatz 20
4. Anlage: Vertrag der Deutschen Schmerzgesellschaft mit Programmanbietern 20
5. Anlage: Technische und Organisatorische Maßnahmen (TOM) beim Serveranbieter 1und1 20
6. Anlage: Technische und Organisatorische Maßnahmen (TOM) bei CLARA 20
7. Anlage: Verarbeitungstätigkeiten 20

1. Einleitung und Ziel

KEDOQ heißt "KErnDOkumentation und Qualitätssicherung" in der Schmerztherapie **KEDOQ-Schmerz**. Das Projekt richtet sich an schmerztherapeutische Einrichtungen, die Patienten mit Schmerzen ambulant, teilstationär oder stationär versorgen.
KEDOQ-Schmerz ist eine Initiative der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.. Sie vertritt die Schmerztherapie als Fachgesellschaft. Sie hat eine ad-hoc-Kommission einberufen, die die Details zur Dokumentation und die Qualitätsziele beschließt sowie die Funktion von KEDOQ-Schmerz mit den teilnehmenden Einrichtungen und Programmanbietern überwacht.
Sie hat einen Kerndatensatz beschlossen, mit dem folgende Ziele verfolgt werden:

- Patienten, die heute in schmerztherapeutischen Einrichtungen in Deutschland behandelt werden, mit ihren wesentlichen demographischen und klinischen Daten zu erfassen und zu beschreiben
- die Möglichkeit zu schaffen, dass diese Einrichtungen ihr Leistungsspektrum und ihre Ergebnisse bestimmen können
- einen vom jeweils genutzten Computerprogramm (Primärprogramm) unabhängigen Datensatz zu schaffen, der von allen Programmen als Austauschdatensatz verwendet werden kann
- die Grundlage für eine externe Qualitätssicherung (EQS) durch multizentrische Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität zu schaffen.

Die Datensammlung soll online geschehen, die Primärprogramme sorgen für die Pseudonymisierung der Daten, die zum Patienten zusammengeführt werden, sowie die Datendefinition für das Hochladen.

Dieses Datenschutzkonzept beschreibt die beteiligten Institutionen, die Art der Daten und die Datenwege bis zur Auswertung und Anonymisierung. Dabei werden die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes berücksichtigt.

Ziel dieses Datenschutzkonzepts ist es insbesondere zu belegen, dass diese Datensammlung folgenden Regeln genügt:

- auf rechtmäßige Weise, nach Treu und Glauben und in einer für die betroffene Person nachvollziehbaren Weise entsteht („Nachvollziehbarkeit“). Die Patienten werden informiert und willigen schriftlich in die Datenverwendung ein.
- Die Transparenz bezüglich der Beteiligten, deren Verantwortlichkeiten und Aufgabenverteilung wird dargelegt.
- Die Datensammlung ist dem Zweck nach angemessen sowie auf das für die Zwecke der Verarbeitung notwendige Maß beschränkt („Datenminimierung“).
- Sie ist sachlich richtig, erforderlich und auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Bei nicht vorliegender Einwilligung werden keine personenbezogenen Daten an KEDOQ-Schmerz übermittelt.

- Die KEDOQ-Schmerz-Datenbank speichert Daten in pseudonymisierter Form zur summarischen Auswertung für die teilnehmenden Einrichtungen.
- Daten mit Identifizierung der betroffenen Personen werden ausschließlich in den sie behandelnden Einrichtungen geführt, so lange, wie im Rahmen der Gesundheitsversorgung gesetzlich vorgegeben.
- Die KEDOQ-Schmerz-Datenbank gewährleistet Datenintegrität durch Schutz vor unbeabsichtigt falscher Zuordnung und Verlust, gewährt Vertraulichkeit durch die ausschließliche Verwendung pseudonymisierter Daten.
- Die KEDOQ-Schmerz-Kommission überwacht den Aufbau der Datenbank, prüft die Funktionsweise und interveniert bei eventuellen Fehlern („Revisionsfähigkeit“). Diese können durch den engen Kontakt zu den teilnehmenden Einrichtungen, die laufende Überwachung der Datensammlung sowie diverse Sicherheitsmaßnahmen eng beobachtet und ggf. abgestellt werden.
- Für die Vorgaben des Datenschutzes trägt die Datenschutzverantwortliche bei CLARA die Verantwortung und ist rechenschaftspflichtig.

Dazu wurden die im Folgenden beschriebenen technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen.

An KEDOQ-Schmerz sind mehrere Institutionen beteiligt, die Daten bereitstellen, halten, bearbeiten und eingeben (Abb.1):

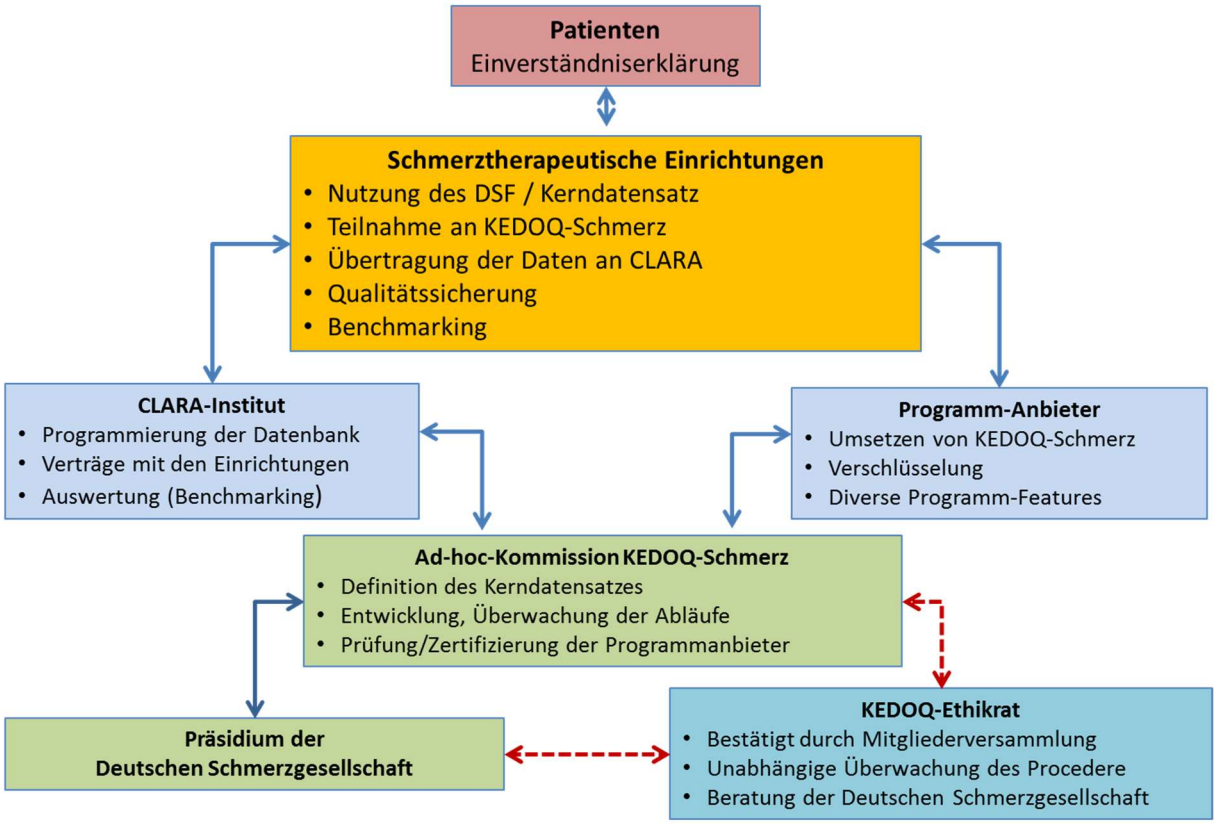


Abb. 1 Konstrukt von KEDOQ-Schmerz

- **Patienten** werden in der sie versorgenden und an KEDOQ-Schmerz teilnehmenden Einrichtung über das Projekt mündlich und schriftlich informiert (Anlage 1). Sie erklären ihre Einwilligung zur freiwilligen Teilnahme daran schriftlich.
  Diese Patienteninformation enthält die Vorgaben des Artikel 13 der DSGVO (Artikel 14 trifft nicht zu). Die Patienten werden über ihre Rechte informiert und bekommen ihre Ansprechpartner in dem versorgenden Zentrum benannt.

- **Zentren** sind Einrichtungen der Regelversorgung mit interdisziplinär-multimodalem Profil entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Sie schließen einen Vertrag mit CLARA zur Datenannahme und -pflege (Anlage 2). Sie nehmen die Patienten auf, informieren sie über KEDOQ-Schmerz und erbitten ihre Einwilligung. Sie versorgen die Patienten wie üblich und beachten dabei den Datenschutz und die Rechte der Patienten. Die Dokumentation erfolgt datensparsam entsprechend dem Kerndatensatz der Deutschen Schmerzgesellschaft (Anlage 3).

- **Programmanbieter** haben Programme erstellt, die sich zur Erfassung von Versorgungsdaten von Patienten mit Schmerzen eignen. Sie bieten diese Programme für Zentren an, unterliegen dabei deren Datenschutzvorschriften und Sicherung. Zusätzlich haben sie in ihren Programmen KEDOQ-Funktionalitäten eingebaut und diese der Schmerzgesellschaft gegenüber vertraglich zugesichert (Anlage 4). Die Programme wurden getestet, insbesondere darauf, dass ausschließlich Daten zu KEDOQ-Schmerz von Patienten übermittelt werden, die zuvor ihre Einwilligung schriftlich erteilt haben.

- **CLARA** richtet die Datensammlung und –haltung sowie Verfügbarkeit der Daten ein und übernimmt die unmittelbare Gestaltung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen. CLARA führt Teilnehmerlisten und Unterlagen zur Kommunikation mit den teilnehmenden Zentren, den Programmanbietern und der KEDOQ-Schmerz-Kommission. CLARA schließt einerseits Verträge mit den teilnehmenden Einrichtungen und ist andererseits gegenüber der Deutschen Schmerzgesellschaft vertraglich gebunden (s. Anlage 6).

- **Die Deutsche Schmerzgesellschaft** hat KEDOQ-Schmerz eingerichtet und CLARA mit der Umsetzung beauftragt. Bei der Deutschen Schmerzgesellschaft ist eine KEDOQ-Schmerz-Kommission als ad-hoc-Kommission eingerichtet, die den Kerndatensatz definiert und die Bedingungen der Teilnahme, die Vereinbarungen mit den am Datenaustausch teilnehmenden Einrichtungen und die Funktion der Datensammlung überwacht. Die Datenhoheit liegt bei der Deutschen Schmerzgesellschaft. Dafür hat sie einen Ethikrat berufen, der die Verwendung von zentrumsübergreifenden Daten überwacht, Antragsteller berät und ihnen die gewünschten Daten durch CLARA übermitteln lässt. Der Ethikrat entscheidet auf Basis der Teilnahme der Einrichtung, der wissenschaftlichen Fragestellung und der Vereinbarkeit mit den Pflichten und Interessen der Deutschen Schmerzgesellschaft gegenüber ihren Mitgliedern.

Es handelt sich bei KEDOQ-Schmerz also um eine gemeinsame Verantwortung entsprechend Art. 26 DSGVO. Die Betroffenenrechte werden in den jeweiligen Vereinbarungen transparent dargestellt.

I. Gültigkeit

Dieses Datenschutzkonzept gilt ab der Erstellung und wird im weiteren Verlauf überprüft und angepasst („Revisionsfähigkeit“). Dazu gehören Aufbau und Pflege der eingehenden Daten, deren Auswertungen in online ad-hoc-Auswertungen und wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Die Erfahrungen und Wünsche der teilnehmenden Zentren sind hilfreich für die Weiterentwicklung. Verantwortlich ist dafür die KEDOQ-Schmerz-Kommission für die Deutsche Schmerzgesellschaft, insbesondere die Datenschutzverantwortliche und der Datenmanager („Rechenschaftspflicht“). Diese sind speziell verpflichtet, geeignete technische und organisatorische Maßnahmen auszuwählen und umzusetzen, die die Interessen der Patienten schützen und die Datenintegrität gewährleisten.

II. Schulung, Verpflichtung zur Vertraulichkeit

Eine Schulung / Workshop findet jährlich auf dem Deutschen Schmerzkongress statt. Zusätzlich werden interessierte und teilnehmende mündlich, schriftlich, persönlich, telefonisch beraten. Die teilnehmenden Zentren dokumentieren ihre Versorgung beginnend mit der Patientenaufnahme bis zum Ende der bei ihnen üblichen Versorgung inclusive Nachbefragungen gemäß Kerndatensatz.

Sie sind die Ansprechpartner der ihnen persönlich bekannten Patienten und es gewohnt, mit den Patientendaten vertraulich umzugehen. Diese ihre Pflichten sind auch im Vertrag zur Teilnahme zwischen Zentrum und CLARA geregelt.

III. Online-Datenbank

Die KEDOQ-Schmerz-online-Datenbank liegt auf einem geschützten Server bei 1und1 in Karlsruhe in Deutschland (Anlage 5).

Zur Datenübermittlung nutzen die Eingabestationen einen gängigen Browser (Internet-Explorer o.ä.) und ihren Zugang über eine gesicherte Internetverbindung (https-Protokoll) in ihren jeweils geschützten Räumlichkeiten. Andere als angemeldete Teilnehmer können keine Daten in die online-Datenbank eingeben oder Daten hochladen. Den Primärprogramm-Anbietern wird eine Schnittstelle zum Anliefern der Daten bereitgestellt.

2. Daten in KEDOQ-Schmerz

IV. Um welche Daten geht es?

KEDOQ-Schmerz enthält Daten zur Einrichtung und deren Patienten. Prozessdaten wie Telefonate, Tagungen, Briefe und E-Mails dienen bei CLARA, nicht online, der Kommunikation mit den Teilnehmern und der KEDOQ-Schmerz-Kommission.

Daten zur Einrichtung umfassen vertragsrelevante Strukturdaten, Adresse, Ansprechpartner, Zuordnung zu einer Teilnehmergruppe. Diese Informationen sind für die Projektbegleitung erforderlich. In die Datenbank KEDOQ-Schmerz werden Strukturdaten durch die Zentren angegeben. Die online-Zugangsdaten werden für jedes Zentrum einer Zentrumsnummer zugeordnet und verschlüsselt.

Patientenbezogen erscheinen in der Datenbank KEDOQ-Schmerz ausschließlich pseudonymisierte Daten. Diese Daten werden aus der elektronischen Datenerfassung der Programmanbieter zusammengestellt, ausgelesen und in KEDOQ-Schmerz online eingepflegt.

Die KEDOQ-Schmerz-Datenbank erhält Daten zum Versorgungsverlauf gemäß Kerndatensatz. Daten zum Patienten enthalten u.a. Deutscher Schmerzfragebogen (DSF), Diagnosen, Chronifizierungsstadium, eingeleitete Therapie und –verlauf anhand von Verlaufsfragebögen nach 3 bis 6 Monaten (s. Anlage 3). Diese patientenbezogenen Daten werden pseudonymisiert mit einer systembezogenen ID des Patienten vom liefernden Zentrum übernommen und werden unter dieser ID zusammen der Identität des Zentrums eindeutig zugeordnet. Die systembezogene ID eines Patienten soll sich aus dessen Pseudonym eindeutig generieren (hash), um Übergaben von Patienten zwischen teilnehmenden Einrichtungen zu erfassen.

V. Was geschieht mit den Daten?

Die KEDOQ-Schmerz-Kommission überwacht und prüft die Daten, ohne Rückschlüsse auf die Person oder die teilnehmende Einrichtung ziehen zu können.

Die medizinischen Befunde und persönlichen Informationen werden in der behandelnden Einrichtung für die Versorgung benötigt und als Versorgungsdaten 10 Jahre elektronisch gespeichert. Die für KEDOQ-Schmerz wichtigen Daten werden ***pseudonym*** an die Datenstelle (KEDOQ-Schmerz-Datenbank) weitergeleitet und dort ausgewertet.

Pseudonym bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, und auch sonst ein Rückschluss von den Daten zur Person nur den befugten Personen in der behandelnden Einrichtung möglich ist. Eine Entschlüsselung ist NUR diesen versorgenden Personen möglich. Die dort persönlich bekannten Patienten melden ihre Betroffenenrechte im Zentrum an und können sich die über sie erhobenen Daten aushändigen oder von dort löschen lassen. Sobald ein Patient seine Einwilligung zurückgezogen hat, sind seine Daten beim Programm für den upload zu KEDOQ-Schmerz gesperrt.

Die Daten und die Auswertungen sind den Einrichtungen unter den Pseudonymen zugänglich, dienen eigenen zentrumsbezogenen Auswertungen, zentrumsübergreifenden Benchmarks und ggf. zentrumsübergreifenden Veröffentlichungen der Ergebnisse, zusammengefasst und nicht auf den einzelnen Patienten bezogen („Transparenz“).

VI. Kommunikations- und Datenwege KEDOQ-Schmerz-Datenbank

Die Verfahrenstätigkeiten im Rahmen von KEDOQ-Schmerz werden in Tab. 2 für die aktiven Institutionen in den ihnen zugeordneten Rollen aufgeführt.

Die folgenden Kommunikations- und Datenwege sind zu beschreiben:

a. Zentren => Patienten

Die zu versorgenden Patienten erhalten in den Zentren einen Termin für den Behandlungsbeginn und meistens einen Fragebogen zugeschickt. Beim ersten persönlichen Termin werden sie mündlich und schriftlich informiert und erklären ihre Einwilligung in die Datenübertragung. Wenn sie nicht einwilligen, haben sie keinerlei Nachteile für ihre Versorgung. Ihre Daten werden nicht zu KEDOQ-Schmerz übertragen. Nur bei Vorliegen der Einwilligung im Zentrum und deren Quittung werden

Daten aus den Erfassungsprogrammen in die KEDOQ-Schmerz-Datenbank pseudonymisiert aufgenommen.

Die Patienten werden nach Behandlungsbedarf im teilnehmenden KEDOQ-Zentrum oder mit Empfehlungen außerhalb versorgt. Nach 3 bis 6 Monaten werden sie nach ihrer aktuellen Schmerzsituation und dem Erfolg ihrer Versorgung nachbefragt. Die Zentren kennen die Patienten persönlich und unterliegen den im Gesundheitswesen üblichen Vertraulichkeitsregeln.

b. Zentren => Primärprogramme

Es gibt ggf. Papier-Dokumentationsbögen im Zentrum, die dort auch elektronisch in Datenerfassungsprogramme eingegeben werden. Oder es wird direkt in die Programme eingegeben. Die Zentren geben über derzeit 5 Primärprogramm-Anbieter pseudonymisierte Daten von Patienten nach deren schriftlich erklärter Einwilligung an die KEDOQ-Schmerz-Datenbank weiter. Die Programmanbieter sind an die Deutsche Schmerzgesellschaft vertraglich gebunden und unterhalten Verträge mit den jeweiligen Zentren. Die Programme erlauben die Eingabe von Versorgungsdaten mit Klarnamen in den Zentren, die diese für ihre Patientenversorgung benötigen. Die Programme bilden den HASH-Wert nach den Vorgaben der Deutschen Schmerzgesellschaft und führen Plausibilitäts- und Vollständigkeitstests durch, bedienen so die Schnittstelle zu KEDOQ-Schmerz. In KEDOQ-Schmerz wird den Patienten eine hochgezählte numerische Patienten-ID zugeordnet. Wenn jemand versucht, den HASH-Wert nachzubilden, hat er immer noch keinen Zugang zu der KEDOQ-Schmerz-Datenbank.

c. Zentren => CLARA

CLARA schließt einen Vertrag über das Datenmanagement für KEDOQ-Schmerz mit den teilnehmenden Zentren. Dieser enthält die Rahmenbedingungen, Vergütung und Nutzungsrechte sowie Festlegungen zum Datenschutz. Zum Thema Datenschutz werden die Pseudonymisierung der Daten, die gesicherte verschlüsselte Verbindung, die erforderliche Einwilligung der Patienten sowie die anonymisierte Datennutzung beschrieben.

d. Deutsche Schmerzgesellschaft => Primärprogramme

Die Programmanbieter sind an die Deutsche Schmerzgesellschaft vertraglich gebunden. Diese Verträge führen die KEDOQ-Schmerz-Funktionalitäten aus. Sie legen die Hilfestellungen für die Nutzer in Bezug auf den Kerndatensatz fest, machen technische, datenschutzbezogene und inhaltliche Vorgaben sowie Patientenrechte (Auskunft, Löschung, Sperrung, Berichtigung der gespeicherten Daten).

Tabelle 1 Primärprogramm-Anbieter mit Vertrag bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

ID diacos-spezial ID diacos, Berlin Herr Juri Gebhardt, Telefon 030/246260 www.id-berlin.de/produkte/codierung/id-diacos-spezial/	PainDetect Pfizer, StatConsult, Magdeburg Hr. Jan Reichmann, Telefon 0391/5497000

Orbis AddOns Dedalus Healthcare Systems Group Herr Peter Hübner, Telefon 03641/55 401 53 orbis-addons.com/show/deutscher-schmerzfragebogen/	PainPool smart-Q Softwaresysteme GmbH, Bochum Hr. Daniel Zenz, Telefon 0234/60600761 smart-q.de/ed-portfolio/painpool/

e. Deutsche Schmerzgesellschaft => CLARA

Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat KEDOQ-Schmerz eingerichtet und CLARA mit der Umsetzung beauftragt. Bei der Deutschen Schmerzgesellschaft ist eine KEDOQ-Schmerz-Kommission als ad-hoc-Kommission eingerichtet, die den Kerndatensatz definiert und die Bedingungen der Teilnahme, die Vereinbarungen mit den am Datenaustausch teilnehmenden Einrichtungen und die Funktion der Datensammlung überwacht.

f. Zentren <=> KEDOQ-Schmerz-Datenbank

Zugang zur KEDOQ-Schmerz-Datenbank, den Daten und Auswertungen haben die Zentren mit Benutzernamen und Kennwort ssl-verschlüsselt. Von dort können Dateien nach einer mit den Programmanbietern vereinbarten Vorschrift ausgelagert und dann von KEDOQ-Schmerz aus geholt werden. Dafür erlangt der Nutzer mit Benutzernamen und Kennwort ssl-verschlüsselt Zugang zur KEDOQ-Schmerz-Datenbank. Alle Nutzer in den teilnehmenden Zentren können eigene Passwörter vergeben. Diese entsprechen den institutionellen Regeln ihrer Einrichtungen. Die Anforderungen hinsichtlich Länge, Verwendung von Sonderzeichen und Klein/Großbuchstaben werden von uns zusätzlich überwacht.

Die Zentren übermitteln ausschließlich pseudonymisierte Patientendaten entsprechend dem Kerndatensatz an die KEDOQ-Schmerz-Datenbank auf folgenden Wegen:

- Im csv-Datenformat mit der Überschrift in der ersten Zeile ohne Zeilenumbrüche, als Feldtrennzeichen stehen Komma, Semikolon und Pipe Zeichen zur Auswahl. Die Daten werden vom Programm ausgewählt – alle im vergangenen Zeitraum bearbeiteten Datensätze- und dann von KEDOQ-Schmerz aus „geholt“.
- Im XML-Datenformat gemäß der xsd-Schemen-Datei, die die Spezifikationen der einzelnen Felder enthält. Diese wird zur Verfügung gestellt. Die Daten werden je Datensatz oder gesammelt auf Anforderung oder automatisch vom Programm aus direkt nach KEDOQ-Schmerz hochgeladen.

In KEDOQ-Schmerz haben die Zentren eine Übersicht über ihre Hochladeaktionen und der gelieferten, geprüften und akzeptierten Datensätze, ggf. Fehlermeldungen. Sie können fehlerhafte Datensätze nacharbeiten und bei der nächsten Datenlieferung hochladen. Sie können sich die programmiert hinterlegten Auswertungen betrachten und sie mit Filter oder als Datentabelle ausgeben lassen. Die Auswertungen stellen für jede Einrichtung ihre eigenen Daten gegenüber den Gruppen von Patienten aus anderen Einrichtungen dar (Abb.2).

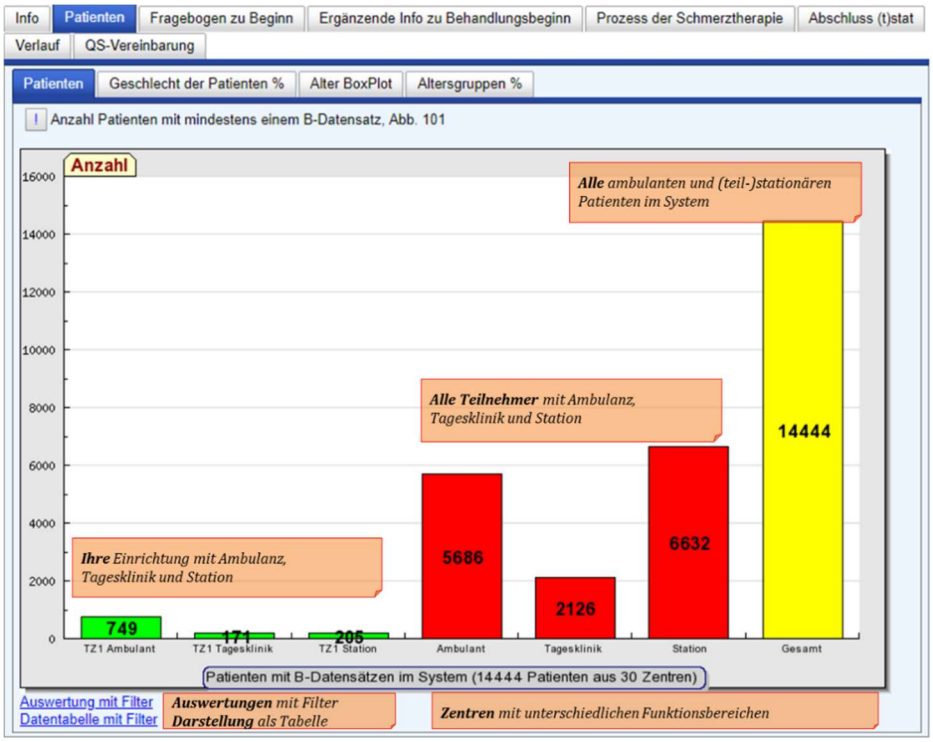


Abb. 2 Beispiel für die Benchmark-Auswertungen in KEDOQ-Schmerz

VII. Patienteninformation und Einwilligung der Patienten

Es ist eine Einwilligungserklärung durch die Patienten erforderlich, die eine Verwertung der Daten in KEDOQ-Schmerz erlauben. Diese umfasst die Teilnahme mit dem Einverständnis der Datenverwendung zur pseudonymisierten Weitergabe an KEDOQ-Schmerz.

Die Einwilligungserklärungen bleiben im teilnehmenden Zentrum. Sie sind als Anlage 1 hier im DS-Konzept aufgenommen. Bis auf die Rücknahme der Einwilligung betreffen die Rechte der Patienten die Interaktion im Zentrum mit dem Primärprogramm. Die Daten in KEDOQ-Schmerz stellen einen Bruchteil der Versorgungsdaten dar und sind ausschließlich pseudonymisiert.

g. Rücknahme der Einwilligung

Wenn der Patient seine Einwilligung zurückzieht, ist folgender Ablauf vorgesehen:

Der Patient informiert sein ihn behandelndes Zentrum formlos in Schriftform. Dieses vermerkt die Rücknahme der Einwilligung zu KEDOQ-Schmerz mit dem Datum und nimmt die Quittung der Einwilligung aus der Dokumentation. In jedem der Primärprogramme ist gewährleistet, dass bei der Rücknahme der Einwilligung keine Daten mehr an KEDOQ-Schmerz übermittelt werden.

h. Auskunftsrecht

Der Patient hat das Recht auf eine vollständige Aufstellung aller von / über ihn gespeicherten Daten. Diesen Wunsch äußert er gegenüber dem Mitarbeiter im ihn behandelnden Zentrum, der dem Patienten aus dem Primärprogramm exportieren kann. Diese Daten (ausgedruckt oder elektronisch) wird dem Patienten direkt übergeben, so dass die Daten nicht in die Hände von dritten gelangen können.

i. Recht auf Berichtigung der Daten

Der Patient hat das Recht auf Berichtigung von über ihn gespeicherten Daten. Änderungswünsche äußert er gegenüber dem Mitarbeiter im ihn behandelnden Zentrum, der die Änderungen selbst in dem Primärprogramm vornehmen kann.

j. Recht auf Löschung bzw. auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten

Das Prozedere entspricht der Rücknahme der Einwilligung:

1. schriftliche Erklärung des Patienten
2. Vermerk/Statusänderung in der Patientenübersicht durch das Zentrum im Primärprogramm
3. Keine Daten mehr an KEDOQ-Schmerz
4. Bei rückwirkender Rücknahme der Datenbereitstellung Information des Zentrums an CLARA zur Übermittlung der Patienten-ID
5. Programmseitig in KEDOQ-Schmerz ist eine Funktion implementiert, die nur der Datenmanager der KEDOQ-Schmerz-Datenbank aufrufen kann, mit deren Hilfe alle Daten des ausgewählten Patienten gelöscht werden.

Beim Löschen bleibt nur die Information der Patienten_ID mit dem Vermerk, dass dieser Datensatz/Patient gelöscht wurde, erhalten.

k. Bereitstellung von Informationen über die enthaltenen Daten

Die Patienten erhalten in den Patienteninformationen die Information, dass sie auf Wunsch die über sie gespeicherten Daten aus dem versorgenden Zentrum erhalten können.

VIII. Datenzugriffsrechte

Die Zugriffsrechte auf die KEDOQ-Schmerz-Datenbank werden restriktiv vergeben. Jeder Beteiligte erhält nur die Berechtigung Daten anzusehen, zu ändern, zu exportieren und zu löschen, wie es seine Aufgaben im Verlauf erfordern. Diese Restriktion wird über programmseitige Rechtekontrolle gewährleistet.

Tabelle 2: Verarbeitungstätigkeiten im Rahmen von KEDOQ-Schmerz und für die KEDOQ-Schmerz-Datenbank

Rolle	Institution	Tätigkeit	Name	
Datenschutz-verantwortliche	CLARA im Auftrag der Deutschen Schmerzgesellschaft	Datenbankaufbau	Dr. Gabriele Lindena	GL
Datenbankaufbau	Auftragnehmer bei CLARA	Programmierung, Administration, Angaben ändern	Andre Möller	AM
Datenmanagement	CLARA im Auftrag der Deutschen Schmerzgesellschaft	Teilnehmer aufnehmen, Angaben ändern, Zugriff einrichten, Daten sichern und verwalten, Daten exportieren, ad-hoc-Auswertungen programmieren, Daten löschen, Datenbank schließen	Andre Möller, Vertretung: Gabriele Lindena	AM, (GL)

Rolle	Institution	Tätigkeit
Teilnehmende Zentren	Bundesweit	Anmeldedaten eingeben (ggf. ändern), Versorgungsdaten pseudonymisiert an KEDOQ-Schmerz-Datenbank übertragen, eigene Daten exportieren, Antrag auf weitere Daten sind möglich
KEDOQ-Schmerz-Kommission	Deutsche Schmerzgesellschaft	Ansprache der teilnehmenden Zentren, Prozesskontrolle, Datenanträge vorsichten

Weitere Empfänger der Daten auch in Drittländern sind nicht vorgesehen.

l. Programmierung und Datenmanagement

Die Datenschutzverantwortliche koordiniert den Datenbankaufbau und die Programmierung. Administrationsrechte hat der Datenbankaufbauende und Datenmanager bei KEDOQ-Schmerz.

m. Teilnehmende Zentren

Die interessierten Einrichtungen melden sich bei CLARA an und erhalten nach vertraglicher Verpflichtung Benutzername und Kennwort für jeweils ein Jahr. Sie informieren ihre Patienten, bitten sie um ihre Einwilligung zur Teilnahme an KEDOQ-Schmerz und vermerken diese in ihrem Programm. Sie sind Ansprechpartner der von ihnen versorgten, ihnen persönlich bekannten Patienten.

Wiederholte Fehlversuche beim Login führen zur Sperrung.

- Wenn der Benutzer einen korrekten Benutzernamen eingegeben hat, aber ein nicht korrektes Passwort:
  Nach drei Versuchen wird der entsprechende Account gesperrt und muss manuell freigeschaltet werden.

- Wenn kein korrekter Benutzername eingegeben wurde:
  Nach 10 Fehlversuchen innerhalb von 3 Minuten wird die IP-Adresse gesperrt, diese wird nach 24 Stunden wieder freigeschaltet.

Ein automatischer Logout bei Inaktivität erfolgt bei KEDOQ-Schmerz nicht mehr, aber die Browser haben üblicherweise solche Inaktivitätslogouts eingerichtet.

Bei einer Kündigung bleiben die bis zum Kündigungsdatum erhobenen und eingegebenen Daten in der Datenbank verfügbar.

Grundsätzlich erhalten die teilnehmenden Einrichtungen ausschließlich die sie betreffenden Daten. Die Zentren haben Zugang zu ihren eigenen Daten, mit einer Ansicht ihrer Hochladeaktionen sowie den Auswertungen. Sie verfügen über eine Exportfunktion der eigenen Daten. Auf die Daten darf nur zugreifen, wer zu diesem Zeitpunkt Zugriffsrechte besitzt. Die Zugriffsrechte auf Patienten werden je teilnehmende Einrichtung verwaltet und beim Aufruf jeder Seite geprüft. Ein Hochladen von Daten wird nur von autorisierten Einrichtungen akzeptiert.

Die eigenen Daten stehen der teilnehmenden Einrichtung in Tabellen, alle anderen im Prinzip allen Teilnehmern als Vergleichswerte zur Verfügung. Sie können für Fragestellungen ohne Bezug zur Datenquelle ausgewertet werden. Dazu muss die Fragestellung bei dem KEDOQ Ethikrat beantragt werden. Dieser entscheidet auf Basis der Teilnahme der Einrichtung, der Fragestellung und der Vereinbarkeit mit den Pflichten und Interessen der Deutsche Schmerzgesellschaft gegenüber ihren Mitgliedern.

n. KEDOQ-Schmerz-Kommission bei der Deutschen Schmerzgesellschaft

Die KEDOQ-Schmerz-Kommission setzt sich zusammen aus Nutzern der jeweils vertraglich gebundenen Programmanbieter und halten mit diesen Kontakt. Sie sind Ansprechpartner für die Programmnutzer und informieren über Datenschutz-relevante Vorkommnisse bei Auftreten. Zusätzlich erfolgen bei den Sitzungen und jährlich Bestandsaufnahmen der Prozesse in der Nutzung. Mit diesem Konstrukt werden Datenschutz-Audits in den Zentren ersetzt. Die Kommission erhält Informationen von CLARA zum Vorangang des Projekts. Die Datenschutzverantwortliche und der Datenmanager können zudem sinnvolle Suchen und Tabellen generieren, um über den Projektstand zu berichten. Zum Löschen können sie aufgefordert werden, nehmen dies aber zu zweit wahr. Alle zentralen Datenauslesemaßnahmen werden bei CLARA zur Vorlage bei der KEDOQ-Schmerz-Kommission protokolliert.

IX. Datensicherheit und technische Umsetzung

o. LogIn

Der Zugang funktioniert mit Benutzernamen und Kennwort unter einer gesicherten verschlüsselten Verbindung (SSL). Jedes Zentrum greift auf die eigenen Patientendaten bzw. deren Auswertung zu. Eine Verknüpfung zwischen den übermittelten Daten und der Daten liefernden Einrichtung ist ausschließlich dem zentralen Datenmanager bei CLARA vorbehalten, der sich einer entsprechenden Schweigepflicht unterwirft.

Der LogIn wird auf folgende Weise geschützt:

- Nachdem die Benutzernamen/Passwort-Kombination dreimal falsch eingegeben wurde, wird der Account gesperrt, sofern der Benutzername eine Zuordnung zum Account ermöglicht. Der Account muss anschließend nach telefonischer Kontaktaufnahme des Benutzers manuell vom Datenmanager freigeschaltet werden.
- Wenn der Account nicht ermittelt werden kann, da ein unbekannter Benutzername eingegeben wurde, wird die IP-Adresse gesperrt. Nachfolgende Anfragen von dieser IP-Adresse werden auf Firewall-Ebene des Servers ignoriert. Die IP muss anschließend nach telefonischer Kontaktaufnahme des Benutzers vom Datenmanager manuell freigeschaltet werden.

Auf diese Weise werden Brute Force Attacken verhindert und auch Versuche mit geratenen, geahnten Benutzernamen/Passwörtern vereitelt.

Für jede Einrichtung bzw. bei Einrichtungen mit mehreren Teilbereichen sollte eine getrennte Anmeldung erfolgen. Dort sollte möglichst jeweils eine andere Person für die Datenlieferung zuständig sein. Plausibilitätskontrollen sollen Verwechselungen vermeiden.

p. Die Datenbank KEDOQ-Schmerz

Die Datenbank liegt auf einem geschützten Server bei 1und1 in Deutschland. Dort sind Zutrittskontrollen, Brandschutz sowie Katastrophenschutzauflagen wie erforderlich gewährleistet. Der Server wird durch eine doppelte Firewall, von CLARA zusätzlich konfiguriert, abgesichert:

- einmal wird der Zugriff auf das 1und1-Rechenzentrum kontrolliert.

- zum anderen auf dem Server selbst, dadurch wird der Zugriff auf dem Server eingeschränkt.

Die online-Programmierung erfolgt über php plattformunabhängig.

Die Firewall wird nur für die benötigten Ports der SSL-Verbindungen geöffnet. SSH, FTP und sonstige Ports sind geschlossen.

Die Festplatten des Servers sind verschlüsselt wie auch die täglichen Backups, die -von CLARA veranlasst- auf einem gesonderten FTP-Speicherplatz bei 1und1 gesichert werden. 1und1 hat keinen Zugriff auf die Daten in KEDOQ-Schmerz.

Die Log-Dateien des Servers werden von einem Programm kontinuierlich nach Zeichen von Einbruchsversuchen durchsucht und gegebenenfalls die entsprechenden IP-Adressen gesperrt.

Zur Datenübermittlung nutzen die Eingabestationen einen gängigen Browser (Internet-Explorer o.ä.) und ihren Zugang über eine gesicherte Internetverbindung (https-Protokoll). Jede Hochladeaktion und ihr Ergebnis werden ebenfalls protokolliert.

Die Datensicherung der Datenbank(en) erfolgt täglich, durch CLARA veranlasst, auf einem gesonderten Speicherplatz bei 1und1.

q. HASH-Wert-Bildung über das SHA1-Verfahren

Für KEDOQ-Schmerz wurde das SHA-1-Verfahren als einfaches Verfahren zur HASH-Wert-Bildung gewählt, obwohl schon damals technisch weiter entwickelte Verfahren zur Verfügung standen. Hauptbedenken war die Kollision, d.h. die Erzeugung des gleichen HASH-Wertes für unterschiedliche Patienten. Diesem Problem wurde einerseits begegnet, indem mehrere Daten als Grundlage für die Erzeugung gewählt wurden. Andererseits wurde die Gefahr einer solchen Kollision wegen der begrenzten Patientenzahlen für vernachlässigbar gehalten. Dies wurde auch der damals zuständigen Datenschutzbehörde erläutert. Die Programmanbieter mit KEDOQ-Schmerz-Funktionalität setzen diese Pseudonymisierung nach den Vorgaben um und sorgen damit für pseudonymisierte Datenintegrität. Weder die Anleitung noch die tatsächliche HASH-Wert-Bildung liegen auf dem KEDOQ-Schmerz-Server, was von der Datenschutzbehörde Berlin positiv bewertet wurde. (Juni 2019).

r. HASH-Wert-Bildung mit SHA1 und mögliche Kollisionen

SHA-1 ist keine kollisionsresistente HASH-Funktion; die Erzeugung von SHA1-Kollisionen ist zwar mit einigem Aufwand verbunden, aber praktisch machbar. Gegen die Verwendung in Konstruktionen, die

keine Kollisionsresistenz benötigen (zum Beispiel wie in KEDOQ-Schmerz wegen der verhältnismäßig niedrigen Fallzahlen) spricht nach gegenwärtigem Kenntnisstand sicherheitstechnisch nichts (Zitat BSI – Technische Richtlinie vom 29.5.2018).

X. pseudonymisierte Patientendaten in der KEDOQ-Schmerz-Datenbank

In der KEDOQ-Schmerz-Datenbank werden ausschließlich pseudonymisierte Patientendaten gesammelt.

Die Identifikation eines Patienten in KEDOQ-Schmerz erfolgt über einen HASH-Wert aus eindeutigen Patienteneigenschaften.

Es wird der SHA1-Algorithmus mit 40-Zeichen verwendet. Der Algorithmus SHA1 ist eine Standardfunktion und wird von vielen, fast allen Programmiersprachen unterstützt. Für die Bildung des HASH-Wertes ist die Zusammenstellung der Ausgangsdaten ausschlaggebend. Diese Zusammenstellung ist den Primärprogrammanbietern von KEDOQ-Schmerz bekannt.

Die KEDOQ-Schmerz-Datenbank erstellt eine eineindeutige Nummer (Patienten_ID) für diesen Patienten/HASH-Wert. So ist nur den teilnehmenden Zentren die Zuordnung von Klarnamen und Patienten_ID den ihnen persönlich bekannten Patienten möglich.

XI. Anonymisierung

Die Daten in den Zentren sind Versorgungsdaten der von ihnen versorgten Patienten und müssen mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden. In der KEDOQ-Schmerz-Datenbank sind ausschließlich pseudonymisierte Daten vorhanden, die sich aufgrund der gerichteten Verschlüsselung nicht zurückverfolgen lassen.

3. Verantwortlichkeiten

XII. Projektverantwortung

Die Projektverantwortung liegt beim Initiator von KEDOQ-Schmerz, der Deutschen Schmerzgesellschaft. Dieser hat das Institut CLARA beauftragt, das eine Datenschutzverantwortliche bestimmt hat.

Durch CLARA ist auch die Meldung bei Datenschutzverletzungen sichergestellt. Das Prozedere ist folgendes:

- Feststellung einer Datenschutzverletzung
- Der Feststellende informiert den Datenschutzverantwortlichen über Art, Ausmaß und mögliche Folgen der Schutzverletzung
- Prüfung der notwendigen Schritte durch die Projektleitung unter Führung der Datenschutzverantwortlichen und unter Einbeziehung des Datenschutzbeauftragten unter besonderer Berücksichtigung der Interessen der Betroffenen

- Gegebenenfalls Meldung innerhalb von 72 Stunden an die Aufsichtsbehörde und an die Betroffenen. Sollten Patienten zu den Betroffenen gehören, muss die Meldung über die Zentren erfolgen, da nur dort die Identität der Patienten ermittelt werden kann.

XIII. Datenschutzverantwortlich

Datenschutzverantwortlich ist Frau Dr. Gabriele Lindena,
Telefon: 033203-80858, E-Mail: gabriele.lindena@clara-klifo.de

Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz Herr Andre Möller, Telefon 030/3137770, E-Mail: andre.moeller@clara-klifo.de

Die KEDOQ-Schmerz-Datenbank liegt bei 1und1 in Karlsruhe in Deutschland (ein professioneller Webhosting-Dienstleister und erfahrener Rechenzentrenbetreiber https://www.1und1.de).

XIV. Datenschutzfolgenabschätzung s. auch Kapitel 4

Die Daten unterliegen einem hohen Schutzbedarf. Der Pseudonymisierungsprozess findet bei den Programmanbietern statt. Eine Datenschutzfolgenabschätzung wird aufgrund der rein pseudonymisierten patientenbezogenen Datenhaltung nicht für notwendig erachtet. Dies wurde auch von der Datenschutzabteilung der Charité in Berlin bestätigt.

Die Kontaktdaten der teilnehmenden Zentren werden in der Datenbank gespeichert, die jedoch öffentlich zugänglich und bekannt sind. Die KEDOQ-Schmerz-Kommission beobachtet den Dokumentationsprozess und leitet die teilnehmenden Zentren an. Die im Zusammenhang möglichen Risiken werden vorbereitend mit technisch/organisatorischen Maßnahmen abgefangen, ggf. auftretende Datenverarbeitungsfehler werden aufgearbeitet, notwendige Änderungen umgesetzt.

XV. Datenschutz in den teilnehmenden Zentren und in der Nutzung der Primärprogramme

Hierfür sind die regionalen Gegebenheiten tragend. Die teilnehmenden Zentren sind Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit den entsprechenden Vorgaben zur vertraulichen Verwendung von Informationen über die von ihnen versorgten Patienten. Die Anbieter der Primärprogramme haben eigene Datenschutzvorkehrungen, sind vertraglich an die Deutsche Schmerzgesellschaft gebunden (Anlage 4) und müssen wiederum die Datensicherheitsanforderungen aus den teilnehmenden Zentren umsetzen.

4. Fehler und Risiken

Fehler und Risiken können in dem Verlust der Vertraulichkeit, der Integrität und der Verfügbarkeit der Daten bestehen. Nicht übereinstimmende Anmeldung und Hochladeversuche, Einbruchsversuche werden aus den Logdateien ausgewertet, die entsprechenden IP-Adressen werden automatisch gesperrt.

XVI. Verstoß gegen Gesetze und Verträge

Bekanntgabe von Zugangsdaten: Beispiel: Eine Einrichtung gibt ihre Zugangsdaten versehentlich oder absichtlich weiter.

Folge: Ein Unbefugter erhält Zugang zu der zentralen Datenbank. Er kann dort die einrichtungsbezogenen Strukturdaten einsehen (und ändern), er könnte die hochgeladenen Daten herunterladen, hat dort aber keine Personen-identifizierenden Angaben.

Vermeidung: Vertraglich wird die Weitergabe der Zugangsdaten verboten. Das Risiko ist durch die Verschlüsselung der Daten und die mangelnde Zuordnung zu bestimmten Personen minimiert.

Vergessen der Zugangsdaten: Beispiel und Folge: Tatsächliches Vergessen führt zu nicht möglichem Zugang zu den eigenen Daten.

Vermeidung bzw. Maßnahmen: erneute Freischaltung durch Vergabe eines neuen Kennworts beim Datenmanager von CLARA.

Falsche Anmeldung: Beispiel und Folge: 3maliges Eingeben einer falschen Zugangskennung führt zur Sperrung des Zugangs, der Zugang zu den eigenen Daten ist nicht mehr möglich.

Vermeidung bzw. Maßnahmen: erneute Freischaltung durch Vergabe eines neuen Kennworts beim Datenmanager von CLARA.

Verwechslung der Zugangsdaten z.B. in Teilbereichen einer Einrichtung: Die Daten sind eindeutig nach Setting gekennzeichnet, sie können also nicht falsch zugeordnet werden.

Vermeidung: Eindeutige Zuordnung von verantwortlichen Personen zu Teilbereichen in teilnehmenden Einrichtungen.

Doppelung einer Patientenkennung: Unterschiedliche Patienten haben trotz unterschiedlichen Namens u.a. Daten dieselbe HASH-Kennung, eine solche sogenannte Kollision ist in extrem seltenen Fällen möglich.

Vermeidung: Das zeitgleiche Auftreten in dieser Weise ist in einer Einrichtung extrem unwahrscheinlich. Daher können die Daten nicht falsch zugeordnet werden. Daten könnten bei der zentrumsübergreifenden Auswertung falsche Rückschlüsse über die betreffenden Patienten im Sinne einer Mehrfachbehandlung an unterschiedlichen schmerztherapeutischen Einrichtungen ziehen lassen.

Änderung der Patientenkennung wegen unterschiedlicher Schreibweise: Dem Patienten werden die ihn betreffenden Datensätze nicht korrekt zugeordnet. Folge: Beim Hochladen der neuen Datensätze zu einem bereits vorhandenen Patienten kollidiert die bisherige übermittelte externe Patienten-ID / der übermittelte Hashwert mit dem neuen Hashwert. Die Daten erzeugen eine Fehlermeldung.

Vermeidung: Den Programmanbietern werden Vereinbarungen zur Schreibweise bei der HASH-Kennung übermittelt. Die Nutzer müssen darauf achten, dass sie die Schreibweise des Namens der

Patienten von der Krankenkassenkarte übernehmen. Dann gibt es keine Kollision bei manueller Aufnahme und anschließendem Einlesen der Karte. Bei Namenswechsel eines Patienten, der daraus folgenden Fehlermeldung muss der Datenmanager bei CLARA kontaktiert werden.

Ausfall des Servers, Datenverlust: Beispiel: Der Server ist blockiert oder ganz ausgefallen.

Folge: Der Datenzugriff und die Datenintegrität können beeinträchtigt sein. Ggf. kommt es zu einem Datenverlust.

Vermeidung bzw. Abhilfemaßnahmen: Es werden regelhaft Sicherheitskopien und Serverspiegelungen erstellt, die auf den Server rückgeladen werden können.

Störung der Kommunikation bei der Dateneingabe: Beispiel: Abbruch der Dateneingabe

Folge: unvollständiges upload

Vermeidung bzw. Abhilfe: wenn das Hochladen abgebrochen wird, gibt es in KEDOQ-Schmerz keine Datensätze. Das Protokoll weist diesen Fehler aus und die Einrichtung kann jederzeit erneut hochladen.

XVII. Beeinträchtigung des informationellen Selbstbestimmungsrechts

Unzulässige Erhebung personenidentifizierender Daten ohne Einwilligung.

Vermeidung: Die Einrichtungen müssen in ihrer Primärsoftware vor der Dateneingabe bestätigen, dass eine Einwilligung vorliegt. Nur solche Daten werden hochgeladen. Personen-identifizierende Daten werden nicht übermittelt, verändert, weitergegeben oder zweckentfremdet.

Wenn eine solche Quittung trotz vorliegender Einwilligung nicht gegeben wird, werden die Daten nicht ausgelesen.

Wenn eine solche Quittung trotz vorliegender Einwilligung versehentlich gelöscht wird, werden die Daten nicht ausgelesen. Sie sind aber beim nächsten Auslesetermin durch die erneute Quittierung wieder enthalten.

XVIII. Negative Innen- oder Außenwirkung

Die teilnehmenden Einrichtungen wollen eine individualisierte qualitätsbewertende Rückmeldung ohne oder nur mit gezielter freigegebener Veröffentlichung ihrer Einrichtung als Datenquelle. Schlussfolgerungen aus den Daten und Berichten obliegen ausschließlich der teilnehmenden Einrichtung.

Vermeidung: Daten werden nur auf Antrag an den Ethikrat herausgegeben und die Hinweise auf die Einrichtung als Datenquelle wird vor Weitergabe von Daten entfernt.

5. Datenschutzbeauftragter der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Herr Dietmar Gätcke, https://dsbplus.de/kontakt.htm

6. Aufsichtsbehörde der Deutschen Schmerzgesellschaft

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstr. 219, 10969 Berlin

7. Anlagen

1. Anlage: Patienteninformation und -einwilligung zu KEDOQ-Schmerz
2. Anlage: Vertrag KEDOQ-Schmerz mit den teilnehmenden Einrichtungen
3. Anlage: Kerndatensatz
4. Anlage ggf.: Verträge der Deutschen Schmerzgesellschaft mit Programmanbietern
5. Anlage: Technische und Organisatorische Maßnahmen (TOM) beim Serveranbieter 1und1
6. Anlage: Vertrag zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO bei 1und1
7. Anlage: Technische und Organisatorische Maßnahmen (TOM) bei CLARA
8. Anlage: Verarbeitungstätigkeiten

Anlage 2 zum Auftrag gemäß Art. 28 DS-GVO: Technische und organisatorische Maßnahmen nach Art. 32 DS-GVO und Anlage

I. Vertraulichkeit

- **Zutrittskonstrolle**
  - **Datacenter-Parks in Nürnberg, Falkenstein und Helsinki**
    - elektronisches Zutrittskontrollsystem mit Protokollierung
    - Hochsicherheitszaun um den gesamten Datacenter-Park
    - dokumentierte Schlüsselvergabe an Mitarbeiter und Colocation-Kunden für Colocation Racks (jeder Auftraggeber ausschließlich für seinen Colocation Rack)
    - Richtlinien zur Begleitung und Kennzeichnung von Gästen im Gebäude
    - 24/7 personelle Besetzung der Rechenzentren
    - Videoüberwachung an den Ein- und Ausgängen, Sicherheitsschleusen und Serverräumen
    - Der Zutritt für betriebsfremde Personen (z.B. Besucherinnen und Besucher) zu den Räumen ist wie folgt beschränkt: nur in Begleitung eines Hetzner Online GmbH Mitarbeiters
  - **Verwaltung**
    - elektronisches Zutrittskontrollsystem mit Protokollierung
    - Videoüberwachung an den Ein- und Ausgängen
- **Zugangskontrolle**
  - für Dedicated Server, Colocation Server, Cloud Server und Storage Box
    - Server-Passwörter, welche nur vom Auftraggeber nach erstmaliger Inbetriebnahme von ihm selbst geändert werden und dem Auftragnehmer nicht bekannt sind
    - Das Passwort zur Administrationsoberfläche wird vom Auftraggeber selbst vergeben - die Passwörter müssen vordefinierte Richtlinien erfüllen. Zusätzlich steht dem

Auftraggeber dort eine Zwei-Faktor-Authentifizierung zur weiteren Absicherung seines Accounts zur Verfügung.

- für Managed Server, Webhosting und Storage Share
    - Zugang ist passwortgeschützt, Zugriff besteht nur für berechtigte Mitarbeiter vom Auftragnehmer; verwendete Passwörter müssen Mindestlänge haben und werden in regelmäßigen Abständen erneuert

- **Zugriffskontrolle**
    - bei internen Verwaltungssystemen des Auftragnehmers
        - Durch regelmäßige Sicherheitsupdates (nach dem jeweiligen Stand der Technik) stellt der Auftragnehmer sicher, dass unberechtigte Zugriffe verhindert werden.
        - Revisionssicheres, verbindliches Berechtigungsvergabeverfahren für Mitarbeiter des Auftragnehmers
    - für Dedicated Server, Colocation Server, Cloud Server und Storage Box
        - Die Verantwortung der Zugriffskontrolle obliegt dem Auftraggeber.
    - für Managed Server, Webhosting und Storage Share
        - Durch regelmäßige Sicherheitsupdates (nach dem jeweiligen Stand der Technik) stellt der Auftragnehmer sicher, dass unberechtigte Zugriffe verhindert werden.
        - Revisionssicheres, verbindliches Berechtigungsvergabeverfahren für Mitarbeiter des Auftragnehmers
        - Für übertragene Daten/Software ist einzig der Auftraggeber in Bezug auf Sicherheit und Updates zuständig.
- **Datenträgerkontrolle**
    - **Datacenter-Parks in Nürnberg, Falkenstein und Helsinki**
        - Festplatten werden nach Kündigung mit einem definierten Verfahren mehrfach überschrieben (gelöscht). Nach Überprüfung werden die Festplatten wieder eingesetzt.
        - Defekte Festplatten, die nicht sicher gelöscht werden können,

werden direkt im Rechenzentrum (Falkenstein) zerstört (geschreddert).

- **Trennungskontrolle**
  - bei internen Verwaltungssystemen des Auftragnehmers
    - Daten werden physisch oder logisch von anderen Daten getrennt gespeichert.
    - Die Datensicherung erfolgt ebenfalls auf logisch und/oder physisch getrennten Systemen.
  - für Dedicated Server, Colocation Server, Cloud Server und Storage Box
    - Die Trennungskontrolle obliegt dem Auftraggeber.
  - für Managed Server, Webhosting und Storage Share
    - Daten werden physisch oder logisch von anderen Daten getrennt gespeichert.
    - Die Datensicherung erfolgt ebenfalls auf logisch und/oder physisch getrennten Systemen.
- **Pseudonymisierung**
  - Für die Pseudonymisierung ist der Auftraggeber verantwortlich

II. Integrität (Art. 32 Abs. 1 lit. b DS-GVO)

- **Weitergabekontrolle**
  - Alle Mitarbeiter sind i.S.d. Art. 32 Abs.4 DS-GVO unterwiesen und verpflichtet, den datenschutzkonformen Umgang mit personenbezogenen Daten sicherzustellen.
  - Datenschutzgerechte Löschung der Daten nach Auftragsbeendigung.
  - Möglichkeiten zur verschlüsselten Datenübertragung werden im Umfang der Leistungsbeschreibung des Hauptauftrages zur Verfügung gestellt.
- **Eingabekontrolle**
  - bei internen Verwaltungssystemen des Auftragnehmers
    - Die Daten werden vom Auftraggeber selbst eingegeben bzw. erfasst.
    - Änderungen der Daten werden protokolliert.

- für Dedicated Server, Colocation Server, Cloud Server und Storage Box
    - Die Verantwortung der Eingabekontrolle obliegt dem Auftraggeber.
- für Managed Server, Webhosting und Storage Share
    - Die Daten werden vom Auftraggeber selbst eingegeben bzw. erfasst.
    - Änderungen der Daten werden protokolliert.

III. Verfügbarkeit und Belastbarkeit (Art. 32 Abs. 1 lit. b DS-GVO)

- **Verfügbarkeitskontrolle**
    - bei internen Verwaltungssystemen des Auftragnehmers
        - Backup- und Recovery-Konzept mit täglicher Sicherung aller relevanten Daten.
        - Sachkundiger Einsatz von Schutzprogrammen (Virenscanner, Firewalls, Verschlüsselungsprogramme, SPAM-Filter).
        - Einsatz von Festplattenspiegelung bei allen relevanten Servern.
        - Monitoring aller relevanten Server.
        - Einsatz unterbrechungsfreier Stromversorgung, Netzersatzanlage.
        - Dauerhaft aktiver DDoS-Schutz.
    - für Dedicated Server, Colocation Server, Cloud Server und Storage Box
        - Datensicherung obliegt dem Auftraggeber.
        - Einsatz unterbrechungsfreier Stromversorgung, Netzersatzanlage.
        - Dauerhaft aktiver DDoS-Schutz.
    - Für Managed Server, Webhosting und Storage Share
        - Backup- und Recovery-Konzept mit täglicher Sicherung der Daten je nach gebuchten Leistungen des Hauptauftrages.
        - Einsatz von Festplattenspiegelung.
        - Einsatz unterbrechungsfreier Stromversorgung, Netzersatzanlage.
        - Einsatz von Softwarefirewall und Portreglementierungen.

- Dauerhaft aktiver DdoS-Schutz.

- **Rasche Wiederherstellbarkeit (Art. 32 Abs. 1 lit. c DS-GVO);**
  - Für alle internen Systeme ist eine Eskalationskette definiert, die vorgibt wer im Fehlerfall zu informieren ist, um das System schnellstmöglich wiederherzustellen.

IV. Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung (Art. 32 Abs. 1 lit. d DS-GVO; Art. 25 Abs. 1 DS-GVO)

- Das Datenschutz-Managementsystem und das Informationssicherheitsmanagementsystem wurden zu einem DIMS (Datenschutz-Informationssicherheits-Management-System) vereint.
- Incident-Response-Management ist vorhanden.
- Datenschutzfreundliche Voreinstellungen werden bei Softwareentwicklungen berücksichtigt (Art. 25 Abs. 2 DS-GVO).

- **Auftragskontrolle**
  - Unsere Mitarbeiter werden in regelmäßigen Abständen im Datenschutzrecht unterwiesen und sie sind vertraut mit den Verfahrensanweisungen und Benutzerrichtlinien für die Datenverarbeitung im Auftrag, auch im Hinblick auf das Weisungsrecht des Auftraggebers. Die AGB enthalten detaillierte Angaben über Art und Umfang der beauftragten Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten des Auftraggebers.
  - Die AGB enthalten detaillierte Angaben über die Zweckbindung der personenbezogenen Daten des Auftraggebers.
  - Die Hetzner Online GmbH hat einen betrieblichen Datenschutzbeauftragten sowie einen Informationssicherheitsbeauftragten bestellt. Beide sind durch die Datenschutzorganisation und das Informationssicherheitsmanagementsystem in die relevanten betrieblichen Prozesse eingebunden.