



A-IMA

Ambulantes
Interdisziplinär-Multimodales
Assessment

A-IMA

Dokumentation und Datenschutz

Offen für alle Zentren mit Qualifikation
IMA/IMST

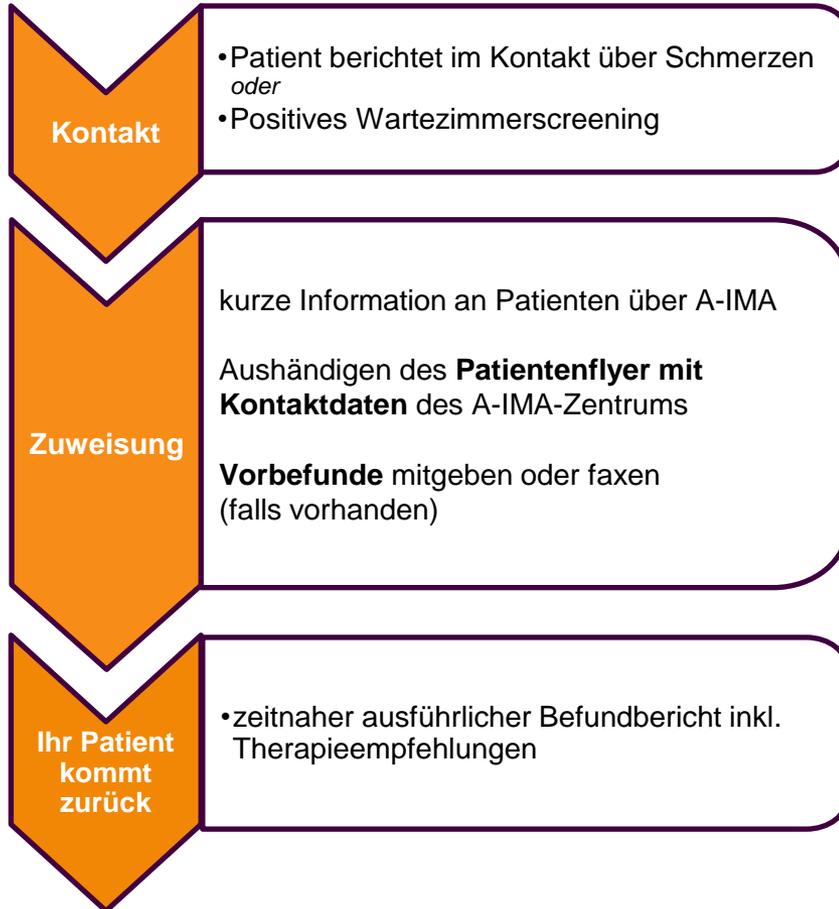


Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

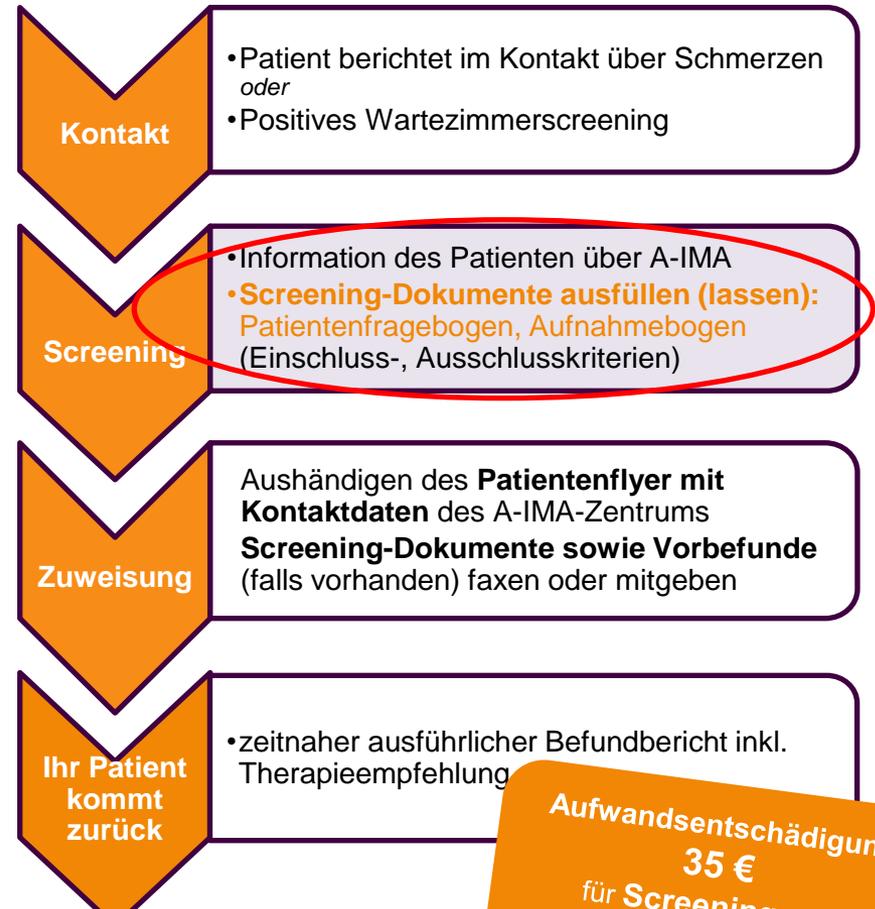
Der Ablauf beim kooperierenden Arzt

oder im Zentrum...

... ohne Screening

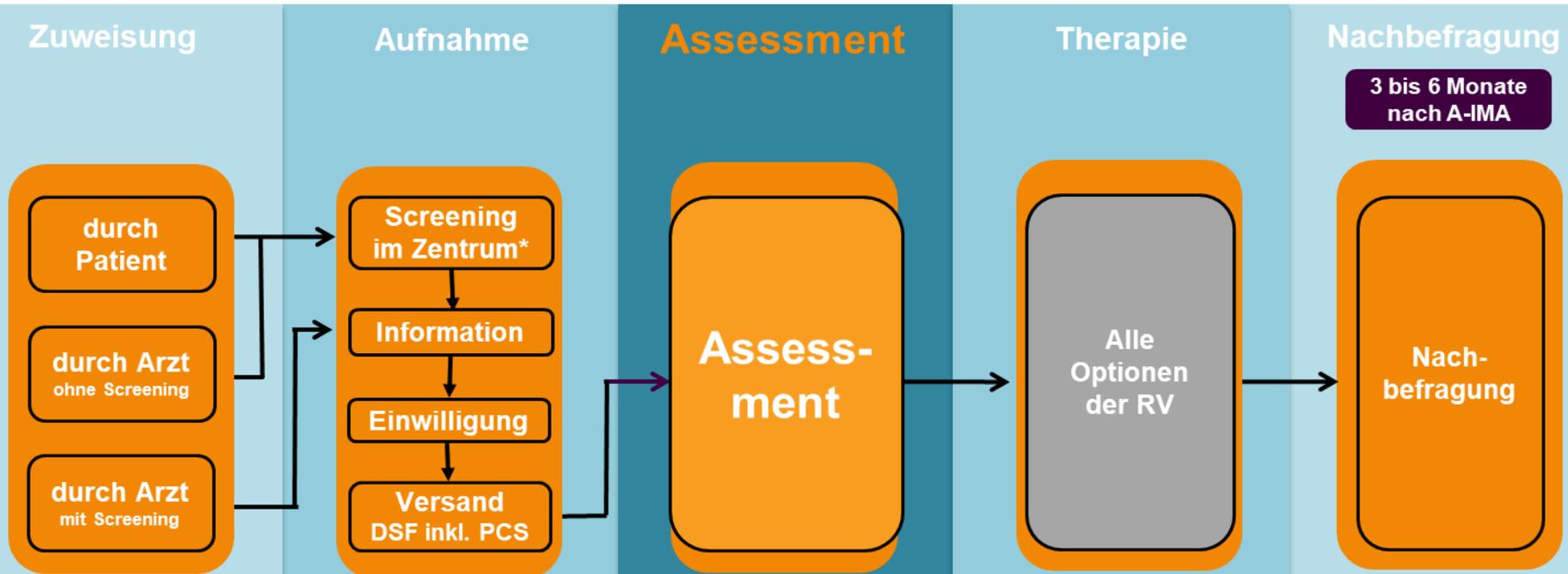


... mit Screening



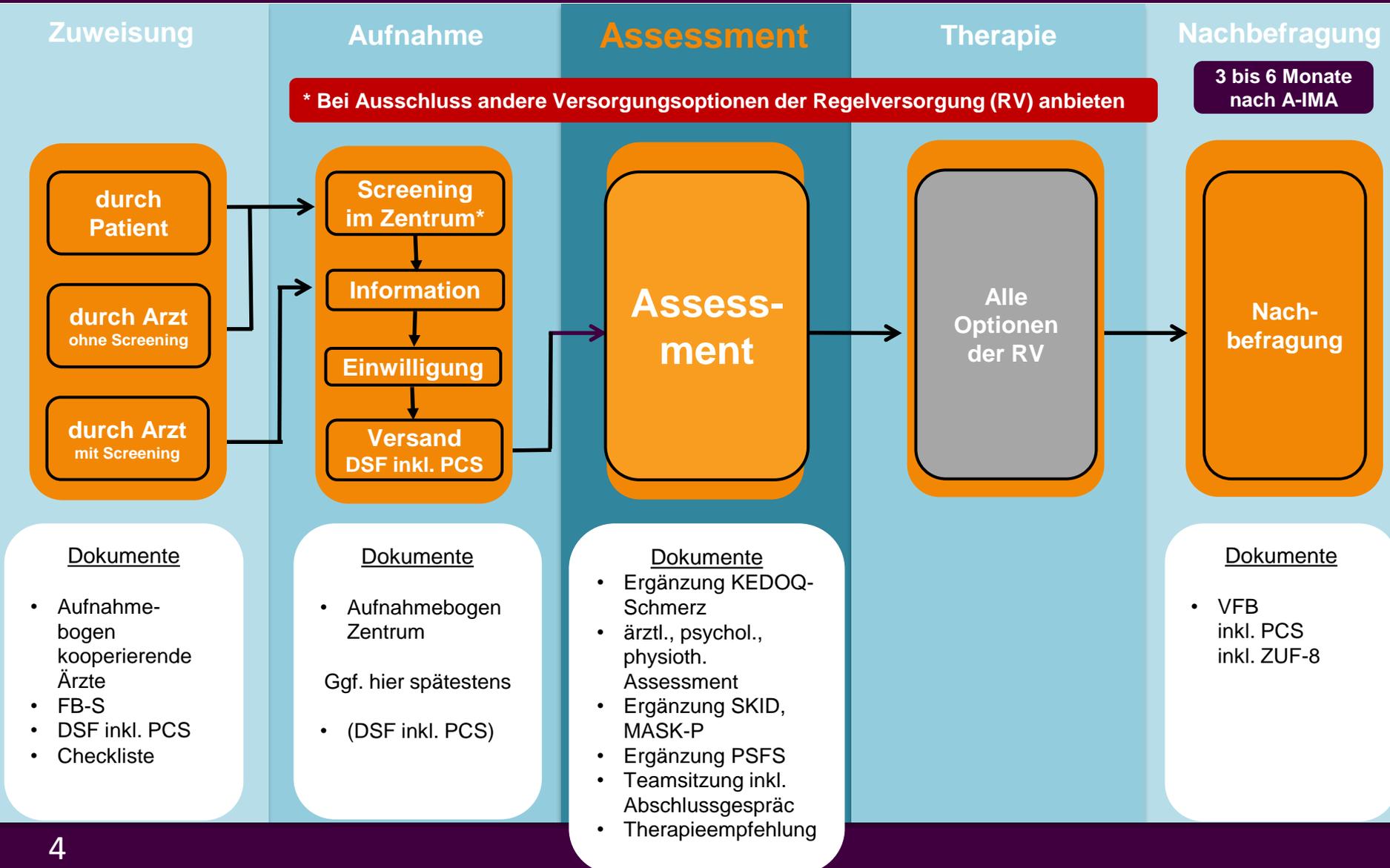
**Aufwandsentschädigung
35 €
für Screening und
Dokumentation
je Patienten, der A-IMA macht**

Der **Ablauf** für das A-IMA

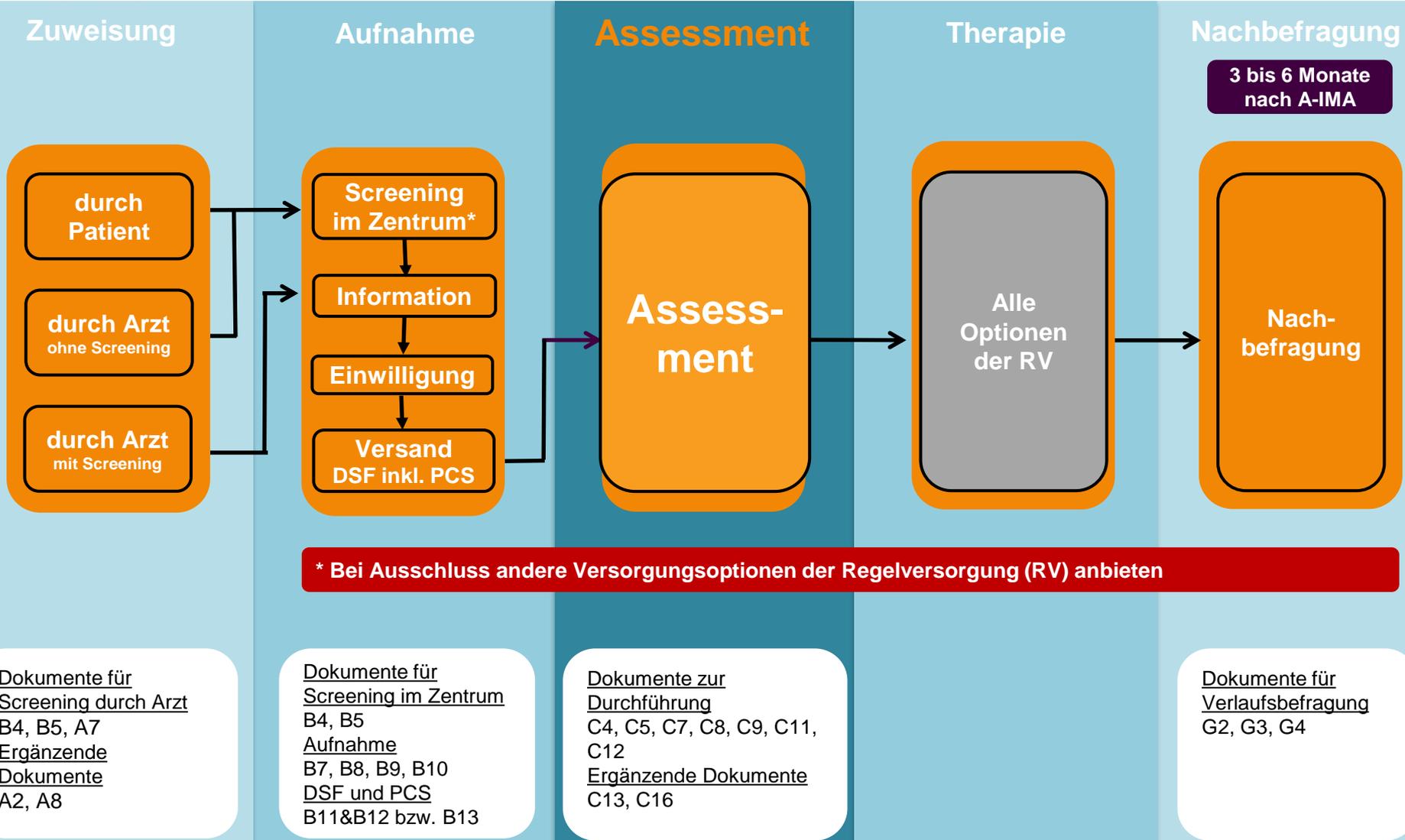


* Bei Ausschluss andere Versorgungsoptionen der Regelversorgung (RV) anbieten

Die Dokumentation für das A-IMA



Der Ablauf für das A-IMA: Dokumentation



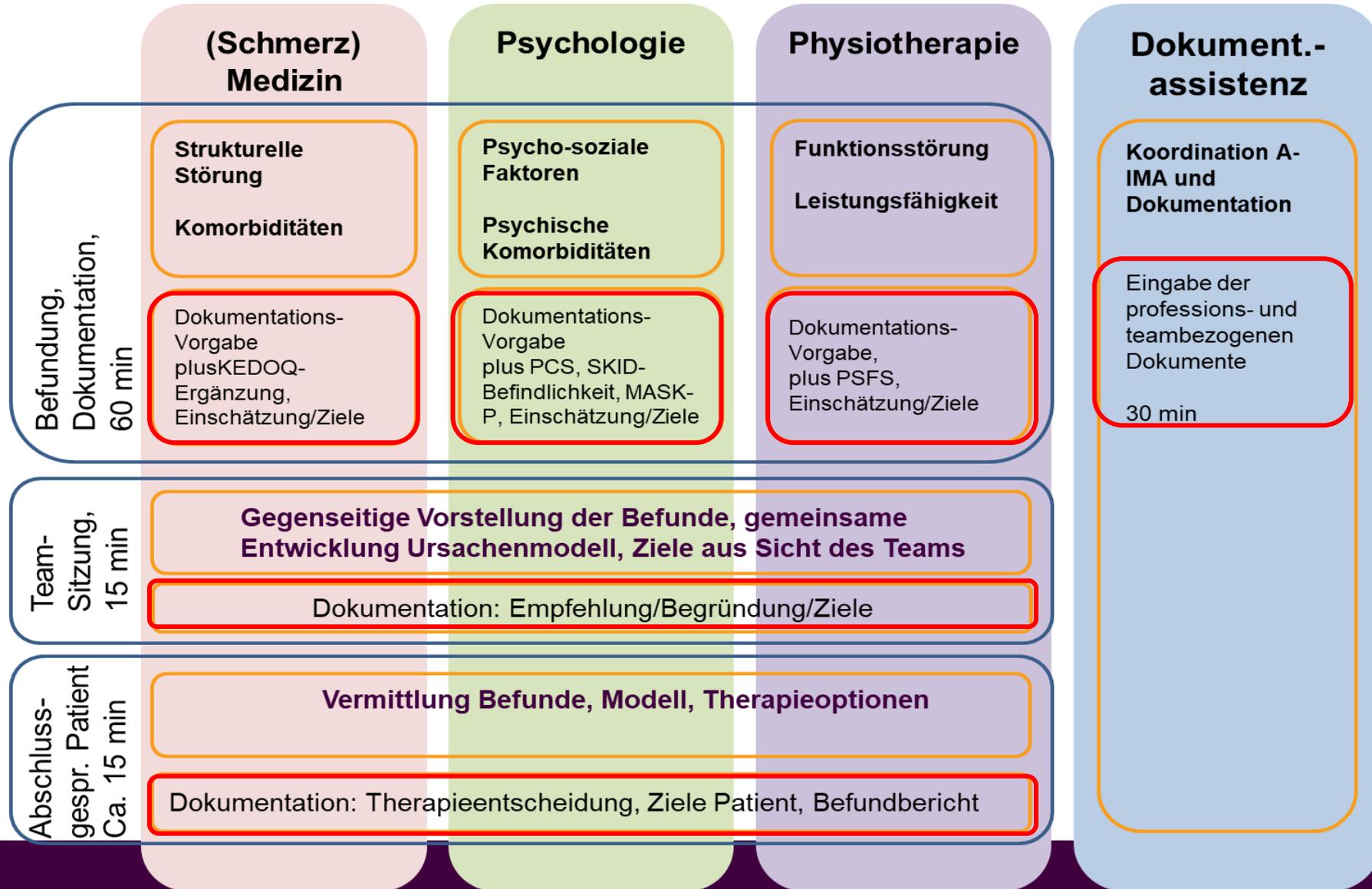
Dokumentationsverzeichnis

Zum Termin ausdrucken: Päckchen

Gedruckte Exemplare

		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)	

Wie geht das eigentliche Assessment?



Ergänzende Arztangaben

KEDOQ-Schmerz-Kerndatensatz

- Hauptschmerzlokalisierung
- Schmerzchronifizierung (MPSS)
- Hauptschmerzdiagnose
- ggf. weitere somatische Diagnosen
- ggf. psychol./ psychiatr. Diagnosen
- medikamentöse Vorbehandlung



C5

A-IMA
Ambulantes
Interdisziplinär-Multimodales
Assessment

A-IMA Ergänzende Arztangaben (KEDOQ-Schmerz)



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Mainz Pain Staging System (MPSS)

Pat-ID: _____

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

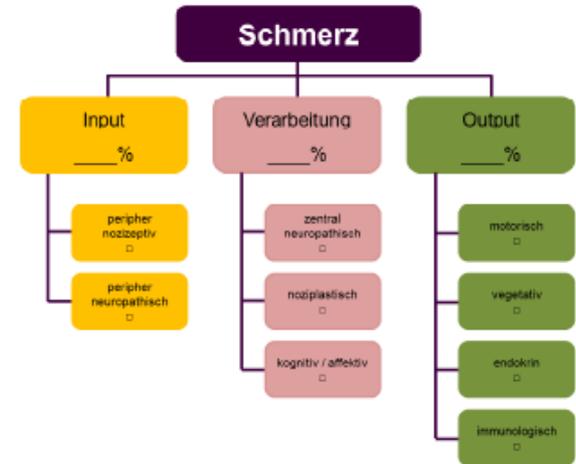
- Oder Medikamente aus folgenden Gruppen:
- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> NSAR, Coxibe | <input type="checkbox"/> Andere Nichtopioido | <input type="checkbox"/> Mischpräparat | <input type="checkbox"/> Triptane |
| <input type="checkbox"/> WHO II | <input type="checkbox"/> WHO III | <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Antikonvulsiva |
| <input type="checkbox"/> Muskelrelaxantien | <input type="checkbox"/> Benzodiazepine | <input type="checkbox"/> Antiemetika | <input type="checkbox"/> Laxantien |

Sonstige schmerzbezogene Substanzen: _____

Ergänzender Fragebogen beim Physiotherapeuten

Patientenspezifische Funktionsskala (PSFS)

- Erfassung individueller Aktivitätseinschränkungen im Alltag
- Es werden 3 dem Patienten wichtige Aktivitäten erfasst und deren Grad der Einschränkung als NRS 0=unfähig, die Aktivitäten auszuführen
- bis 10= kann die Aktivität auf dem gleichen Niveau wie vorher ausführen



1



C8

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
physiotherapeutisch	____ 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.	<input type="checkbox"/>				
Freitext:					

Ergänzender Fragebogen beim Psychotherapeuten

SKID-Befindlichkeit

- Erfassung möglicher psychiatrischer Komorbiditäten
- Das Screening umfasst 15 Fragen, die spezifisch im Hinblick auf versch. psychische Störungen formuliert sind (nicht ausreichend für eine gesicherte Diagnosevergabe)



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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, auffällige Bereiche ankreuzen: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>	
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

IMA: Teamsitzung inkl. Abschlussgespräch

Zusammenfassung der
Einzelbefunde aus dem IMA und
gemeinsame Entscheidung zur
Therapiesteuerung

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ Pat-ID: _____

Therapieempfehlung TEAM (Bitte ankreuzen)

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

Abschlussgespräch mit Patient/-in

Ziele Patient/-in nach gemeinsamem Abschlussgespräch:

Anwesenheit der Berufsgruppen

Anwesenheit	Arzt/Ärztin	Physiotherapeut/in	Psychologe/in
Teamsitzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abschlussgespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.	<input type="checkbox"/>				
Die Zeit für die Umsetzung des Abschlussgesprächs war ausreichend.	<input type="checkbox"/>				

Sektorenübergreifende Steuerung aus dem IMA in die Regelversorgung

Konkrete Empfehlung (Mehrfachangaben möglich)

**Empfehlung
TEAM**

**Empfehlung nach
Abschlussgespräch**

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 mit Angabe der Fachrichtung

Anpassung der medikamentösen Therapie

Weiterführung oder Ausbau der alltäglichen körperlichen Aktivität

Funktionstraining/Rehasport

Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie mit Angabe PT/ET/LP

Ambulante **Psychotherapie**

Psychosomatische Einrichtung

Ambulante oder stationäre **Reha-Behandlung**

Edukative IMST (E-IMST)

Begleitende IMST (B-IMST)

~~Keine Kombination mit anderen neuen Verfahren der Regelversorgung!~~

(Teil-)stationäre IMST (im Rahmen der Regelversorgung)

Sonstiges

Anlegen eines Patienten:

- Excel-Patientenliste auf eigenem Server oder

ID	Name	Rufname	Grunddaten			KV-Nummer	Screening Info-Termin	Assessment-termin	Patientenangaben		Datum für Dateneingabe		E-Mail-Einladungen	
			Geschl.	Geb-Dat	Einwilligung liegt vor				E-Mail	Kenn-wort	DSF	VFB	DSF	VFB
317	Test	VorTest	m	1.1.1980	JA		2.11.2021	10.11.2021						

- direkt online (Excel-Patientenliste mit Pat-ID gesondert führen)

T/A	Random	Geschlecht	Alter	Info	IMA/SRV	B4 + B5	B11	TB	B13	B17 + C5	G2 - 1te	Kontakt wie?
T	IMA	m	57	02.06.2021	15.06.2021	B4 + B5	15.06.2021	TB	B13	B17 + C5	14.09.2021	Gültig zurück
T	IMA	w	57	29.05.2021	29.06.2021	B4 + B5	29.06.2021	TB	B13	B17 + C5	28.09.2021	Gültig zurück
T	IMA	w	64	26.05.2021	15.06.2021	B4 + B5	15.06.2021	TB	B13	B17 + C5	14.09.2021	Gültig zurück

- !!Ansicht aus PAIN2020 >> ändert sich ein wenig

Datenschutz

Daten mit hohem Schutzbedarf

- Patienteninformation und –einwilligung zur Qualitätssicherung
(Daten sind pseudonymisiert)
- Patienteninformation und –einwilligung zum Selektivvertrag
BARMER: personenbezogene Daten = identifizierte o. identifizierbare natürliche Person
- Bestandsaufnahme zur Verarbeitung personenbezogener Daten
(im Zentrum in Kooperation mit IT-Abteilung)
- **Datenschutzkonzept: gemeinsam verantwortlich**
- **Vorkehrungen in der Datenbank und die Evaluation: gerichtete, nicht identifizierbare Personenkennung (!Datenintegrität über mehrere Zeitpunkte)**

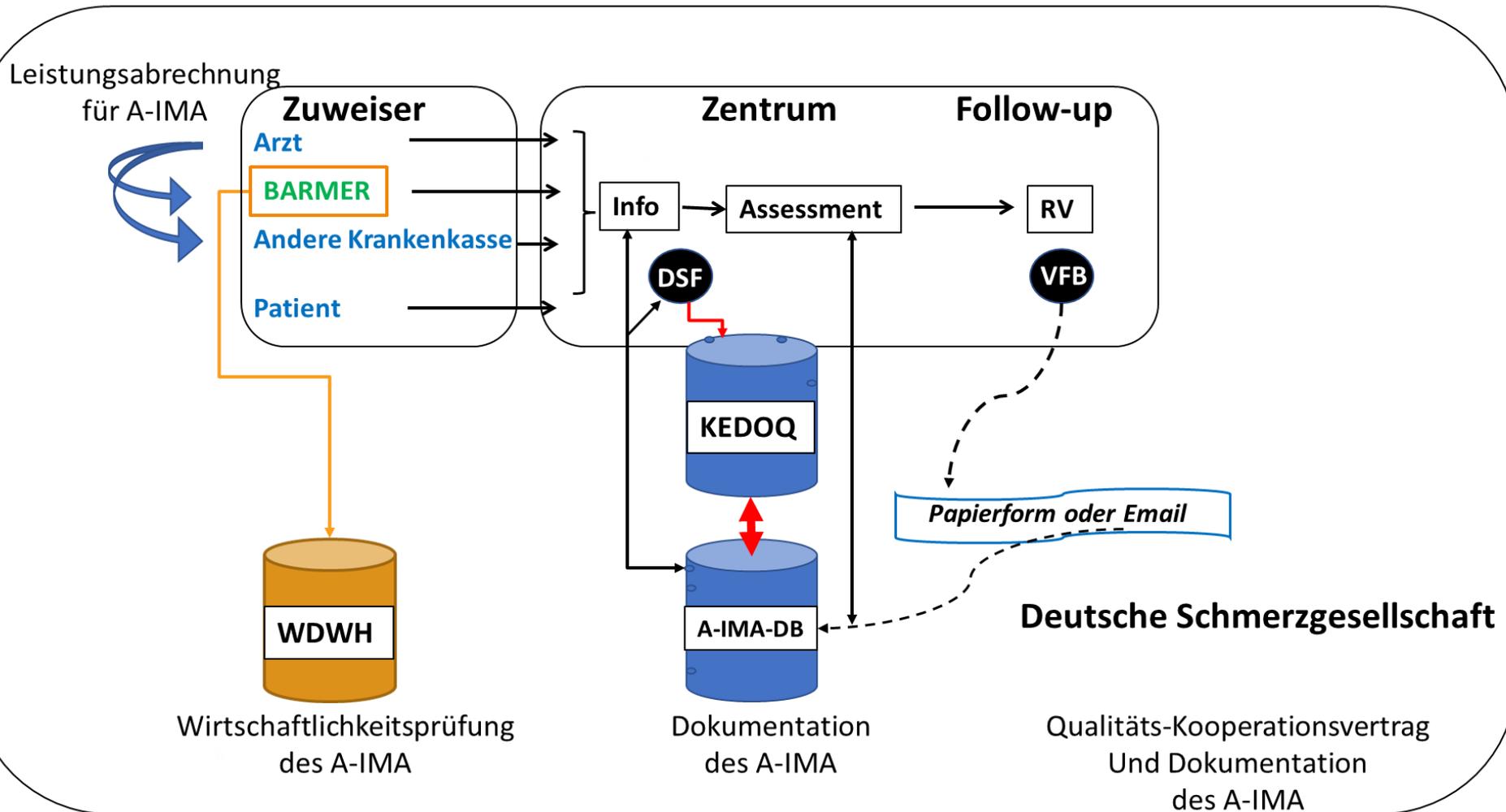
Datenschutz

Daten mit hohem Schutzbedarf

Datenschutzkonzept

- Patienteninformation und –einwilligung zu A-IMA
 - personenbezogene Daten = identifizierte o. identifizierbare natürliche Person
 - Welchen Weg nehmen welche Daten:
 - Behandlung
 - Krankenkasse
 - Datenstelle Qualitätssicherung
 - Evaluation von Sekundärdaten
 - Dauer der Speicherung
 - Versorgung
 - Recht auf Widerruf der Einwilligung (im Zentrum)
 - Weitere Rechte (Informationen, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde)
 - A-IMA: Prozess zur Meldung von Datenschutzverstößen an die Aufsichtsbehörden

Datenwege im A-IMA



Stundenaufteilung A-IMA gesamt

Screening 35€/Patient

Assessment: 690€/Patient

	Profession	Beschreibung / Aufgabe	Stunden
A-IMA	Pflege / Doku	Vorbereitung: Organisation / Planung /	1/2 h
		Patienteninformation und –einwilligung / Fragebogen	1/2 h
		Verschriftlichung Team, Befundbericht verschicken	1/2 h
		Nachbefragung verschicken mit Eingangskontrolle	1/2 h
gesamt		2 h	
Arzt	Patienteninformation, Screening (Ein-Ausschlusskriterien)		
	Ärztliche Anamnese & körperliche Untersuchung inkl. Vorbefundesichtung +	1 h	
	Teamsitzung & Rückmeldung an Patienten	je 1/4 h	
gesamt	1,5 h		
Psychotherapeut	psychologische Anamnese & standardisierte Diagnostik +	1 h	
	Teamsitzung & Rückmeldung an Patienten	je 1/4 h	
	gesamt	1,5 h	
Physiotherapeut	physiotherapeutische Anamnese & körperliche-funktionelle Untersuchung +	1 h	
	Teamsitzung & Rückmeldung an Patienten,	je 1/4 h	
	gesamt	1,5 h	



A-IMA

Ambulantes
Interdisziplinär-Multimodales
Assessment

Fragen zum A-IMA?

Weitere Informationen auf www.a-ima.de