

## 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

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
<b>ärztlich</b>	_____	_____	_____	_____	_____
	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:**

<b>Vom Arzt auszufüllen</b>	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.	<input type="checkbox"/>				
Freitext:					

**A-IMA-Termin Datum:** \_\_\_\_\_

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



### B3. Setting der eingeleiteten bzw. veranlassten Behandlung

- |                                |                                     |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="radio"/> ambulant | <input type="radio"/> teilstationär | <input type="radio"/> stationär | <input type="radio"/> keine Therapie               |
|                                |                                     |                                 | <input type="radio"/> geplanter einmaliger Kontakt |
|                                |                                     |                                 | <input type="radio"/> ausschließlich Diagnostik    |
|                                |                                     |                                 | <input type="radio"/> Gutachten                    |

### B4. Ergänzende Informationen zum Schmerz

Hauptschmerzlokalisation (mindestens 1 Oberbegriff \*)

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>Kopf</b>   | <b>Gesicht</b>   | <b>Nacken/ Hals</b>                            | <b>Schulter/ Arm</b>                            |
| <input type="radio"/> Gesamter Kopf bzw. Kopfhälfte | <input type="radio"/> Gesamtes Gesicht bzw. Gesichtshälfte | <input type="radio"/> Nacken                   | <input type="radio"/> Schulter                  |
| <input type="radio"/> occipital                     | <input type="radio"/> Oberkiefer                           | <input type="radio"/> Hals                     | <input type="radio"/> Gesamter Arm              |
| <input type="radio"/> parietal                      | <input type="radio"/> Unterkiefer                          |  | <input type="radio"/> Oberarm                   |
| <input type="radio"/> Vertex                        |  |  | <input type="radio"/> Unterarm                  |
| <input type="radio"/> Stirn                         |  |  | <input type="radio"/> Ellenbogen                |
|   |  |  | <input type="radio"/> Handgelenk                |
|   |  |  | <input type="radio"/> Hand                      |
|   |  |  | <input type="radio"/> Finger, Fingergelenke     |
| <b>Thorax</b>                                       | <input type="radio"/> Rücken, BWS                          | <input type="radio"/> Kreuz, LWS               | <b>Abdomen</b>                                  |
| <input type="radio"/> Gesamter Thorax               |  |  | <input type="radio"/> Gesamtes Abdomen          |
| <input type="radio"/> Thorax lateral                |  |  | <input type="radio"/> Oberbauch                 |
| <input type="radio"/> Thorax ventral                |  |  | <input type="radio"/> Unterbauch                |
|   |  |  | <input type="radio"/> Flanke                    |
| <b>Becken</b>                                       | <input type="radio"/> Genital-/ Perianalregion             | <b>Bein</b>                                    | <input type="radio"/> Wide spread pain          |
| <input type="radio"/> Gesamtes Becken               |  | <input type="radio"/> Gesamtes Bein            |   |
| <input type="radio"/> Leiste                        |  | <input type="radio"/> Oberschenkel             |   |
| <input type="radio"/> Hüftbereich                   |  | <input type="radio"/> Unterschenkel            |   |
| <input type="radio"/> Kreuzbein                     |  | <input type="radio"/> Knie                     |   |
| <input type="radio"/> Steißbein                     |  | <input type="radio"/> Sprunggelenk             |   |
|   |  | <input type="radio"/> Fuß                      |   |
|   |  | <input type="radio"/> Zehen, Zehengelenke      |   |
| <input type="radio"/> Polyarthralgien               | <input type="radio"/> Hemi-/ Panalgesie                    | <input type="radio"/> Gesamter oberer Quadrant | <input type="radio"/> Gesamter unterer Quadrant |

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).

Mainz Pain Staging System (MPSS)

Pat-ID: \_\_\_\_\_

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

Oder Medikamente aus folgenden Gruppen...

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> NSAR, Coxibe      | <input type="checkbox"/> Andere Nichtopioide | <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: \_\_\_\_\_

**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 drei 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)

A-IMA-Termin Datum: \_\_\_\_\_

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



Ziele Patient/-in:

---



---

Ziele aus physiotherapeutischer Sicht:

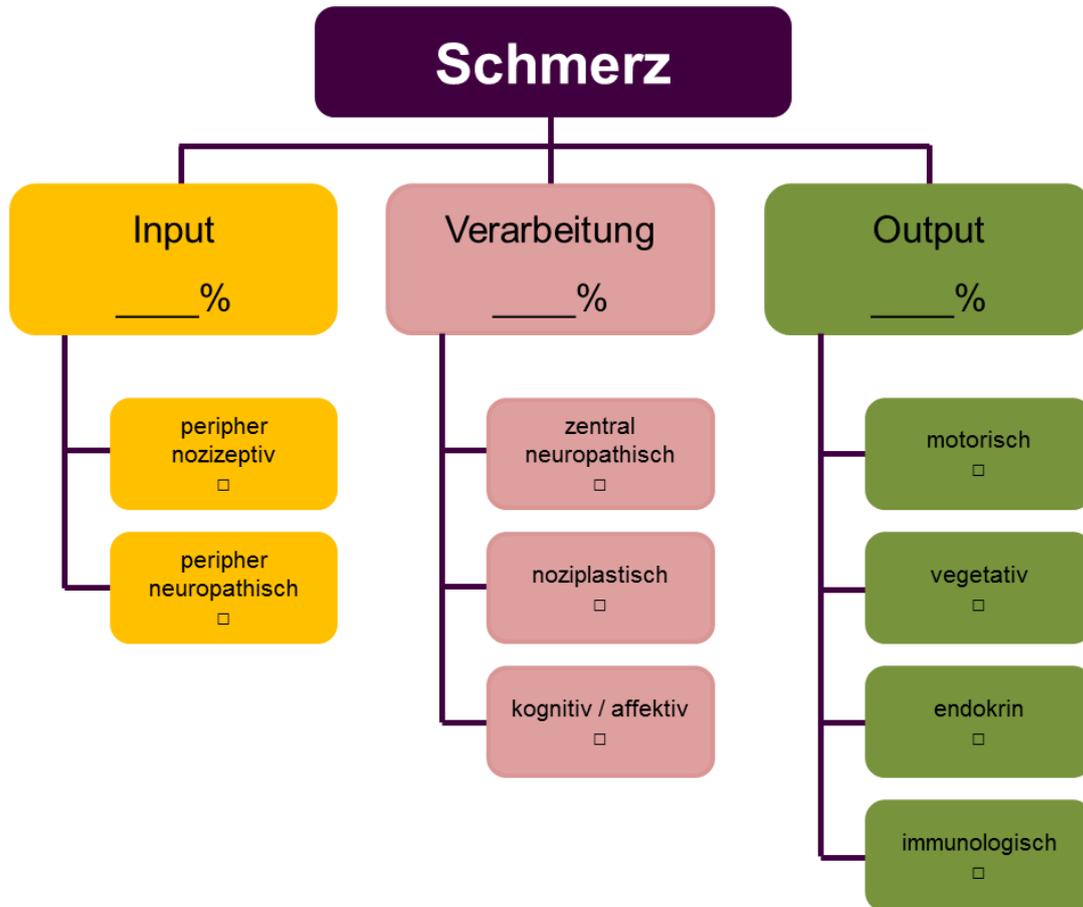
---



---



---



**Fachspezifische Einschätzung für die Teamsitzung**

	Schweregrad Störungsbild (funktionell)	Bedeutung für Schmerzproblematik (funktionell)	IMST-Ansatz erforderlich	Spezifische Behandlung erforderlich	Belastbarkeit für IMST-Ansatz gegeben
<b>physiotherapeutisch</b>	_____	_____	_____	_____	_____
	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:**

<b>Vom Physiotherapeuten auszufüllen</b>	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:					



**A-IMA**  
Ambulantes  
Interdisziplinär-Multimodales  
Assessment

C9

## A-IMA Ergänzender Fragebogen (SKID-Befindlichkeit)



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

**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



## 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:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
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:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
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:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
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:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
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

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

<b>Achse 5: Aktuelle Stressoren</b>		
Achsen-Zusatzkodierung:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
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

<b>Achse 6: Traumata / Belastungen in der Lebensgeschichte</b>		
Achsen-Zusatzkodierung:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen pro Auffälligkeit auch Zeitangabe <u>vorstellen</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

<b>Achse 7: Habituelle Personen-Merkmale</b>		
Achsen-Zusatzkodierung:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
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:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
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.	<input type="checkbox"/>				
Freitext:					

**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

**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	<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"/>				
Freitext:					

**Dokumentation Befundbericht**

Befundbericht verschickt	Datum:
--------------------------	--------



C13

## A-IMA Kurzepfhlungung



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

## 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

<b>Weiterführende (Behandlungs-)Empfehlungen</b>	
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.