

Datum: _____ Name Patient/in: _____



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

Patient/in: _____

Datum: _____



Zuweisung durch:		<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> BARMER	<input type="checkbox"/> Patient/in	<input type="checkbox"/> andere Kasse: _____	
Einschlusskriterien						
1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alter: mind. 18 Jahre <ul style="list-style-type: none"> ● gesetzlich krankenversichert 				<input type="checkbox"/>	
2	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerzen <ul style="list-style-type: none"> – seit mind. 6 Wochen und/oder – in kürzeren Phasen innerhalb der letzten beiden Jahre mehrfach auftretend 				<input type="checkbox"/>	
3	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerz-bedingte Einschränkungen im Lebensvollzug <ul style="list-style-type: none"> – 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 				<input type="checkbox"/>	
4	<ul style="list-style-type: none"> ● Risikofaktoren für Chronifizierung erkennbar (mind. 1 Punkt) <ul style="list-style-type: none"> – bzgl. Lokalisation: sich ausbreitende Schmerzen – ausgeprägtes (verbales/non-verbales) Schmerzverhalten – ungünstige Schmerzverarbeitung (Fokussierung, Ängste, ...) – ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten – Hinweise auf Stressbelastung in Familie/Partnerschaft/soz. Umfeld/Beruf – depressive Symptome im Erleben und/oder Verhalten – Befindlichkeit geprägt durch Frustration/Ärger – ungünstige Verhaltensweisen (Überforderung, „Durchhalten“) – Hinweise auf Somatisierung (z.B. vielfältige, „bunte“ Symptomatik) – hohes Inanspruchnahmeverhalten im Versorgungssystem – Wunsch nach fortgesetzter Krankschreibung – Wunsch nach fortgesetzter Diagnostik ----- ● Mindestens 3 positive Angaben im Patienten-Fragebogen ----- ● Ungeklärte Fragen (über Diagnose, Pathologie, über erforderlichen Krankenhausaufenthalt oder über Erfordernis operativen Vorgehens, Reha-Bedarf) 	<input type="checkbox"/>		Wenn mind. 1 Kreuz in li. Spalte	<input type="checkbox"/>	
5	Erreichbarkeit: Behandlungszentrum ist für Pat. erreichbar				<input type="checkbox"/>	
Ausschlusskriterien						
6	<ul style="list-style-type: none"> ● Andere, akut wirksame schwerwiegende Erkrankungen, die z.B. eine aktivierende Behandlung verhindern ● Eindeutige „Red Flags“ ● Manifeste chron. Schmerz Erkrankung (z.B. AU wg. Schmerzen länger als 6 Monate, Schmerz-relevante Diagnose über mehr als 4 Quartale, vorhergehende Therapie mit starken Opioiden über 3 Monate Dauer, vorhergehende IMST in letzten beiden Jahren; FMS) ● Lfd. Diagnostik und/oder Therapie bzgl. schmerzspezif. Pathologie ● Schwere und aktive psychiatrische Störung (Persönlichkeitsstörung, schwere Depression oder Angsterkrankung, Hinweise auf Suizidalität) ● Laufendes Renten- oder Reha-Verfahren (beantragt) ● Sprachliche und / oder kognitive Einschränkungen, die eine Durchführung des IMA/der SRV unmöglich erscheinen lassen 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn kein Punkt erfüllt	<input type="checkbox"/>
Zuweisung in Studie, falls alle Punkte in rechter Spalte zutreffend					↑	
Studienteilnahme:		<input type="checkbox"/> Einschluss	<input type="checkbox"/> Nicht-TN trotz E-Möglichkeit	<input type="checkbox"/> Ausschluss		

Patienten-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: _____

IMA-Termin Datum: _____ Pat-ID: _____

Befunddokumentation

Kriterium	Befund/ Handlungsbedarf	Beurteilung	Kommentar
Morphologische, strukturelle Schädigung		spezif. fachmediz. Therapie indiziert/erforderlich? Ja Fraglich Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Weitere Diagnostik vor IMST notwendig		Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Medikation		Gruppenfähigkeit für IMST Ja Fraglich Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Allgemeine Dekonditionierung		Gruppenfähigkeit für IMST Ja Fraglich Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kardiovaskuläre Belastbarkeit		Kontraindikationen für IMST Ja Fraglich Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Weitere relevante Komorbiditäten		Kontraindikationen für IMST Ja Fraglich Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Ziele Patient/in:

Ziele aus ärztlicher Sicht:

Pat-ID: _____

Einschätzung für Teamsitzung

	Schweregrad Störungsbild (somatisch)	Bedeutung f. Schmerzproblematik	Sicherheit der Einschätzung	IMST-Ansatz erforderlich	Spezifische Behandlung erforderlich	Gruppenfähigkeit für IMST	Kontraindikation für IMST
Ärztlich	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	0 = kein 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	0 = keine 1 = gering 2 = moderat 3 = hoch	1 = gering 2 = mittel 3 = hoch	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	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 IMA folgende Aussagen 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
Es lagen relevante Vorbefunde in ausreichendem Maß vor.	<input type="checkbox"/>				
Es war ausreichend Zeit vorhanden, die vorliegenden Befunde zu sichten.	<input type="checkbox"/>				
Die Zeit für die Umsetzung des ärztlichen IMA war ausreichend.	<input type="checkbox"/>				
Freitext:					

Assessment-Termin Datum: _____	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)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| Kopf | Gesicht | Nacken/ Hals | Schulter/ Arm |
| <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 |
| Thorax | <input type="radio"/> Rücken, BWS | <input type="radio"/> Kreuz, LWS | Abdomen |
| <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 |
| Becken | <input type="radio"/> Genital-/ Perianalregion | Bein | <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: _____

Mainz Pain Staging System (MPSS)

Pat-ID: _____

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

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

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

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

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"/> keine Medikamente |
| <input type="checkbox"/> WHO II | <input type="checkbox"/> WHO III | <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Triptane |
| <input type="checkbox"/> Muskelrelaxantien | <input type="checkbox"/> Benzodiazepine | <input type="checkbox"/> Antiemetika | <input type="checkbox"/> Antikonvulsiva |
| | | | <input type="checkbox"/> Laxantien |

Sonstige schmerzbezogene Substanzen: _____

IMA-Termin Datum: _____

Pat-ID: _____

Dieser Fragebogen soll dazu verwendet werden, individuelle Aktivitätseinschränkungen im Alltag zu quantifizieren.

Procedere: Am Ende der Anamnese und vor der körperlichen Untersuchung auszufüllen.

Leitfrage an Patienten in der physiotherapeutischen Untersuchung:

„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 dem Patienten die 10-stufige Skala zeigen, erklären und um Einschätzung bitten.

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.

IMA-Termin Datum: _____

Pat-ID: _____

Kriterium	Befund	Beurteilung	Kommentar
Funktionsstörung	Unilokulär: _____ Bi-/Multilokulär: _____ Orte	Spezifische physiotherapeutische Behandlung, Intervention erforderlich Ja Fraglich Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Verkettung: Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	komplexeres Bild: Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Spezifische Einschränkungen		Gruppenfähigkeit für IMST Ja Fraglich Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Gehstrecke		Gruppenfähigkeit für IMST Ja Fraglich Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Transfer		Gruppenfähigkeit für IMST Ja Fraglich Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kardiovaskuläre Belastbarkeit		Gruppenfähigkeit für IMST Ja Fraglich Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Pat-ID: _____

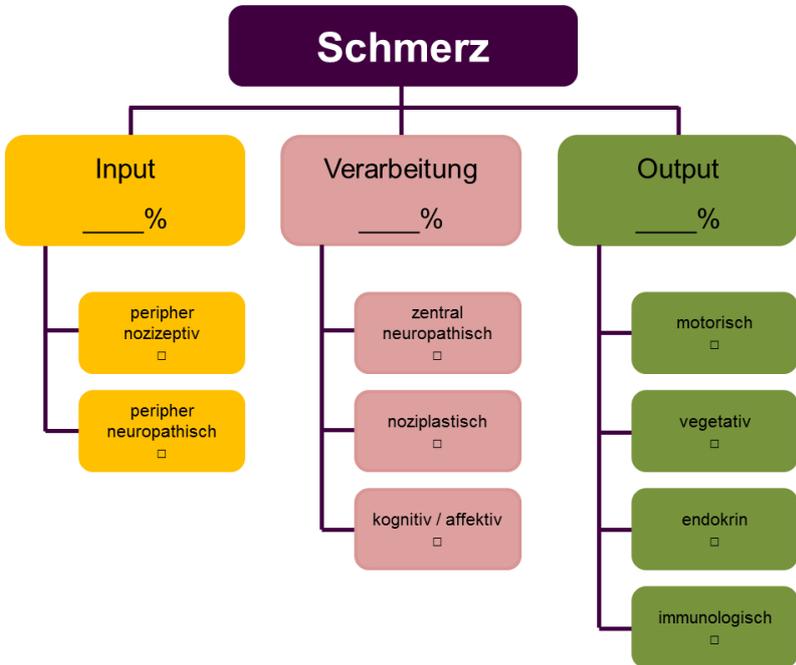
Allg. Dekonditionierung		Gruppenfähigkeit für IMST Ja Fraglich Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Alltagsbelastbarkeit Ergebnis im PSFS : Summe der Punktzahl der jeweiligen Aktivitäten	1. _____ / ____ 2. _____ / ____ 3. _____ / ____ Mittelwert NRS aus 1.-3. ____		
Sinne (sehen, hören, Gleichgewicht)			
Vegetativer Status			
Hypermobilität			
Hypomobilität			



Ziele Patient/in:

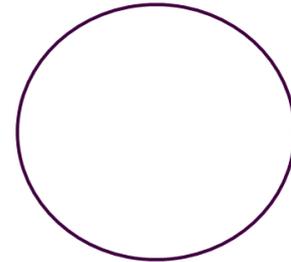
Ziele aus physiotherapeutischer Sicht:

Pat-ID: _____



Bitte zeichnen Sie die Verteilung von

- Input (I)
- Verarbeitung (V)
- Output (O)



Einschätzung für Teamsitzung

Physiotherapeutisch	Schweregrad Störungsbild (funktionell)	Bedeutung f. Schmerzproblematik	Sicherheit der Einschätzung	IMST-Ansatz erforderlich	Spezifische Behandlung erforderlich	Gruppenfähigkeit für IMST	Kontraindikation für IMST
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	0 = kein 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	0 = keine 1 = gering 2 = moderat 3 = hoch	1 = gering 2 = mittel 3 = hoch	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	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 IMA folgende Aussagen 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
Es lagen relevante Vorbefunde in ausreichendem Maß vor.	<input type="checkbox"/>				
Es war ausreichend Zeit vorhanden, die vorliegenden Befunde zu sichten.	<input type="checkbox"/>				
Die Zeit für die Umsetzung des physiotherapeutischen IMA war ausreichend.	<input type="checkbox"/>				
Freitext:					



C9

IMA

Ergänzender Fragebogen
(PHQ-15 und SKID-Befindlichkeit)



IMA-Termin Datum: _____

Pat-ID: _____

Schmerz-Beschwerden (PHQ-15)

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von körperlichen Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. **Bitte beantworten Sie jede Frage.**

Wie sehr litten Sie in den letzten Tagen unter ...?

	nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
1. Bauchschmerzen.....	[0]	[1]	[2]
2. Rückenschmerzen.....	[0]	[1]	[2]
3. Schmerzen in Armen, Beinen, Gelenken (Knie, Hüfte, etc.).....	[0]	[1]	[2]
4. Menstruationsbeschwerden oder andere Probleme Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen..	[0]	[1]	[2]
5. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechts- verkehr.....	[0]	[1]	[2]
6. Kopfschmerzen.....	[0]	[1]	[2]
7. Schmerzen im Brustbereich.....	[0]	[1]	[2]
8. Schwindel.....	[0]	[1]	[2]
9. Ohnmachtsanfälle.....	[0]	[1]	[2]
10. Herzklopfen oder Herzrasen.....	[0]	[1]	[2]
11. Kurzatmigkeit.....	[0]	[1]	[2]
12. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall.....	[0]	[1]	[2]
13. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden.....	[0]	[1]	[2]
	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte aller Tage
14. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf.....	[0]	[1]	[2]
15. Müdigkeit, oder das Gefühl keine Energie zu haben.....	[0]	[1]	[2]

SKID-Befindlichkeit

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

Pat-ID: _____

Einschätzung für Teamsitzung

	Schweregrad Störungsbild (psychosozial)	Bedeutung f. Schmerzproblematik	Sicherheit der Einschätzung	IMST-Ansatz erforderlich	Spezifische Behandlung erforderlich	Gruppenfähigkeit für IMST	Kontraindikation für IMST
psychologisch	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	0 = kein 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	0 = keine 1 = gering 2 = moderat 3 = hoch	1 = gering 2 = mittel 3 = hoch	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja

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

Pat-ID: _____

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
Achse 5: Aktuelle Stressoren		
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

Achse 6: Traumata / Belastungen in der Lebensgeschichte

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

Achse 7: Habituelle Personen-Merkmale

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



C11

IMA
psychologische Dokumentation
inkl. MASK-P



Pat-ID: _____

Bitte bewerten Sie im Anschluss an das IMA folgende Aussagen 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
Es lagen relevante Vorbefunde in ausreichendem Maß vor.	<input type="checkbox"/>				
Es war ausreichend Zeit vorhanden, die vorliegenden Befunde zu sichten.	<input type="checkbox"/>				
Die Zeit für die Umsetzung des psychologischen IMA war ausreichend.	<input type="checkbox"/>				
Freitext:					



IMA-Termin Datum: _____ Pat-ID: _____

Übertrag Einzelbefunde (nur für Teamübersicht)

	Schweregrad Störungsbild	Bedeutung f. Schmerzproblematik	Sicherheit der Einschätzung	IMST-Ansatz erforderlich	Spezifische Behandlung in Fachbereich erforderlich	Gruppenfähigkeit für IMST	Kontraindikation für IMST
ärztlich	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
physioth.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
psychol.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	0 = kein 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	0 = keine 1 = gering 2 = moderat 3 = hoch	1 = gering 2 = mittel 3 = hoch	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich. 2 = ja

Einschätzung Team über Ursachenmodell Patient/in:

kein Modell	rein somatisch	in Ansätzen bio-psycho-sozial	bio-psycho-sozial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ziele Team (für den Pat.):

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 (somatisch/psychologisch)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gruppenfähigkeit gegeben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vorrangig spez. Therapiebedarf (Med, Psy, PT), nicht in IMST integrierbar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Pat-ID: _____

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 [Redacted]		
Anpassung der medikamentösen Therapie		
Weiterführung oder Ausbau der alltäglichen körperlichen Aktivität		
Funktionstraining/Rehasport		
Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie mit Angabe PT/ET/LP [Redacted]		
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 [Redacted]		

Bitte denken Sie daran, die Diagnosen inkl. möglicher weiterer somatischer sowie psychologischer / psychiatrischer Diagnosen im Team zu besprechen und in C5 einzutragen!

Abschlussgespräch mit Patient/in

Ziele Patient/in:

Pat-ID: _____

Begründung im Fall von Abweichungen von der Empfehlung

(bitte auch in Tabelle Therapieempfehlung TEAM notieren):

- Pat. lehnt Therapieempfehlung ab (z.B. kein Interesse, lehnt Therapiekonzept ab).
- Pat. lehnt aus organisatorischen Gründen die Therapieempfehlung ab.
- Sonstiges: _____

Dokumentation Befundbericht

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

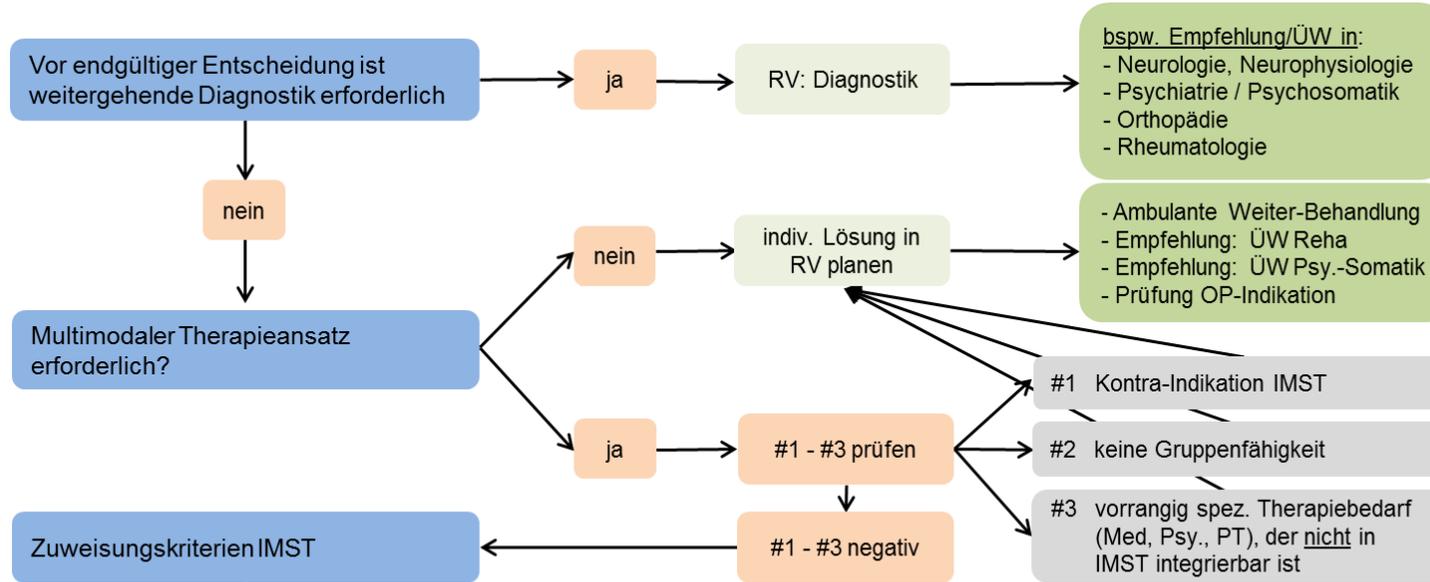


Bitte bewerten Sie im Team im Anschluss an das Abschlussgespräch folgende Aussagen. Sollte eine interdisziplinäre Einigung nicht möglich sein, kreuzen Sie nichts an.

Vom Team auszufüllen	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Im Team bestand Konsens in Bezug auf die Therapieempfehlungen.	<input type="checkbox"/>				
Es war leicht mit Patienten ein gemeinsames Ziel zu definieren.	<input type="checkbox"/>				
Die Zeit für die Umsetzung der Teambesprechung / des Abschlussgesprächs war ausreichend.	<input type="checkbox"/>				
Freitext:					



IMA Algorithmus



	IMST im Rahmen der Studie		RV
	E-IMST	B-IMST	T/S-IMST
MPSS-Chronifizierung (I-III)	I / II	I / II	II / III
v.Korff-Graduierung (1-4)	bis 2	bis 4	3 und 4
Komplexität der Störung Einfluss-/Risikofaktoren auf allen Ebenen des bio-psycho-sozialen Schmerzmodells	gering	hoch	hoch
Regelmäßige Einzeltherapie PT	möglich*	nein, ÜW in RV	integriert
Regelmäßige Einzeltherapie PSY	möglich*	nein, ÜW in RV	integriert
Regelmäßige Einzeltherapie Med	möglich*	nein, ÜW in RV	integriert

RV: Regelversorgung
 ÜW: Überweisung
 ET: Einzeltherapie
 PT: Physiotherapie
 Psy: Psychotherapie
 Med: Medizin. Behandlung
 * Ergänzende, parallele Einzeltherapie in der RV bei positiver klinischer Beurteilung