



IGiB – StimMT
Strukturmigration im
Mittelbereich Templin

Förderkennzeichen:
01NVF16001

Konzept zum Sektorenübergreifenden
Behandlungspfad Rückenschmerz

- erstellt durch den Konsortialpartner KV COMM -

Inhaltsverzeichnis

<i>Präambel</i>	4
1. Vorbemerkung zum projektspezifischen Pfadverständnis	5
2. Ausgangslage	6
3. Ist-Analyse	7
4. Zielstellung	10
5. Zielgruppen.....	11
6. Pfadbeschreibung.....	11
7. Leistungsbestandteile.....	19
8. Evaluation.....	20
Literaturverzeichnis/Recherche	21

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Präambel

Das vorliegende Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad (SÜ-BHPF) Rückenschmerz ordnet sich in das Teilprojekt 4 „Unterstützung einer systematischen fachgruppen-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination“ des Projektes IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin ein. Das Projekt IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich wird vom Innovationsfonds unter dem Kennzeichen 01NVF16001 gefördert.

Ziel des Teilprojektes 4 ist es, nationale und internationale evidenzbasierte Leitlinien in der regionalen medizinischen Versorgung anhand von standardisierten Behandlungspfaden zu ausgewählten Indikationen zu etablieren. Die Umsetzung des SÜ-BHPF erfolgt unter Einbezug der niedergelassenen Ärzte im Mittelbereich Templin wie auch der Ärzte des Sana Krankenhauses Templin und unter Einsatz des Case Managements (agnes^{zwei}-Fachkräfte im KBZ). Weiterhin werden maßgeblich die Empfehlungen des „Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz“ (2018) aufgegriffen sowie die entstehenden Versorgungsmodule im ASZ in den SÜ-BHPF integriert. Wesentlicher Bestandteil im SÜ-BHPF sind zudem die neu zu etablierenden ambulanten Therapieangebote.

Die Selektion der Indikationen richtete sich nach dem größten Potenzial für die Vermeidung stationärer Behandlung. Neben der Reduzierung von unnötigen stationären Behandlungen kann mit der Implementierung des im nachstehenden Dokument dargestellten Behandlungspfades Rückenschmerz eine Senkung von Krankheitskosten und eine Steigerung der Lebensqualität von Rückenschmerzpatienten erreicht werden. Die Indikation Rückenschmerz war ursprünglich nicht im Förderantrag aufgeführt. Auf Initiative der Ärzte und aufgrund der Versorgungsrelevanz erfolgte eine Anfrage beim DLR die Indikation neu aufzunehmen. Die Genehmigung bzw. Zustimmung der Indikation Rückenschmerz wurde seitens des DLR mit Schreiben vom 06.03.2018 unter dem Vorbehalt der Ausgabenneutralität erteilt.

Potsdam, den 22.08.2018

**Zur besseren und flüssigeren Lesbarkeit werden nachfolgend geschlechtsspezifische Bezeichnungen nur in der männlichen Form verwendet. Diese umfassen jedoch Frauen und Männer gleichermaßen.*

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

1. Vorbemerkung zum projektspezifischen Pfadverständnis

Die Entwicklung und Umsetzung des SÜ-BHPF Rückenschmerz erfolgte aufgrund der im Förderantrag vom 05.07.2016 formulierten Zielstellungen:

1. Adaptation nationaler und internationaler evidenzbasierter Leitlinien an die lokalen Bedingungen durch die Ärzte vor Ort.
2. Neben der Gruppe geriatrischer Patienten wird eine Konzentration auf Krankheiten des Kreislaufsystems sowie auf endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten erfolgen. Die Auswahl erfolgt unter Berücksichtigung der größten Potenziale für die Vermeidung stationärer Behandlungen.
3. Um auch die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung angemessen zu berücksichtigen, werden im Unterschied zu den meisten der bisherigen Ansätze, neben den niedergelassenen Ärzten auch die Ärzte des Sana Krankenhauses Templin von Beginn an in die Erarbeitung der Pfade einbezogen.
4. Es werden zudem Kriterien für den Einsatz von Case Management eingearbeitet und soweit angezeigt und es werden nichtärztliche Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Pflege, etc.) in die Erarbeitung einbezogen.
5. Es wird festgelegt, welche Informationen wann über die Datenaustausch-Plattform ausgetauscht und welche Informationen in das Clinical Data Repository eingestellt werden bzw. dokumentiert sein sollen.

Weitere Kriterien für die Anforderungen für die Pfadentwicklung im Projekt wurden in der AG „Prototypische Fälle“ (2016/2017) definiert:

1. SÜ-BHPF orientieren sich an den strukturellen Rahmenbedingungen vor Ort und sind ein Teil des gesamten Migrationsprozesses.
2. Vor dem Hintergrund sich verändernder Versorgungsstrukturen sind SÜ-BHPF dynamisch angelegt und bedürfen kontinuierlicher Anpassungsprozesse.
3. SÜ-BHPF können sich an einzelnen Diagnosen orientieren und/oder werden komplex aufgebaut, um eine definierte Zielgruppe einzuschließen.
4. SÜ-BHPF sind mehrdimensional und berücksichtigen Komorbiditäten.

Aufbauend zu diesem Pfadverständnis hat die Projektgruppe SÜ-BHPF die Kriterien für Rückenschmerz wie folgt konkretisiert:

1. Stufenkonzept auf Basis eines multidisziplinären Assessments
2. Aufbau eines neuen multiprofessionellen Behandlungsangebotes aus Medizin, Physiotherapie, Sporttherapie, Psychotherapie und progressiver Muskelentspannung als ambulante Therapieform
3. Vorselektion durch Hausärzte = Gatekeeper (z.B. Erfassung des Chronifizierungsgrades, Überweisung an FA)

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

4. Gezielte Steuerung des Patienten vom HA zum FA
5. Ressourcenorientierte Nutzung regionaler Versorgungsstrukturen
6. Einbindung des agnes^{zwei}-Fachkräfte
7. Dynamischer Modulansatz (Einbindung zukünftig entstehender Strukturen KBZ und ASZ).

Obligater Bestandteil SÜ-BHPF Rückenschmerz ist die „Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“, Langfassung, 2. Auflage, 2017.

2. Ausgangslage

Rückenschmerzen zählen in der Bundesrepublik Deutschland zu den häufigsten Gesundheitsproblemen. Die funktionalen Einschränkungen können sowohl im Privat- als auch im Berufsleben zu erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen führen und sind vor allem bei chronischen Verläufen ein besonders häufiger Grund für die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems sowie Erwerbsminderungsrenten.

Herausforderungen in der Versorgung von Rückenschmerzpatienten sind vor allem:

- zu lange Zeitschiene zwischen anhaltenden Rückenschmerzen und spezifischer medizinischer sowie therapeutischer Behandlung
- hohes Chronifizierungspotential mit Folgekosten (AU, Reha)
- Verlust der Erwerbsfähigkeit
- Patienten gehen direkt zum Facharzt, ohne entsprechende Vorbehandlung und Überweisung durch den Hausarzt

Dem können multiprofessionelle und multimodale Behandlungsprogramme entgegenwirken. Der vergleichsweise neue Behandlungsansatz basiert im ersten Schritt auf einer Linderung von Schmerzen und im zweiten Schritt auf einer Verbesserung der durch Schmerz eingeschränkten körperlichen, psychischen und sozialen Fähigkeiten. Von hoher Relevanz ist in diesem Zusammenhang die Vermittlung von Wissen, Motivation und Lebensfreude.

Im strukturschwachen und ländlich geprägten Mittelbereich Templin hat sich ein Team aus den Bereichen Medizin, Physiotherapie und Reha- sowie Gesundheitssport zusammengeschlossen, um ein ambulantes multimodales und qualitatives Leistungsangebot für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen zu entwickeln (Konzept von [REDACTED])

Im Rahmen von zwei Workshops am 16.11.2016 und 15.03.2017 wurden erste konzeptionelle Ansätze zur Entwicklung eines SÜ-BHPF Rückenschmerz in Templin erarbeitet.

Diese Ergebnisse bildeten die Ausgangsbasis für die Projektgruppenarbeit im Rahmen des Innovationsfondsprojektes IGiB-StimMT.

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

In die Projektgruppenarbeit, die auch das Pfadteam bilden, sind folgende Akteure beteiligt:

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Zusätzlich wurde [REDACTED] als Expertin einbezogen. Sie verfügt über eine umfangreiche Expertise zum Thema Rückenschmerz (Expertenpanel Gesundheitspfad Rücken, IV-Verträge zur AU-Fallführung und zur Zweitmeinung vor Wirbelsäulenoperationen, Forschungsprojekt mit Hausärzten und leitet das CLARA Clinical Analysis, Research and Application Institut. Weiterhin ist sie an dem Innovationsfondsprojekt „PAIN 2020“ beteiligt.

Weitere Fachdisziplinen und Akteure sollen mit einbezogen werden:

- Neurochirurgie: Diagnostik & Therapieempfehlung (Konsiliartätigkeit)
- Psychotherapie.: Diagnostik, Medikationscheck & Therapie (GLG Sana Templin, Personal darf stundenweise ambulant tätig werden.)
- Sana Krankenhaus Sommerfeld, Klinik für Manuelle Therapie
- Weitere Sporttherapeutische Einrichtungen in der Region
- anges^{zwei} Fachkraft, Pflege
- Apotheke
- Reha Sport (Sporttherapie)
- Physiotherapie

3. Ist-Analyse

Im Mittelbereich Templin wurden im Jahr 2015 insgesamt 7786 Personen mit Rückenschmerzen ambulant versorgt. Diesen Personen wurden 13421 gesicherte Diagnosen M54.00 bis M54.99 zugeordnet (vgl. Abbildung 1). Gemessen an der Gesamtbevölkerung des Mittelbereiches leiden 28,9% an Rückenschmerzen (Wohnbevölkerung 2014: 26.924).

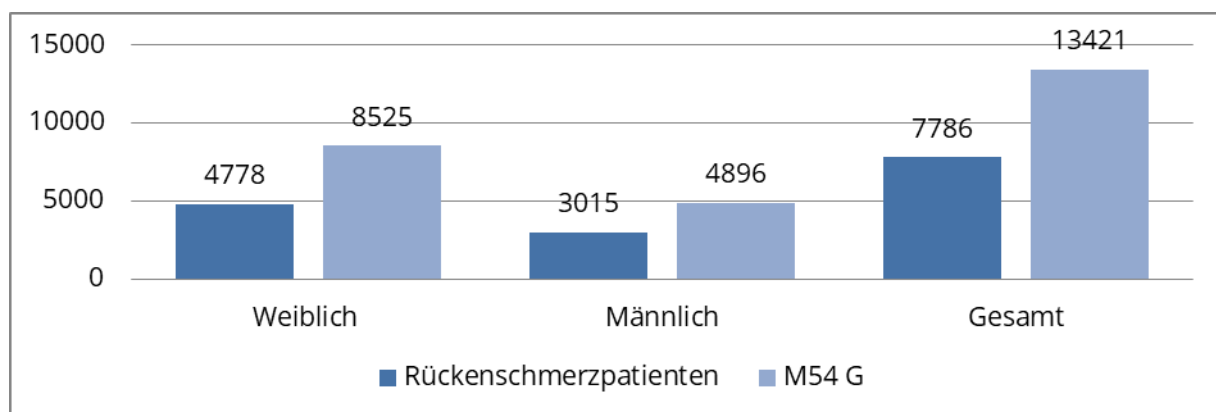


Abbildung 1: Anzahl der Rückenschmerzpatienten mit gesicherten Rückenschmerzdiagnosen (M54 00-99) im Mittelbereich Templin Jahr 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Patienten mit Rückenschmerzen können nach akuter und dauerhafter Kennung codiert werden. Demnach sind deutlich mehr Akut- als Dauerkennung dokumentiert (vgl. Abbildung 2).

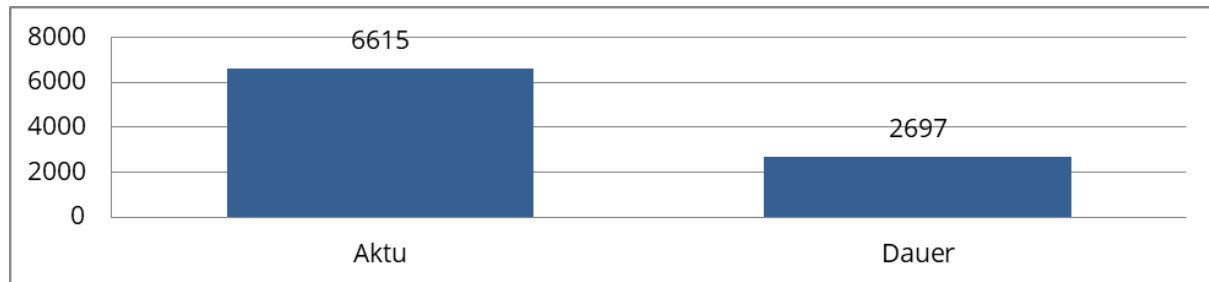


Abbildung 2: Verteilung der Diagnosekennungen Akut und Dauerhaft auf die Gesamtanzahl der Rückenschmerzpatienten im Mittelbereich Templin Jahr 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

Am häufigsten sind die Diagnosegruppen Kreuzschmerz, gefolgt von Radikulopathie, sonst. Schmerzen, Lumboischialgie und Zervikalneuralgie von allen Rückenschmerzdiagnosen vertreten (vgl. Abbildung 3).

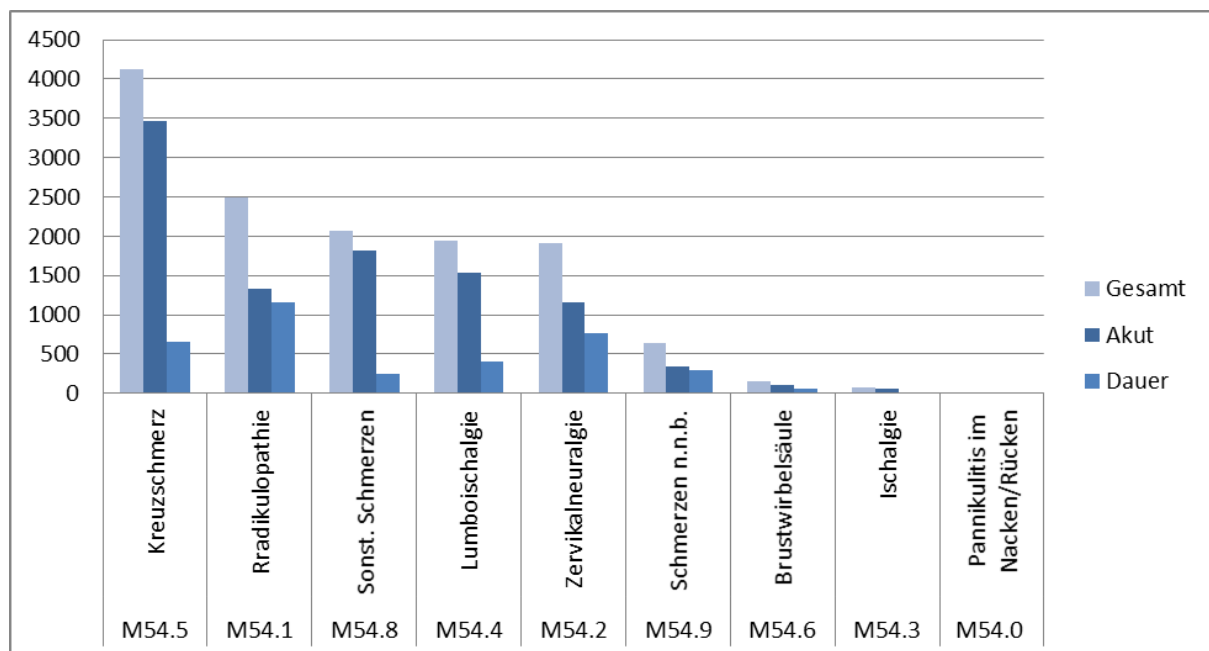


Abbildung 3: Verteilung der Rückenschmerzdiagnosen nach akut und dauerhafter Kennung im Mittelbereich Templin Jahr 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

Mit Blick auf das Geschlecht leiden deutlich mehr Frauen als Männer an Rückenschmerzen (vgl. Abbildung 4).

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

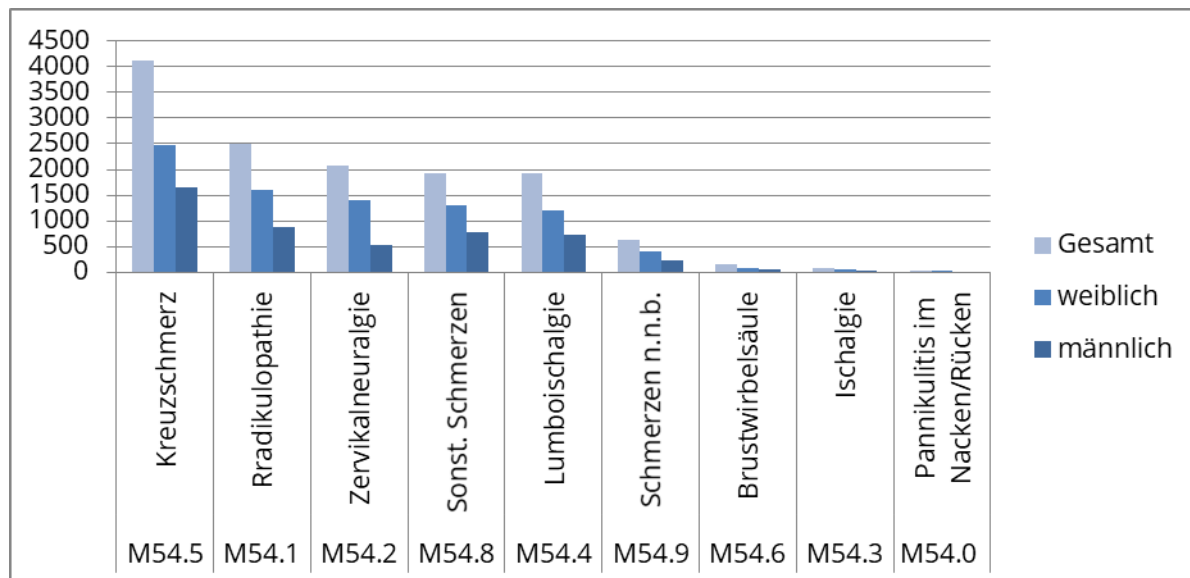


Abbildung 4: Verteilung der Rückenschmerzdiagnosen nach Geschlecht im Mittelbereich Templin Jahr 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

Die Altersklassen mit den meisten Rückenschmerzpatienten ist zwischen 51-60 Jahren (N=1904). In den Altersklassen 61-70 Jahre und 71-80 Jahre fällt die Anzahl an Rückenschmerzpatienten leicht ab, hält sich allerdings auf einem Niveau von über 1400 Personen im Jahr 2015. In den hochaltrigen Altersklassen nimmt die Anzahl von Rückenschmerzpatienten stark ab (vgl. Abbildung 5 und 6).

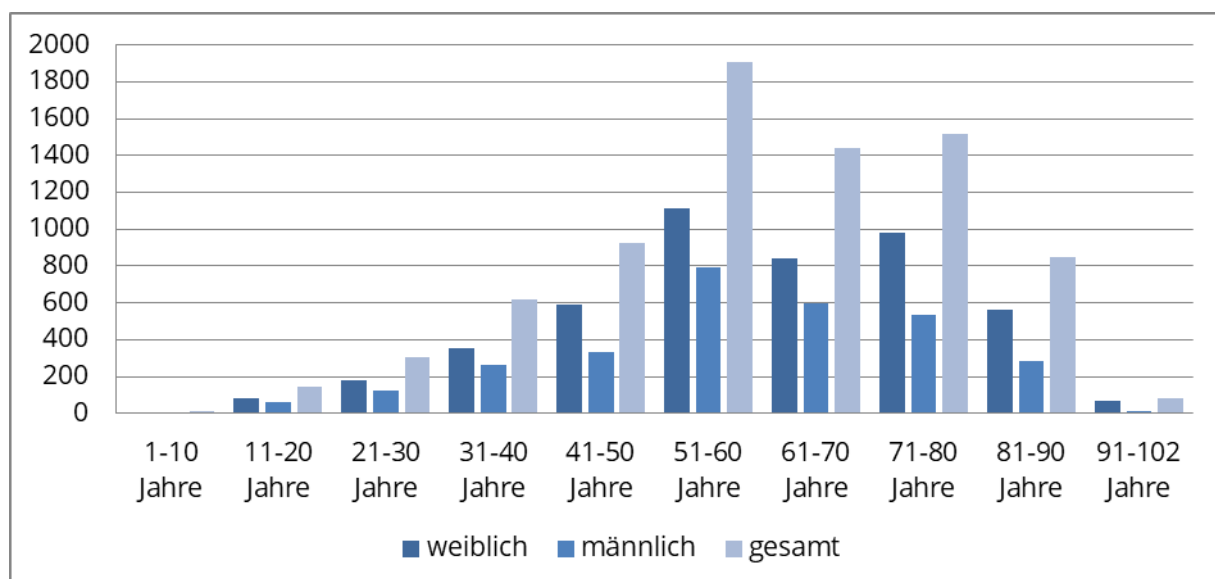


Abbildung 5: Altersverteilung von Rückenschmerzpatienten im Mittelbereich Templin Jahr 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

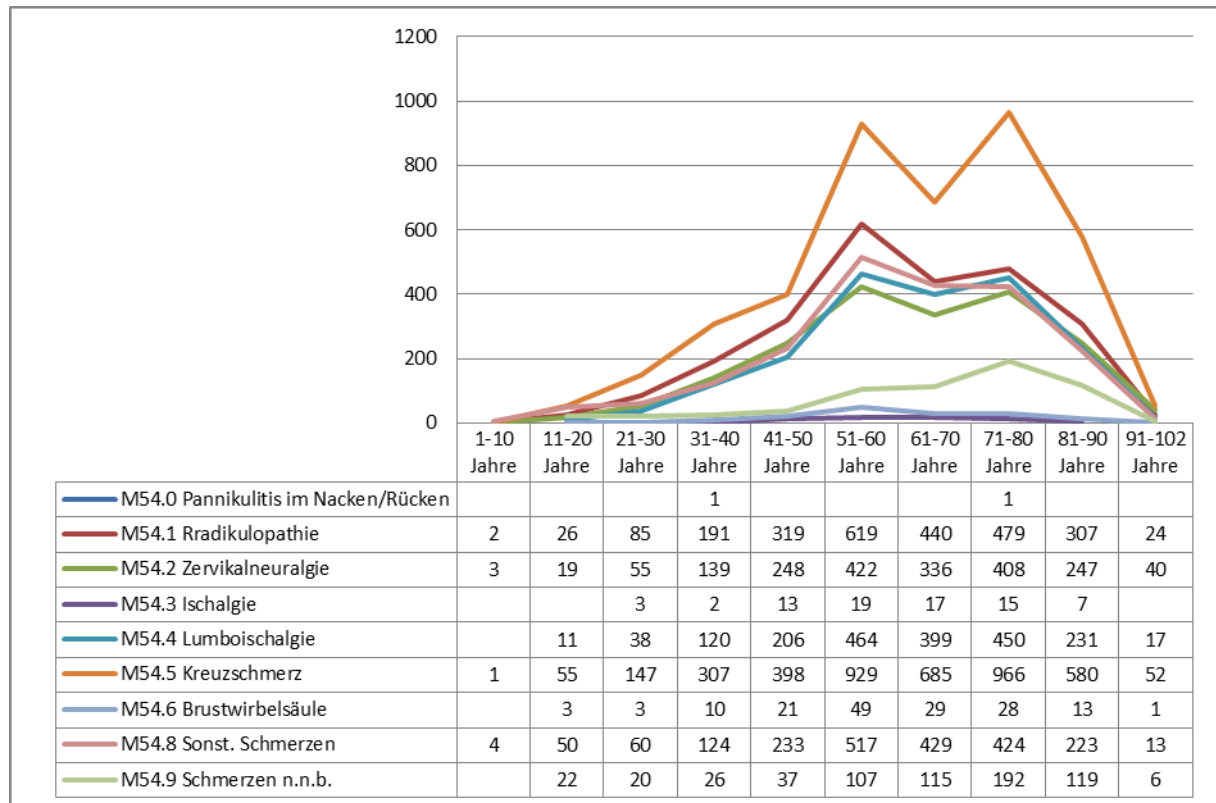


Abbildung 6: Verteilung der gesicherten Rückenschmerzdiagnosen nach Altersklassen im Mittelbereich Templin Jahre 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

4. Zielstellung

Das Betreuungskonzept für Rückenschmerzpatienten hat folgende primäre Zielstellungen:

- frühestmögliche Erkennung von Chronifizierungsrisiken
- Vermeidung von Chronifizierungsprozessen
- Erhalt der Erwerbstätigkeit (Vermeidung AU, EU)
- Schmerzlinderung
- Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität
- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und ambulanten Krankenhausbehandlungen in der Rettungsstelle

Weiterhin werden folgende sekundäre Ziele

- Stärkung des Nachsorgeangebotes
- Patientenedukation/Coaching (Vortragsreihe)
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Der SÜ-BHF Rückenschmerz konzentriert sich dabei auf die Strukturierung und Umsetzung folgender Kernbestandteile:

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

1. Erstbehandlung/Erstkontakt von Rückenschmerzpatienten beim Hausarzt (Screening) ⇒ Überleitungsmanagement an den Facharzt
2. Multidisziplinäres Assessment im ASZ. Das multidisziplinäre Team setzt sich dabei aus folgenden Berufsgruppen zusammen:
 - a. Facharzt
 - b. Psychologischer Psychotherapeut
 - c. Physiotherapeut
3. Pfadspezifisches Betreuungskonzept:

Stufe A	Intensivtherapie (3 Wochen)
Stufe B	Aktivierungsprogramm (3 Monate)
Stufe C	Langzeitbetreuung (9-15 Monate)

5. Zielgruppen

Das Betreuungskonzept für Rückenschmerzpatienten ist für folgende Zielgruppen mit unspezifischen Rückenschmerz ohne Festlegung bzw. Ausschluss auf Lokalisation ausgerichtet:

- Patienten mit Chronifizierungsgrad I nach Gerbershagen
- Patienten mit Chronifizierungsgrad II nach Gerbershagen
- Patienten ab dem 18. Lebensjahr
- Länge der AU-Zeiten (mind. 2 Wochen oder kumuliert 6 Woche im Jahr)
- schmerzbedingte deutliche Beeinträchtigung (Erhebung durch Fragebogen)

Bei Patienten mit Chronifizierungsgrad III ist der Chronifizierungsgrad oftmals soweit fortgeschritten, dass keine Therapie im Rahmen des Pfades möglich ist. Maßnahmen bei Grad III sind vordergründig: Überweisung an Fachklinik, Stabilisierung, Abwendung von Pflegbedürftigkeit, intensivere Komplextherapie (Gruppentherapie nicht möglich). Im Vorfeld der stationären Einweisung müssen ambulante Potentiale ausgeschöpft sein.

Folgende Ausschlusskriterien werden für den Pfad festgelegt:

1. laufendes Rentenverfahren
2. laufender Reha-Antrag
3. Erwerbsunfähigkeit
4. palliative Tumorerkrankung.

6. Pfadbeschreibung

In Templin soll ein ambulanter multimodaler und multiprofessioneller Behandlungsansatz zur Versorgung von Rückenschmerzpatienten entwickelt und umgesetzt werden. Ausgangspunkt für den SÜ-BHPF ist das folgende Schema:

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

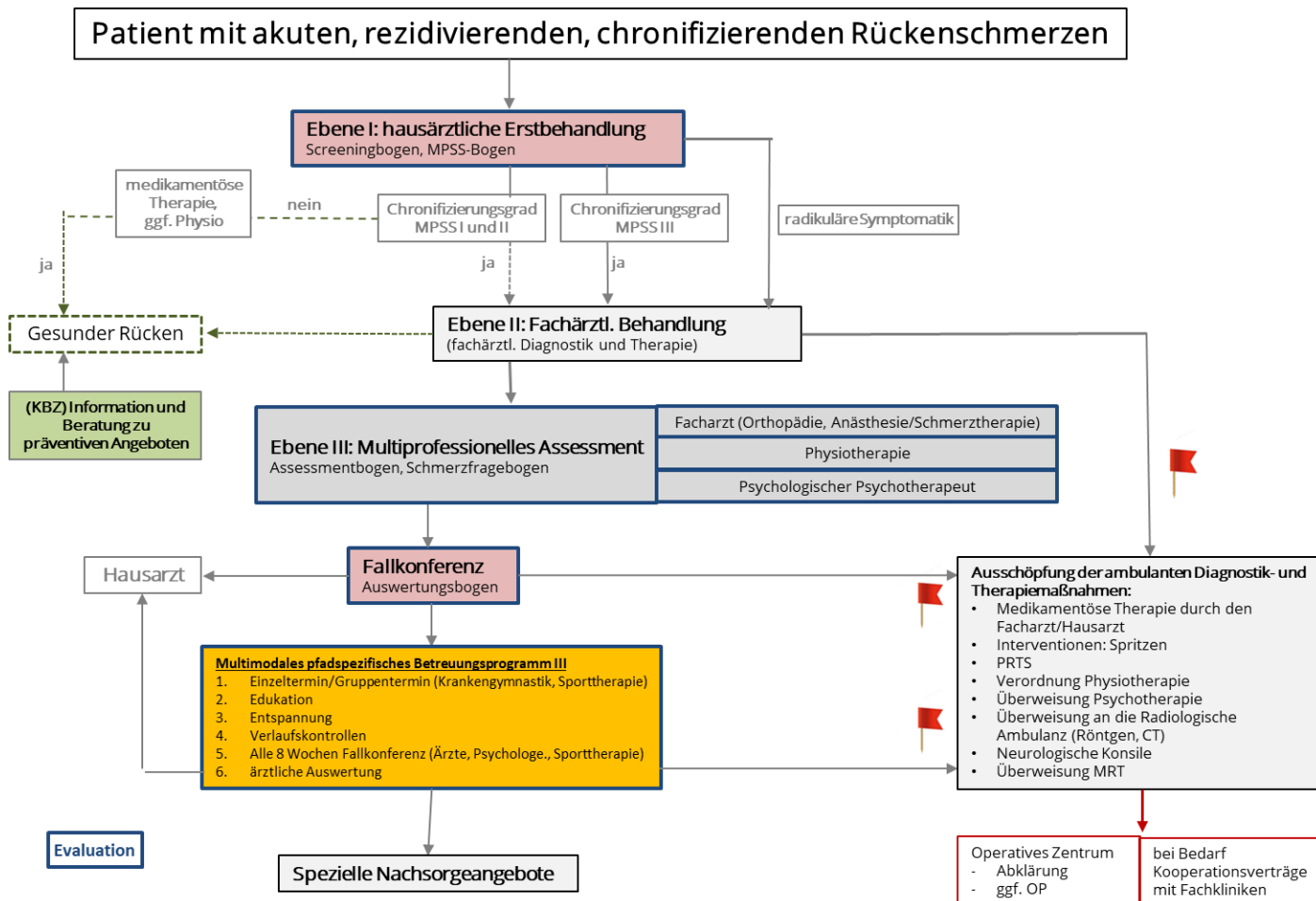


Abbildung 7: Schematische Zusammenstellung der Versorgungsebenen (eigene Darstellung)

Erläuterung:

Der Patient kommt mit akuten, rezidivierenden oder chronifizierenden Rückenschmerzen zum Hausarzt. Dort erfolgen eine Anamnese, körperliche und klinische Untersuchungen sowie eine Einschätzung des Chronifizierungsrisikos.

- Der Hausarzt kann das Gesundheitsproblem des Patienten vollständig lösen durch medikamentöse Therapie und ggf. Physiotherapie. Der Patient ist schmerzfrei und erhält präventive Angebote zur langfristigen Sicherung eines gesunden Rückens.
- Der Hausarzt kann ein Chronifizierungsrisiko ermitteln und eine Überweisung an die Ebene III ausstellen. Hier erfolgt ein multiprofessionelles Assessment durch Facharzt, Physiotherapeut und Psychotherapeut. Anschließend wird der Patient in einen der drei Pfade eingeschrieben und erhält die entsprechenden Therapiemodule sowie b.B. ein Nachsorgeangebot (Sporttherapie). Sollte der Patient gesund sein, wird er anschließend wieder auf der ersten Behandlungsebene betreut. Sollte keine Besserung bzw. eine Schmerzverstärkung auftreten, ist eine stati-

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

onäre Einweisung für eine Komplextherapie (Pfad I) erforderlich (z.B. in Kooperation mit der Fachklinik in Sommerfeld), da diese Therapieform derzeit als ambulantes Angebot bisher nicht in Deutschland etabliert ist. Folgende ambulante therapeutische und diagnostische Maßnahmen müssen im ambulanten Bereich bei Bedarf ausgeschöpft sein:

- Medikamentöse Therapie durch den Facharzt/Hausarzt
- PRT
- Physiotherapie
- Psychotherapie
- Diagnostik: CT, Röntgen (Überweisung an die Radiologische Ambulanz), MRT (wohnort-fern)
- Neurologische Konsile

Bei akuten Anzeichen von RED FLAGS ist die dringende spezialisierte Abklärung gegeben. Diese liegen bei klarer somatischer/mechanischer Pathologie der Wirbelsäule, neurologischer oder entzündlicher Pathologie vor.

c.) Der Hausarzt kann neben dem Rückenschmerz auch radikuläre Symptome erkennen und an die Ebene II überweisen. Hier führen die FÄ f. Orthopädie eine fachärztliche Diagnostik durch und konsultieren b.B. weitere Fachgruppen zur Differenzialdiagnostik. Von dieser Behandlungsebene gibt es drei weiterführende Schritte:

1. Vollständige Gesundung und Weiterbehandlung auf Ebene I
2. Persistenz/Verschlechterung und Möglichkeit einer multiprofessionellen Diagnostik und Therapie auf Ebene III
3. Verschlechterung und Notwendigkeit einer stationären Therapie oder ambulanter Intervention (periradikuläre Therapie (PRT))

d.) Der Hausarzt kann die sofortige Notwendigkeit einer stationären Behandlung erkennen und eine Einweisung in ein Krankenhaus veranlassen. Im Anschluss an eine stationäre Behandlung wird der Patient vom Hausarzt versorgt bzw. ist b.B. die Durchführung eines Nachsorgeangebotes oder einer stabilisierenden multimodalen Therapie auf der Ebene III denkbar.

Nach dem Multiprofessionellen Assessment soll eine Überleitung in ein pfadspezifisches Betreuungsprogramm (Pfad I-III) erfolgen. Diese Betreuungskonzepte sind derzeit im Mittelbereich Templin noch nicht verfügbar. Ziel ist es, diese im Rahmen des Förderzeitraums aufzubauen. Hierzu werden bei Bedarf Kooperationsverträge mit den erforderlichen Betreuungsstrukturen bzw. Fachdisziplinen oder auch Schulungsreferenten vereinbart.

Pfad I	Pfad II	Pfad III
<u>Zielgruppe:</u> akute Exacerbation, Abwendung von AU und OP	<u>Zielgruppe:</u> MPSS I + II, Yellow flags, psych. Begleiterkrankung, Abwendung AU u. Berentung, Pat. im Berufsleben	<u>Zielgruppe:</u> MPSS I + II + III, Abwendung
3-Wochen intensiv	3-Monate berufsbegleitend	9-15 Monate berufsbegleitend
<u>Therapieprogramm 4 Tage/Woche:</u> • 4x/Wo. Krankengymnastik	<u>Therapieprogramm 2 Tage/Woche:</u> • nachmittags/abends	<u>Therapieprogramm 2 Tage/Woche:</u> • 2x/Wo. Krankengymnastik/ Kon-

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

(Gruppe) • 4x/Wo. Konditionierung (Gruppe) • 2x/Wo. Vortrag (Gruppe) • 2x/Woche Entspannung (Gruppe) • 1x/Wo. Ärztliche Konsultation/Behandlung, z.B. TLA, PVA, Kaudale Interjektion (Einzel) • 2x/Wo. ... manuelle Therapie/KG (Einzel)	• 2x/Wo. Krankengymnastik (Gruppe) • 2x/Wo. Konditionierung (Gruppe) • 1x/Wo. Manuelle Therapie (Einzel) • 1x/Wo. Entspannung (Gruppe) • 6x Vortrag (Gruppe) • 3x Gespräch beim Psychologen (Einzel)	ditionierung (Gruppe) • alle 2 Wo. Vortrag (Gruppe), Reflexion • alle 2 Wochen Entspannung (Gruppe)
---	---	---

Tabelle 2: Inhalt der pfadspezifischen Betreuungsprogramme I-III

Im ersten Schritt soll der Pfad III umgesetzt werden. Dabei werden die Empfehlungen der NVL berücksichtigt:

- zurückhaltende Diagnostik
- Psyche und soziales Umfeld beachten
- Aktivierung zur Bewegung
- Schmerzmittel: So viel wie nötig, so wenig wie möglich
- chronische Schmerzen: Kombinierte Behandlung

Der Hausarzt führt ein Screening durch und nutzt den MPSS-Bogen zur Ermittlung des Chronifizierungsgrades:

1. Screeningbogen
 - a. Aspekte des Gesundheitsverhaltens (Übergewicht, ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten, Bewegungsmangel, Arbeitsplatzsituation)
 - b. Schmerzauslöser
 - c. Schmerzlokalisierung (mono-, bi- oder multilokulär),
 - d. Schmerzdauer,
 - e. Schmerzstärke,
 - f. Schmerzdynamik (Schmerzstärkenwechsel),
 - g. Schmerzqualität,
 - h. Schmerzverlauf (akut, subakut, chronisch);
 - i. Erfassung schmerzbedingter Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens;
 - j. Depressionsscreening, Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen, Erhebung salutogener Ressourcen.
2. MPSS-Bogen (Mainzer Stadienmodell der Schmerz-Chronifizierung)

Bei Vorliegen folgender Kriterien erfolgt die Übergabe vom Hausarzt an den Facharzt zur Differenzialdiagnostik und Schmerzeinstellung:

- > 4 Wochen Schmerzen
- > 2 Wochen AU
- Schmerzskala: Keine Verbesserung der Schmerzsymptomatik

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Folgende Vorgaben der NVL werden integriert:

- Ergeben Anamnese und körperliche Untersuchung keinen Verdacht auf gefährliche Ursachen, soll bei akuten Kreuzschmerzen keine weitere Diagnostik eingesetzt werden.
- Wenn nach vier bis sechs Wochen keine Besserung eintritt und die Schmerzen den Patienten im Alltag behindern, soll der Einsatz bildgebender Verfahren geprüft werden.
- Nach vier Wochen Schmerzdauer und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie können arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren mit einem standardisierten Screeninginstrument erfasst werden.
- Nach vier Wochen Schmerzdauer und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie sollten psychosoziale Risikofaktoren durch den koordinierenden Arzt des multiprofessionellen Assessments mit einem standardisierten Screeninginstrument, z. B. STarT Back Tool oder Örebro Kurzfragebogen, erfasst werden.
- Bessern sich Kreuzschmerzen nach einigen Wochen nicht, erfolgt ein frühzeitiges multidisziplinäres Assessment aus
- Belastungen im persönlichen Umfeld des Patienten, Schwierigkeiten mit der Familie oder Arbeitsplatz spielen bei Kreuzschmerzen eine wichtige Rolle.
- Psychosoziale Risikofaktoren sollen von Anfang an erfragt und berücksichtigt werden, um eine Chronifizierung möglichst zu vermeiden.
- Bei unzureichendem Therapieerfolg sollen psychosoziale Risikofaktoren systematisch mit standardisierten Fragebögen erhoben werden.
- Bewegungstherapien/Körperliche Aktivierung können bei akuten und sollen bei länger andauernden Kreuzschmerzen eingesetzt werden.
- Bei chronischen Schmerzen wird eine kombinierte Behandlung empfohlen. Halten Schmerzen länger als sechs Wochen an, soll Patienten eine multimodale Therapie angeboten werden, die Schmerz-, Psycho- und Bewegungstherapien kombiniert. Nach einem multimodalen Programm sollen konkrete Nachsorgeempfehlungen in Form eines Entlassungsberichtes und die weitere Behandlung mit dem koordinierenden Arzt des multiprofessionellen Assessments besprochen werden, um die erreichten Therapieergebnisse zu verstetigen.
- Im Krankheitsverlauf soll eine kontinuierliche Aufklärung und Motivation zu einer gesunden Lebensführung, die regelmäßige körperliche Aktivität einschließt, durchgeführt werden.
- Des Weiteren erfolgt eine Anleitung zum gesundheitsbewussten Verhalten. Hierzu werden krankenkassenspezifische Programme (wie z.B. Kaja-App) angewendet.

Der Facharzt auf Ebene II prüft die Notwendigkeit eines Assessments. Voraussetzungen für die Durchführung des Assessments sind:

- es droht eine Chronifizierung
- berufsfähiges Alter
- es liegt keine Berentung vor
- deutsche Sprachkenntnisse
- Mobilität

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

- Gesundheitskompetenz vorhanden
- grundsätzliche Bereitschaft des Patienten

Im Vorfeld des Assessments füllt der Patient den Deutschen Schmerzfragebogen (Druckvorlage der DSG) aus.

Das Multiprofessionelle Assessment soll im Rahmen eines neuen Versorgungsmoduls im ASZ stattfinden. Geplant ist, jeweils 3 Patienten in dem Assessment von Fachärzten, Physiotherapeuten und Psychologen begutachten zu lassen. Hierbei wird mit einem 14-tägigen Turnus begonnen, der im Projektzeitraum angepasst werden kann. Der Ablauf ist wie folgt vorgesehen:

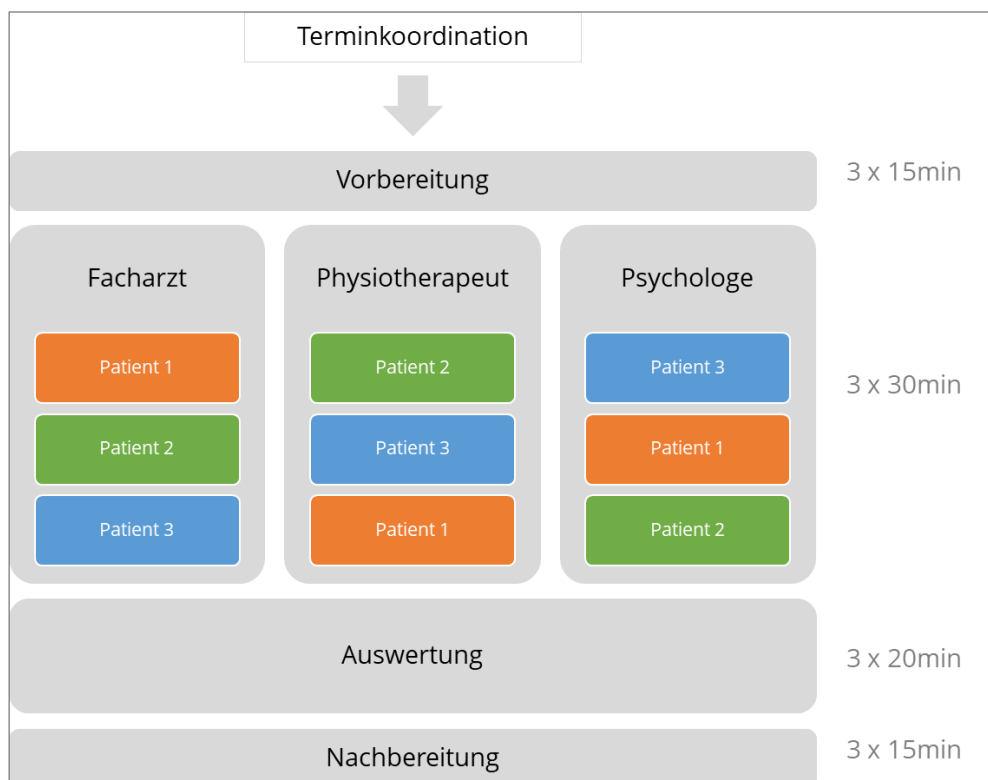


Abbildung 9: Ablauf Assessment

Inhalt:	körperlich-klinische Untersuchung (Gutachten) Anwendung der Neutral-Null-Methode (NNM, Nulldurchgangsmethode) - ist ein standardisierter orthopädischer Bewertungs- und Dokumentationsindex für die Beweglichkeit von Gelenken.
Anzahl Patienten:	3
Gesamtdauer:	3 Stunden - 3 x 30 min (Assessment) - 3 x 20 min (Auswertung) - 3 x 30 min (Vor- und Nachbereitungszeit)
Beteiligte	Fachärzte

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Voraussetzung: Psychologischer Psychotherapeut
Physiotherapeut
Kenntnisse in der Manualtherapie
Erfahrung in der funktionspathologischen Sicht auf den Patienten

Nach der Auswertung erfolgt die Überleitung in das pfadspezifische Betreuungsprogramm:

- Sportprogramm
- Entspannung
- Edukation
- Ärztliche Mitbetreuung
 - Monitoring Verlauf der Chronifizierung
 - Auswertung der Schmerzdokumentation
 - Bewertung, ob eine therapeutische Intervention erforderlich ist
 - o Red Flag
 - o Verschlechterung
 - o Funktionspathologie
 - o Körperliche Untersuchung
 - o ggf. Medikationsanpassung
 - o ggf. Abklärung weiterer Diagnostik
- ärztliches Auswertungsgespräch
 - o Beurteilung des Erfolges
 - o Bewertung der Verbesserung
 - o Zielüberprüfung

Für die Schmerzdokumentation ist vorgesehen, die Software painPool zu nutzen. Hierzu werden Lizenzen für das Pfadteam bereitgestellt. Weiterhin erfolgt die Ausstattung der Praxen bzw. Versorgungsstrukturen mit Tablets, so dass Fragebögen, Verlaufskontrollen usw. elektronisch durchgeführt werden können.

Das pfadspezifische Betreuungsprogramm sieht folgende therapeutische und edukative Komponenten vor (die Therapieinhalte werden in einem gesonderten Konzept bzw. Curriculum beschrieben):

1. Einzeltermin zu Beginn:

- Leistungserbringer: Pegasus
- Leistungsumfang: Anamnese, med. Körperanalyse, Muskelanalysen an Geräten
- Dauer: 60 Minuten

2. Gruppentherapieangebot (GT)

- Leistungserbringer: Pegasus
- Wöchentlich: Dienstag und Donnerstag
- Dauer: 45 Minuten

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

- Uhrzeit: ab 18 Uhr
- Teilnehmergröße: min. 3 bis max. 15 Personen

3. Einzeltherapieangebot (ET)

- Milon Gesundheitszirkel
- Leistungserbringer: Pegasus
- Dauer: 17,5 Minuten
- Individuelles Training vor oder nach der GT
- Dokumentation in: Milon Care Software

4. Entspannungsangebot

- Leistungserbringer: Psychotherapeuten und weiter nichtärztliche Gesundheitsexperten
- Entspannungsangebote wie Jacobson (progressive Muskelentspannung)
- XX: Donnerstag
- Dauer: 45 Minuten

5. Edukationsangebot

- Durchführende: Ärzte, Psychotherapeuten und weiter nichtärztliche Gesundheitsexperten
- Monatlich: Donnerstag
- Dauer: 45 Minuten
- Ggf. Erstellung einer Plattform für Patienten (Fenster in IGiB-Homepage)
- Konzeption der Vortragsreihe erfolgt durch die Ärzte
 - o Medizinische Kategorie
 - o Psychotherapeutische Kategorie
 - o Funktionale Kategorie

6. Verlaufskontrollen alle 8 Wochen

- Einzeltermine zur individuellen Zielkontrolle
- Leistungserbringer: Pegasus
 - Bezug zum Thema Schmerz
 - Schnittstelle zu den Fachärzten: z.B. Fallkonferenzen
 - Praxis Schilling dokumentiert in Pain Pool

Ziel des SÜ BHPF Rückenschmerz ist es, neben der leitliniengerechten Therapie, den Patienten zu einem strukturierten Selbstmanagement zu befähigen. D.h., durch ergänzende Angebote soll eine Stärkung der Handlungskompetenz ermöglicht werden. Die hierfür notwendige Bereitschaft des Patienten an einer aktiven Mitwirkung muss gegeben sein.

Der SÜ-BHPF wird das Case-Management (agnes^{zwei}-Fachkraft) integrieren. Der Case-Manager soll bei Bedarf das Pfadmanagement durch Erfassung und Auswertung der relevanten Daten unterstützen und an der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Behandlungspfade mitwirken. Die Beauftragung erfolgt durch den Hausarzt oder im Bedarfsfall durch den Facharzt. Die Finanzierung der Leistungen der agnes^{zwei} sind in der Anlage 3 der Rahmenvereinbarung geregelt.

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Im Rahmen der Tätigkeit sind folgende Aufgabenschwerpunkte vorgesehen:

- Beratung und Betreuung
- Ansprechpartner für Patient und Angehörige (Umgebungsassessment)
- Koordination
- Planung der Termine
- Fallbesprechung
- Unterstützung in der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Informationsmanagement

Im Rahmen des Interventionszeitraumes werden in Abstimmung mit dem Pfadteam und der agnes^{zwei} regelmäßig Fallbesprechungen, Fallkonferenzen und Qualitätszirkel durchgeführt.

Im Rahmen der ärztlichen Fortbildung wird das Thema: Schmerzpsychologie eingebunden (durch

Als Interventionszeitraum für den SÜ BHPF sind maximal 12 Monate vorgesehen. Die Zeitdauer ist abhängig von der Umsetzung des pfadspezifischen Betreuungsprogrammes (Teilnahmefrequenz des Patienten an den Einheiten). In diesem Zeitraum erfolgt das Screening und die intensivierte Pfadtherapie, die im Rahmen des Projektes evaluiert wird. Daraus ergeben sich folgende Messzeitpunkte werden durch das inav im Rahmen des Evaluationskonzeptes definiert.

Der SÜ-BHPF Rückenschmerz ist mit Einführung als versorgungswirksame Leistung obligater Bestandteil der zukünftigen ambulanten, wohnortnahen und leitliniengerechten Versorgung von Rückenschmerzpatienten im Mittelbereich Templin und umfasst den gesamten Versorgungszeitraum eines Patienten ab Diagnosestellung.

7. Leistungsbestandteile

Die hier entwickelten Leistungsinhalte sind zum einen bereits im Rahmen der Regelversorgung durch den EBM abgebildet und zum anderen erfolgt für die neu etablierten Zusatzleistungen sowie für den administrativen Aufwand eine Vergütung aus den Fördermitteln.

Ziel ist es, die Angebote so zu gestalten, dass auch über den Projektzeitraum hinaus eine Weiterfinanzierung erfolgen kann bzw. das Versorgungskonzept in weiterführende Verträge integriert werden kann.

Folgende Einzelpositionen erfolgen als Zusatzleistungen, die aus Fördermitteln finanziert werden:

1. Einschreibepauschale in das Projekt 15 € (aus dem Fördermittelbudget Projekteinschreibung).

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

2. Leistungen beim Hausarzt (Screeningpauschale inkl. aller Leistungsbestandteile (1x im Interventionszeitraum).
3. Leistungen beim Facharzt
 - Assessmentpauschale, 1x im Interventionszeitraum
 - Dokumentationspauschale Verlaufskontrolle I-III, 3x im Interventionszeitraum
 - Dokumentationspauschale Auswertungsgespräch, 1x im Interventionszeitraum
4. Leistungen durch die agnes^{zwei} (bereits in Anlage 3 des Rahmenvertrages geregelt.)
5. Trainingsprogramm
6. Patientenschulung
7. Fallkonferenzen/QZ

Hierzu erfolgt eine ergänzende Leistungsdefinition und Kalkulation, auf dessen Basis die Fallzahlen und Fallwerte definiert werden.

8. Evaluation

Folgende Zielparameter sollen im Rahmen der Evaluation ausgewertet werden:

- Frühestmögliche Erkennung von Chronifizierungsrisiken
- Vermeidung von Chronifizierungsprozessen
- Erhalt der Erwerbstätigkeit
- Schmerzlinderung
- Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung der Beweglichkeit
- Senkung der Hospitalisierungsrate,
- Fristgerechte Versorgung gemäß des Behandlungspfades

Die Konkretisierung und Operationalisierung erfolgt in dem Evaluationskonzept durch das inav.

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Literaturverzeichnis/Recherche

Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, Langfassung, 2. Auflage, 2017
Version 1, AWMF-Register-Nr.: nvl-007

<https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-lang.pdf>

DGS-PraxisLeitlinie Kreuz-/Rückenschmerz. Leitfaden für die medikamentöse Kreuz-/Rückenschmerzbehandlung durch erst-/primärversorgende Ärzte

https://dgs-praxisleitlinien.de/application/files/7114/6461/6146/PL_RS_lang.pdf

Unspezifischer Rückenschmerz: Meist selbstlimitierend, Österreichische Ärztezeitung Nr. 10 / 25.05.2015

<http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2015/oeaez-10-25052015/rueckenschmerz-aktivitaeten-des-taeglichen-lebens-adl-priv-doz-roman-radl.html>

Gesundheitspfad Rücken Innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Leitfaden für Entscheider und Gestalter. Experten-Panel „Rückenschmerz“ der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, Juni 2007

https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/IN_Gesundheitspfad_Ruecken_2007.pdf

Diagnose und Therapie chronischer Rückenschmerzen NVL Rückenschmerz 2010. Susanne Eder Interdisziplinäre Schmerztagesklinik Klinikum Nürnberg

https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/zentren/schmerz_tk/bilder_dokumente/Vortraege/Diagnose_und_Therapie_chronischer_Rueckenschmerzen.pdf

Stadieneinteilung des Schmerzes [nach Gerbershagen]

<http://www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/pdf/downloads/stadieneinteilung.pdf>

https://www.fachklinik-enzensberg.de/fileadmin/Fachklinik_Enzensberg/PDF/Fachbeitraege/2013_4_Schmerz_Interdisziplin%C3%A4res_Assessment_multimodales_Schmerztherapie_Endfassung.pdf
<http://forschung.deutscher-rechtsdienst.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaId=7764BEB1BB70902FC1256EA200301BD9>

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

Diagnosen:

Aufnahme in den Templiner Rücken-Intensiv-Kurs:

☐ Ja

☐ Nein

Empfehlungen:

Datum:

Unterschrift:

Das Mainzer Stadiensystem der Schmerzchronifizierung

Mainz Pain Staging System (MPSS)

H.U Gerbershagen, J. Korb, B. Nagel und P.Nilges DRK-Schmerz Zentrum Mainz
– Testanweisung –

1. Achse I: Zeitliche Aspekte der Schmerzes

Erläuterungen:

- Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten **4 Wochen** vor der Erhebung
- Bei multilokulären Schmerzen beziehen sich die Fragen auf den **Hauptschmerz** des Patienten

1.1 Auftretenshäufigkeit der Schmerzen

Frage: Wie oft traten Ihre (Haupt-) Schmerzen in den letzten 4 Wochen im allgemeinen (durchschnittlich) auf ?

Codiere

- 1: Die Schmerzen treten nicht täglich auf; oder sie treten maximal einmal täglich auf, gehen aber wieder auf Null zurück; es gibt längere schmerzfreie Intervalle (hierbei wird der Schlaf nicht als schmerzfreies Intervall gewertet). Bestanden keine Schmerzen in den letzten 4 Wochen wird ebenfalls mit 1 codiert
- 2: Die Schmerzen treten mehrmals täglich auf, gehen aber wieder bis auf Null zurück, es gibt schmerzfreie Intervalle (hierbei wird der Schlaf nicht als schmerzfreies Intervall gewertet)
- 3: Die Schmerzen sind bis auf seltene schmerzfreie Momente und Schmerzfreiheit im Schlaf dauernd vorhanden, d.h. der Schmerz geht im allgemeinen nicht auf Null zurück

1.2 Schmerzdauer

Frage: Wie lange hielten Ihre (Haupt-) Schmerzen in den letzten 4 Wochen im allgemeinen an ?

Codiere

- 1: Die Schmerzen halten in der Regel bis zu mehreren Stunden oder kürzer an
- 2: Die Schmerzen halten meist mehrere Tage, höchstens bis zu einer Woche lang an
- 3: Die Schmerzen halten meist länger als eine Woche an oder sie sind dauerhaft vorhanden

1.3 Wechsel der Schmerzintensität

1.3.1 Dauerschmerzen

Frage: Zeigten Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen im allgemeinen Schwankungen in der Stärke, d.h. wechselten die Schmerzen zwischen leichten, mäßigen und starken Schmerzen ?

Codiere

- 1: Schwankungen um zwei oder mehr Skalenwerte (NSS 0-10), zweimal oder öfter pro Woche
- 2: Schwankungen um zwei oder mehr Skalenwerte (NSS 0-10), seltener als zweimal pro Woche
- 3: Konstante Schmerzintensität

1.3.2 Anfallsartige Schmerzen

Frage: Traten Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen in unterschiedlicher Stärke auf, d.h. gab es leichte, mäßig starke und starke Schmerzanfälle ?

Codiere

- 1: Die einzelnen Schmerzanfälle waren zumeist (50 % der Anfälle oder mehr) von unterschiedlicher Stärke (mehr als 2 Skalenwerte Differenz (NSS 0-10))
- 2: Die einzelnen Schmerzanfälle waren nur zeitweise (unter 50 % der Anfälle) von unterschiedlicher Stärke (mehr als 2 Skalenwerte Differenz (NSS 0-10))
- 3: Die einzelnen Schmerzanfälle hatten (nahezu) immer die gleiche Intensität

2. Achse II: Räumliche Aspekte des Schmerzes, Lokularität der Schmerzen

Erläuterungen:

- Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 4 Wochen vor der Erhebung
- Nachfragen: Gibt es Haupt- und Nebenschmerzen ? Welche Schmerzen gehören für Sie zusammen ?
- Kritische Punkte: Unterschiedliche Lokalisationen, die vom Patienten als zusammengehörender Schmerz verstanden werden, werden mit 1 codiert (z.B. Kreuz-, Beinschmerzen, die gleichzeitig auftreten und als zusammengehörend erlebt werden). Gleiche Lokalisationen, die mit unterschiedlichen Schmerzen besetzt sind, werden mindestens mit 2 codiert (z.B. Dauerkopfschmerzen vom Nacken ausgehend und zusätzlich einseitige attackenartige Kopfschmerzen anderen Charakters)
- Die Schmerzen müssen für den Patienten von Krankheitswert gewesen sein; sie waren mit einer relevanten Beeinträchtigung für den Patienten verbunden

Frage: An welchen Körperregionen litten Sie in den letzten 4 Wochen unter Schmerzen? Wieviele Schmerzbilder konnten Sie dabei unterscheiden ?

Codiere

- 1: Der Patient klagt über ein für ihn zusammengehörendes Schmerzbild (an einer oder verschiedenen Regionen des Körpers)
- 2: Der Patient klagt über zwei abgrenzbare Schmerzbilder, die an einer oder an mehreren Stellen des Körpers lokalisiert sein können
- 3: Der Patient klagt über mehr als zwei voneinander abgrenzbare Schmerzbilder, oder seine Schmerzen nehmen mindestens 50% oder mehr der Körperoberfläche ein

3. Achse III: Medikamenteneinnahmeverhalten

3.1 Medikamenteneinnahme

Erläuterungen:

- Die Frage bezieht sich auf den Zeitraum der letzten 4 Wochen vor der Erhebung
- Schmerzbezogene Medikamente werden in folgende 3 Gruppen eingeteilt
 - Gruppe I: Nicht-Opioïd-Monoanalgetika (u.a. NSAR, Paracetamol, Metamizol)
 - Gruppe II: schwach und stark wirksame Opioide
 - Gruppe III: Analgetika-Mischpräparate, Migränemittel, Muskelrelaxantien, Tranquilizer, Antidepressiva, Neuroleptika, Antiepileptika und Cortisonderivate, sofern sie zur Schmerztherapie eingesetzt wurden

Frage: Haben Sie während der letzten 4 Wochen Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen ?

Codiere

- 1: Keine Medikamente, oder Einnahme an weniger als 15 Tagen pro Monat
- 2: Bis maximal zwei Medikamente der Gruppe I, an mehr als 15 Tagen pro Monat
- 3: Mehr als zwei Medikamente der Gruppe I an mindestens 15 Tagen im Monat; oder zumindest ein Medikament der Gruppen II oder III, an mindestens 15 Tagen pro Monat

3.2 Medikamentenentzugsbehandlungen

Erläuterungen:

- Die Frage bezieht sich auf die **gesamte Lebenszeit** für die in Frage 2 angegebenen Schmerzlokalisationen
- Ein Entzug (oder Dosisreduktion) wird hier nur bewertet, wenn er (sie) im Rahmen einer ambulanten oder stationären ärztlichen Behandlung stattgefunden hat.
- Eine selbständige Dosisreduktion muß mit behandlungsbedürftigen Entzugssymptomen verbunden gewesen sein

Frage: Wurde bei Ihnen jemals ein Medikament, das Sie wegen Ihrer Schmerzen einnahmen, entzogen oder versucht, die Dosis wesentlich zu reduzieren ?

Codiere

- 1: Keine Entzugsbehandlung oder erhebliche Dosisreduktion in der gesamten Vorgeschichte
- 2: Einmalig eine Entzugsbehandlung oder erhebliche Dosisreduktion in der Vorgeschichte
- 3: Mehrfach Entzugsbehandlungen oder erhebliche Dosisreduktionen in der Vorgeschichte

4. Achse IV: Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Erläuterung:

- Die Fragen beziehen sich auf die gesamte Lebenszeit für die in Frage 2 angegebenen Schmerzlokalisationen

4.1 Hausarztwechsel

Erläuterung:

- Es werden nur Wechsel des Hausarztes bzw. persönlichen Arztes wegen erfolgloser Schmerzbehandlung gewertet. Umzug, Schließen der Praxis etc. gelten nicht (Konsultationen verschiedener Fachärzte mit oder ohne Überweisung werden hier nicht "gezählt")

Frage: Haben Sie wegen nicht erfolgreicher Behandlungen Ihrer Schmerzen jemals Ihren Hausarzt bzw. Ihren persönlichen Arzt gewechselt ?

Codiere

- 1: Kein Wechsel des Hausarztes bzw. des persönlichen Arztes
- 2: Maximal drei Wechsel des Hausarztes bzw. des persönlichen Arztes
- 3: Mehr als drei Wechsel des Hausarztes bzw. des persönlichen Arztes

4.2 Schmerzbezogene Krankenhausaufenthalte

Erläuterung:

- Es werden nur schmerzbezogene stationäre Aufenthalte gewertet. Kuren und Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen siehe unter 4.4

Frage: Wurden Sie bereits einmal wegen Ihrer Schmerzen stationär in einem Krankenhaus behandelt?

Codiere

- 1: Keine oder nur eine stationäre schmerzbezogene Krankenhausbehandlung (Diagnostik und/oder Therapie)
- 2: Zwei bis drei stationäre schmerzbezogene Krankenhausaufenthalte
- 3: Mehr als drei stationäre schmerzbezogene Krankenhausaufenthalte

4.3 Schmerzbezogene Operationen

Erläuterungen:

- Es werden nur hauptsächlich aufgrund der Schmerzen durchgeführte Operationen gewertet
- Operative Eingriffe zur Therapie der Grunderkrankung oder anderer mit der Erkrankung verbundener Symptome werden nicht gewertet (z.B.: Bandscheibenoperation bei schwerer Parese; Versorgung von Frakturen nach Trauma; Adhäsiolyse bei Subileus etc.)
- Bei Kopf-Gesichtsschmerzen nach schmerzbezogenen Zahnextraktionen (eine Sitzung gilt als eine OP), Kieferoperationen und HNO-ärztlichen Operationen fragen
- Bei anderen Schmerzen nach endoskopischen Eingriffen (im Bauchraum, an den Gelenken) fragen
- Erfolgt Narbenkorrekturen ? (Narbenkorrekturen aus kosmetischen Gründen zählen nicht)
- Es werden alle ambulant und stationär durchgeführten Eingriffe gezählt

Frage: Wurden Sie jemals aufgrund Ihrer Schmerzen operiert ?

Codiere

- 1: Keine oder eine schmerzbezogene Operation

- 2: Zwei bis drei schmerzbezogene Operationen
- 3: Mehr als drei schmerzbezogene Operationen

4.4 Schmerzbezogene Kuren und Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen

Erläuterung:

- Es werden nur schmerzbezogene Kuren und stationäre Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen gewertet

Frage: Waren Sie aufgrund Ihrer Schmerzen jemals zu einem Kuraufenthalt oder zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ?

Codiere

- 1: Keine schmerzbezogene Kur oder Rehabilitationsmaßnahme
- 2: Eine oder zwei schmerzbezogene Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen
- 3: Mehr als zwei schmerzbezogene Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen

Das Mainzer Stadienmodell der Schmerz-Chronifizierung (MPSS)

Auswertungsformular

Achse 1: Zeitliche Aspekte	Wert	Achsen- summe	Achsen- stadium										
Auftretenshäufigkeit • einmal täglich oder seltener • mehrmals täglich • dauernd	1 2 3	3 = I 4-6 = II 7-9 = III											
Dauer • bis zu mehreren Stunden • mehrere Tage • länger als eine Woche oder dauernd	1 2 3												
Intensitätswechsel • häufig • gelegentlich • nie	1 2 3												
Achse 2: Räumliche Aspekte													
Schmerzbild • monolokulär • bilokulär • multilokulär oder Panalgesie	1 2 3	1 = I 2 = II 3 = III											
Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten													
Medikamenteneinnahme • unregelmäßiger Gebrauch von max. 2 peripheren Analgetika • max. 3 periphere Analgetika, höchstens 2 regelmäßig • regelmäßig mehr als 2 periphere Analgetika oder zentralwirkende Analgetika	1 2 3	2 = I 3-4 = II 5-6 = III											
Anzahl der Entzugsbehandlungen • keine • eine • mehr als eine Entzugsbehandlung	1 2 3												
Achse 4: Patientenkarriere													
Wechsel des persönlichen Arztes • kein Wechsel • max 3 Wechsel • mehr als 3 Wechsel	1 2 3	4 = I 5-8 = II 9-12 = III											
Schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte • bis 1 • 2 bis 3 • mehr als 3	1 2 3												
Schmerzbedingte Operationen • bis 1 • 2 bis 3 • mehr als 3	1 2 3												
Schmerzbedingte Rehabilitationsmaßnahmen • keine • bis 2 • mehr als 2	1 2 3												
<table> <tr> <td colspan="2"> Addition der Achsen-Stadien </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <table> <tr> <td colspan="2"> Gesamt-Stadium </td> </tr> <tr> <td>I 4-6</td> <td>II 7-8</td> </tr> <tr> <td>III 9-12</td> <td></td> </tr> </table>				Addition der Achsen-Stadien				Gesamt-Stadium		I 4-6	II 7-8	III 9-12	
Addition der Achsen-Stadien													
Gesamt-Stadium													
I 4-6	II 7-8												
III 9-12													

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

Praxisstempel,
Unterschrift, Datum



Telefonnummer (Patient)

E-Mail Adresse (Patient)

Screeningbogen SÜ-BHPF- Rückenschmerz

I) Ausbildungsgrad/Erwerbstätigkeit/AU-Tage

2. Erwerbstätig	☐ ja	☐ nein
3. AU	☐ ja	☐ nein
	wenn ja, Dauer: ☐ 2-4 Wochen ☐ 4-6 Wochen ☐ ab 6 Wochen	

II) Schmerzanamnese

1. Rückenschmerzattacken	☐ ja	☐ nein
	wenn ja: ☐ akut ☐ akut – rezidivierend ☐ chronisch	
2. Kürzer werdende Abstände zw. d. Schmerzattacken	☐ ja	☐ nein
3. Chronifizierungsgrad	☐ ja	☐ nein
	wenn ja: ☐ MPSS I ☐ MPSS II ☐ MPSS III	

III. Krankheitslast/Komorbiditäten

1. Bekannte Vorbefunde / Bereich d. Wirbelsäule	☐ ja	☐ nein
	wenn ja: ☐ Röntgen ☐ CT ☐ MRT	
2. Bluthochdruck	☐ ja	☐ nein
3. Diabetes	☐ ja	☐ nein
4. Chronisch entzündliche Erkrankungen	☐ ja	☐ nein
5. COPD	☐ ja	☐ nein
6. Krebsleiden	☐ ja	☐ nein

IV. Medikation (Analgetika)

1. Bedarfsmedikation	☐ ja	☐ nein
2. Dauermedikation	☐ ja	☐ nein
3. BTM	☐ ja	☐ nein

V. Bisherige Therapie

1. Physiotherapie	☐ ja	☐ nein
2. Rehabilitation	☐ ja	☐ nein
3. Psychotherapie	☐ ja	☐ nein

kein
Schmerz

stärkster
vollstellbarer Schmerz

Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen? *

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antwort	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

kein
Schmerz

stärkster
vollstellbarer Schmerz

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen? *

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

kein
Schmerz

stärkster
vollstellbarer Schmerz

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die durchschnittliche Stärke der Schmerzen einstufen? *

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen? *

keine
Beeinträchtigung

völlige
Beeinträchtigung

Inwieweit haben Ihre Schmerzen Sie in den letzten drei Monaten bei Ihren alltäglichen Beschäftigungen beeinträchtigt? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

keine
Beeinträchtigung

völlige
Beeinträchtigung

Inwieweit haben in den letzten drei Monaten die Schmerzen Ihre Fähigkeit, an Familienoder Freizeitaktivitäten teilzunehmen, beeinträchtigt? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

keine
Beeinträchtigung

völlige
Beeinträchtigung

Und inwieweit haben in den letzten drei Monaten die Schmerzen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/Hausarbeit zu verrichten? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie war Ihr allgemeines Wohlbefinden? Ordnen Sie Ihrem Befinden einen Wert zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht. *

	-100	-75	-50	-25	25	50	75	100
Wohlbefinden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

War Ihre nächtliche Schlafdauer... *

- ☐ ...ausreichend?
- ☐ ...nicht ausreichend?

Hatten Sie Dauerschmerzen? *

- ☐ ja
- ☐ nein

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt? *

- ☐ nein
- ☐ ja, ein wenig
- ☐ deutlich
- ☐ stark
- ☐ fast völlig

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung beeinträchtigt? *

- ☐ nein
- ☐ ja, ein wenig
- ☐ deutlich
- ☐ stark
- ☐ sehr stark

Hatten Sie das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können? *

- ☐ nein
- ☐ ja, ein wenig
- ☐ deutlich
- ☐ stark
- ☐ sehr stark

**Hatten Sie sonstige Beschwerden?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- ☐ keine
- ☐ Müdigkeit
- ☐ Übelkeit
- ☐ Magenbeschwerden
- ☐ Konzentrationsstörung
- ☐ Niedergeschlagenheit
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Schwitzen
- ☐ Lustlosigkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ Verstopfung
- ☐ Andere

Deutscher Schmerz-Fragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Copyright: www.dgss.org

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 berechnete Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Die folgenden vier Zeilen bitte nicht ausfüllen!

Patienten-Nr.: _____

Ausgabe-Datum: _____

Eingangs-Datum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

Patient: _____ Datum beim Ausfüllen:

Tag	Monat	Jahr	

1. Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr			

Alter: _____ Jahre

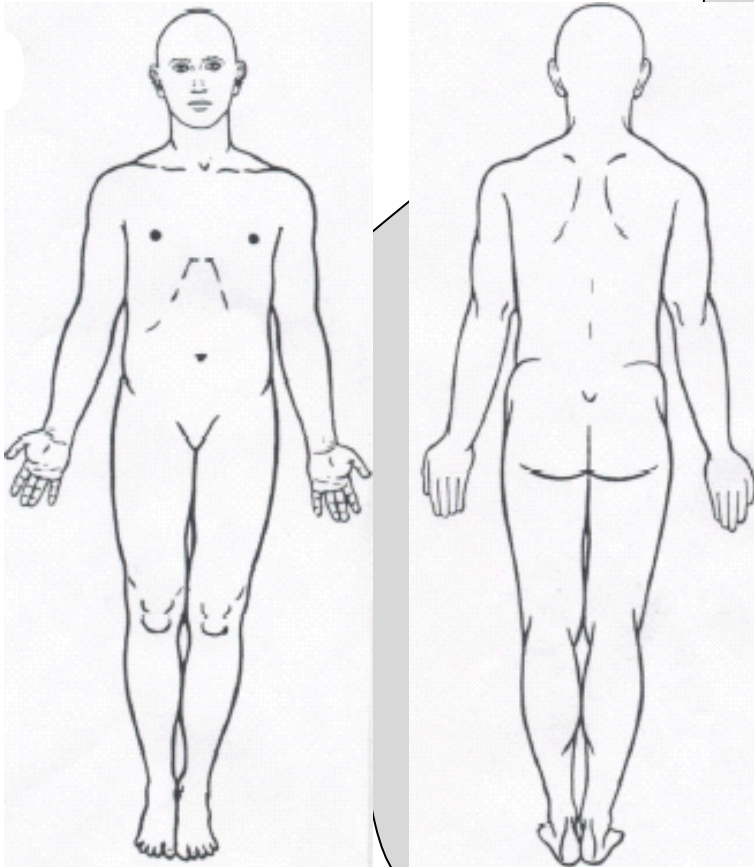
2. Geschlecht: männlich ☐weiblich ☐3. Körpergröße (cm):

--	--	--	--	--

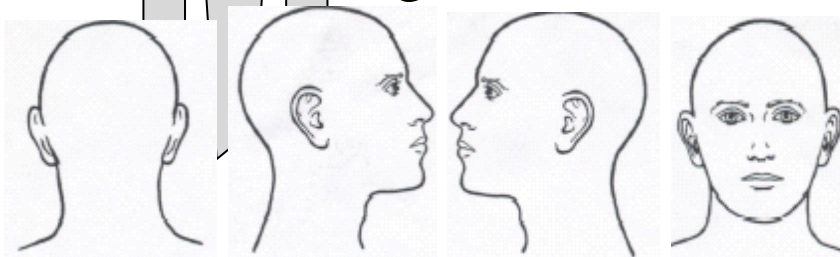
4. Körpergewicht (kg):

--	--	--	--	--

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



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

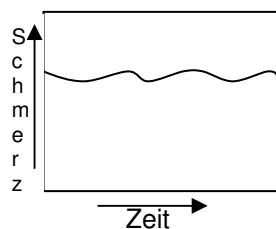


6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

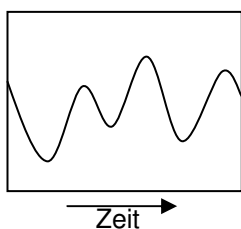
7. a) **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?weniger als 1 Monat ☐ $\frac{1}{2}$ Jahr bis 1 Jahr ☐2 bis 5 Jahre ☐1 Monat bis $\frac{1}{2}$ Jahr ☐1 bis 2 Jahre ☐mehr als 5 Jahre ☐b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

Tag	Monat	Jahr			

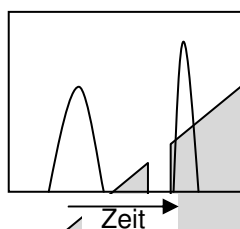
8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?
(Bitte nur **eine** Angabe machen!)



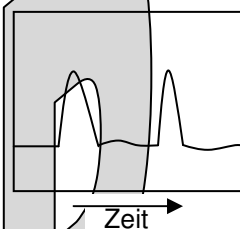
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

☐


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

☐

Stunden

☐

bis zu drei Tagen

☐

Minuten

☐

länger als drei Tage

☐

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?
wenn ja: morgens

☐

mittags

☐

nachmittags

☐

Ja

☐

nein

☐

abends

☐

nachts

☐

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftswörtern 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	☐	☐	☐	☐

11. 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 stärkster
Schmerz 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 stärkster
Schmerz 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 stärkster
Schmerz 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 stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

12. 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 völlige
Beeinträchtigung 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 völlige
Beeinträchtigung 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 völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

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

für mich ist **keine Ursache** erkennbar ☐

auf eine bestimmte Krankheit ☐

auf eine Operation ☐

wenn ja, welche? _____

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 ☐

14. 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 ☐

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

Ich weiß es nicht ☐

16. 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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. 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

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

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

Keine Behandlung ☐

Allgemeinarzt ☐

Chirurg ☐

Heilpraktiker ☐

Internist ☐

Neurochirurg ☐

Neurologe ☐

Orthopäde ☐

Psychiater ☐

Psychotherapeut ☐

Radiologe ☐

Schmerztherapeut ☐

Andere: _____ ☐

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

nein ☐

wenn ja, welche? _____

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

20. 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:

wg. Schmerz? ↓

1. _____ ☐
2. _____ ☐
3. _____ ☐
4. _____ ☐
5. _____ ☐

Tag

Monat

Jahr

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

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

[illegible]

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

[illegible]

23. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja ☐ nein ☐

wenn ja, gegen welche?		
------------------------	--	--

--	--	--

24. 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 Welche Erkrankung: _____	ja ☐ nein ☐ 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 Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere: _____	ja ☐ nein ☐ 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 Andere: _____	ja ☐ nein ☐ 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 Andere: _____	ja ☐ nein ☐ 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 Andere: _____	ja ☐ nein ☐ 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 Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere: _____	ja ☐ nein ☐ 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 Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Andere Erkrankungen _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	ja ☐ nein ☐
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	ja ☐ nein ☐

Modul D**Demographie, Versicherung**

D-1. Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
Tag: _____ Monat: _____ Jahr: _____

D-2. Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

D-3. Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

D-4. PLZ: _____ Wohnort: _____
Straße: _____
Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____
Handy: _____ e-mail: _____

D-5. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): _____ ca. _____

D-6. Nationalität: _____ Muttersprache: _____

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres **überweisenden Arztes**:

D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):

D-9. Krankenversicherung für **ambulante** Behandlung: _____
zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

D-10. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: _____

D-11. **Beihilfe**-Berechtigung: nein ☐ ja ☐ durch: _____

D-12. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja ☐ nein ☐

D-13. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja ☐ nein ☐

D-14. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja ☐ nein ☐

D-15. **Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?** (Mehrfachantworten sind möglich):
ich lebe allein ☐ Ehepartner/Partner ☐ Kinder ☐ (Schwieger-)Eltern ☐

D-16. Welche **Schulbildung** haben Sie? keinen Abschluss ☐ Hauptschule / Volksschule ☐
Realschule / Mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur / allgemeine Hochschulreife ☐

D-17. Welche Berufsausbildung haben Sie: _____

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**?

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

ja ☐

nein ☐

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 **Rentenanspruch** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?

nein ☐

ja ☐

wenn ja, wegen:

am:

Tag

Monat

Jahr

Ist bereits ein **Rentenanspruch** **abgelehnt** worden?

ja ☐

nein ☐

Befindet sich derzeit ein Rentenanspruch 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 ☐

Berufsunfähigkeit ☐

Erwerbsunfähigkeit ☐

Erreichen der Altersgrenze ☐

Teilweise Erwerbsminderung ☐

Volle Erwerbsminderung ☐

Unfallrente ☐

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 ☐

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?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, 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)?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, 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?	☐	☐	☐	☐	☐

Vorbehandlungen

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:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. On the left side, there is a vertical margin line. In the top-left corner, there is a small, light gray rectangular area, possibly representing a staple or a piece of tape. The rest of the page is empty and ready for writing.

Deutscher Schmerz-Fragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Copyright: www.dgss.org

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 berechnigte Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Die folgenden vier Zeilen bitte nicht ausfüllen!

Patienten-Nr.: _____

Ausgabe-Datum: _____

Eingangs-Datum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

Patient: _____ Datum beim Ausfüllen:

Tag		Monat		Jahr	

1. Geburtsdatum:

Tag		Monat		Jahr			

Alter: _____ Jahre

2. Geschlecht: männlich ☐

weiblich ☐

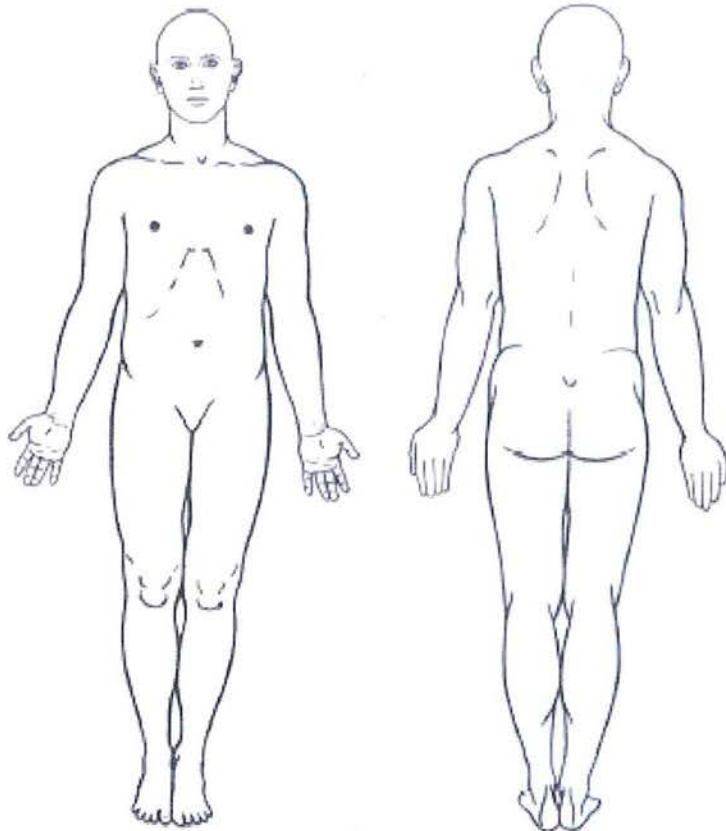
3. Körpergröße (cm):

--	--	--	--	--

4. Körpergewicht (kg):

--	--	--	--	--

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



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

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

7. a) Seit wann bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat ☐

½ Jahr bis 1 Jahr ☐

2 bis 5 Jahre ☐

1 Monat bis ½ Jahr ☐

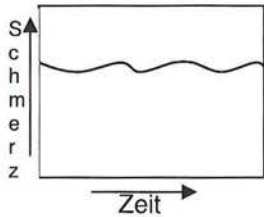
1 bis 2 Jahre ☐

mehr als 5 Jahre ☐

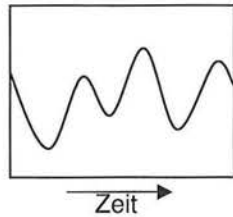
b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

Tag		Monat		Jahr	

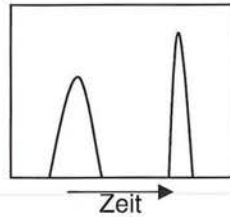
8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?
(Bitte nur **eine** Angabe machen!)



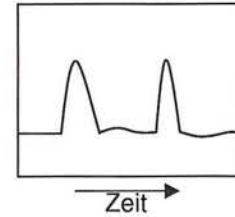
- 1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen
☐



- 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 ☐

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? Ja ☐ nein ☐
wenn ja: morgens ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ abends ☐ nachts ☐

10. 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	☐	☐	☐	☐

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

für mich ist **keine Ursache** erkennbar ☐

auf eine bestimmte Krankheit ☐

auf eine Operation ☐

wenn ja, welche? _____

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 ☐

14. 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 ☐

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

Ich weiß es nicht ☐

16. 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
	0	1	2	3	4	5
Trotz der Schmerzen würde ich sagen:						
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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. 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 Herzasen 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

DASS © Nilges, Korb, Essau 2012

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

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? _____

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? vorübergehend		
			ja		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: _____	☐	→	☐	☐	☐

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:	wg. Schmerz? ↓
1. _____		☐
2. _____		☐
3. _____		☐
4. _____		☐
5. _____		☐
	Tag Monat Jahr	

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

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

22. **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

23. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?

ja ☐

nein ☐

wenn ja, gegen welche?

--	--

24. 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 Welche Erkrankung: _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [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 Andere: _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [3]		
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere: _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [3]		
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere: _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [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 Andere: _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [3]		
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [3]		
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen Andere: _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [3]		
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [3]		
Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere: _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [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 Andere: _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [3]		
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [3]		
Andere Erkrankungen _____		ja ☐ nein ☐ keine ☐ Beeinträchtigung ☐ starke ☐ [0] [1] [2] [3]		
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____		ja ☐ nein ☐		
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub		ja ☐ nein ☐		

Modul D**Demographie, Versicherung**

D-1. Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr			

D-2. Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

D-3. Körpergröße (cm):

--	--	--	--

 Körpergewicht (kg):

--	--	--	--

D-4. PLZ: _____ Wohnort: _____
Straße: _____
Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____
Handy: _____ e-mail.: _____

D-5. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): _____ ca.

--	--	--

D-6. Nationalität: _____ Muttersprache: _____

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres **überweisenden Arztes**:

D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):

D-9. Krankenversicherung für **ambulante** Behandlung: _____
zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

D-10. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: _____

D-11. **Beihilfe**-Berechtigung: nein ☐ ja ☐ durch: _____

D-12. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja ☐ nein ☐

D-13. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja ☐ nein ☐

D-14. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja ☐ nein ☐

D-15. **Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?** (Mehrfachantworten sind möglich):
ich lebe allein ☐ Ehepartner/Partner ☐ Kinder ☐ (Schwieger-)Eltern ☐

D-16. Welche **Schulbildung** haben Sie? keinen Abschluss ☐ Hauptschule / Volksschule ☐
Realschule / Mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur / allgemeine Hochschulreife ☐

D-17. Welche Berufsausbildung haben Sie: _____

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 **Rentenanspruch** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?

nein ☐

ja ☐

wenn ja, wegen: _____

am:

--	--	--	--	--	--	--	--

Tag

--	--	--	--	--	--

Monat

--	--	--	--	--	--

Jahr

Ist bereits ein **Rentenanspruch** **abgelehnt** worden?

ja ☐

nein ☐

Befindet sich derzeit ein Rentenanspruch im **Widerspruchsverfahren**?

ja ☐

nein ☐

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

wenn ja,

auf Zeit ☐

bis wann:

--	--	--	--	--	--	--	--

endgültig ☐

seit wann:

--	--	--	--	--	--	--	--

wenn ja, Berentung welcher Art?

Vorgezogenes Altersruhegeld ☐

Berufsunfähigkeit ☐

Erwerbsunfähigkeit ☐

Erreichen der Altersgrenze ☐

Teilweise Erwerbsminderung ☐

Volle Erwerbsminderung ☐

Unfallrente ☐

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 ☐

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?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, 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)?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, 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 <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> 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 <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> ...						
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 <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

Modul V

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:

[illegible]

Wenn der Rücken schmerzt...

Kreuzschmerzen oder Hexenschuss - Rückenschmerzen zählen in Deutschland zu den häufigsten Gesundheitsproblemen. Jeder Dritte ist derzeit davon betroffen und bei jedem Zehnten führen Rückenschmerzen zu erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag.

Ursachen

Bewegungsmangel, Fehlhaltungen, seelische Konflikte sowie beruflicher Stress können Rückenschmerzen verursachen. Durch Fehlbelastungen verliert die Muskulatur ihre Dehnbarkeit, sie verhärtet sich und schmerzt. Mit zunehmendem Alter kommen degenerative Veränderungen der Wirbelgelenke, der Bandscheiben und der beteiligten Weichteile hinzu. Konfliktsituationen und psychischer Stress beeinflussen die Schmerzverarbeitung und verstärken so akute Schmerzattacken. Die Folge: chronifizierte Rückenschmerzen. Diese führen nicht selten zu Arbeitsunfähigkeit, sozialem Rückzug, Ängsten und Depressionen.

Behandlung

Die frühzeitige Behandlung von Rückenschmerzen ist wichtig. Damit kann der Chronifizierung vorgebeugt werden. Unser ambulantes, berufsbegleitendes Behandlungsprogramm wird der Vielfalt der Ursachen chronischer Rückenschmerzen gerecht. Der Schmerzgeplagte kann wieder aktiv und lebensfroh am Leben teilnehmen.

Dafür haben wir uns einen TRI(c)K ausgedacht - den Templiner Rücken-Intensiv-Kurs.

Informieren Sie sich bei Ihrem Arzt!

Arztstempel

Im Rahmen des Behandlungsprogramms werden Sie zudem durch die Fallmanagement Fachkräfte unterstützt.

Koordinierungs- und Beratungszentrum

Dagersdorfer Straße 11
17268 Templin
Telefon: 03987 200 8 701
Internet: www.igib-stimmt.de

Unsere Öffnungszeiten:

Mo, Di, Mi 9:00 – 15:00 Uhr
Do 9:00 – 18:00 Uhr
Fr 9:00 – 15:00 Uhr

Sprechen Sie uns an!

Foto: 123RF – Mark Bowden

Wenn der Rücken schmerzt...

Gut versorgt in Ihrer Region
Der Templiner Rücken-Intensiv-Kurs



IGiB|StimMT
bestimmt für Brandenburg

Innovative
Gesundheitsversorgung
in Brandenburg

Ihr Behandlungsprogramm

Der Templiner Rücken-Intensiv-Kurs ist ein Komplex verschiedener Therapien, die den Rücken stabilisieren und schmerzverstärkende Faktoren reduzieren, z.B. Stress.

Er beinhaltet

- ein Training der Körperwahrnehmung und Koordination
- ein Kraft- und Ausdauertraining
- das Erlernen entspannender Verfahren
- Vorträge zu einer gesunden Lebensführung.

Die Anmeldung für den **TRIK** erfolgt durch Ihren Haus- oder Facharzt. Eine Fallmanagement Fachkraft im Koordinierungs- und Beratungszentrum organisiert für sie alle weiteren Termine.

In einer ausführlichen Eingangsuntersuchung durch ein Team aus einem Facharzt, Psychologen und Physiotherapeuten wird die Problematik Ihrer Rückenschmerzen untersucht und besprochen.

Im Anschluss absolvieren Sie berufsbegleitend zweimal wöchentlich ein 9-monatiges Behandlungsprogramm im Sportstudio Pegasus. Dort werden Sie von erfahrenen Therapeuten betreut.

Nach einer Abschlussuntersuchung haben Sie die notwendigen Erfahrungen gesammelt und das Wissen erworben, dem Rückenschmerz eigenverantwortlich und selbstwirksam zu begegnen.

Sie können Ihr Leben wieder aktiv und lebensfroh gestalten.

Der Templiner Rücken-Intensiv-Kurs

- 1 Anmeldung durch Ihren Haus- oder Facharzt
- 2 Koordinierung durch die Fallmanagement Fachkraft
- 3 Ausführliche Eignungsuntersuchung in einem multidisziplinären Assessment
- 4 9-monatiger Rücken-Intensiv- Kurs im Sportstudio Pegasus
- 5 Abschlussuntersuchung durch einen Facharzt
- 6 Anwendung des Gelernten in Eigenverantwortung, Nutzung lokaler Sportangebote

