Prävention **o**perationsbedingter anhaltender Schmerzen
durch **E**inführung eines perioperativen „**T**ransitional Pain Service"

Projekt POET-Pain: Handbuch zur Etablierung eines „Transitional Pain Services“

GEFÖRDERT DURCH

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

FÖRDERKENNZEICHEN: 01NVF19021

EIN INNOVATIONSFONDSPROJEKT

DER DEUTSCHEN SCHMERZGESELLSCHAFT E.V.

Etablierung eines „Transitional Pain Services“

Ein Innovationsfondsprojekt
der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.



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

E-Mail: info@poet-pain.de

Website: www.poet-pain.de

Wissenschaftliche Gesamtkoordination: Univ.-Prof. Dr. med. Esther Pogatzki-Zahn

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Projektleitung: Dr. med. Daniela Rosenberger

Projektmanagement POET-Pain/ Assistenz der Projektleitung: Sarah Bruun & Sören Marsmann

Leitung Teilprojekt „TPS poststationär/ambulant“: Prof. Dr. med. Alexander Schnabel

Leitung Teilprojekt „TPS stationär“: Prof. Dr. Axel Schäfer

Teilprojekt „TPS prästationär“: PD Dr. Ulrike Kaiser

Leitung Teilprojekt „TPS Prozessevaluation“: Ass. Prof. Dr. Nadja Nestler & Ass. Prof. Dr. Irmela Gnass

Das POET-Pain Projektteam

(Stand: Juli 2025)

Konsortialführung Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Thomas Isenberg Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.
Carolin Martin Administrative Projektleitung POET-Pain
Margarita Khusainova Assistenz/Wissenschaftliche Mitarbeiterin der administrativen Projektleitung POET-Pain

Wissenschaftliche Projektleitung Universitätsklinikum Münster
Univ.-Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn W3-Professur, Anästhesistin, Schmerzmedizinerin und Oberärztin, Leitung Akutschmerzdienst; Wissenschaftliche Gesamtprojektleitung POET-Pain
Dr. Daniela Rosenberger Assistenzärztin; Wissenschaftliche Projektleitung POET-Pain
Dr. Christoph Schaefer Facharzt; Wissenschaftliche Projektleitung POET-Pain
Sarah Bruun Projektmanagement POET-Pain/Assistenz der Wissenschaftlichen Projektleitung POET-Pain
Sören Marsmann Projektmanagement POET-Pain/Assistenz der Wissenschaftlichen Projektleitung POET-Pain

Konsortialpartner – Teilprojektleitung
Universitätsklinikum Münster

Prof. Dr. Alexander Schnabel
Anästhesist, Schmerzmediziner, Oberarzt;
Leitung Teilprojekt „TPS poststationär/ambulant“

Sarah De Lucia
Wissenschaftliche Mitarbeiterin Teilprojekt „TPS poststationär/ambulant“

Konsortialpartner - Teilprojektleitung
Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst,
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit

Prof. Dr. Axel Schäfer
Professur für Therapieforschung, Physiotherapeut;
Leitung Teilprojekt „TPS stationär“

Andrea Kurz
Wissenschaftliche Mitarbeiterin Teilprojekt „TPS stationär“

Konsortialpartner - Teilprojektleitung
Universitätsklinikum Lübeck

PD Dr. Ulrike Kaiser
Leitende Psychologin;
Leitung Teilprojekt „TPS prästationär“

Franziska Mauz
Wissenschaftliche Mitarbeiterin Teilprojekt „TPS prästationär“

Konsortialpartner - Teilprojektleitung
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Ass. Prof. Dr. Irmela Gnass
Forschungsschwerpunkt Akutpflege;
Leitung Teilprojekt „TPS Prozessevaluation“

Ass. Prof. Dr. Nadja Nestler
Forschungsschwerpunkt Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen;
Leitung Teilprojekt „TPS Prozessevaluation“

Stefanie Berger
Wissenschaftliche Mitarbeiterin Teilprojekt „TPS Prozessevaluation“

Konsortialpartner - Krankenkasse
BARMER

Dr. med. Ursula Marschall
Leitende Medizinerin

Konsortialpartner – Krankenkasse
IKK classic

Svenja Warkentin
Referentin Innovationsfonds IKK classic

Konsortialpartner - Evaluationsinstitut
Universitätsmedizin Greifswald

Prof. Dr. phil. Thomas Kohlmann
Leiter der Abteilung Methoden der Community Medicine

Daniel Szczotkowski
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Konsortialpartner – Erhebungsklinik
Universitätsklinikum Münster

Univ.-Prof. Dr. med. Esther Pogatzki-Zahn
W3-Professur, Anästhesistin, Schmerzmedizinerin und Oberärztin, Leitung Akutschmerzdienst; Koordinatorin der Umsetzung der neuen Versorgungsform in POET-Pain am Universitätsklinikum Münster

Konsortialpartner - Erhebungsklinik
Universitätsklinikum Lübeck

Univ.-Prof. Dr. Carla Nau
Anästhesistin, Schmerzmedizinerin, Direktorin der Klinik für Anästhesiologie und Schmerzmedizin; Koordinatorin der Umsetzung der Versorgungsleistung POET-Pain am Universitätsklinikum Lübeck

Konsortialpartner – Erhebungsklinik
Universitätsklinikum Würzburg

Univ.-Prof. Dr. Heike Rittner
W3-Professur, Anästhesistin, Schmerzmedizinerin, Leitung des Zentrums für interdisziplinäre Schmerzmedizin;
Koordinatorin der Umsetzung der neuen Versorgungsform in POET-Pain am Universitätsklinikum Würzburg

Konsortialpartner - Erhebungsklinik
Universitätsklinikum Göttingen

Univ.-Prof. Dr. Frank Petzke
Leitung Schmerzmedizin, Anästhesist, Schmerzmediziner, Oberarzt;
Koordinator der Umsetzung der neuen Versorgungsform in POET-Pain am Universitätsklinikum Göttingen

Konsortialpartner - Erhebungsklinik
Universitätsklinikum Bochum,
Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil

Prof. Dr. Peter Zahn
Anästhesist, Direktor Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-und Schmerzmedizin;
Koordinator der Umsetzung der neuen Versorgungsform in POET-Pain am Universitätsklinikum Bergmannsheil Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bochum,

Konsortialpartner - Erhebungsklinik
Universitätsklinikum Dresden

Prof. Dr. Rainer Sabatowski
Anästhesist, Schmerzmediziner, Leiter des Universitäts SchmerzCentrum USC;
Koordinator der Umsetzung der neuen Versorgungsform in POET-Pain am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Inhaltsverzeichnis

Das POET-Pain Projektteam 5

I. Abkürzungsverzeichnis 10

II. Tabellenverzeichnis 11

III. Abbildungsverzeichnis 12

Grußwort der wissenschaftlichen Projektleitung POET-Pain 13

1. Einführung in das POET-Pain Projekt 14

1.1 Das Projekt POET-Pain: Übersicht über die Struktur des Projektteams 14

2. Das übergeordnete Ziel eines „Transitional Pain Service“ und Hintergrundinformationen 14

2.1 Hintergrundinformation: Chronifizierung von Schmerzen 14

2.2 Aktuelle Evidenz zu Risikofaktoren für eine Chronifizierung postoperativer Schmerzen und deren Modifizierbarkeit 16

2.3 Prävention chronischer, postoperativer Schmerzen 18

3. Die neue Versorgungsform - der „Transitional Pain Service“ (TPS) im Projekt POET-Pain 19

3.1 Aufgaben des TPS in den drei Sektoren (prästationär – stationär – poststationär/ ambulant) 22

3.2 Aufgaben der verschiedenen Professionen im Rahmen des TPS 24

3.3 TPS-Teamsitzungen 40

4. Risikoscreening zur Bestimmung geeigneter TPS-Patient:innen 44

5. Erwartbare Stellenkalkulation des TPS-Personals 45

5.1 TPS-Modul Prästationär 45

5.2 TPS-Modul Stationär 46

5.3 TPS-Modul Poststationär/ Ambulant 46

6. Ansprechpartner:innen aus dem POET-Pain Projekt 49

7. Literaturverzeichnis 50

8. Anhang 56

I. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
6MWT	6-Minute-Walk-Test *(deutsch: 6-Minuten-Geh-Test)*
Anz.	Anzahl
AR	autoregressive
CPAQ-D	Chronic Pain Acceptance Questionnaire *(deutsch: Fragebogen zur Erfassung der Akzeptanz von chronischen Schmerzen, deutsche Version)*
CRF	Case Report Form *(deutsch: Prüfbogen/ Erhebungsbogen)*
DASS	Depressions-Angst-Stress-Skalen
DIPS	diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen
DN4	Douleur Neuropathique 4 *(deutsch: Neuropathische Schmerzen; Fragebogen)*
GAS	Goal Attainment Scale *(deutsch: Ziel-Erreichungs-Skala)*
G-BA	gemeinsamer Bundesausschuss
IASP	International Association for the Study of Pain
ICD-11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems *(deutsch: internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)*
II	Implementation Intentions *(deutsch: Durchführungsvorsätze)*
IK-KH	Institutionskennzeichen
IPAM	IPAM e.V. - Institut für Pharmaökonomie und Arzneimittellogistik e.V
MASK-P	Multiaxiale Schmerzklassifikation Psychologie
MC	Mental Contrasting *(deutsch: Mentales Kontrastieren)*
MCII	Mental Contrasting and Implementation Intentions *(deutsch: Mentales Kontrastieren und Durchführungsvorsätze)*
N	Fallzahl
NPSI-G	Neuropathic Pain Symptom Inventory – German *(deutsch: Aufstellung von Symptomen für neuropathische Schmerzen – deutsche Version; Fragebogen)*
NRS	Numerical Rating Scale *(deutsch: numerische Rating-Skala)*
nVF	neue Versorgungsform
Pat.	Patient:in
PCS	Pain Catastrophizing Scale
PM	Projektmonat
POD	Postoperative day *(deutsch: Postoperativ Tag)*
POM	Postoperative month *(deutsch: Postoperative Monat)*
PreO	Preoperative *(deutsch: präoperativ)*
PSFS	Patient Specific Functional Scale *(deutsch: Patientenspezifische Funktionsskala)*
r	Korrelationskoeffizient
RCT	randomized controlled trial *(deutsch: randomisiert kontrollierte Studie)*
t	Messzeitpunkt
TSK-4	Tampa Scale of Kinesiophobia 4-Item Version *(deutsch: Skala zur Erfassung von Angst vor Bewegung)*
TPL	Teilprojektleiter:innen
TPS	Transitional Pain Service
VK	Versorgungskosten
VL	Versorgungsleistung

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Domänen und Konstrukte zur Erfassung des Risikos für chronische, postoperative Schmerzen mit Evidenzlage (adaptiert nach (Chapman und Vierck 2017; Glare et al. 2019; Pogatzki-Zahn E 2021; Rosenberger und Pogatzki-Zahn 2022)) 17
Tabelle 2: Darstellung der Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen in der neuen Versorgungleistung mit zeitlichem Aufwand in Minuten [min] pro Patient:in 47

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Konsortialpartner im Projekt POET-Pain 14
Abbildung 2: Darstellung der neuen Versorgungsform „Transitional Pain Service“ (TPS) 20
Abbildung 3: Gesamtablauf des TPS in jeder Phase (prästationär/stationär/ambulant) mit durchschnittlich geplantem Zeitaufwand pro Termin 21
Abbildung 4: Überblick über die Versorgungsaufgaben der TPS-Ärztin/ des TPS-Arztes 24
Abbildung 5: Überblick über die Versorgungsaufgaben der TPS-Physiotherapeut:in 29
Abbildung 6: Überblick über die Versorgungsaufgaben des TPS Pflegepersonals 32
Abbildung 7: Überblick über die Versorgungsaufgaben des TPS-Psycholog:in 35
Abbildung 8: Schritte zur gemeinsamen Team-Zielentscheidung im TPS-Team für jede/n individuelle/n Patient:in (angelehnt an (DeKeyser Ganz et al. 2016)) 41
Abbildung 9: Risikoscore nach Montes (Montes et al. 2015; Montes et al. 2020); die genaue Berechnung findet sich im Text. 45

Grußwort der wissenschaftlichen Projektleitung POET-Pain

Herzlich Willkommen!

Wir freuen uns sehr, Ihnen den „Transitional Pain Service“ als Herzstück unseres gemeinsamen Projekts der letzten Jahre näherbringen zu können. In dem Projekt **POET-Pain** ging es um die **P**rävention **O**perationsbedingter anhaltender Schmerzen durch die **E**inführung eines perioperativen „**T**ransitional **Pain** Service” (Abkürzung POET-Pain). Dabei handelte es sich um ein sehr komplexes Projekt mit einer großen Zahl an Kooperationspartner:innen, in dem eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende neue Versorgungsform (nVF) entwickelt, etabliert und evaluiert wurde (der Transitional Pain Service, TPS). Ziel war es, durch die nVF eine Chronifizierung postoperativer Schmerzen bei Risikopatient:innen zu reduzieren. Im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie wurde diese nVF in sechs deutschen Universitätskliniken eingeführt und sowohl bezüglich der Effektivität als auch der Umsetzbarkeit evaluiert. Dies alles war nur mit einem großen, gut funktionierenden, aufeinander abgestimmten und sich vertrauenden Gesamt-Team möglich – ein Dank deshalb an alle, die sich hier so uneingeschränkt und in einer tollen Arbeits- und Teamatmosphäre eingebracht haben, ohne Sie und euch hätte das nicht funktioniert.

Dieses Handbuch soll Interessierten einen Einblick in die konzeptionelle Idee und Struktur des TPS geben und eine Hilfestellung bei der Einführung und Umsetzung eines TPS bieten.

Ihre Fragen, Anmerkungen und Wünsche sowie Rückmeldungen zu Ihren Erfahrungen sind jederzeit herzlich willkommen.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr POET-Pain Steering Board

1. Einführung in das POET-Pain Projekt

1.1 Das Projekt POET-Pain: Übersicht über die Struktur des Projektteams

POET-Pain war ein Konsortialprojekt, das durch den Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert wurde (Förderkennzeichen: 01NVF19021). Es ist am 01.08.2021 mit einer geplanten Laufzeit von 3 Jahren gestartet. Zwei kostenneutrale Laufzeitverlängerungen um insgesamt 11 Monate führten zu einem Projektende am 30.06.2025. Die Projektstruktur wird in Abbildung 1 dargestellt.

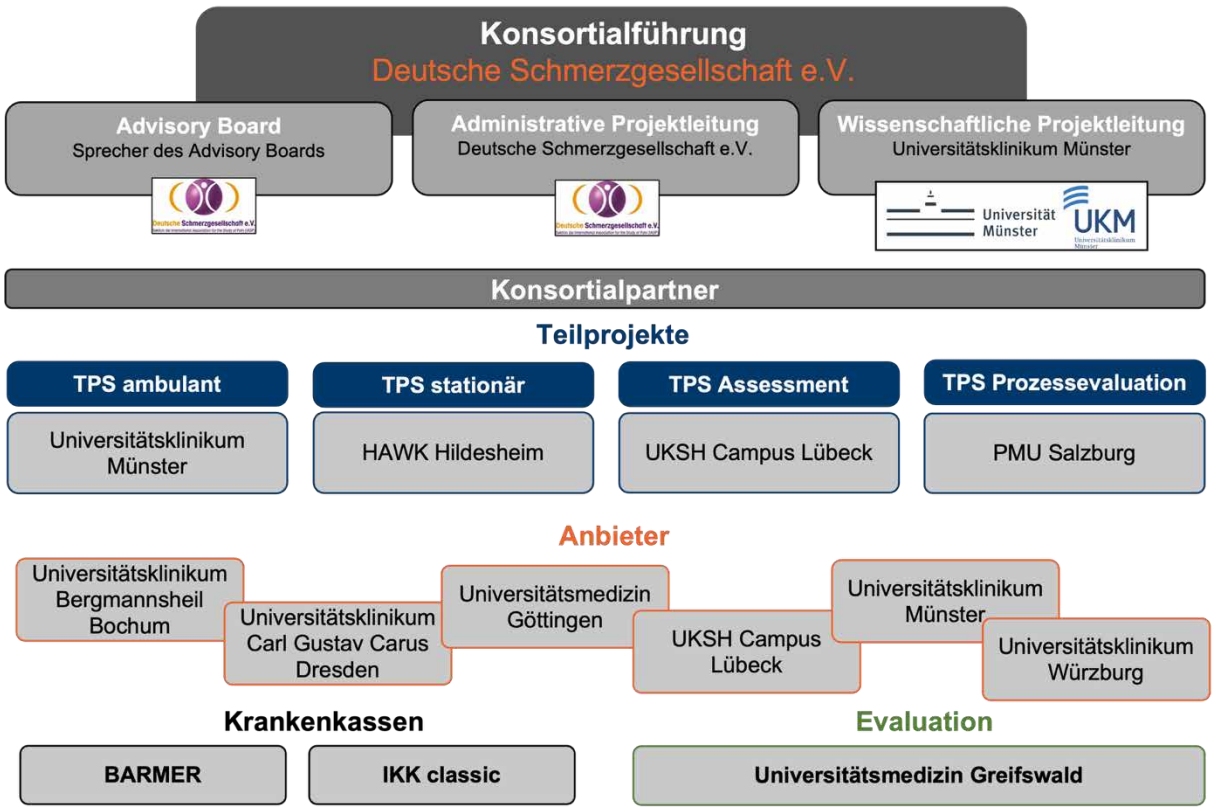


Abbildung 1: Konsortialpartner im Projekt POET-Pain

2. Das übergeordnete Ziel eines „Transitional Pain Service“ und Hintergrundinformationen

2.1 Hintergrundinformation: Chronifizierung von Schmerzen

In Deutschland werden jährlich 16 Millionen Operationen durchgeführt, davon 7 Millionen Eingriffe bei vollstationären Patient:innen. Operationen an der Wirbelsäule sowie der Kniegelenksersatz zählen dabei zu den 15 häufigsten und schmerzhaftesten Operationen (Gerbershagen et al. 2013; Statistik GB-E letzter Zugriff: 2025). Über viele Jahrzehnte stand die Optimierung der Akutschmerztherapie im Vordergrund wissenschaftlicher und klinischer Untersuchungen und Leitlinien mit dem höchsten Evidenz-Standard für die Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen konnten, auch in Deutschland,

entwickelt und etabliert werden (AWMF Leitlinienregister: S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen 2022). Ein erst in den letzten ca. 15 Jahren zunehmend in den Fokus gerückter Aspekt ist allerdings, dass Schmerzen nach einer Operation chronifizieren können (Chapman und Vierck 2017; Glare et al. 2019; Rosenberger und Pogatzki-Zahn 2022). Bei Patient:innen, die dies betrifft, kommt es im Verlauf nach der Operation in den meisten Fällen nicht zu einer üblichen sukzessiven Reduktion der postoperativen Akutschmerzen. Der Schmerz reduziert sich in diesen Fällen entweder deutlich langsamer (was zu einer Gefährdung der postoperativen Erholung und des Operationserfolges beitragen kann, z.B. weil durch Schmerzen physiotherapeutische Übungen oder Alltagsaktivitäten nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden können) und bleibt über Monate und Jahre bestehen (Crombie et al. 1998).

Chronische Schmerzen stellen ein immer noch unterschätztes Problem dar, sowohl was die Häufigkeit als auch die Lebensqualität der Patient:innen, Belastungen der Angehörigen und nicht zuletzt auch des Gesundheitssystems anbelangt. Eine Umfrage in Deutschland zeigt für chronische, nicht-tumorbedingte Schmerzen eine Prävalenz chronischer Schmerzen von bis zu 40%; insgesamt gaben 7,4% der Befragten an, sich stark durch Schmerzen beeinträchtigt zu fühlen, mindestens 2,8% erfüllten die Kriterien einer Schmerzkrankheit (Häuser et al. 2020). In den USA wurde 2018 eine Punktprävalenz von 20,4% angegeben (Dahlhamer et al. 2018), weltweit wird sie auf 31% geschätzt (Steingrímsdóttir et al. 2017). Chronische *postoperative* Schmerzen sind eine Form dieser chronischen Schmerzen (Crombie et al. 1998). Es existieren heute relativ gute Daten über die Inzidenz chronischer Schmerzen nach einem chirurgischen Eingriff (Glare et al. 2019). So gaben vor ca. 10 Jahren in einer europäischen multizentrischen Studie im Durchschnitt 40% der operierten Patient:innen postoperative Schmerzen noch sechs Monate nach der Operation an, nach einem Jahr sind es ungefähr 30% (Fletcher et al. 2015). Bei 40% dieser Patient:innen (16% aller Patient:innen) waren die Schmerzen sechs Monate nach der Operation sogar immer noch moderat bis stark (Fletcher et al. 2015). Weitere Studien bestätigen diese Ergebnisse und weisen darauf hin, dass sowohl die Art der Operation als auch andere (z.B. demographische und psycho-soziale) Faktoren das Risiko eines/r Patient:in erhöhen, chronische, postoperative Schmerzen zu entwickeln (Glare et al. 2019; Rosenberger und Pogatzki-Zahn 2022; Martinez et al. 2024; Ghoshal et al. 2023). Neben den gravierenden Auswirkungen von chronischen Schmerzen für die Patient:innen und deren Angehörige, verursachen chronische Schmerzen auch einen massiven volkswirtschaftlichen Schaden, der durch vermehrte Krankheits- und Arbeitsfehltage sowie kostenintensive Behandlungen im klinischen und ambulanten Umfeld zustande kommt (Stubhaug et al. 2024). Das Problem ist also relevant und wurde deshalb auch im Rahmen einer Neudefinition der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-11) insofern adressiert, als dass zum ersten Mal in einer ICD Klassifikation Codes für chronische Schmerzen nach Operationen und Verletzungen beinhaltet sind (Rosenberger und Pogatzki-Zahn 2022; Schug et al. 2019; Pogatzki-Zahn und Forget 2024). Die Aufnahme chronischer, postoperativer Schmerzen in die ICD-11 wird nicht nur das Bewusstsein für die Existenz chronischer, postoperativer Schmerzen in Zukunft schärfen, sondern auch die Therapie und Forschung auf diesem Gebiet vorantreiben.

2.2 Aktuelle Evidenz zu Risikofaktoren für eine Chronifizierung postoperativer Schmerzen und deren Modifizierbarkeit

Bereits chronifizierte Schmerzen, unabhängig von ihrer Ursache, zeigen in der Regel eine sehr geringe Heilungschance und Betroffene leiden oft lebenslänglich mit entsprechenden Folgen. Eine Vielzahl von Studien haben deshalb versucht, die Chronifizierung von Schmerzen nach Operationen präventiv zu verhindern. Die meisten Studien dazu untersuchten pharmakologische Interventionen, in der Regel mittels Substanzen, die vor, während, und/ oder kurz nach der Operation verabreicht wurden. Eine große Meta-Analyse konnte aber für keine einzige Substanz eine verlässliche Effektivität nachweisen (Carley et al. 2021). Auch Regionalanalgesieverfahren während der Operation, konnten bisher nicht ausreichend gute und anhaltende Effekte erzielen (Weinstein et al. 2018).

Ein möglicher Grund dafür, dass rein pharmakologische oder interventionelle, regionalanästhesiologische Verfahren keine zufriedenstellenden Ergebnisse liefern konnten, liegt möglichweise an den Faktoren, die chronische Schmerzen (zumindest mit-) verursachen. Der Übergang von akuten zu chronischen Schmerzen nach einer Operation ist ein komplexer Prozess, der neben pathophysiologischen, somatischen Mechanismen auch psychologische und soziale Faktoren umfasst (Chapman und Vierck 2017; Glare et al. 2019; Pogatzki-Zahn E 2021; Rosenberger und Pogatzki-Zahn 2022). Entsprechend des bio-psycho-sozialen Verständnisses der Entstehung chronischer Schmerzen können unterschiedliche Faktoren differenziert werden, die das Risiko einer Schmerzchronifizierung nach Operationen deutlich erhöhen (vgl. Tabelle 1).

„Bio“: Aktuelle Erkenntnisse deuten auf Prozesse hin, die sowohl die peripheren (an der Stelle des Gewebetraumas), als auch die zentralen (spinalen und supraspinalen) neuronalen Prozesse betreffen (Gilron et al. 2017; Pogatzki-Zahn E, Segelcke D, Zahn P 2018). Neuropathische Schmerzentstehungsmechanismen spielen dabei häufig eine Rolle, aber auch andere Aspekte, wie z.B. viszerale, entzündliche und durch ein starkes Gewebetrauma ausgelöste neuroplastische Veränderungen einschließlich einer verminderten endogenen Schmerzmodulation (Pogatzki-Zahn E, Segelcke D, Zahn P 2018). Die somatischen Prozesse können zu extremen, anhaltenden Schmerzzuständen und/ oder Überempfindlichkeit auf somatischer Ebene (Hyperalgesie und Allodynie) mit allen Konsequenzen führen. Am Ende beeinträchtigen sie nicht nur subjektiv den/die Patient:in, sondern sie haben eine wesentliche Bedeutung für z.B. physiotherapeutische und alltagsrelevante Tätigkeiten, die dann wiederum für sekundäre Folgen wie den Operationserfolg oder die Arbeitsfähigkeit des/der Patient:in bedeutsam sind.

„Psycho-sozial“: Neben den somatischen Faktoren, die zu einer Chronifizierung postoperativer Schmerzen beitragen, kommen psycho-soziale Faktoren, die den Schmerz verstärken oder zu einem anhaltenden oder sogar sich steigernden Schmerzgeschehen führen können (Glare et al. 2019; Rosenberger und Pogatzki-Zahn 2022; Schnabel und Pogatzki-Zahn 2010). Eine Metaanalyse von Giusti et al. benennt folgende signifikante psychologische und psycho-soziale Prädiktoren für chronische, postoperative Schmerzen (Giusti et al. 2021): Zustands- und Eigenschaftsangst, Depression, Katastrophisierung sowie reduzierte psychische Gesundheit und, in geringerem Zusammenhang, Bewegungsangst und Selbstwirksamkeit. Zustandsangst war der Prädiktor mit der deutlichsten Beziehung zur postoperativen Schmerzchronifizierung.

Tabelle 1: Domänen und Konstrukte zur Erfassung des Risikos für chronische, postoperative Schmerzen mit Evidenzlage (adaptiert nach (Chapman und Vierck 2017; Glare et al. 2019; Pogatzki-Zahn E 2021; Rosenberger und Pogatzki-Zahn 2022))

	Gruppe mit erhöhtem Risiko	Konsistenz der Evidenz
Demographische Daten		
Alter	jüngere Erwachsene	konsistent
Geschlecht	weiblich	gemischt
Familienstand	single oder alleinlebend	gemischt
Bildungsniveau	weniger gebildet	konsistent
Beschäftigungsstatus	arbeitslos	gemischt
Lebensstil	Raucher	konsistent
Genmutationen	verschiedene Einzel-Gen-Kandidaten	nur wenige Daten
Medizinische Komorbiditäten	mehr Komorbiditäten	konsistent
Body-Mass-Index	höher	gemischt
Vorherige Behinderung	schwerer	wenige Daten
Operation und Anästhesie		
Operationstechnik	Nervenverletzung	gemischt
Operationsdauer	länger	konsistent
Analgesie-Regime	systemisch, reaktiv statt präventiv	gemischt
Anästhesie	Allgemeinanalgesie (vs. Regionalanalgesie)	gemischt
Operative Komplikationen	mehr	konsistent
Schmerzen		
Präoperative Schmerzen	vorhanden	konsistent
Postoperative Schmerzen	stärker (Intensität), länger (Dauer)	konsistent
Präoperative Opioide	Ja (ggf. mehr/ längere Gabe)	konsistent
Sensorische Testungen		
CPM (conditioned pain modulation)	schwach	gemischt
Wind-up/ temporal summation	stark	gemischt
Psychologische Faktoren		
Angst	stärker	konsistent
Depression	größer	konsistent
Schmerzkatastrophisierung	stärker	konsistent
Optimismus	geringer	wenige Daten
Stress	mehr	gemischt
Selbstwirksamkeit	niedriger	wenige Daten

Die psycho-sozialen Aspekte haben bei der neuronalen Verschaltung einen großen Einfluss auf die durch die biologischen Prozesse ausgelösten Veränderungen. Dies führt zu sehr komplexen Interaktionen und Veränderungen, die den chronischen Schmerz verstärken und aufrechterhalten. Verhaltensaspekte, die den Schmerz und die Chronifizierung verstärken, kommen möglicherweise dazu. So stellen bewegungsbezogene Angst (Kinesiophobie), negative Überzeugungen und Einstellungen hinsichtlich Schmerz, Bewegung und körperlicher Aktivität und eine reduzierte Selbstwirksamkeit (Giusti et al. 2021) relevante Prädiktoren für die physiotherapeutische Versorgung dar. Weitere Aspekte sind präoperative Aktivitätseinschränkungen,

aerobe Kapazität und allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit (z.B. Kraft), sowie Zeichen für zentrale Sensibilisierung (Nijs et al. 2014; Schäfer et al. 2017).

Dies alles macht deutlich, wie bio-psycho-soziale Aspekte bei der Chronifizierung von Schmerzen eine interaktive, dynamische Rolle spielen können und auch nur eine interdisziplinäre Therapie und Prävention sinnvoll sein kann für eine effektive Therapie und Prävention chronischer Schmerzen (Cohen et al. 2021).

2.3 Prävention chronischer, postoperativer Schmerzen

Die Ursachen für chronische, postoperative Schmerzen sind, wie oben dargestellt, multifaktoriell. Neben der Art des Eingriffs sind individuelle Faktoren des/r Patient:in als Risikofaktoren zu nennen, zu denen sowohl psycho-soziale als auch somatische und funktionelle Aspekte zählen. Der Prozess der Chronifizierung scheint fließend zu sein, er wird durch die Operation getriggert, entwickelt sich aber im postoperativen Verlauf weiter und kann sich durch bestimmte Risikofaktoren sogar noch verstärken bzw. therapierefraktär werden. Deshalb ist eine reine Prävention im Krankenhaus nicht effektiv, um erfolgreich die Schmerzchronifizierung zu verhindern.

Als ein vielversprechender Ansatz hat sich in den letzten Jahren eine perioperative Begleitung von Patient:innen durch ein interdisziplinäres Team, das die individuellen Risikofaktoren der Patient:innen adressiert, als möglicherweise hilfreich erwiesen. Internationale Versorgungsmodelle wie der „Transitional Pain Service“ (TPS) aus Toronto und ein ähnliches Konzept aus Helsinki weisen darauf hin, dass eine strukturierte, interdisziplinäre, sektorenübergreifende Betreuung von Patient:innen mit einem erhöhten Risiko für anhaltende, chronische Schmerzen und verlängertem Schmerzmittelgebrauch in der perioperativen Phase möglicherweise den Schmerzverlauf und Gebrauch von Schmerzmitteln bei diesen Patient:innen positiv beeinflussen kann (Tiippana et al. 2016; Katz et al. 2019; Katz et al. 2015). Die ersten, meist retrospektiven Datenauswertungen dieser beiden „Leuchtturmprojekte“ lassen vermuten, dass ein interdisziplinär und sektorenübergreifend arbeitender TPS, der viele der multifaktoriell an der Schmerzchronifizierung beteiligten Faktoren durch die interdisziplinäre Besetzung des TPS adressiert, eine Verbesserung bezüglich Schmerzstärke, schmerzbedingter Beeinträchtigung und Medikamenteneinnahme zur Folge haben kann (Ladha et al. 2024; Clarke et al. 2018; Abid Azam et al. 2017). Bedenkt man die Vielschichtigkeit der Risikofaktoren für chronische, postoperative Schmerzen, die dem bio-psycho-sozialen Verständnis von Schmerz in Bezug auf Entstehung und Aufrechterhaltung entsprechen, scheint eine Interdisziplinarität wesentlich für einen Erfolg möglicher Präventionsmaßnahmen, da nur dies den multifaktoriellen Entstehungsprozess chronischer, postoperativer Schmerzen in seiner Vielschichtigkeit adressieren kann (Katz et al. 2019; Yu et al. 2023). Observationsstudien, die ähnliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre TPS eingeführt und Änderungen (entweder rein beschreibend oder in einem „vorher-nachher“ Design) untersucht haben, weisen darauf hin, dass Schmerzen und vor allem schmerzbedingte Beeinträchtigungen und Opioideinnahme zur Schmerzreduktion möglicherweise geringer sind, wenn ein TPS die Patient:innen versorgt (Pagé et al. 2025; Buys et al. 2020; Yoo et al. 2023; Featherall et al. 2022; Buys et al. 2025). Studien zur Effektivität eines TPS, z.B. große randomisiert kontrollierte Studien mit klinisch relevanten Endpunkten für chronische, postoperative Schmerzen, fehlen aber bisher (Clarke et al. 2025). Eine Implementierung bzw. Untersuchung eines TPS im deutschen Gesundheitssystem ist bisher ebenfalls noch ausstehend.

3. Die neue Versorgungsform - der „Transitional Pain Service“ (TPS) im Projekt POET-Pain

Im Projekt POET-Pain wurde durch ein wissenschaftliches Team unter Heranziehen aktueller Literatur zur Schmerzchronifizierung, Schmerzprävention im allgemeinen und der Prävention von Schmerzen nach Operationen, insbesondere durch Berichte bereits etablierter Transitional Pain Services, ein möglichst effektives und in der Umsetzung machbares Konzept eines interdisziplinär arbeitenden, sektorenübergreifenden Transitional Pain Service konzipiert und in sechs Kliniken in Deutschland implementiert.

Ziel der neuen Versorgungsform TPS ist eine Verbesserung der transsektoralen Versorgung von Patient:innen, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit chronische Schmerzen nach einer Operation entwickeln. Hierzu gehört, dass individuelle Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung (biologische, psychische und soziale) gezielt adressiert werden, die Schmerzbehandlung interdisziplinär koordiniert und an Risikofaktoren angepasst erfolgt, der Analgetikagebrauch optimiert wird und Patient:innen beim Aufbau von Selbstmanagement und Aktivität unterstützt werden. Dies wird durch die Einführung integrativ-interdisziplinärer Zusammenarbeit verschiedener Professionen entsprechend dem bio-psycho-sozialen Verständnis von Schmerz gewährleistet. Zu den Professionen gehören Ärztin/Arzt, Pflegefachperson, Psycholog:in und Physiotherapeut:in, die adressierte Patient:innengruppe sind Patient:innen mit hohem Risiko für anhaltende Schmerzen nach Operationen. Diese Patient:innen sollen vom Team des TPS frühzeitig identifiziert und über die gesamte perioperative Behandlungsstrecke bis zu sechs Monate nach der Operation begleitet werden.

Grundprinzipien der Behandlung des TPS sind:

- Gewährleistung der Versorgung vor und bis sechs Monate nach Operation (intersektorale Versorgung)
- Assessment von individuellen Risikofaktoren, insbesondere die bekannten bio-psycho-sozialen Faktoren, die zu einer Chronifizierung beitragen
- bedarfsadaptierte Anpassung der Intervention an die individuellen Risikofaktoren
- interdisziplinäre Versorgung, die durch regelmäßige interdisziplinäre Teambesprechungen gewährleistet wird
- Interaktion mit anderen Versorger:innen einschließlich nachfolgenden Behandler:innen

Eine wichtige Eigenschaft der neuen Versorgungsform ist die interdisziplinär-multimodale Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen, die auf die Definition der IASP zurückgeht (IASP Task Force on Taxonomy 2011). Qualitätskriterien sind ein gemeinsames, interprofessionelles Verständnis von Schmerz und Schmerzprävention, eine integrative Zusammenarbeit unter gleicher Berücksichtigung aller an der Behandlung beteiligten Professionen sowie integrative Kommunikation und Entscheidungsfindung. Dies wird gewährleistet durch regelmäßige, integrative Teamsitzungen des TPS, an denen alle Professionen beteiligt sind (Gatchel et al. 2014).

Ein wesentliches Merkmal des TPS ist seine sektorenübergreifende Arbeitsweise. Die Begleitung beginnt präoperativ (im Folgenden als „prästationäre Phase“ bezeichnet) mit einer Evaluation des individuellen

Risikos und setzt sich während des Krankenhausaufenthalts und danach fort. Hier werden die Patient:innen je nach ihren individuellen Risikofaktoren betreut. Nach der Entlassung erfolgt eine bedarfsorientierte Betreuung für bis zu sechs Monate. Die professionsspezifischen Behandlungsstrategien werden in allen Phasen zu einem interdisziplinären Behandlungskonzept zusammengeführt.

Eine Übersicht über die Arbeit des TPS ist in Abbildung 2 dargestellt. Im Folgenden wird auf die Abläufe in den drei Behandlungsphasen (sektorenübergreifend in der prästationären, stationären und ambulanten Phase, vertikal) sowie auf die spezifischen Aufgaben der vier beteiligten Professionen (professionsspezifische Aspekte, horizontal) eingegangen, um einen Einblick in die Behandlungskonzepte zu geben.

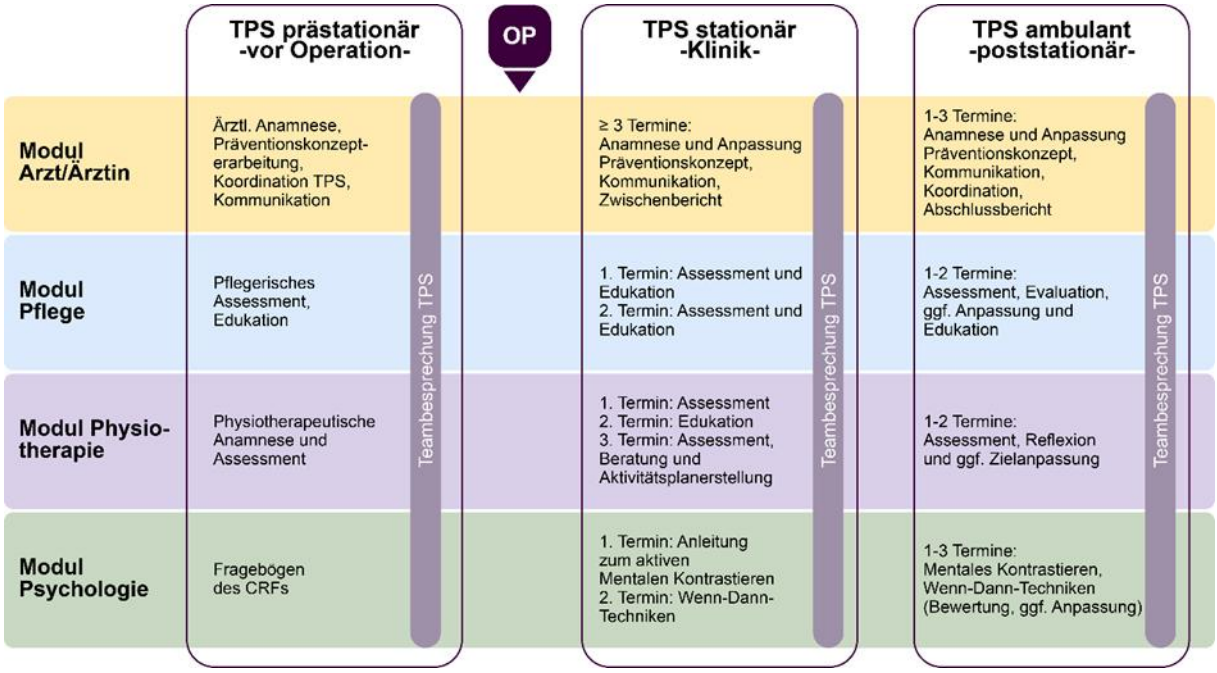


Abbildung 2: Darstellung der neuen Versorgungsform „Transitional Pain Service“ (TPS)



Abbildung 3: Gesamtablauf des TPS in jeder Phase (prästationär/stationär/ambulant) mit durchschnittlich geplantem Zeitaufwand pro Termin

3.1 Aufgaben des TPS in den drei Sektoren (prästationär – stationär – poststationär/ ambulant)

Die sektorenübergreifende Arbeit des TPS gliedert sich in **drei Phasen** (siehe Abbildung 2 und Abbildung 3), die vom Personal des TPS in jeder Klinik sektorenübergreifend und nach bestimmten Vorgaben ausgeführt wird. Professionsspezifische Checklisten und Edukationsmaterialien für alle drei Phasen sind angehängt (Anhang Nr. 5). Für den Fall, dass nicht alle TPS Assessments wie vorgesehen durchgeführt werden könnten, wurde ein Factsheet/ Merkblatt für die weitere Vorgehensweise des TPS-Teams erstellt, dass diesem Handbuch anliegt (Anhang Nr. 6).

Prästationär: Anhand eines Risikoscreenings (vgl. hierzu Abschnitt 4) werden Patient:innen identifiziert, die ein erhöhtes Risiko für eine Schmerzchronifizierung nach einer Operation aufwiesen. Diese werden den verschiedenen Professionen des TPS vor der Operation vorgestellt.

Im ersten Schritt erfolgt ein prästationäres Assessment durch die Ärztin/ den Arzt. Hintergrund hierfür ist, dass die anderen Professionen des TPS-Teams auf Informationen, die ärztlich zu erheben sind, zurückgreifen müssen. Die Reihenfolge aller anderen Professionen, die sich an den prästationären ärztlichen Kontakt zu den Patient:innen anschließen, ist frei wählbar und nicht festgelegt. Sollte das ärztliche Teammitglied nicht in der Lage sein, die Patient:innen vor den anderen Teammitgliedern zu treffen, können letztere die für ihre eigene Profession relevanten Informationen selbst erheben. Dies sollte jedoch die Ausnahme bilden. Wenn organisatorische Gründe es nicht zulassen, alle prästationären Termine am selben Tag durchzuführen, können diese auf verschiedene Tage verteilt werden. Ein persönlicher Kontakt zwischen den Patient:innen und TPS-Professionen wird dem telefonischen Kontakt vorgezogen.

Prästationäre Assessments dienen, neben der Risikoerhebung mittels Risikoscore, der genauen Charakterisierung individueller Risiken für eine Schmerzchronifizierung aus Sicht der einzelnen Professionen (vgl. hierzu Abschnitt 2.2). Hierbei kommen Assessments wie z.B. eine präoperative Schmerzanamnese, Abfrage einer präoperativen Opioideinnahme, Überprüfung der funktionellen Kapazität des/der Patient:in und dessen/derer sozialer Situation zum Einsatz, z.T. mittels standardisierter Fragebögen, z.T. durch ein Anamnesegespräch. Psychologische Risikofaktoren werden anhand von Fragebögen erfasst, z.B. bezüglich des Auftretens von Angst, Katastrophisierungsneigung oder Stress.

Auf Grundlage des Assessments wird ein individueller, modularer Behandlungsplan im Rahmen einer Teamsitzung des TPS durch alle Professionen für die stationäre Betreuung durch den TPS erstellt und erste edukative Schritte für die Patient:innen (z.B. wie nehme ich meine Medikamente in der perioperativen Phase ein, wie kann ich am Schmerzmanagement selbst partizipieren) durch die Pflege im TPS eingeleitet. Die Ärztin/ Der Arzt kommuniziert mit den behandelnden Operateur:innen und/ oder Anästhesist:innen die potentiellen Risiken des/r Patient:in und mögliche präventive Maßnahmen.

Stationär: Nach erfolgter Operation und während des stationären Aufenthaltes beginnt die stationäre Phase der Behandlung durch den TPS, in der alle beteiligten Professionen in mehreren Sitzungen Assessments und Interventionen durchführen, die im Rahmen vordefinierter, professionsspezifischer Behandlungspläne - individuell auf die Patient:innen und deren Bedürfnisse abgestimmt werden. Nach Abstimmung gemeinsamer Behandlungsziele erfolgt die Durchführung des individuellen, modularen

Behandlungsplanes und schließlich die Konzepterstellung für die ambulante Versorgung jedes/r Patient:in durch alle vier Professionen. In wöchentlichen Teamsitzungen (ca. drei pro Patient:in während des stationären Aufenthaltes, 20 Minuten pro Patient:in je Sitzung), die durch die Ärztin/ den Arzt koordinierend geleitet werden, werden die Behandlungsaspekte besprochen und ärztlich an die Behandler:innen der Regelversorgung (Operateur:innen, Anästhesist:innen, Akutschmerzdienst etc.) und Nachbehandler:innen (niedergelassene/r Ärztin/Arzt, niedergelassene/r Hausärztin/Hausarzt) der Regelversorgung kommuniziert. Professionsspezifische Behandlungs- und Versorgungsaspekte werden entsprechend von den anderen Berufsgruppen an weiterbehandelnde oder versorgende Einrichtungen kommuniziert. In der stationären Phase soll der TPS tiefgreifende Assessments durchführen, damit die erfassten, individuellen Risikofaktoren in den multiprofessionellen Interventionen adressiert werden können. Die Schwerpunkte liegen dabei auf der Planung und Durchführung von körperlicher Aktivität, der mentalen Vorbereitung auf notwendige Veränderungen, der leitliniengerechten Medikamentenverordnung und der Stärkung der individuellen Selbstwirksamkeit.

Ein zentraler Bestandteil dieses Prozesses ist die Teamsitzung, bei der die Ergebnisse und Beobachtungen der verschiedenen Fachdisziplinen (Medizin, Physiotherapie, Psychotherapie und Pflege) zusammengeführt und integriert werden. Im Mittelpunkt steht dabei die Identifizierung von individuellen Risikofaktoren, die Abstimmung von Zielen zwischen Behandelnden und Patient:innen sowie die Anpassung des Therapieplans und die Entwicklung von gemeinsamen Empfehlungen. Durch diese integrative, interdisziplinäre Herangehensweise soll ein umfassendes Bild der/des jeweiligen Patient:in erstellt werden, was eine bedarfsgerechte Anpassung des individuellen Vorgehens, der Entscheidungsfindung und der Diagnostik ermöglicht.

Poststationär/ ambulant: Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus werden die Patient:innen in der Durchführung einzelner Therapiemodule und in der Erreichung individueller Therapieziele unterstützt, indem die Therapie und Präventionsmaßnahmen bzw. Zielerreichung kontrolliert bzw. falls notwendig optimiert werden. Dafür sollte mindestens ein persönlicher Kontakt in der Klinik mit dem TPS-Team stattfinden. Idealerweise soll der erste ambulante Termin 8-10 Wochen nach der Operation erfolgen. Eine frühere Einladung der Patient:innen ist ebenfalls möglich, wenn bestimmte Kriterien, die von jeder TPS-Profession definiert werden, erfüllt sind; jedoch soll dies nicht vor sechs Wochen nach der Operation geschehen. Eine spätere Terminierung zwischen 11-12 Wochen nach der Operation ist ebenfalls möglich, beispielsweise wenn ein Rehabilitationsaufenthalt eine frühere Wiedervorstellung verhindert.

Für jeden ambulanten Kontakt gibt es – wie auch für alle anderen Kontakte - professionsspezifische Inhalte, die von den einzelnen TPS-Mitgliedern mit den Patient:innen umgesetzt werden sollen. Da die Assessments der ärztlichen Profession auch inhaltliche Aspekte erfassen, die für andere Professionen von Relevanz sind, ist es auch hier sinnvoll, das ärztliche Assessment als erstes durchzuführen. Die Reihenfolge der anderen Professionen, die nach dem ambulanten, ärztlichen Kontakt folgen, ist anschließend nicht festgelegt. Wenn das ärztliche TPS-Teammitglied die Patient:innen nicht wie geplant vor den anderen TPS-Mitgliedern treffen kann, können letztere die für ihre eigene Profession relevanten Informationen selbst erheben. Dies sollte jedoch die Ausnahme sein. Wenn es aus organisatorischen Gründen nicht möglich ist, alle vorgesehenen ambulanten Kontakte an einem Tag durchzuführen, können die entsprechenden Termine auf unterschiedliche Tage aufgeteilt werden.

Sollten weitere ambulante Termine nötig sein, z.B. bei anhaltend starken Schmerzen oder weiteren Zeichen einer Schmerzchronifizierung, erfolgen diese bis zur endgültigen Entlassung aus der Betreuung des TPS bis zu sechs Monate nach der Operation durch den TPS. Diese weiteren Termine können gemeinsam durchgeführte oder aber durch einzelne TPS-Professionen mit den Patient:innen abgestimmte Termine sein, je nach Bedarf und individueller Risikoeinschätzung im Rahmen der Assessments. Weitere poststationäre Wiedervorstellungen sollen in einem Zeitraum von 18-24 Wochen nach der Operation stattfinden und können auch telefonisch durchgeführt werden. Zusätzlich steht der TPS bei schmerzmedizinischen Problemen den Patient:innen telefonisch zur Verfügung.

3.2 Aufgaben der verschiedenen Professionen im Rahmen des TPS

Ärztliche Kernaufgaben im Rahmen des TPS

Die Ärztin/ Der Arzt hat eine Kernfunktion im Team des TPS. Wie in der multimodalen Schmerztherapie auch (Arnold et al. 2014) ist hier geplant, dass die ärztlichen Kolleg:innen des Teams die fachlich korrekte Diagnostik, deren Bewertung, die Behandlungsindikation und die Risikoaufklärung sowie die Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen koordinieren und mit den anderen Behandler:innen der Regelversorgung kommunizieren. Der Ärztin/ dem Arzt unterliegt die Identifikation von primär somatischen Risikofaktoren einschließlich medikamentöser Aspekte. Unter Koordination des ärztlichen Teammitglieds werden im Behandlungsteam die individuellen Risiken der Patient:innen, ihre Präventionsansätze und Entwicklungen im Verlauf der sechsmonatigen Begleitung regelmäßig im Rahmen der Teamsitzungen strukturiert besprochen und koordiniert. Die Ärztin/ Der Arzt kommuniziert auch mit Weiterbehandelnden und organisiert das Berichtwesen. Im Einzelnen hat die Ärztin/ der Arzt des TPS folgende Aufgaben (siehe auch Abbildung 4):

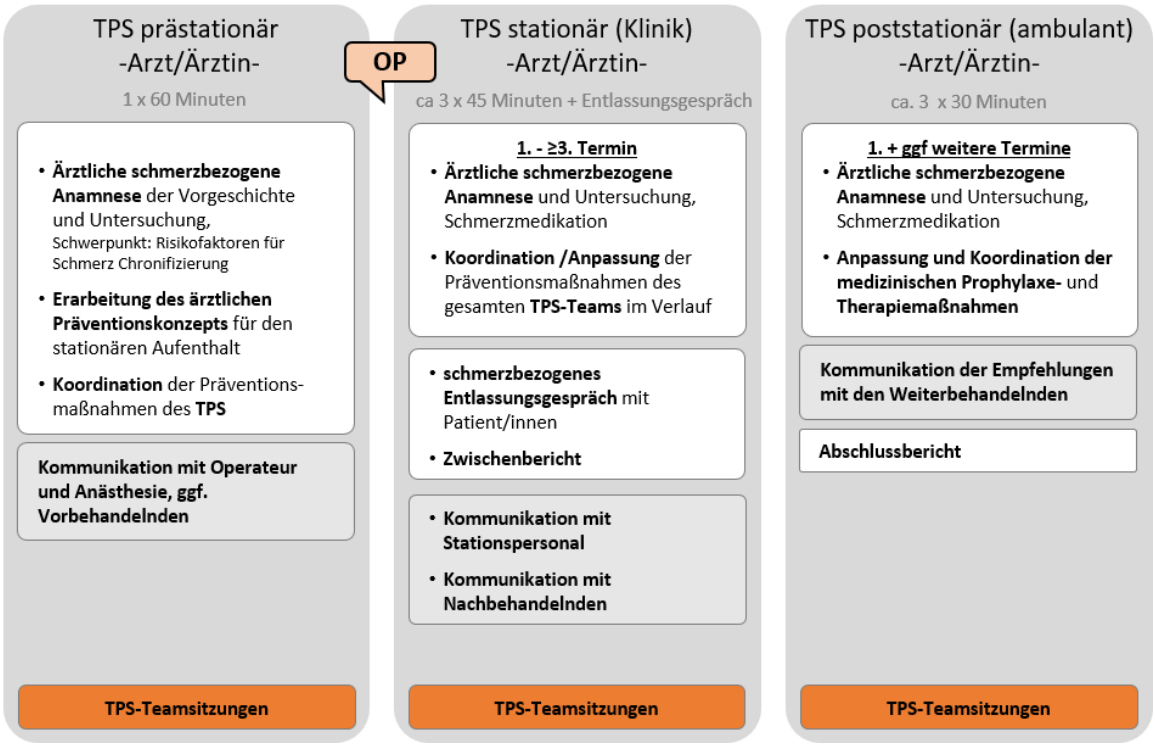


Abbildung 4: Überblick über die Versorgungsaufgaben der TPS-Ärztin/ des TPS-Arztes

TPS-Ärztin/ -Arzt prästationär: Im Rahmen des ärztlichen Assessments (geplante Dauer ca. 60 min) erfolgt durch ein Patient:innengespräch eine strukturierte Erfassung der soziodemografischen Daten und der Krankenvorgeschichte mit relevanten Komorbiditäten, der aktuellen Schmerzsituation sowie Schmerzvorgeschichte, der aktuellen und früheren Schmerzmedikation (Wirkung, Nebenwirkung), Schmerzverlauf, -beschreibung und möglichen weiteren relevanten Aspekten.

Dies umfasst insbesondere:

- Die **Erfassung von soziodemografischen Daten und Informationen zur geplanten Operation und Diagnose**, einschließlich der Grunderkrankung, die zu der geplanten Operation führt, und der Art der Operation.
- Die **Erfassung des postoperativen Schmerzverlaufs, einschließlich vorbestehender, chronischer Schmerzen** (mithilfe eines Körperschemas) und **ggf. neuropathischer Schmerzkomponenten** (mit Hilfe des DN4-Fragebogens (Bouhassira et al. 2005), sowie die Differenzierung zwischen Schmerzen im OP-Gebiet und Schmerzen an anderer Stelle.
- Die **Medikamentenanamnese**, einschließlich der Erfassung von Analgetika, insbesondere von Opioiden, die vor der Operation eingenommen wurden, sowie von anderen Medikamenten, die für die Schmerzbehandlung relevant sind.
- Die **Erfassung von Begleiterkrankungen**, die für die Behandlung und die Vorbeugung von Schmerzen wichtig sind und die die Schmerzbehandlung beeinflussen können.
- Die Durchführung einer **Suchtanamnese** zur Erstellung einer potenziellen Verdachtsdiagnose im Hinblick auf „psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ als wichtiger für die Schmerzbehandlung relevanter Risikofaktor (mittels Fragen aus dem diagnostischen Kurzinterview bei psychischen Störungen (Margraf und Cwik 2017; Margraf et al. 2017).
- Die **Erfassung von bisherigen Operationen**, um mögliche Risiken für die aktuelle Operation zu identifizieren.
- Die Durchführung einer **Schlafanamnese**, einschließlich Fragen nach Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafprobleme), Insomnie oder Hypersomnie (mittels Fragen aus dem diagnostischen Kurzinterview bei psychischen Störungen (DIPS), zur Erstellung einer Verdachtsdiagnose, da Schlafstörungen ein Risikofaktor für chronische, postoperative Schmerzen sein können (Margraf und Cwik 2017).
- Die Erfassung der **Verantwortungsattribution**, d.h. die subjektiv wahrgenommene Verantwortung für die anstehende Operation, um Patient:innen zu identifizieren, die möglicherweise Schwierigkeiten bei der Genesung haben könnten, weil sie ihre Schmerzen extern attribuieren und diese Wahrnehmung als Risikofaktor im Genesungsverlauf wirken kann (Sullivan et al. 2012).

Zusammen mit den Ergebnissen des Risikoassessments (Identifikation der prästationären Risikofaktoren für die Entwicklung chronischer, postoperativer Schmerzen) wird das ärztliche Präventionskonzept für den stationären Aufenthalt des/der Patient:in durch die Ärztin/den Arzt erarbeitet sowie eine leitliniengerechte Formulierung einer intra- und postoperativen Schmerztherapie während des stationären Aufenthaltes. Mit den Patient:innen wird eine Zielvereinbarung für die stationäre Behandlung getroffen.

In der Teambesprechung obliegt der Ärztin/ dem Arzt die Abstimmung des TPS-Behandlungsplans durch Zusammenführung des individuellen Risikoprofils aus Sicht aller Professionen und der interprofessionellen Therapievorhaben, deren Dokumentation und die Koordination des TPS-Teams. Ebenfalls wird primär durch sie/ihn die Kommunikation mit den Behandler:innen der Regelversorgung geführt, z.B. die ärztliche Abstimmung mit Operateur:innen, Anästhesist:innen und weiteren Behandler:innen.

TPS-Ärztin/ -Arzt stationär: Die Ärztin/Der Arzt visitiert jede/n Patient:in im Rahmen der stationären Versorgung regulär zu ca. drei Terminen à ca. 45 Minuten. Im Rahmen der Visiten erfolgt eine ausführliche Schmerzanamnese sowie eine Erfassung der aktuellen Schmerzmedikation (Wirkung, Nebenwirkung) und Wirksamkeit nichtmedikamentöser Verfahren (z.B. Wärme, Kälte). Gegebenenfalls erfolgt eine kurze fokussierte klinische Untersuchung der Patient:innen. Insbesondere wird mittels klinischer Untersuchungen auf Hinweise für akute neuropathische postoperative Schmerzen und schmerzbedingte postoperative funktionelle Einschränkungen sowie Nebenwirkungen der Schmerzmedikation geachtet.

Das Assessment umfasst:

- Die Erfassung von unterschiedlichen **Operationsdaten** (u.a. Dauer, Anzahl, Zeitpunkt stationäres Assessment).
- Die Erhebung der **Schmerzintensität in Ruhe und bei Belastung** zur Darstellung der Schmerzverläufe.
- Die Ermittlung der **Schmerzlokalisation** (anhand von Körperschemata).
- Ggf. Überprüfung auf **neuropathische Schmerzkomponenten** mittels DN4-Fragebogen (Bouhassira et al. 2005). Bei Überschreitung des Cut off-Wertes (≥4 „Ja-Antworten) wird die Schmerzqualität noch mittels Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI-G) (Sommer et al. 2011) spezifiziert.
- Die Erfassung des **postoperativen Schmerzverlaufs** einschließlich Auswirkungen der Operation auf präexistente, chronische Schmerzen abseits des Operationsgebiets sowie das Auftreten postoperativer Komplikationen (gemäß Clavien-Dindo-Klassifizierung >2 die eine invasive (chirurgische, endoskopische, radiologische) Intervention im OP-Gebiet erforderlich machen). Darüber hinaus sollen spezifische Informationen zu Wundheilungsverläufen und etwaigen Komplikationen (z.B. Nachblutung, Infektion) erhoben werden.
- Die Erfassung der **funktionellen Beeinträchtigung** durch den Schmerz bei Aktivität im Bett (z.B. aufsitzende oder umgedrehte Position) und bei tiefer Atmung oder Husten.
- Die **Medikamentenanamnese** zur Erfassung der aktuellen Medikation und deren Wirksamkeit und Nebenwirkungen. Es werden dabei sowohl medikamentöse als auch nicht-medikamentöse Schmerzbehandlungen bewertet.
- Die Erfassung der **Patient:innenwünsche nach Schmerzlinderung bzw. erträglicher Schmerzstärke** und der **Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung**.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse koordiniert die Ärztin/der Arzt des TPS die Schmerztherapie und Schmerzprophylaxe mit Fokus auf die Langzeittherapie, z.B. Anpassung von unzureichenden Therapiemaßnahmen, Erstellung des Entlassmanagements bezogen auf die Schmerztherapie, Anpassung und ggf. Ausschleichen von Opioiden und komplementäre Therapiemaßnahmen. Die medikamentösen Empfehlungen der TPS-Ärztin/ des TPS-Arztes entsprechen hierbei insbesondere der aktuellen Akutschmerzleitlinie, der LONTS-Leitlinie und der Leitlinie zur Diagnose und Behandlung neuropathischer

Schmerzen (Häuser et al. 2020; Schlereth 2020; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2022). Die Ärztin/Der Arzt kommuniziert mit dem/der Patient:in besondere Aspekte einer Schmerzprophylaxe aus ärztlicher und interprofessioneller Sicht, einschließlich des möglichen Problems einer Langzeitopioideinnahme. Die Ergebnisse dieser Visiten und die Therapieempfehlungen werden dokumentiert und mit den Mitbehandler:innen der Regelversorgung (z.B. Stationsärzt:innen, Akutschmerzdienst) kommuniziert und koordiniert. Sollten sich bereits während der stationären Therapie Rückfragen hinsichtlich der vorherigen Schmerztherapie ergeben, wird Rücksprache z.B. mit den entsprechenden Allgemeinmediziner:innen, Internist:innen, niedergelassenen Schmerztherapeut:innen oder niedergelassenen Chirurg:innen gehalten. Im Rahmen der Teambesprechungen des TPS wird der aktuelle medizinische Stand des/der Patient:in regelmäßig vorgestellt und im interdisziplinären Einvernehmen die Therapieempfehlungen aller TPS-Professionen von der Ärztin/ vom Arzt zusammengeführt. Kurz vor Entlassung führt die Ärztin/der Arzt des TPS ein Entlassgespräch mit dem/der Patient:in, in dem die wesentlichen Punkte der bisher erfolgten Therapie dem/der Patient:in noch einmal zusammenhängend dargelegt sowie weitere Therapieziele für die ambulante Versorgung unter Berücksichtigung der Vorstellungen des/der Patient:in festgehalten werden. Die Ärztin/ Der Arzt erstellt einen Brief (Zwischenbericht) für die Weiterbehandler:innen bzw. koordiniert die Integration der Inhalte des TPS als Teil des Abschlussberichtes der Klinik, indem die Therapieergebnisse des gesamten TPS sowie die Empfehlungen für die Weiterbehandlung festgehalten werden.

***TPS-Ärztin/ -Arzt ambulant*:** Sechs bis 12 Wochen nach der Operation wird der/die Patient:in für einen ersten ambulanten Wiedervorstellungstermin in die TPS Ambulanz einbestellt. Durchschnittlich sind drei ärztliche Patient:innen-Termine von jeweils 30 Minuten geplant. Im Rahmen dieser Vorstellungstermine erfolgt eine kurze Schmerzanamnese und ggf. eine kurze, auf mögliche subakute bzw. chronische, neuropathische Schmerzen fokussierte klinische Untersuchung des/der Patient:in sowie eine Erfassung der aktuellen Schmerzmedikation (Wirkung, Nebenwirkungen) und schmerzbedingte Funktionseinschränkungen.

Ein Fokus wird auf folgende Punkte gelegt:

- Überprüfung der Aktualität der Empfehlungen an und von **externen Kolleg:innen**: Kontrolle, ob die zum prästationären Termin erfassten Daten zu externen Kolleg:innen noch aktuell sind oder Änderungen vorgenommen werden müssen und/ oder adäquat vorgenommen worden sind.
- Erfassung der **aktuellen Schmerzintensität und des Schmerzverlaufs** aus Sicht der Patient:innen seit der Entlassung aus der stationären Behandlung.
- Erfassung der **Schmerzorte** mithilfe eines Körperschemas, um einen visuellen Eindruck von der Schmerzlokalisation zu erhalten.
- Ggf. Überprüfung, ob eine **neuropathische Schmerzkomponente** besteht, sich verändert oder neu hinzugekommen ist (mithilfe des DN4-Fragebogens (Bouhassira et al. 2005) und des NPSI-G (siehe stationärer Part).
- Erfassung von **Beeinflussung durch bereits bestehende, chronische Schmerzen durch die Operation.**
- Erfassung von **funktioneller Beeinträchtigung durch den Schmerz.**
- Erfassung von **postoperativen Operationskomplikationen.**

- **Schlafanamnese** mittels Mini DIPS (Margraf und Cwik 2017; Margraf et al. 2017), um mögliche Schlafstörungen (Insomnie bzw. Hypersomnie) zu identifizieren.
- **Medikamentenanamnese** und **Nicht-medikamentöser Maßnahmen**: insbesondere Erfassung der Wirkung und Nebenwirkungen in den letzten vier Wochen.
- Erfassung des **Wunsches bezüglich Schmerzlinderung, Zufriedenheit und Überprüfung der stationär gefassten Ziele** für die ambulante Phase, mithilfe der Goal Attainment Scale (GAS) (Schaefer 2015).

Basierend darauf werden die individuellen, postoperativen Risiken ärztlicherseits identifiziert und darauf aufbauend – falls notwendig – ein Optimierungsvorschlag der Schmerzmedikation und eine Empfehlung für die weitere ambulante Versorgung abgeleitet. Nicht notwendige Medikation wird mit dem/der Patient:in direkt besprochen und das Absetzen des Medikamentes empfohlen. Darüber hinaus wird der Erfolg der während des stationären Aufenthalts verfolgten Ziele evaluiert und gegebenenfalls eine Anpassung vorgenommen.

Die Ärztin/Der Arzt fasst ihre/seine Empfehlungen und die Schmerz-assoziierten Aspekte der anderen TPS-Disziplinen, die in dieser ambulanten Vorstellung herausgearbeitet wurden, zusammen und schreibt den Brief an die Weiterbehandler:innen. Im Rahmen weiterer kurzer Folgetermine erfolgt – vorzugsweise telefonisch – eine weitere Therapiekontrolle mit ggf. weiteren Empfehlungen an die Weiterbehandler:innen. Bei Bedarf steht die Ärztin/ der Arzt (z.B. im Rahmen einer ambulanten Sprechstunde) für telefonische Rückfragen für Patient:innen bzw. Mitbehandler:innen zur Verfügung. Sollten sich am Ende der Betreuung durch den TPS (sechs Monate postoperativ) Hinweise auf weiter anhaltende, chronische, postoperative Schmerzen bei einzelnen Patient:innen ergeben, die behandlungsbedürftig sind, wird dies mit den Behandler:innen vor Ort kommuniziert und ggf. eine Empfehlung zur Überweisung an ein chronisches Schmerztherapiezentrum besprochen.

Physiotherapeutische Kernaufgaben im Rahmen des TPS

Ziel der physiotherapeutischen Intervention im Projekt POET-Pain ist die Förderung postoperativer, körperlicher Aktivität unter Berücksichtigung der jeweiligen operationsbedingten Heilungsprozesse. Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zu Therapieoptionen bei bestehenden chronischen Schmerzen zeigen konsistent, dass eine Kombination aus Bewegungsförderung und Edukation zu Schmerzneurophysiologie Schmerz und Behinderung effektiv reduzieren und psychologische Faktoren wie Kinesiophobie (Bewegungsangst) und Schmerzkatastrophisierung signifikant verbessern kann (Siddall et al. 2022; Bonatesta et al. 2022). Für die Förderung von regelmäßiger körperlicher Aktivität und Bewegung haben sich verhaltensorientierte Ansätze in unterschiedlichen Populationen als effektiv erwiesen (Michie et al. 2009; Eisele et al. 2019; Turner et al. 2018). Die physiotherapeutische Intervention im TPS folgt einem patientenzentrierten Ansatz, der auf Erkenntnissen aus der Bewegungstherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie sowie Physiologie (z.B. Wundheilung, Schmerzneurophysiologie) basiert. Der Interventionsansatz schließt zudem an motivationspsychologische Theorien und Modelle an und berücksichtigt Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung (Rollnick et al. 2020). So sollen Barrieren wie z.B. bewegungsbezogene Angst abgebaut und die intrinsische Motivation der Patient:innen für Aufnahme

und Steigerung postoperativer, körperlicher Aktivität gefördert werden. Die Kernkomponenten der Intervention sind das präoperative, physiotherapeutische Assessment, die stationäre, physiotherapeutische Intervention und die poststationäre Nachsorge (Abbildung 5):

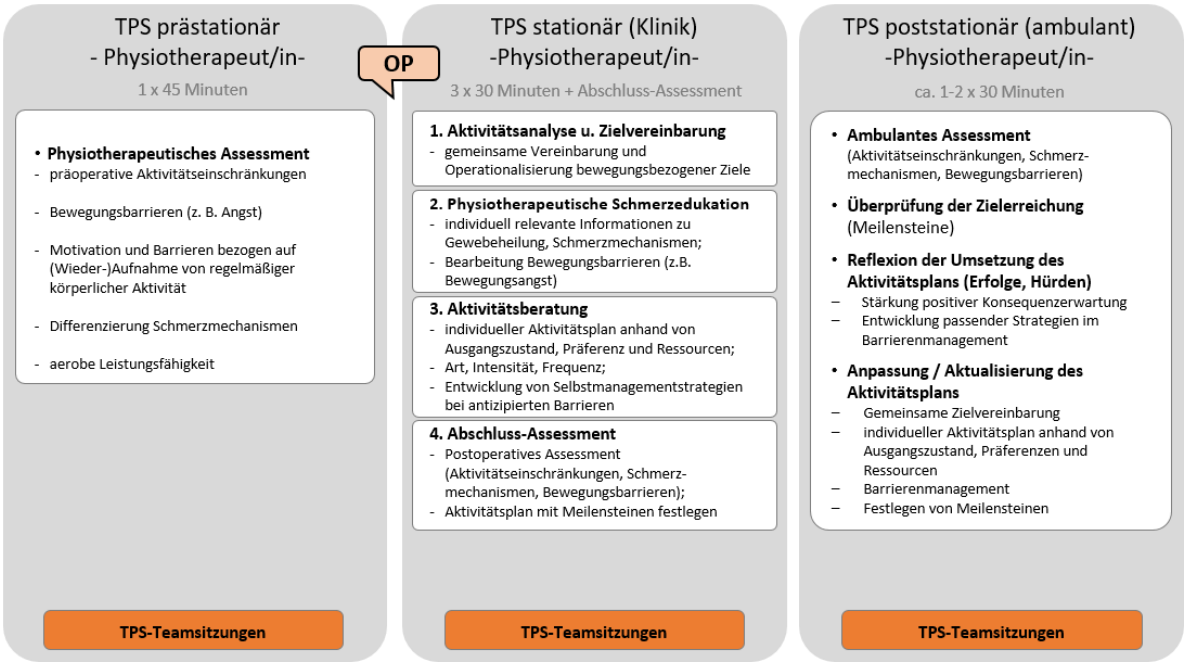


Abbildung 5: Überblick über die Versorgungsaufgaben der TPS-Physiotherapeut:in

TPS-Physiotherapie prästationär: Im prästationären physiotherapeutischen Assessment sollen mögliche Einflussfaktoren auf die postoperative (Wieder-) Aufnahme regelmäßiger, körperlicher Aktivität erfasst werden.

Das prästationäre, physiotherapeutische Assessment beinhaltet dabei folgende obligatorische Aspekte:

- Erfassung **präoperativer Funktionseinschränkungen** mittels der Patientenspezifischen Funktionsskala (PSFS) (Heldmann et al. 2015).
- Erfassung **bewegungsbezogener Angst** (Kinesiophobie) anhand der Tampa Scale of Kinesiophobia 4-Item Version (TSK-4) (Burwinkle et al. 2005).
- **Differenzierung von präoperativ vorhandenem muskuloskelettalem Schmerz** (nozizeptiv, neuropathisch und noziplastisch) (Kosek et al. 2021).
- Optional die Erfassung der **körperlichen Leistungsfähigkeit** mittels des 6-Minute-Walk-Test (6MWT) (ATS statement: guidelines for the six-minute walk test 2002).

Auf dieser Grundlage und unter Einbezug der bereits erhobenen Daten der anderen Disziplinen, sowie der individuellen Zielsetzungen der Patient:innen werden die individuellen physiotherapeutischen Maßnahmen und deren Gewichtung abgeleitet und ein postoperativer Aktivitätsplan mit Art, Dauer, Intensität und Frequenz einer individuellen, körperlichen Aktivität erstellt.

***TPS-Physiotherapie stationär*:** Die stationäre, physiotherapeutische Intervention im TPS gliedert sich in drei 30-minütige Termine sowie ein abschließendes 30-minütiges Assessment. Die Reihenfolge dieser Termine ist in Abbildung 5 dargestellt. Die Planung der Intervention erfolgt auf Grundlage des präoperativen Assessments und umfasst individuell angepasste und gewichtete Maßnahmen. Dabei erfolgt die Gewichtung nach Art und Ausprägung der jeweiligen Bewegungsbarrieren. Patient:innen z.B. mit dominant noziplastischen Schmerzen oder bewegungsbezogener Angst würden, neben der Aktivitätsanalyse und -beratung, entsprechend abgestimmte edukative Inhalte vermittelt, während z.B. bei Patientinnen mit dominant nozizeptiven Schmerzmechanismen, aber geringer körperlicher Leistungsfähigkeit ein Schwerpunkt auf der Aktivitätsanalyse und -beratung liegen würde. Die stationäre physiotherapeutische Intervention besteht aus den folgenden vier Anteilen:

1. **Aktivitätsanalyse und Zielvereinbarung**: Im ersten stationären Termin wird gemeinsam mit den Patient:innen ein subjektiv bedeutsames, messbares Bewegungsziel bezogen auf die (Wieder)-Aufnahme individuell bedeutsamer körperlicher Aktivität definiert. Dazu werden Aktivitätseinschränkungen aus der Patientenspezifischen Funktionsskala (PSFS) (Heldmann et al. 2015) oder von den Patient:innen genannte körperliche Aktivitäten verwendet. Individuelle Indikatoren für die Zielüberprüfung werden identifiziert und dokumentiert, um die Zielerreichung später überprüfen zu können. Von den Patient:innen formulierte, bewegungsbezogene Ziele werden unter Verwendung des Goal Attainment Scalings (GAS) (Schaefer 2015) am Ende des ersten stationären Termins gemeinsam operationalisiert.

2. **Physiotherapeutische Schmerzedukation**: In Abhängigkeit der Ergebnisse aus dem präoperativen Assessment erfolgt die Edukation durch die Physiotherapeut:innen zu positiven Effekten von körperlicher Aktivität (Lima et al. 2017; Sluka et al. 2018; Naugle et al. 2012; Geneen et al. 2017; Pedersen und Saltin 2015; Fiuza-Luces et al. 2013), neurophysiologischen Schmerzmechanismen und Wundheilungsprozessen mit dem Ziel, mögliche Bewegungsbarrieren wie bewegungsbezogene Angst zu reduzieren und die Bereitschaft und Motivation zu körperlicher Aktivität zu fördern (Siddall et al. 2022). In Abhängigkeit von den Vorbefunden in der Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-4) (Burwinkle et al. 2005) und der Differenzierung von Schmerzmechanismen werden die Inhalte der Edukation individuell angepasst.

3. **Physiotherapeutische Aktivitätsberatung**: Die Aktivitätsberatung umfasst die gemeinsame Planung von körperlichen Aktivitäten unter Berücksichtigung des postoperativen Ausgangszustands sowie der individuellen bewegungsbezogenen Barrieren, Präferenzen und Ressourcen der Patient:innen. In Abhängigkeit der erfassten Parameter wird gemeinsam mit den Patient:innen ein individuell angepasster poststationärer Aktivitätsplan mit bewegungsbezogenen Meilensteinen zur Zielerreichung entwickelt (Michie et al. 2009; Stevens et al. 2017; Bélanger-Gravel et al.; Sheeran und Webb 2016). Selbstmanagementstrategien für den Umgang mit antizipierten Bewegungsbarrieren der Patient:innen werden erarbeitet und an individuelle Bedarfe angepasst (Michie et al. 2009; Stevens et al. 2017; Bélanger-Gravel et al.; Sheeran und Webb 2016).

4. **Physiotherapeutisches Abschluss-Assessment**: Postoperative Aktivitätseinschränkungen (z.B. via Patient Specific Functional Scale (PSFS) (Røe et al. 2021)) und Bewegungsbarrieren (z.B. via Tampa Scale of Kinesiophobia-4 (TSK-4) (Burwinkle et al. 2005) werden durch die Physiotherapeut:innen erfasst. In Abhängigkeit möglicher Veränderungen der Nachbehandlungsvorgaben oder Bedenken der Patient:innen wird der entwickelte Aktivitätsplan ggf. angepasst und/ oder edukative Inhalte erneut adressiert.

Je nach Aufenthaltsdauer können die stationären TPS-Physiotherapie-Termine angepasst werden. Falls nur ein Termin wahrgenommen werden kann, wird ein 60-minütiger Termin für die Aktivitätsanalyse, Zielvereinbarung und Aktivitätsberatung durchgeführt, sodass sichergestellt ist, dass ein individuell abgestimmter Aktivitätsplan erarbeitet wurde. Fehlende Termine können telefonisch nachgeholt werden.

TPS-Physiotherapie ambulant: In der 30-minütigen ambulanten physiotherapeutischen TPS-Nachsorge 6-12 Wochen nach Entlassung aus der Klinik besteht die Aufgabe der TPS-Physiotherapie darin,

- den aktuellen Stand der **Umsetzung des Aktivitätsplans** sowie
- das Ausmaß der bisherigen **Zielerreichung** zu überprüfen und
- den Aktivitätsplan bei Bedarf anzupassen, um die langfristige Umsetzung körperlicher Aktivität zu unterstützen.

Die Erreichung der vereinbarten Meilensteile wird mittels Goal Attainment Scaling (GAS) (Schäfer 2015) überprüft. Zudem werden aktuelle Aktivitätseinschränkungen (via Patient Specific Functional Scale (PSFS) (Røe et al. 2021)), Bewegungsbarrieren (via Tampa Scale of Kinesiophobia-4 (TSK-4) (Burwinkle et al. 2005)) sowie Schmerzmechanismen (z.B. nach (Kosek et al. 2021)) erfasst. Im Anschluss werden der Aktivitätsplan sowie die Ziele mit den Patient:innen in Hinsicht auf bewegungsbezogene Erfolge, Ressourcen sowie Barrieren reflektiert und angepasst (Michie et al. 2009; Stevens et al. 2017; Bélanger-Gravel et al.; Sheeran und Webb 2016). Bei ausgeprägten Barrieren können edukative Inhalte erneut adressiert sowie ein zweiter Nachsorgetermin vereinbart werden, um Bewegungsbarrieren weiter zu reduzieren und den Aktivitätsplan erneut überprüfen und anpassen zu können.

Pflegerische Kernaufgaben im Rahmen des TPS

Das Ziel der pflegerischen Intervention im TPS ist eine bedarfsgerechte Edukation beginnend in der prästationären Phase sowie während des stationären Aufenthalts und in der ambulanten Phase zur Sicherstellung der Alltagskompetenzen unter besonderer Beachtung der frühestmöglichen Wiedererlangung der gewohnten Aktivitäten und Funktionsfähigkeiten. Dabei wird zugrunde gelegt, dass das Erlangen eines ausreichenden Selbstmanagements der Betroffenen notwendig ist, um sicherzustellen, dass Alltagsaktivitäten in der poststationären Phase wiedererlangt werden können und somit die Rückkehr ins gesellschaftliche Leben ermöglicht wird. Eine entsprechende Kompetenz- und Wissensvermittlung an die Patient:innen soll als Unterstützung zu einem adäquaten und aktiven Umgang mit der Schmerz- und Lebenssituation im Sinne des Selbstmanagements beitragen (Haslbeck und Schaeffer 2007; Schulman-Green et al. 2012; Huang et al. 2017). Das Konzept des Selbstmanagements fokussiert dabei auf die Handlungsebene der Patient:innen. So geht es darum, individuelle Handlungsstrategien zu identifizieren

und so einzusetzen, dass eine aktive und weitestgehend eigenverantwortliche Auseinandersetzung mit der Situation möglich ist (Haslbeck und Schaeffer 2007). In diesem Zusammenhang nimmt auch das Empowerment als Selbstbefähigung zum eigenständigen Handeln einen hohen Stellenwert ein (Castro et al. 2016).

Im Rahmen der Edukation lernen die Patient:innen ihre Bedürfnisse und Sorgen, ihre Fähigkeiten, ihre soziale Unterstützung und ihre Ressourcen zu identifizieren. Zudem geht es darum, Möglichkeiten der Partizipation am Schmerzmanagement aufzuzeigen, Selbstmanagementkompetenzen und die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung zu erheben sowie gemeinsam mit den Patient:innen erreichbare Ziele festzulegen. Dabei wird angenommen, dass mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung auch die Selbstwirksamkeit im Schmerzmanagement reduziert ist.

Eine bedarfsgerechte Edukation unter Beachtung der individuellen Schmerz- sowie Lebenssituation, die auf die Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenz (health literacy) (Sørensen et al. 2012) und das damit verbundene Selbstmanagement zur Vermeidung chronischer, postoperativer Schmerzen fokussiert, wird in POET-Pain angewendet. Im Einzelnen sieht die Intervention des Pflegepersonals im TPS wie folgt aus (vgl. auch Abbildung 6):

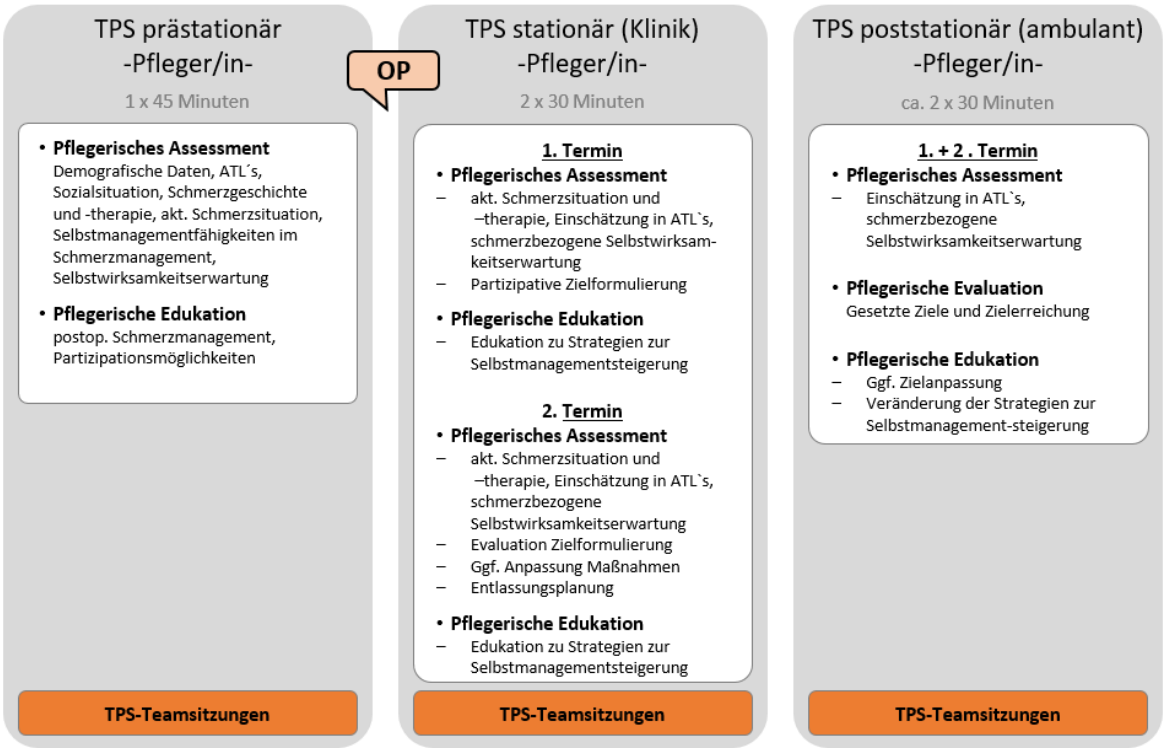


Abbildung 6: Überblick über die Versorgungsaufgaben des TPS Pflegepersonals

TPS-Pflege prästationär: Das pflegerische TPS-Ziel der prästationären Phase besteht darin, durch eine umfassende Beurteilung sinnvolle Maßnahmen zur Steigerung des Selbstmanagements während des stationären Aufenthalts zu identifizieren.

Die Hauptaufgaben der im TPS beschäftigten Pflegefachpersonen mit spezifischer Kompetenz im Schmerzmanagement umfassen die Schritte des Pflegeprozesses mit klarer Abgrenzung zur Regelversorgung. Diese sind:

- ein spezifisches pflegerisches **Schmerzassessment**,
- eine **Risikoprofileinschätzung** in Bezug auf ein unzureichendes Selbstmanagement in der Schmerzversorgung,
- die **Umsetzung von Edukationsmaßnahmen** und
- die Erstellung eines individuellen **Behandlungsplans.**

Bevor mit der Edukation zum Schmerzmanagement begonnen wird, steht im pflegerischen Assessment zunächst die aktive Kommunikation und Interaktion mit den Patient:innen im Vordergrund.

Es werden die über die TPS-Ärztin/den TPS-Arzt bereits erhobenen, demografische Daten, die aktuelle Schmerzsituation sowie die aktuelle Schmerzmedikation, ggf. die Schmerzgeschichte und bereits etablierte, nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Schmerzreduktion gesichtet. Die Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten und die Funktionsfähigkeit (Barthel-Index) (Heuschmann et al. 2005) werden ebenfalls aufgenommen. Zudem wird in der wissenschaftlichen Erhebung die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung mittels der Selbstwirksamkeitsskala (SWE Skala, (Schwarzer und Jerusalem 1999)) erfasst, da diese Einfluss auf das hier im Fokus stehende Selbstmanagement hat. Der ermittelte Wert wird im pflegerischen Assessment miteinbezogen. Bei Personen mit bereits bestehenden chronischen Schmerzen wird zusätzlich der Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-D) eingesetzt (Nilges et al. 2007). Darüber hinaus erfolgt eine erste präoperative Edukation zur Information über das postoperative Schmerzmanagement, den in der Klinik geltenden Therapiestandard und die Möglichkeiten der Partizipation am Schmerzmanagement. Aus den im Assessment erhobenen Informationen werden Maßnahmen zur Steigerung des Selbstmanagements für den stationären Aufenthalt der Patient:innen identifiziert und schließlich im TPS-Team abgestimmt und geplant.

***TPS-Pflege stationär**:* Die postoperative pflegerische Intervention besteht aus zwei Terminen im Krankenhaus (je 30 Minuten). Die Termine werden jeweils entlang der Phasen Assessment, Interventionsplanung und Beratung gestaltet (Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege 2020) und berücksichtigen das Empowerment Konzept, wobei in einer partnerschaftlichen Herangehensweise die Schritte: Zuhören, Austausch, Reflexion, Aktion und Rückmeldung zum Schmerzmanagement beachtet werden (Huang et al. 2017).

Die Hauptaufgaben der im TPS beschäftigten Pflegefachpersonen mit spezifischer Kompetenz im Schmerzmanagement umfassen die Schritte des Pflegeprozesses mit klarer Abgrenzung von der Regelversorgung. Diese sind:

- ein spezifisches pflegerisches **Schmerzassessment**,
- eine **Risikoprofileinschätzung** in Bezug auf ein unzureichendes Selbstmanagement in der Schmerzversorgung,
- eine daraus abgeleitete **partizipative Zielformulierung**,
- die Umsetzung von **Edukationsmaßnahmen und deren Evaluation** sowie
- ggf. eine **Anpassung der Ziele und Maßnahmen**.

Bevor mit der Edukation zum Schmerzmanagement begonnen wird, steht im pflegerischen Assessment zunächst die aktive Kommunikation und Interaktion mit den Patient:innen im Vordergrund.

1. **Termin (1. oder 2. postoperativer Tag):** Erfassung der aktuellen Schmerzsituation und der aktuellen Schmerztherapie (anhand der NRS-Skala in Ruhe und bei Belastung (Pogatzki-Zahn et al. 2025). Zudem werden Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten erhoben (Sullivan et al. 2018; Huang et al. 2017). Daraus folgen eine partizipative Zielformulierung (Nah- und Fernziele) und Edukation zu Strategien zur Steigerung des Selbstmanagements im Schmerzmanagement und den Alltagsaktivitäten (Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege 2020). Die Vorgehensweise orientiert sich dabei an den im Rahmen der Teamsitzung mit den anderen Professionen formulierten Zielen und den daraus abgeleiteten Maßnahmen.

2. **Termin (vor Entlassung):** Erfassung der aktuellen Schmerzsituation in Ruhe und Bewegung (mittels NRS) inklusive der aktuell durchgeführten (nicht-) medikamentösen Schmerztherapie sowie deren Nebenwirkungen. Zudem werden Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten erhoben. Überprüfung der beim ersten Termin gesetzten Ziele und ggf. Anpassung sowie Evaluation der gesetzten Maßnahmen (Huang et al. 2017). Sollte hier die Notwendigkeit von Hilfsmitteln deutlich werden, erfolgt eine Information der Pflege in der Regelversorgung zur Kontaktierung des Entlassmanagements. Zudem erfolgt eine Entlassungsplanung bezogen auf das Schmerzmanagement hinsichtlich der weiterbestehenden pflegerischen Unterstützungsnotwendigkeiten, des Umsetzens der medikamentösen und nichtmedikamentösen Schmerztherapie sowie der Erkennung und Vermeidung von Komplikationen (Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege 2020). Wird eine soziale Isolation der betroffenen Person deutlich, erfolgt eine Information zu Selbsthilfegruppen.

***TPS-Pflege ambulant*:** Ein Termin von 30 Minuten 6-12 Wochen nach Entlassung aus der Klinik soll für das pflegerische Assessment angesetzt werden. Es sollen mögliche Veränderungen in der Schmerzsituation sowie bezüglich des Selbstmanagements erfasst werden. Zudem sollen die gesetzten Ziele bzw. deren Zielerreichung und ggf. Anpassung der Ziele zum Selbstmanagement im Schmerzmanagement zur Steigerung der Alltagskompetenzen im Sinne der Aktivitäten des täglichen Lebens besprochen werden. Bei Bedarf können auch weitere Termine, insbesondere telefonisch, erfolgen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn Unsicherheiten im Selbstmanagement der Patient:innen festgestellt werden oder Patient:innen den Bedarf weiterer pflegerischer Unterstützungen äußern, die sich mit einer fortbestehenden Schmerzsituation ergeben.

Psychologische Kernaufgaben im Rahmen des TPS

Ziele der psychologischen Intervention sind die Identifikation psychologischer Risikoprofile (prästationär) sowie die Optimierung des Behandlungserfolgs durch Anwendung einer evidenzbasierten Verhaltensintervention (Reichart et al. 2012). Die stationäre, psychologische Intervention basiert dabei auf der Methode des „Mentalen Kontrastierens“ („Mental Contrasting“, MC) (Oettingen 2017b), ergänzt um die Methode der „Durchführungsvorsätze“ („Implementation Intentions“, II) (Gollwitzer 2014; Gollwitzer 1999). Beide Methoden erweisen sich sowohl bei Patient:innen mit chronischen Schmerzen als auch hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bezüglich möglicher positiver Veränderungen des Gesundheitsverhaltens in Interventionsstudien als signifikant überlegen gegenüber einer Kontrollgruppe (Stadler et al. 2009, 2010; Christiansen et al. 2010; Adriaanse et al. 2010; Schramm 2005; Reichart et al. 2011; Oettingen 2017a). In

Kombination sind beide Methoden bekannt als „Mentales Kontrastieren und Durchführungsvorsätze“ („Mental Contrasting and Implementation Intentions“, MCII). Im TPS wird dieser Ansatz des MCII während zweier 30-minütiger Termine eingesetzt. Im Vordergrund des ersten Kontakts, der stationär nach der Operation stattfindet, steht dabei das Mentale Kontrastieren, beim zweiten Kontakt die Formulierung von Durchführungsvorsätzen. Die Übersicht über psychologische Aufgaben und Abläufe ist in Abbildung 7 zusammengefasst.

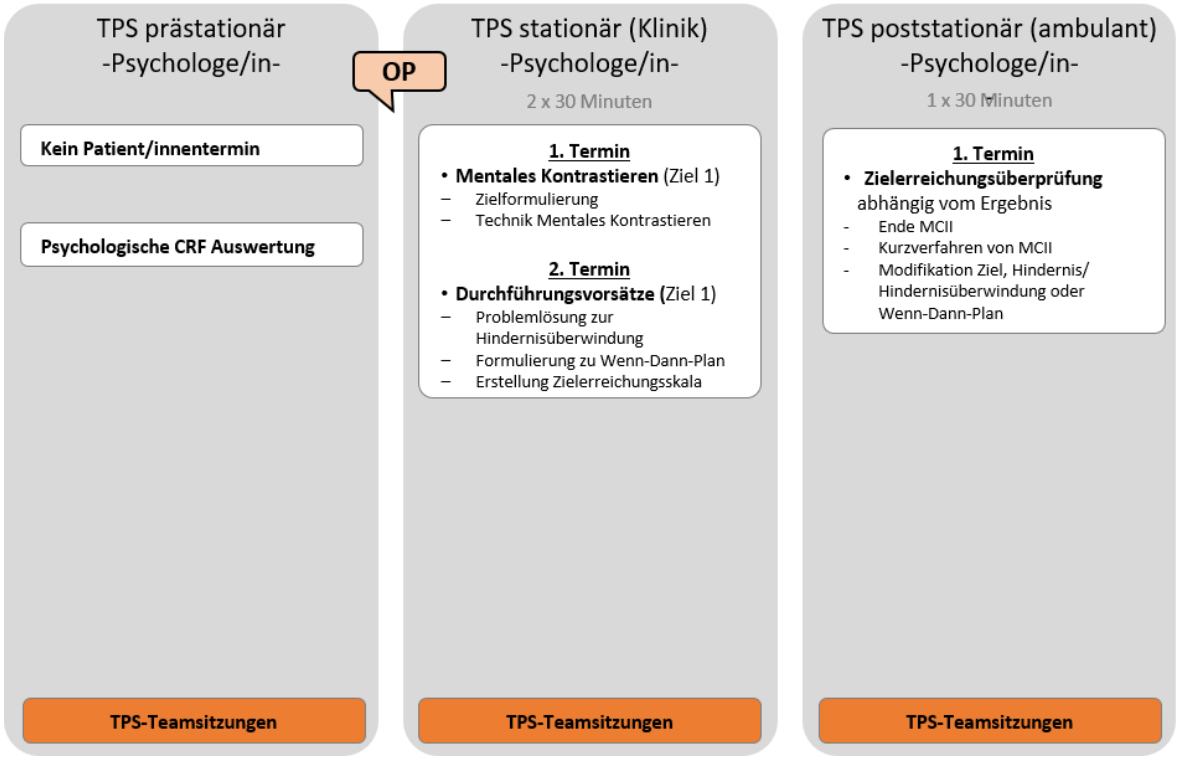


Abbildung 7: Überblick über die Versorgungsaufgaben des TPS-Psycholog:in

Die Risikobewertung erfolgt prästationär, stationär einmalig und zu Beginn der ambulanten Phase anhand verschiedener Methoden.

Die Risikobewertung während der prästationären und der ambulanten Phase orientiert sich an den Werten der Depressions-Angst-und Stress-Skala (DASS) (Lovibond und Lovibond 1995; Nilges und Essau 2015) und der Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Sullivan et al. 1995; Meyer et al. 2008).

DASS - Depressions-Angst-Stress-Skalen: Mit der Kurzfassung der DASS wird anhand insgesamt 21 Items auf drei Skalen ein Screening auf Depressivität, Angst und Stress durchgeführt. Dabei werden Aussagen über das Befinden während der letzten Woche mit 0 (= traf gar nicht auf mich zu) bis 3 (= traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit) bewertet. Pro Skala werden durch Addition aus den jeweils sieben zugehörigen Items die Skalensummenwerte berechnet. Bei einem fehlenden Item pro Skala kann der fehlende Wert durch den Mittelwert der sechs anderen Items dieser Skala ersetzt werden. Bei mehr als einem fehlenden Item pro Skala kann diese nicht ausgewertet werden.

Werden die für die DASS definierten Cut-off-Werte (Depressivität ≥10, Angst ≥6, Stress ≥10) erreicht oder überschritten, ist die Wahrscheinlichkeit für eine ausgeprägte Belastung durch die jeweilige Symptomatik erhöht.

PCS - Pain Catastrophizing Scale: Die PCS ist ein Fragebogenverfahren zur Erfassung katastrophisierender Kognitionen bezüglich des Schmerzerlebens. Insgesamt umfasst die PCS 13 Items, welche Gedanken und Gefühle beschreiben, die im Zusammenhang mit Schmerzen auftreten können. Diese sollen jeweils von den Patientinnen und Patienten auf einer Skala von 0 (= trifft überhaupt nicht zu) bis 4 (= trifft immer zu) bewertet werden. Eine Auswertung ist in Form eines Gesamtsummenwerts sowie als drei Subskalensummenwerte (Grübeln, Verstärkung und Hilflosigkeit) möglich. Für die Risikobewertung für postoperative chronische Schmerzen wird lediglich der Gesamtsummenwert berücksichtigt, der zwischen 0 und 52 Punkten annehmen kann. Ergänzend werden die drei Subskalen ausgewertet und dokumentiert, um dem TPS-Team zusätzliche Informationen über den Umgang der Patientinnen und Patienten mit ihremSchmerz zu verschaffen. Als Grenzwerte gelten die folgenden Cut-off-Werte (Sullivan 2009): Subskala Grübeln ≥11, Subskala Verstärkung ≥5, Subskala Hilflosigkeit ≥13, Gesamtwert ≥30.

Die Risikobewertung während der stationären Phase wird über die Multiaxiale Schmerzklassifikation Psychologie (MASK-P) (Klinger et al. 2016) im Rahmen der Verhaltensbeobachtung durchgeführt und für drei ausgewählte Achsen (Siehe Beschreibung unten) dokumentiert. Sie gilt in der Integration der Befunde aus Testpsychometrie (DASS, PCS) und der Verhaltensbeobachtung als übergeordnet, d.h. die Testergebnisse werden im Lichte der MASK-P-Klassifikation eingeordnet und bewertet.

Aus den Risikoprofilen der Testpsychometrie (DASS, PCS, jeweils prästationär) sowie der MASK-P (stationär) sollten während des stationären Aufenthalts entsprechende Maßnahmen und Empfehlungen (i.d.R. eine psychologische Erstdiagnostik, eine Psychotherapie oder ein interdisziplinäres, multimodales Assessment zur Abklärung einer bestehenden oder beginnenden Schmerzchronifizierung) abgeleitet, im Team und im Anschluss an die Teamentscheidung mit dem/der Patient:in besprochen und in der ambulanten Phase bei Bedarf weiter unterstützt bzw. nachverfolgt werden.

Die **stationäre, psychologische Intervention** basiert auf der Methode des „Mentalen Kontrastierens“ („Mental Contrasting“, MC) (Oettingen 2017b), ergänzt um die Methode der „Durchführungsvorsätze“ („Implementation Intentions“, II) (Gollwitzer 2014; Gollwitzer 1999). In Kombination sind beide Methoden bekannt als „Mentales Kontrastieren und Durchführungsvorsätze“ („Mental Contrasting and Implementation Intentions“, MCII). Beide Methoden erwiesen sich sowohl bei Patient:innen mit chronischen Schmerzen als auch hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bezüglich möglicher positiver Veränderungen des Gesundheitsverhaltens in Interventionsstudien als signifikant überlegen gegenüber einer Kontrollgruppe (Stadler et al. 2009, 2010; Christiansen et al. 2010; Adriaanse et al. 2010; Schramm 2005; Reichart et al. 2011; Oettingen 2017a). In der neuen Versorgungsform des TPS soll der Ansatz des MCII während zweier 30-minütiger Termine eingesetzt werden. Im Vordergrund des ersten Kontakts, der stationär nach der Operation stattfindet, steht dabei das Mentale Kontrastieren, beim zweiten Kontakt die Formulierung von Durchführungsvorsätzen (vgl. auch Abbildung 7).

Mentales Kontrastieren (Termin 1, während des stationären Aufenthalts, ca. 30 min): Zu Beginn wird ein Ziel formuliert, das für die/den Patient:in persönlich bedeutsam und innerhalb der kommenden Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt realisierbar ist (s.u.). Anschließend werden die Patient:innen zum Nachdenken über die Zukunft, wenn das Ziel erreicht ist, angeregt. Hieraus wird der positivste Aspekt der Zielerreichung erarbeitet, ebenso wie das größte Hindernis, die der Zielerreichung entgegenstehen. Um einer Bearbeitung zugänglich zu sein, muss das Hindernis internal und grundsätzlich selbst beeinflussbar

sein. Das Herzstück des Mentalen Kontrastierens besteht in der sich anschließenden Gegenüberstellung („Kontrastierung“) des ausformulierten positiven Aspekts und des Hindernisses, wobei zwingend mit dem positiven Aspekt begonnen wird. Patient:innen sollen sich hierbei den positivsten Aspekt und das Hindernis so detailreich wie möglich vorstellen und ihre Vorstellungen verbalisieren.

Formulierung von Durchführungsvorsätzen (Termin 2, stationär oder telefonisch möglich, ca. 30 min): Nach einleitender Wiederholung der Kontrastierung wird eine Möglichkeit im Umgang mit dem Hindernis bei der Zielerreichung durch die Anwendung von Problemlösestrategien erarbeitet und bei Bedarf um psychoedukative Elemente ergänzt (Kanfer et al. 2012). Die Anwendung von Problemlösestrategien ist im Rahmen der geplanten psychologischen Intervention als konkrete Lösungs- und Veränderungsplanung zu verstehen (Schramm 2005). Problemlösestrategien sind damit nicht mit dem klassischen siebenstufigen Problemlösetraining gleichzusetzen, sondern umfassen lediglich eine Phase dieses Ansatzes und zwar die Auswahl spezifischer Lösungsmöglichkeiten (Kanfer et al. 2012). Über die Methode der Durchführungsvorsätze wird anschließend eine Handlungsanweisung in Form eines „Wenn-Dann-Plans“ formuliert, mit dem festgelegt wird, wie sich die/der Patient:in im Falle des Auftretens des Hindernisses verhalten möchte, um das Ziel zu erreichen (Beispiel: „Wenn ich abends Heißhunger auf Chips habe, dann esse ich eine leckere Nussmischung“). In Anlehnung an das „Goal Attainment Scaling“ (GAS) erfolgt die Festlegung von Kriterien nach denen das formulierte Ziel erreicht ist und es wird definiert, wann mehr als erwartet und wann weniger als erwartet erreicht wurde (Schäfer 2015).

Die Auswahl eines Ziels für die Zeit nach erfolgter Operation (siehe „Mentales Kontrastieren“) erfolgt anhand definierter Zielbereiche, die bereits in der Behandlung von Patient:innen mit chronischen Schmerzen eingesetzt und für die Studie POET-Pain partiell modifiziert wurden (Schramm 2005; Christiansen et al. 2010). Der Bereich „Gesundheitsbewusste Ernährung“ wurde für die geplante Studie ergänzt, da sich ein höherer Body Mass Index in einzelnen Studien als Risikofaktor einer postoperativen Schmerzchronifizierung erwies und mit Hilfe der geplanten Methodik sinnvoll bearbeitbar erschien (Pogatzki-Zahn 2021). Neben den im Folgenden genannten Bereichen kann auch ein individuelles Ziel formuliert werden:

- **„Steigerung körperlicher Aktivität“:** (a) Verlängerung der Gehstrecke bzw. Gehzeitdauer, (b) Verbesserung der Beweglichkeit/Belastbarkeit
- **„Aufbau von Kontakten und Aktivitäten“:** (a) (Wieder-)Herstellung von Kontakten, (b) Steigerung von Freizeit und sozialen Aktivitäten, (c) Veränderung privater oder beruflicher Tätigkeiten
- **„Gesundheitsbewusste Ernährung“:** (a) Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten
- **„Umgang mit Schmerzen“:** (a) Steigerung der Entspannungsfähigkeit, (b) Verbesserung der Ablenkung von Schmerzen, (c) Veränderter Umgang mit negativen Gedanken bezüglich der Schmerzen
- **Individuelles Ziel**

Folgender Ablauf im TPS ist für die/den Psycholog:in vorgesehen:

TPS-Psychologie präoperativ: Ein persönlicher Patient:innenkontakt ist an dieser Stelle nicht vorgesehen. Die/der Psycholog:in sichtet die im präoperativen Fragebogen DASS (Nilges und Essau) und PCS (Meyer et al. 2008) erhobenen Befunde, die die Patient:innen vorab ausgefüllt haben müssen.

Auffällige psychologische Ergebnisse aus den Bereichen Angst, Depressivität, Stress und Schmerzkatastrophisierung anhand überschrittener Cut-off-Werte oder Abweichungen von Gesamtwerten um eine Standardabweichung im Vergleich zur Normalbevölkerung werden identifiziert. Auf Basis der Cut-off-Werte erfolgt eine 3-stufige Risikobewertung (niedrig/mittel/hoch) für die Entwicklung chronischer, postoperativer Schmerzen aus psychologischer Sicht, die in die weitere Behandlung einbezogen wird. Die/der Psycholog:in nimmt an TPS-Teambesprechungen teil und informiert das Team über mögliche psychische Belastungen, die sich aus Auffälligkeiten in den genannten Testbereichen ergeben. Sie/Er bespricht mit dem Team, wie hierauf ggf. bei der Behandlung eingegangen werden kann.

TPS-Psychologie stationär: Die Kontakte bestehen aus den oben genannten ***Interventionen*** „Mentales Kontrastieren“ und „Durchführungsvorsätze“, die an zwei jeweils 30-minütigen Terminen nach Absprache mit dem TPS-Team möglichst am 1.-3. sowie zwischen dem 3. und 7. postoperativen Tag stattfinden.

Während des Patient:innenkontakts beobachtet die/der Psycholog:in das Schmerzverhalten für die Klassifikation von ***Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung***. Beachtet werden Aspekte der motorisch-verhaltensmäßigen, emotionalen und kognitiven Schmerzverarbeitung entsprechend der psycho-sozialen Dimension des Multiaxialen Klassifikationssystems (MASK-P) (Klinger et al. 2016).

- ***Auffälligkeiten in der motorisch-verhaltensmäßigen Schmerzverarbeitung***
  Auffälligkeiten in der motorisch-verhaltensmäßigen Schmerzverarbeitung können am Verhalten des Patienten bzw. der Patientin während der Gesprächssituation oder anhand seiner bzw. ihrer Schilderungen in diesem Kontext festgestellt werden. Auffälliges Schmerzverhalten äußert sich dabei in Form einer stark appellativen und von der geltenden Norm abweichenden Weise.
    - Ausgeprägt nonverbales Schmerzverhalten: Der Patient oder die Patientin signalisiert vor allem über die Mimik, Gestik und Körperhaltung sowie paraverbale Merkmale (z.B. Stimmlage) seinen oder ihren Schmerzzustand, z.B. unruhiges Sitzen, schmerzverzerrtes Gesicht, Reiben der schmerzenden Stelle, Stöhnen.
    - Ausgeprägt verbales Schmerzverhalten: Im Gespräch spielt der Schmerz thematisch eine große Rolle und wird von dem Patienten oder der Patientin auf appellative und detaillierte Weise beschrieben, z.B. Klagen, Jammern, stetige inhaltliche Rückkehr zum Schmerz.
    - Diskrepanz zwischen verbalem und nonverbalem Schmerzverhalten: Diskrepante Informationen bezüglich des Schmerzverhaltens können sowohl zwischen verbalem und nonverbalem Verhalten, als auch innerhalb einer Kommunikationsebene gesendet werden, z.B. der Patient oder die Patientin gibt eine äußerst geringe Schmerzstärke an, während er oder sie sich vor Schmerzen krümmt.
- ***Auffälligkeiten in der emotionalen Schmerzverarbeitung***
  Eine auffällige emotionale Schmerzverarbeitung kann im Rahmen von direkt von dem Patienten oder der Patientin berichteten Selbstschilderungen oder im Rückschluss aus der Beobachtung des Verhaltens (paraverbale oder nonverbale Merkmale) des Patienten bzw. der Patientin sowie berichteten Kognitionen deutlich werden.
    - Traurig-niedergeschlagene Stimmung: z.B. Weinen bei Schmerzschilderung, eingefallene Körperhaltung etc.

- Ärgerlich-gereizte Stimmung: z.B. mürrische, kurzangebundene Äußerungen, ärgerlich-wütende Körperhaltung bzw. Mimik etc.
- Ängstliche Stimmung: z.B. der Patient oder die Patientin wirkt unsicher/gehemmt oder äußert Befürchtungen im Zusammenhang mit den Schmerzen etc.
- Leichte innere Erregbarkeit: z.B. direktes Berichten von innerer Anspannung, möglicherweise Sprechen mit zittriger Stimme etc.
- Eingeschränktes emotionales Erleben: z.B. der Patient oder die Patientin berichtet vom Gefühl von Gleichgültigkeit/Abgestumpftheit oder hat Schwierigkeiten, die eigene emotionale Befindlichkeit wahrzunehmen etc.
- Mangelnder Emotionsausdruck: z.B. Diskrepanz zwischen geschilderter Gefühlslage und beobachtbarem Emotionsausdruck etc.
- Übertrieben positiver Emotionsausdruck: z.B. der Patient oder die Patientin betont positive Stimmung trotz Schmerzen und wirkt dabei angestrengt und angespannt etc.

- ***Auffälligkeiten in der kognitiven Schmerzverarbeitung***
  Die kognitive Schmerzverarbeitung wird als auffällig bewertet, wenn im Gespräch mit dem Patienten bzw. der Patientin im Zusammenhang mit Schmerz bestimmte Kognitionen auffallend häufig auftreten.
  - Hilflosigkeit/Katastrophisieren: der Patient oder die Patientin fühlt sich hilflos den Schmerzen ausgeliefert und sieht keine eigenen Handlungsmöglichkeiten zur lindernden Beeinflussung bzw. schreibt anderen Personen/Umständen Einflussmöglichkeiten zu oder die Bedrohlichkeit der Schmerzen wird auf katastrophisierende Weise überschätzt; z.B. „Ich weiß überhaupt nicht mehr, was ich machen soll, um die Schmerzen zu lindern.“, „So furchtbar wie die Schmerzen sind, muss etwas Schlimmes dahinterstecken.“ etc.
  - Resignation/Hoffnungslosigkeit: der Patient oder die Patientin sieht weder für sich selbst, noch für andere Personen Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich der Schmerzbewältigung; z.B. „Nichts und niemand kann mir mit meinen Schmerzen noch helfen.“ etc.

Zusätzlich zu den beschriebenen Aspekten sollen Suizidgedanken oder Fremdgefährdung eruiert werden. Es muss zu jedem Zeitpunkt der Erfragung (mindestens jedoch einmal im stationären Verlauf) dieser Aspekt erfragt und die entsprechende Antwort dokumentiert werden. Im Falle von Hinweisen auf Suizidalität erhält diese vor allen anderen Vorgehen Vorrang. Für das weitere Vorgehen siehe Website des Instituts für Suizidprävention (Institut für Suizidprävention Graz).

TPS-Psychologie ambulant: Es finden bis zu zwei ambulante 30-minütige Kontakte statt. Im Vordergrund stehen dabei Fragen zur Zielerreichung anhand des oben genannten Goal Attainment Scaling (GAS) (Schäfer 2015). Wenn Ziele nicht erreicht wurden, werden aufgetretene Hindernisse thematisiert und Problemlösestrategien für aufgetretene Hindernisse mit den Patient:innen modifiziert und/ oder neu erarbeitet. Auch ein Wechsel des ursprünglich festgelegten Ziels ist möglich, wenn es unrealistisch oder als nicht erreichbar identifiziert wird. Sofern ein Ziel vollständig erreicht wurde, soll der/dem Patient:in die Möglichkeit des Transfers der Methodik des MCII auf ein weiteres Ziel angeboten werden. Hierbei sollen Patient:innen ermutigt werden, die erlernte Methodik selbstständig auf einen weiteren Zielbereich anzuwenden.

Darüber hinaus werden die Risikofaktoren im Verlauf zu einem Gesamtbild (bspw. Zu- oder Abnahme von Risikofaktoren von prästationär bis ambulant) integriert. Gleichzeitig wird eruiert, ob es im Falle psychologischer Empfehlungen Unterstützungsbedarf oder Anpassungen im Weiteren, zum Entlasszeitpunkt mit dem Patienten bzw. der Patientin abgestimmten Vorgehen gibt, die in Absprache mit dem Team angepasst, verstärkt oder aufgehoben werden sollten. Diese Ergebnisse werden mit dem/der Patient:in besprochen und schriftlich an die Nachbehandelnden kommuniziert.

3.3 TPS-Teamsitzungen

Zum Erreichen einer effektiven Prävention chronischer Schmerzen sind nach wissenschaftlichen Erkenntnissen (vgl. Abschnitt 2.2) auf der Grundlage der bio-psycho-sozialen Chronifizierungsmechanismen nur interdisziplinär abgestimmte Präventionskonzepte sinnvoll. Hierzu bedarf es des integrierten Zusammenwirkens verschiedener somatischer, psychotherapeutischer, bewegungstherapeutischer und edukativer Behandlungsansätze in einem gut und regelmäßig miteinander kommunizierenden Team (Arnold et al. 2014). Dabei ist ein im Team (das auch als festes Team gemeinsam zusammenarbeitet) abgestimmter Gesamtbehandlungsplan zu erstellen und sowohl untereinander, als auch gemeinsam mit den betroffenen Patient:innen mit Festlegung individueller Therapieziele abzustimmen.

Die oben ausgeführten Ziele und Aufgaben der Professionen zeigen dabei auch deutlich, dass die Ziele und dafür notwendige Maßnahmen ineinandergreifen und dadurch eine interdisziplinäre Abstimmung gefragt ist. Wie bei der multimodalen Behandlung von chronischen Schmerzen ist auch hier geplant, dass sich die Beiträge der einzelnen Fachdisziplinen am Gesamtziel orientieren und diesem untergeordnet werden müssen. Der Austausch hierzu und die Abstimmung für weitere Maßnahmen jedes/r einzelnen Patient:in erfolgt dabei in geplanten TPS-Teamsitzungen, die das Kernstück der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Vermeidung chronischer, postoperativer Schmerzen im TPS darstellen. Für den Austausch zu jeder/jedem Patient:in findet die Teamsitzung (mindestens) einmal nach erstem Assessment (prästationäre Phase), ca. (je nach Liegedauer der einzelnen Patient:innen) dreimal im Krankenhaus (stationäre Phase) und einmal nach Entlassung (ambulante Phase) statt. Hierbei wird in der ersten Teamsitzung eine individuelle, mit allen Professionen abgestimmte Zielentscheidung für jede/n individuelle/n Patient:in getroffen, die in jeder weiteren Teamsitzung, in der diese/r Patient:in besprochen wird, gemeinsam überprüft und ggf. angepasst wird. In Abbildung 8 sind Schritte zur gemeinsamen Team-Zielentscheidung im TPS-Team noch einmal verdeutlicht. Die Ärztin/ Der Arzt übernimmt dabei eine koordinierende Rolle, leitet die Teamsitzungen des TPS, koordiniert die Interaktion mit Stationsärzt:innen, anderen Kolleg:innen der Regelversorgung und Nachbehandler:innen und erstellt die Berichte in Abstimmung mit allen Mitgliedern des TPS-Teams. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist dabei gekennzeichnet durch ein offenes, respektvolles, wertschätzendes Miteinander, in dem verschiedene Sichtweisen und Meinungen erwünscht sind und über ein (sich entwickelndes) gemeinsames Verständnis der/s Patient:in eine integrative Sicht aus allen professionspezifischen Perspektiven entstehen kann.

Relevante Aspekte für die interprofessionelle Zusammenarbeit im TPS-Team

Teammitglieder hören sich gegenseitig aufmerksam zu; jedes Teammitglied bringt professionsspezifische Aspekte ein, die in die Teamzielentscheidung einfließen.

1. Schritt – individuelle Entscheidungsfindung (außerhalb/ vor der Teamsitzung)

Jede Profession trifft eigenständige professionsspezifische Entscheidungen in der Begleitung der Patient:innen anhand der Ergebnisse des Assessments im vorgegebenen Rahmen des Handbuches (z.B. Vermittlung der Edukationsinhalte auf Basis der identifizierten Bedarfe der Patient:innen). Zudem erfolgt eine partizipative Zielsetzung mit den Patient:innen durch alle Professionen. Diese wird mit in die Teamsitzung gebracht.

2. Schritt – Informationsaustausch

Jede Profession bringt anhand der gesammelten Daten / des Assessments die eigene professionsspezifische Sichtweise in die Teamsitzung bezüglich der/des Patient:in ein. Das jeweilige Teammitglied informiert und geht auf zu klärende Fragen der anderen Professionen ein.

3. Schritt – Vermittlung (Diskussion, Ideenaustausch)

In diesem Schritt sollen die von den einzelnen Teammitgliedern eingebrachten Informationen gemeinsam im Kontext des patient:innenzentrierten Entscheidungsfindungsprozesses diskutiert werden. Teammitglieder bringen professionsspezifische Empfehlungen gemäß Handbuch ein. Die Durchführung der TPS-Teamsitzung wird koordiniert durch das ärztliche TPS-Mitglied.

4. Schritt – eine geteilte Entscheidungsfindung findet statt

In diesem Schritt soll eine individuell an die Patient:innen angepasste Team-Zielentscheidung unter Berücksichtigung aller professionsspezifischer Empfehlungen und der bio-psycho-sozialen Perspektive zum Schmerzerleben getroffen werden. Ein gemeinsamer Plan für das weitere Vorgehen wird unter Berücksichtigung aller Sichtweisen entwickelt. Es besteht ein Konsens im Team, ohne Dissens.

→ ZIEL der Teamsitzung = ENTWICKLUNG UND FESTLEGUNG EINER GEMEINSAMEN, ÜBERGEORDNETEN ZIELENTSCHEIDUNG in Abstimmung mit ALLEN Teammitgliedern.

5. Schritt – Weiterarbeit mit Patient/innen in den jeweiligen Professionen

Jede Profession arbeitet professionsspezifisch mit dem Patienten/der Patientin anhand der professionsspezifischen, individuellen Zielsetzung weiter und berücksichtigt dabei das gemeinsame, patient:innenzentrierte, definierte Ziel. Die Ergebnisse werden mit in die nächste Teamsitzung genommen. Sofern es sich nicht um den letzten ambulanten Patient:innen-Kontakt handelt, bitte weiter mit 1. Schritt.

Abbildung 8: Schritte zur gemeinsamen Team-Zielentscheidung im TPS-Team für jede/n individuelle/n Patient:in (erweitert um Schritt 5 für das Projekt POET-Pain; angelehnt an (DeKeyser Ganz et al. 2016))

Die Vorbereitung zur Teamsitzung in den verschiedenen Phasen wird jeweils nach dem Kontakt mit den Patient:innen durchgeführt und umfasst die folgenden Bereiche:

- Jede Profession bereitet sich einzeln auf die Teamsitzung vor, indem sie die relevanten Informationen über den/die Patient:in sammelt und dokumentiert.
- Die Vorbereitung umfasst die Identifizierung von professionsspezifischen Risikofaktoren für die Chronifizierung postoperativer Schmerzen, die Formulierung von Erwartungen, Wünschen und Zielen der/s Patient:in sowie Therapieempfehlungen und sonstige Themen (wie den Einbezug anderer Professionen in die weitere Behandlung).

Die psychologische Profession spielt prästationär eine besondere Rolle, da sie keinen direkten prästationären Kontakt zu den Patient:innen hat und sich stattdessen auf Befunde der Fragebögen stützt.

Die Durchführung der Teamsitzung wird auf ca. 20 Minuten pro Patient:in angesetzt und enthält **generell** die folgenden Punkte (Rahmenbedingungen für alle Teamsitzungen):

- Die Teamsitzung wird von einem ärztlichen TPS-Mitglied koordiniert und folgt einer klaren Struktur.
- Alle professionsspezifischen Argumente müssen gehört, diskutiert und gemeinsam integriert werden.
- Die Sitzung beginnt mit der Vorstellung der aktuellen Situation der/s Patient:in durch das ärztliche TPS-Mitglied, gefolgt von einer Vorstellung durch die anderen Professionen.
- Die Teamsitzung umfasst:
    - Die Besprechung, Entscheidung und ggf. Anpassungen der **Risikofaktoren** für die Chronifizierung postoperativer Schmerzen,
    - die Besprechung von **Zielen und Wunschvorstellungen** der/s Patient:in,
    - die Besprechung, Festlegung und ggf. Anpassungen von **Therapieempfehlungen** für die folgende Phase (stationär/ ambulant/ Abschluss TPS) sowie
    - die Besprechung sonstiger Themen, wie der Einbeziehung anderer Professionen in die Behandlung.

Die Schwerpunkte der **prästationären Teamsitzung** vor der Operation der/s Patient:in sind:

- Die Identifizierung von **Risikofaktoren** und die Entwicklung von Strategien zur Reduzierung dieser Risiken.
- Die Formulierung von **Zielen und Wunschvorstellungen** der/s Patient:in und die Integration dieser in die Therapieplanung.
- Die Diskussion von **Therapieempfehlungen** und die Entwicklung eines gemeinsamen **Therapiekonzepts.**
- Die Einbeziehung von **sonstigen Themen**, wie der Einbindung anderer Professionen in die Behandlung.
- Das Ziel der Teamsitzung ist die Entwicklung einer gemeinsamen, übergeordneten Zielentscheidung in Abstimmung mit allen Teammitgliedern.

Die **stationäre Teamsitzung** findet nach der Operation der/s Patient:in statt und legt neben den bereits prästationär benannten Rahmenbedingungen einen besonderen Fokus auf:

- Die Vorstellung der **aktuellen Situation** der/s Patient:in durch alle Professionen.
- Die Besprechung, Entscheidung und ggf. Anpassungen zur Einschätzung bestehender **Risikofaktoren**.
- Die Besprechung von **Zielen und Wunschvorstellungen** der/s Patient:in.
- **Therapieempfehlungen** für den stationären und ambulanten Bereich sowie
- die Festlegung der **ambulanten Terminplanung**:

  ➔ Falls für eine/n Patient:in professionsspezifische Risikofaktoren benannt werden, ist diese/r für das ambulante Assessment früher, also in Woche 6 oder 7 nach der Operation, einzubestellen.

  ➔ Wenn keiner der genannten professionsspezifischen postoperativen Risikofaktoren vorliegt, wird der erste Termin in der ambulanten Phase zwischen der 8. und der 10. postoperativen Woche geplant.

  ➔ Ein Termin zwischen der 10. und der 12. postoperativen Woche findet nur in Ausnahmefällen, genaugenommen im Falle von terminlichen Gründen auf Seiten der/s Patient:in statt.
- Das übergeordnete Ziel der stationären Teamsitzungen liegt in der Überprüfung der bisherigen Therapieziele und -schritte, der Anpassung der Therapieempfehlungen und Planung der weiteren Behandlung.

Alle Patient:innen und ambulante Weiterbehandler:innen erhalten im Rahmen des chirurgischen Entlassbriefes, oder eines eigenen **Zwischenberichtes** des TPS, die Information über die wichtigsten Punkte aus der prästationären und stationären Therapie, die für den weiteren Verlauf relevant sind. Darin sollten auch Ansprechpartner:innen für telefonische Rücksprachen benannt werden. Der Bericht wird dann an die/den Patient:in und/ oder die ambulanten Behandler:innen versandt, um sicherzustellen, dass alle Beteiligten über die Behandlung und den weiteren Verlauf informiert sind und dass der Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung reibungslos verläuft.

Die **ambulante Teamsitzung** findet nach der Entlassung aus der Klinik statt und legt den Fokus auf:

- Die Vorstellung der **aktuellen Situation** der/s Patient:in.
- Besprechung, Entscheidung und ggf. Anpassungen zur Einschätzung bestehender **Risikofaktoren**.
- Besprechung von **Zielen und Wunschvorstellungen** der/s Patient:in.
- **Therapieempfehlungen** für den ambulanten Bereich und/ oder Abschluss der Behandlung durch den TPS.
- Das übergeordnete Ziel der ambulanten Teamsitzung liegt in der Überprüfung der Therapieziele und -schritte, Anpassung der Therapieempfehlungen und ggf. Beendigung der Therapie durch den TPS.
- Abschließend erstellt die Ärztin bzw. der Arzt den **Abschlussbericht**, in dem die TPS-Behandlung inklusive der professionsspezifischen Empfehlungen für die weitere Behandlung aufgeführt sind.

4. Risikoscreening zur Bestimmung geeigneter TPS-Patient:innen

Um schon vor der Operation die Patient:innen zu identifizieren, die ein erhöhtes Risiko für eine Schmerzchronifizierung aufweisen, wurde im Rahmen des POET-Pain Projektes ein Risikoscreening angewendet, das es ermöglichte, Patient:innen zu identifizieren, die ein erhöhtes Risiko aufwiesen, langfristige Schmerzen nach einer Operation zu entwickeln. Die Risikoeinschätzung erfolgte anhand eines Risikoscores, der 2015 erstmals publiziert (Montes et al. 2015) und im Jahr 2020 (Montes et al. 2020) multizentrisch validiert worden ist. Dieser wurde in der Zeit der Konzeptionsphase im Rahmen einer Sichtung aller vorhandenen Risikoscores unter Berücksichtigung von relevanten Kriterien (Erstellung an großem Patientenkollektiv, externe Kohorte zur Validierung des Scores, Prädiktoren alle vor der Operation verfügbar, um eine präoperative Randomisierung der Patient:innen durchzuführen) als beste Option ausgewählt, um das Risiko eines/r Patient:in vor der Operation einzuschätzen. Der Montes-Score war anhand eines großen Patient:innenkollektivs entwickelt und extern validiert worden und ermöglicht es laut der vorhandenen Literatur, das Risiko chronischer, postoperativer Schmerzen mit einer moderaten Verlässlichkeit einzuschätzen (Montes et al. 2015; Montes et al. 2020).

Die Faktoren, die in den Score einfließen, sind:

- Die **Art der Operation** (Anhang Nr. 1),
- das **Alter** der Patient:innen (Kategorien: ≥51; <51) ,
- der **körperliche und mentale Zustand** der Patient:innen (jeweils erfasst mithilfe des SF-12. Im Projekt POET-Pain wurde dieser kostenpflichtige Fragebogen durch die kostenfreie Variante VR-12 ersetzt, die für Patient:innen mit chronischem Schmerz vergleichbare Kennwerte aufweist. Die Validität des VR-12 konnte durch Beziehungen zu Konstrukt-nahen psychometrischen Verfahren sowie zu schmerzbezogenen und psychischen Patient:innenmerkmalen gut belegt werden (Buchholz et al. 2021; Hüppe et al. 2022). Der VR-12 wird bereits im Deutschen Schmerzfragebogen als Alternative zum SF-12 eingesetzt.)
- das Vorhandensein **präoperative Schmerzen** im sowie außerhalb des Operationsgebiets (jeweils erfasst mithilfe einer NRS von 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz).

Diese Faktoren gehen gewichtet in eine bei (Montes et al. 2020) beschriebene Formel ein (Abbildung 9, Schematische Darstellung).

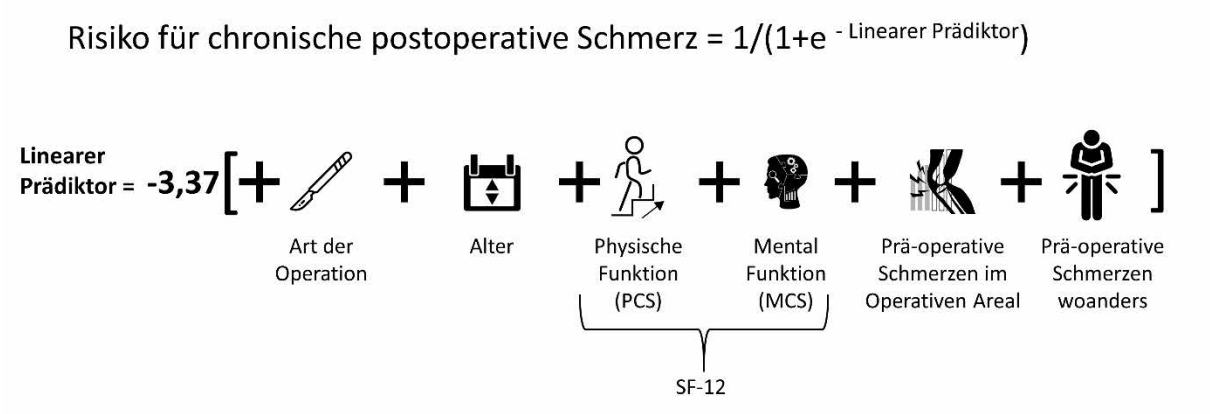


Abbildung 9: Risikoscore nach Montes (Montes et al. 2015; Montes et al. 2020); die genaue Berechnung findet sich im Text.

Die **Berechnung des Scores** erfolgt nach der folgenden Formel: **CPSP -Risiko = 1/(1 + e$^{-\text{linearer Prädiktor}}$)**

Die **Berechnung des linearen Prädiktors** für jede/n Patient:in erfolgt adaptiert wie folgt:

−3,37 + 0,28 × Operation (Operationen mit einem Risiko 1) + 0,50 × Operation (Operationen mit einem Risiko 2) + 1,10 × Operation (Operationen mit einem Risiko 3) + 1,88 × Operation (Operationen mit einem Risiko 4) + 1,13 × Alter (<51 Jahre) + 0,48 × Alter (≥51 Jahre) + 0,86 × Physical VR-12 (<33,5) + 0,52 × Physical VR-12 (33,5 bis 55,1) + 0,51 × Mental VR-12 (<44,8) + 0,41 × präoperativer Schmerz im Operationsgebiet (NRS >3) + 0,37 × präoperativer Schmerz in einem anderen Areal (VRS > 3).

Für die Risiken von spezifischen Operationen innerhalb des Projekts siehe Anhang Nr. 1 dieses Handbuchs.

Bei einem Montes-Score von >0,3 wird der/die Patient:in nach Montes et al. als Risikopatient:in eingestuft (Montes et al. 2020).

5. Erwartbare Stellenkalkulation des TPS-Personals

In den Kliniken waren jeweils zwei Teams im Rahmen von POET-Pain für die randomisiert kontrollierte Studie kalkuliert. Ein Team für die Studienorganisation (Vorbereitung der Studie in der jeweiligen Klinik, Patient:innen-Screening, Aufklärung der Patient:innen, Erhebung der Studiendaten etc. – dieses Personal war nicht in die Versorgung und Behandlung der Patient:innen involviert und ist deshalb für die TPS-Versorgung nicht notwendig) und ein Team für den TPS, die neue Versorgungsform. Die vom Studienteam genutzten Flyer für Mitbehandler:innen in den Kliniken und für Patient:innen finden sich in Anhang Nr. 3 und Nr. 4. Das TPS lässt sich in die drei Phasen prästationär, stationär und poststationär/ambulant gliedern (s.o.). In der Tabelle 2 und in Abbildung 3 werden die genauen Tätigkeiten der TPS-Behandler:innen in diesen drei Phasen mit entsprechendem Zeitaufwand in Minuten pro Patient:in professionsspezifisch dargestellt. Professionsspezifische Checklisten für jede Phase finden sich außerdem in Anhang Nr. 5.

5.1 TPS-Modul Prästationär

Die Professionen Fachärztin/arzt (60 min/Pat.), Physiotherapie und Pflege (jeweils 45 min/Pat.) führen hier ein Assessment direkt mit den Patient:innen durch und übernehmen ebenfalls organisatorische Aufgaben,

wie die Erstellung von Behandlungsplänen (15 min/Pat.), sowie im Falle des ärztlichen TPS-Mitglieds die Koordination des TPS und Kommunikation mit Weiterbehandelnden (60 min/Pat.).

Die Profession Psychotherapie interagiert in dieser Phase noch nicht direkt mit der/m Patient:in, sondern zieht sich die für die Behandlung benötigten Information aus Patient:innen-Fragebögen (Anhang Nr. 2).

Im interdisziplinären Team finden die TPS-Teamsitzungen statt, die einen zeitlichen Rahmen von 20 min/Patient:in in der Prästationären Phase einnehmen.

5.2 TPS-Modul Stationär

Nach der Operation der Patient:innen beginnt die stationäre Phase des TPS. Hier treten alle vier Professionen in Aktion und führen Assessments, Untersuchungen und/ oder Edukationen direkt an den Patient:innen durch, die in Häufigkeit und zeitlichen Umfang professionsspezifisch variieren (siehe Tabelle 2 – TPS stationär).

Auch in dieser Phase nimmt die interdisziplinäre TPS-Teambesprechung mit 3 Terminen a 20 min pro Patient:in einen großen zeitlichen Rahmen ein.

5.3 TPS-Modul Poststationär/ Ambulant

In der poststationären bzw. ambulanten Phase ist ein Termin ca. 6-12 Wochen nach Entlassung aus der Klinik als obligater Mindestkontakt vorgesehen. Dieser Kontakt findet idealerweise vor Ort (in der Klinik) statt. Das gesamte TPS-Team sieht an diesem Termin den/die Patient:in. Der weitere poststationäre Kontakt mit den Patient:innen sollte individuell abgestimmt werden. Im Mittel sind zwei Kontakte vor Ort für jede/n Patient:in vorgesehen; ein weiterer telefonischer Kontakt ist ebenfalls noch für die Ärztin/den Arzt einkalkuliert, wie auch zwei Teamsitzungen à 20 min pro Patient:in.

Tabelle 2: Darstellung der Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen in der neuen Versorgungleistung mit zeitlichem Aufwand in Minuten [min] pro Patient:in

Berufsgruppe	Tarif	Inhalt der Intervention	Zeit je Termin [min]	Anz./ Pat. je VL
TPS prästationär				
Fachärztin/-arzt	**TV-Ä2, Stufe 2**	Ärztliches Assessment	60	1
		Erarbeitung des ärztlichen Präventionskonzepts für den stationären Aufenthalt	15	1
		Koordination der Präventionsmaßnahmen des TPS, Dokumentation und Kommunikation mit den Patient:innen und den Weiterbehandler:innen	60	1
		TPS-Teambesprechung		
Physiotherapie Staatsexamen PT, M.Sc.	**E 9**	Physiotherapeutische Anamnese, Erweitertes physiotherapeutisches Assessment	45	1
		Erstellung Behandlungsplan	15	1
		Teambesprechung und Dokumentation	20	1
Pflege diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegende mit Zusatzqual. Schmerz: Pain Nurse oder Algesiologische Fachassistenz	**E 8**	Pflegerisches Assessment, pflegerische Edukation	45	1
		Erstellung Behandlungsplan	15	1
		Teambesprechung und Dokumentation	20	1

Anz. = Anzahl; Pat. = Patient:in; VL= Versorgungsleistung; Fortsetzung auf der folgenden Seite

Fortsetzung: Tabelle 2

Berufsgruppe	Tarif	Inhalt der Intervention	Zeit je Termin [min]	Anz./ Pat. je VL
TPS stationär				
Fachärztin/arzt	**TV-Ä 2, Stufe 2**	Ärztliche schmerzbezogene Anamnese und Untersuchung Visite und Kommunikation mit Station	45	3
		Teambesprechung und Dokumentation	20	3
		Kommunikation mit Stationspersonal, Akutschmerzdienst und Nachbehandelnden	15	3
		Schmerzbezogenes Entlassungsgespräch	60	1
		Dokumentation und Zwischenbericht	60	1
Pflege	**E 8**	Edukation zu Selbstmanagement	30	2
		Teambesprechung und Dokumentation	20	3
Physiotherapie	**E 9**	Kommunikation mit Behandler:innen vor Ort	15	3
		Erweitertes Physiotherapeutisches Assessment, Physiotherapeutische Schmerzreduktion, Aktivitätsberatung	30	3
		Abschluss-Assessment (Assessment + Aktivitätsplan Erstellung)	30	1
		Erstellung Nachbehandlungsplan	15	1
		Teambesprechung und Dokumentation	20	3
Psychologie M.Sc/ Diplom	**E 13**	Intervention	45	2
		Teambesprechung und Dokumentation	20	3
TPS poststationär/ ambulant				
Fachärztin/arzt	**TV-Ä 2, Stufe 2**	Visite vor Ort (Anamnese, Anpassung und Koordination der Prophylaxe- und Therapiemaßnahmen)	30	3
		Telefonische Koordination	30	2
		Teambesprechung und Dokumentation	20	2
		Gesamtdokumentation und Abschlussbrief	90	1
Pflege	**E 8**	Auffrischungskontakt (Pflegerisches Assessment, Evaluation und Edukation)	30	2
		Teambesprechung und Dokumentation	20	2
Physiotherapie	**E 9**	Auffrischungskontakt (Erweitertes Physiotherapeutisches Assessment, Reflexion Aktivitätsplan)	30	2
		Teambesprechung und Dokumentation	20	2
Psychologie	**E 13**	Intervention, Auffrischungskontakt	45	2
		Telefonische Koordination	10	2
		Teambesprechung und Dokumentation	20	2

Anz. = Anzahl; Pat. = Patient:in; VL= Versorgungsleistung

6. Ansprechpartner:innen aus dem POET-Pain Projekt

Für bestimmte Interventionen waren weitere Schulungsmaterialien verfügbar; diese würden den Umfang dieses Handbuches sprengen, sind aber auf Nachfrage bei der Wissenschaftlichen Projektleitung anfragbar. Auch weitere andere Fragen können nach Ablauf des Projektzeitraums an das Team von POET-Pain gestellt werden. Wenden Sie sich bitte an die Konsortialführung Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. oder die wissenschaftliche Projektleitung im Universitätsklinikum Münster.

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Bundesgeschäftsstelle

Alt-Moabit 101b
10559 Berlin

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie

Albert-Schweitzer-Campus 1
48149 Münster

Thomas Isenberg
Geschäftsführer
der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Univ.-Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn
Wissenschaftliche Gesamtprojektleitung

E-Mail: info@poet-pain.de

7. Literaturverzeichnis

Abid Azam, Muhammad; Weinrib, Aliza Z.; Montbriand, Janice; Burns, Lindsay C.; McMillan, Kayla; Clarke, Hance; Katz, Joel (2017): Acceptance and Commitment Therapy to manage pain and opioid use after major surgery: Preliminary outcomes from the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. In: *Canadian journal of pain = Revue canadienne de la douleur* 1 (1), S. 37–49. DOI: 10.1080/24740527.2017.1325317.

Adriaanse, M. A.; Oettingen, G.; Gollwitzer, P. M.; Hennes, E. P.; De Ridder, D. T. D.; De Witt, J. B. F. (2010): When planning is not enough: Fighting unhealthy snacking habits by mental contrasting with implementation intentions (MCII). In: *European Journal of Social Psychology* (40), S. 1277–1293.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2022): S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen. Hg. v. AWMF-Registernummer 001-025. Online verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-025.

Arnold, B.; Brinkschmidt, T.; Casser, H-R; Diezemann, A.; Gralow, I.; Irnich, D. et al. (2014): Multimodal pain therapy for treatment of chronic pain syndrome. Consensus paper of the ad hoc commission on multimodal interdisciplinary pain management of the German Pain Society on treatment contents. In: *Schmerz* 28 (5), S. 459–472. DOI: 10.1007/s00482-014-1471-x.

ATS statement: guidelines for the six-minute walk test (2002). In: *American journal of respiratory and critical care medicine* 166 (1), S. 111–117.

AWMF Leitlinienregister: S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen. Registernummer 001 - 025 (2022). Online verfügbar unter https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-025, zuletzt aktualisiert am 13.12.2022, zuletzt geprüft am 15.12.2025.

Bélanger-Gravel, A.; Godin, G.; Amireault, S.: A meta-analytic review of the effect of implementation intentions on physical activity. In: *Health psychology review* 7 (1), S. 23–54.

Bonatesta, Lorenzo; Ruiz-Cárdenas, Juan D.; Fernández-Azorín, Luis; Rodríguez-Juan, Juan J. (2022): Pain Science Education Plus Exercise Therapy in Chronic Nonspecific Spinal Pain: A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Clinical Trials. In: *The Journal of pain* 23 (4), S. 535–546. DOI: 10.1016/j.jpain.2021.09.006.

Bouhassira, Didier; Attal, Nadine; Alchaar, Haiel; Boureau, François; Brochet, Bruno; Bruxelle, Jean et al. (2005): Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). In: *Pain* 114 (1-2), S. 29–36. DOI: 10.1016/j.pain.2004.12.010.

Buchholz, Ines; Feng, You-Shan; Buchholz, Maresa; Kazis, Lewis E.; Kohlmann, Thomas (2021): Translation and adaptation of the German version of the Veterans Rand-36/12 Item Health Survey. In: *Health and quality of life outcomes* 19 (1), S. 137. DOI: 10.1186/s12955-021-01722-y.

Burwinkle, Tasha; Robinson, James P.; Turk, Dennis C. (2005): Fear of movement: factor structure of the tampa scale of kinesiophobia in patients with fibromyalgia syndrome. In: *The journal of pain : official journal of the American Pain Society* 6 (6), S. 384–391. DOI: 10.1016/j.jpain.2005.01.355.

Buys, Michael J.; Bayless, Kimberlee; Romesser, Jennifer; Anderson, Zachary; Patel, Shardool; Zhang, Chong et al. (2020): Opioid use among veterans undergoing major joint surgery managed by a multidisciplinary transitional pain service. In: *Regional anesthesia and pain medicine* 45 (11), S. 847–852. DOI: 10.1136/rapm-2020-101797.

Buys, Michael Jacob; Anderson, Zachary; Bayless, Kimberlee; Zhang, Chong; Presson, Angela P.; Hales, Julie; Brooke, Benjamin Sands (2025): Postsurgical opioid prescribing among veterans using community care for orthopedic surgery at non-VA hospitals compared to a VA hospital with a transitional pain service: a retrospective cohort study. In: *Regional anesthesia and pain medicine* 50 (7), S. 531–537. DOI: 10.1136/rapm-2023-105162.

Carley, Meg E.; Chaparro, Luis E.; Choinière, Manon; Kehlet, Henrik; Moore, R. Andrew; van den Kerkhof, Elizabeth; Gilron, Ian (2021): Pharmacotherapy for the Prevention of Chronic Pain after Surgery in Adults: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. In: *Anesthesiology* 135 (2), S. 304–325.

Castro, Eva Marie; van Regenmortel, Tine; Vanhaecht, Kris; Sermeus, Walter; van Hecke, Ann (2016): Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. In: *Patient education and counseling* 99 (12), S. 1923–1939.

Chapman, C. Richard; Vierck, Charles J. (2017): The transition of acute postoperative pain to chronic pain: an integrative overview of research on mechanisms. In: *The Journal of pain* 18 (4), 359. e1-359. e38.

Christiansen, Sandra; Oettingen, Gabriele; Dahme, Bernhard; Klinger, Regine (2010): A short goal-pursuit intervention to improve physical capacity: a randomized clinical trial in chronic back pain patients. In: *Pain* 149 (3), S. 444–452. DOI: 10.1016/j.pain.2009.12.015.

Clarke, Hance; Azargive, Saam; Montbriand, Janice; Nicholls, Judith; Sutherland, Ainsley; Valeeva, Liliya et al. (2018): Opioid weaning and pain management in postsurgical patients at the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. In: *Canadian journal of pain = Revue canadienne de la douleur* 2 (1), S. 236–247. DOI: 10.1080/24740527.2018.1501669.

Clarke, Hance; Waisman, Anna; Aternali, Andrea; Axenova, Kristina; Almohawis, Amjaad; Curtis, Kathryn et al. (2025): Ten years of transitional pain service research and practice: where are we and where do we go from here? In: *Regional anesthesia and pain medicine* 50 (2), S. 188–203. DOI: 10.1136/rapm-2024-105609.

Cohen, Steven P.; Vase, Lene; Hooten, William M. (2021): Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. In: *Lancet (London, England)* 397 (10289), S. 2082–2097. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7.

Crombie, Iain Kinloch; Davies, Huw Talfryn Oakley; Macrae, William A. (1998): Cut and thrust: antecedent surgery and trauma among patients attending a chronic pain clinic. In: *Pain* 76 (1-2), S. 167–171.

Dahlhamer, James; Lucas, Jacqueline; Zelaya, Carla; Nahin, Richard; Mackey, Sean; DeBar, Lynn et al. (2018): Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016. In: *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 67 (36), S. 1001–1006. DOI: 10.15585/mmwr.mm6736a2.

DeKeyser Ganz, Freda; Engelberg, Ruth; Torres, Nicole; Curtis, Jared Randall (2016): Development of a Model of Interprofessional Shared Clinical Decision Making in the ICU. A Mixed-Methods Study. In: *CCM Journal* 44 (4), S. 680–689.

Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (2020): Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP.

Eisele, Angelika; Schagg, Daniela; Krämer, Lena Violetta; Bengel, Jürgen; Göhner, Wiebke (2019): Behaviour change techniques applied in interventions to enhance physical activity adherence in patients with chronic musculoskeletal conditions: A systematic review and meta-analysis. In: *Patient education and counseling* 102 (1), S. 25–36. DOI: 10.1016/j.pec.2018.09.018.

Featherall, Joseph; Anderson, Joshua T.; Anderson, Lucas A.; Bayless, Kimberlee; Anderson, Zachary; Brooke, Benjamin S. et al. (2022): A Multidisciplinary Transitional Pain Management Program Is Associated With Reduced Opioid Dependence After Primary Total Joint Arthroplasty. In: *The Journal of arthroplasty* 37 (6), S. 1048–1053. DOI: 10.1016/j.arth.2022.02.032.

Fiuza-Luces, Carmen; Garatachea, Nuria; Berger, Nathan A.; Lucia, Alejandro (2013): Exercise is the real polypill. In: *Physiology (Bethesda, Md.)* 28 (5), S. 330–358. DOI: 10.1152/physiol.00019.2013.

Fletcher, Dominique; Stamer, Ulrike M.; Pogatzki-Zahn, Esther; Zaslansky, Ruth; Tanase, Narcis Valentin; Perruchoud, Christophe et al. (2015): Chronic postsurgical pain in Europe: an observational study. In: *European Journal of Anaesthesiology* 32 (10), S. 725–734.

Gatchel, Robert J.; McGeary, Donald D.; McGeary, Cindy A.; Lippe, Ben (2014): Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. In: *American psychologist* 69 (2), S. 119–130. DOI: 10.1037/a0035514.

Geneen, Louise J.; Moore, R. Andrew; Clarke, Clare; Martin, Denis; Colvin, Lesley A.; Smith, Blair H. (2017): Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 1 (1), CD011279. DOI: 10.1002/14651858.CD011279.pub2.

Gerbershagen, Hans J.; Aduckathil, Sanjay; van Wijck, Albert J. M.; Peelen, Linda M.; Kalkman, Cor J.; Meissner, Winfried (2013): Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. In: *Anesthesiology* 118 (4), S. 934–944.

Ghoshal, Arunangshu; Bhanvadia, Shivam; Singh, Som; Yaeger, Lauren; Haroutounian, Simon (2023): Factors associated with persistent postsurgical pain after total knee or hip joint replacement: a systematic review and meta-analysis. In: *Pain reports* 8 (1), e1052. DOI: 10.1097/PR9.0000000000001052.

Gilron, Ian; Vandenkerkhof, Elizabeth; Katz, Joel; Kehlet, Henrik; Carley, Meg (2017): Evaluating the association between acute and chronic pain after surgery: Impact of Pain Measurement Methods. In: *The Clinical journal of pain* 33 (7), S. 588–594.

Giusti, Emanuele M.; Lacerenza, Marco; Manzoni, Gian Mauro; Castelnuovo, Gianluca (2021): Psychological and psychosocial predictors of chronic postsurgical pain: A systematic review and meta-analysis. In: *Pain* 162 (1), S. 10–30.

Glare, Paul; Aubrey, Karin R.; Myles, Paul S. (2019): Transition from acute to chronic pain after surgery. In: *The Lancet (London, England)* 393 (10180), S. 1537–1546.

Gollwitzer, P. (2014): Weakness of the will: Is a quick fix possible? In: *Motivation and Emotion* (38), S. 305–322.

Gollwitzer, P. M. (1999): Implementation Intentions. Strong Effects of Simple Plans. In: *American psychologist* (54 (7)), S. 493–503.

Haslbeck, Jörg W.; Schaeffer, Doris (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. In: *Pflege* 20 (2), S. 82–92.

Häuser, Winfried; Bock, Frietjof; Hüppe, Michael; Nothacker, Monika; Norda, Heike; Radbruch, Lukas et al. (2020): Recommendations of the second update of the LONTS guidelines: Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain. In: *Schmerz (Berlin, Germany)* 34 (3), S. 204–244.

Heldmann, Patrick; Schöttker-Königer, Thomas; Schäfer, Axel (2015): Cross-cultural Adaption and Validity of the “Patient Specific Functional Scale”. Kulturelle Adaption und Validierung der deutschen Version der “Patient Specific Functional Scale". In: *International Journal of Health Professions* 2 (1), S. 73–82. DOI: 10.1515/ijhp-2015-0002.

Heuschmann, P. U.; Kolominsky-Rabas, P. L.; Nolte, C. H.; Hünermund, G.; Ruf, H-U; Laumeier, I. et al. (2005): The reliability of the german version of the barthel-index and the development of a postal and telephone version for the application on stroke patients. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 73 (2), S. 74–82. DOI: 10.1055/s-2004-830172.

Huang, Tzu-Ting; Sung, Chia-Chun; Wang, Woan-Shyuan; Wang, Bi-Hwa (2017): The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery. In: *Journal of advanced nursing* 73 (8), S. 1848–1861.

Hüppe, M.; Schneider, K.; Casser, H-R; Knille, A.; Kohlmann, T.; Lindena, G. et al. (2022): Kennwerte und teststatistische Güte des Veterans RAND 12-Item Health Survey (VR-12) bei Patienten mit chronischem Schmerz : Eine Auswertung auf Basis des KEDOQ-Schmerz-Datensatzes. In: *Schmerz (Berlin, Germany)* 36 (2), S. 109–120. DOI: 10.1007/s00482-021-00570-5.

IASP Task Force on Taxonomy (2011): International Association for the Study of Pain. IASP Terminology. Pain Terms. updated from "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" (pp 209-214) Classification of Chronic Pain, Second Edition. Hg. v. IASP Press. Seattle. Online verfügbar unter https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/?ItemNumber=1698, zuletzt geprüft am 12.12.2025.

Institut für Suizidprävention Graz: Anzeichen für Suizidgefährdung. Warnzeichen. Anzeichen für Suizidgefährdung: Risikofaktoren und Warnzeichen. Online verfügbar unter https://ifsg.at/suizidalitaet/anzeichen/, zuletzt geprüft am 16.12.2025.

Kanfer, F. H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D. (2012): Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 5. Aufl. Berlin: Springer.

Katz, Joel; Weinrib, Aliza; Fashler, Samantha R.; Katznelzon, Rita; Shah, Bansi R.; Ladak, Salima Sj et al. (2015): The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain. In: *Journal of pain research* 8, S. 695–702. DOI: 10.2147/JPR.S91924.

Katz, Joel; Weinrib, Aliza Z.; Clarke, Hance (2019): Chronic postsurgical pain: From risk factor identification to multidisciplinary management at the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. In: *Canadian journal of pain = Revue canadienne de la douleur* 3 (2), S. 49–58. DOI: 10.1080/24740527.2019.1574537.

Klinger, Regine; Hasenbring, Monika; Pfingsten, Michael (2016): Multiaxiale Schmerzklassifikation. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Kosek, Eva; Clauw, Daniel; Nijs, Jo; Baron, Ralf; Gilron, Ian; Harris, Richard E. et al. (2021): Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. In: *Pain* 162 (11), S. 2629–2634. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002324.

Ladha, Karim S.; Vachhani, Kathak; Gabriel, Gretchen; Darville, Rasheeda; Everett, Karl; Gatley, Jodi M. et al. (2024): Impact of a Transitional Pain Service on postoperative opioid trajectories: a retrospective cohort study. In: *Regional anesthesia and pain medicine* 49 (9), S. 650–655. DOI: 10.1136/rapm-2023-104709.

Lima, Lucas V.; Abner, Thiago S. S.; Sluka, Kathleen A. (2017): Does exercise increase or decrease pain? Central mechanisms underlying these two phenomena. In: *The Journal of physiology* 595 (13), S. 4141–4150. DOI: 10.1113/JP273355.

Lovibond, P. F.; Lovibond, S. H. (1995): The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. In: *Behaviour research and therapy* 33 (3), S. 335–343. DOI: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.

Margraf, Jürgen; Cwik, Jan Christopher (2017): Mini-DIPS Open Access: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen. Unter Mitarbeit von Universitätsbibliothek Bochum.

Margraf, Jürgen; Cwik, Jan Christopher; Pflug, Verena; Schneider, Silvia (2017): Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 46 (3), S. 176–186. DOI: 10.1026/1616-3443/a000430.

Martinez, Valeria; Lehman, Thomas; Lavand'homme, Patricia; Harkouk, Hakim; Kalso, Eija; Pogatzki-Zahn, Esther M. et al. (2024): Chronic postsurgical pain: A European survey. In: *European Journal of Anaesthesiology* 41 (5), S. 351–362. DOI: 10.1097/EJA.0000000000001974.

Meyer, Kathrin; Sprott, Haiko; Mannion, Anne Frances (2008): Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale. In: *Journal of psychosomatic research* 64 (5), S. 469–478. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.12.004.

Michie, Susan; Abraham, Charles; Whittington, Craig; McAteer, John; Gupta, Sunjai (2009): Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. In: *Health psychology* 28 (6), S. 690–701. DOI: 10.1037/a0016136.

Montes, Antonio; Roca, Gisela; Cantillo, Jordi; Sabate, Sergi (2020): Presurgical risk model for chronic postsurgical pain based on 6 clinical predictors: a prospective external validation. In: *Pain* 161 (11), S. 2611–2618. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001945.

Montes, Antonio; Roca, Gisela; Sabate, Sergi; Lao, Jose Ignacio; Navarro, Arcadi; Cantillo, Jordi; Canet, Jaume (2015): Genetic and Clinical Factors Associated with Chronic Postsurgical Pain after Hernia Repair, Hysterectomy, and Thoracotomy: A Two-year Multicenter Cohort Study. In: *Anesthesiology* 122 (5), S. 1123–1141. DOI: 10.1097/ALN.0000000000000611.

Naugle, Kelly M.; Fillingim, Roger B.; Riley, Joseph L. 3rd (2012): A meta-analytic review of the hypoalgesic effects of exercise. In: *The journal of pain : official journal of the American Pain Society* 13 (12), S. 1139–1150. DOI: 10.1016/j.jpain.2012.09.006.

Nijs, Jo; Torres-Cueco, Rafael; van Wilgen, Paul; Lluch Girbés, Enrique; Struyf, Filip; Roussel, Nathalie et al. (2014): Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain. In: *Pain physician* 17 (5), S. 447–457.

Nilges, P.; Essau, C.: Depressions-Angst-Stress-Skalen - deutschsprachige Kurzfassung (Verfahrensdokumentation und Fragebogen mit Auswertung). Trier: ZPID. Online verfügbar unter https://doi.org/10.23668/psycharchives.4579.

Nilges, P.; Essau, C. (2015): Depressions-Angst-Stress-Skalen - deutschsprachige Kurzfassung. Trier: ZPID. Online verfügbar unter Available at: https://doi.org/10.23668/psycharchives.4579.

Nilges, P.; Köster, B.; Schmidt, C. O. (2007): Schmerzakzeptanz - Konzept und Uberprüfung einer deutschen Fassung des Chronic Pain Acceptance Questionnaire. In: *Schmerz* 21 (1), 57-8, 60-7. DOI: 10.1007/s00482-006-0508-1.

Oettingen, G. (2017a): Die Psychologie des Gelingens. München: Pattloch Verlag.

Oettingen, Gabriele (2017b): Die Psychologie des Gelingens. München: Pattloch Verlag.

Pagé, M. Gabrielle; Katz, Joel; Darville, Rasheeda; Gabriel, Gretchen; Ladha, Karim S.; Huang, Alexander et al. (2025): One-year opioid consumption trajectories among individuals receiving multidisciplinary postsurgical care: a single-center observational study from the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. In: *Regional anesthesia and pain medicine* 50 (7), S. 542–552. DOI: 10.1136/rapm-2024-105344.

Pedersen, B. K.; Saltin, B. (2015): Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. In: *Scandinavian journal of medicine & science in sports* 25 Suppl 3, S. 1–72. DOI: 10.1111/sms.12581.

Pogatzki-Zahn, Esther (2021): Prediction and prevention of chronic postoperative pain. In: *Schmerz* 35 (1), S. 30–43. DOI: 10.1007/s00482-020-00525-2.

Pogatzki-Zahn, Esther M.; Forget, Patrice (2024): ICD-11: a major step forward towards the prediction and prevention of chronic postsurgical pain. In: *European Journal of Anaesthesiology* 41 (6), S. 399–401. DOI: 10.1097/EJA.0000000000001996.

Pogatzki-Zahn, Esther M.; Lucia, Sarah de; Weinmann, Claudia; Heitkamp, Hauke; Hummelshoj, Lone; Liedgens, Hiltrud et al. (2025): A core outcome set of measurement instruments for assessing effectiveness and efficacy of perioperative pain management: results of the international IMI-PainCare PROMPT Delphi consensus process. In: *British journal of anaesthesia* 134 (5), S. 1460–1473. DOI: 10.1016/j.bja.2025.01.029.

Pogatzki-Zahn E (2021): Prediction and prevention of chronic postoperative pain. In: *Schmerz* 35 (1), S. 30–43.

Pogatzki-Zahn E, Segelcke D, Zahn P (2018): Mechanisms of acute and chronic pain after surgery: update from findings in experimental animal models. In: *Current opinion in anaesthesiology* 31 (5), S. 575–585.

Reichart, R.; Vogel, I.; Weiss, T.; Hennig, S.; Walter, J.; Kalff, R. (2011): Short Psychological Intervention as a Perioperative Pain Reduction Treatment in Spinal Neurosurgery. In: *Journal of neurological surgery. Part A, Central European neurosurgery* 73 (6), S. 387–396. DOI: 10.1055/s-0032-1313642.

Reichart, R.; Vogel, I.; Weiss, T.; Hennig, S.; Walter, J.; Kalff, R. (2012): Short psychological intervention as a perioperative pain reduction treatment in spinal neurosurgery. In: *Journal of Neurological Surgery Part A: Central European Neurosurgery* 73 (06), S. 387–396.

Røe, Yngve; Rysstad, Tarjei; Tveter, Anne Therese; Sandbakk, Torill Bjugan; Jæger, Marit; Grotle, Margreth (2021): What Are the Most Important Problems in Functioning Among Patients With Shoulder Pain? An Analysis of the Patient-Specific Functional Scale. In: *Physical therapy* 101 (9). DOI: 10.1093/ptj/pzab141.

Rollnick, Stephen; Miller, William R.; Butler, Christopher (2020): Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen: Core-Skills für Helfer. 2. Auflage. Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag.

Rosenberger, D. C.; Pogatzki-Zahn, E. M. (2022): Chronic post-surgical pain - update on incidence, risk factors and preventive treatment options. In: *BJA education* 22 (5), S. 190–196. DOI: 10.1016/j.bjae.2021.11.008.

Schaefer, Ina (2015): Goal Attainment Scaling-Zielerreichungsskalen.

Schäfer, Axel Georg Meender; Joos, Leonie Johanna; Roggemann, Katharina; Waldvogel-Röcker, Kerstin; Pfingsten, Michael; Petzke, Frank (2017): Pain experiences of patients with musculoskeletal pain + central sensitization: A comparative Group Delphi Study. In: *PloS one* 12 (8), e0182207.

Schäfer, I. (2015): Goal Attainment Scaling (Zielerreichungsskalen). Leitfaden. Online verfügbar unter https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/evalua_tools/leitfaden_gas_endversion.pdf, zuletzt geprüft am 07.10.2021.

Schlereth, Tanja (2020): Guideline “diagnosis and non interventional therapy of neuropathic pain” of the German Society of Neurology (deutsche Gesellschaft für Neurologie). In: *Neurological Research and Practice* 2 (16).

Schnabel, Alexander; Pogatzki-Zahn, Esther (2010): Predictors of chronic pain following surgery. What do we know? In: *Schmerz* 24 (5), 517-531; quiz 532-533.

Schramm, S. (2005): Ein dynamischer Ansatz zur Steigerung der Veränderungsmotivation von chronischen Rückenschmerzpatienten. Eine prospektiv kontrollierte Interventionsstudie mit Messwiederholungsdesign. Dissertation. Hamburg. Online verfügbar unter https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/1325/1/DissSchramm.pdf, zuletzt geprüft am 07.10.2021.

Schug, Stephan A.; Lavand'homme, Patricia; Barke, Antonia; Korwisi, Beatrice; Rief, Winfried; Treede, Rolf-Detlef (2019): The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. In: *Pain* 160 (1), S. 45–52. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001413.

Schulman-Green, Dena; Jaser, Sarah; Martin, Faith; Alonzo, Angelo; Grey, Margaret; McCorkle, Ruth et al. (2012): Processes of self-management in chronic illness. In: *Journal of Nursing Scholarship* 44 (2), S. 136–144.

Schwarzer, R.; Jerusalem, M. (Hg.) (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Sheeran, P.; Webb, T. L. (2016): The Intetion-Behaviour Gap. In: *Social and Personality Psychology Compass* (10 (9)), S. 503–518.

Siddall, Benjamin; Ram, Adrian; Jones, Matthew D.; Booth, John; Perriman, Diana; Summers, Simon J. (2022): Short-term impact of combining pain neuroscience education with exercise for chronic musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. In: *Pain* 163 (1), e20-e30. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002308.

Sluka, Kathleen A.; Frey-Law, Laura; Hoeger Bement, Marie (2018): Exercise-induced pain and analgesia? Underlying mechanisms and clinical translation. In: *Pain* 159 Suppl 1 (Suppl 1), S91-S97. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001235.

Sommer, Claudia; Richter, Helmut; Rogausch, Jan P.; Frettlöh, Jule; Lungenhausen, Margitta; Maier, Christoph (2011): A modified score to identify and discriminate neuropathic pain: a study on the German version of the Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI). In: *BMC neurology* 11, S. 104. DOI: 10.1186/1471-2377-11-104.

Sørensen, Kristine; van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC public health* 12, S. 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

Stadler, Gertraud; Oettingen, Gabriele; Gollwitzer, Peter M. (2009): Physical activity in women: effects of a self-regulation intervention. In: *American journal of preventive medicine* 36 (1), S. 29–34. DOI: 10.1016/j.amepre.2008.09.021.

Stadler, Gertraud; Oettingen, Gabriele; Gollwitzer, Peter M. (2010): Intervention effects of information and self-regulation on eating fruits and vegetables over two years. In: *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 29 (3), S. 274–283. DOI: 10.1037/a0018644.

Statistik GB-E (letzter Zugriff: 2025): Die 50 häufigsten Operationen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (Rang, Anzahl, Anteil in Prozent).

Steingrímsdóttir, Ólöf Anna; Landmark, Tormod; Macfarlane, Gary J.; Nielsen, Christopher Sivert (2017): Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. In: *Pain* 158 (11), S. 2092–2107. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001009.

Stevens, Anita; Köke, Albère; van der Weijden, Trudy; Beurskens, Anna (2017): Ready for goal setting? Process evaluation of a patient-specific goal-setting method in physiotherapy. In: *BMC health services research* 17 (1), S. 618. DOI: 10.1186/s12913-017-2557-9.

Stubhaug, Audun; Hansen, Johan Liseth; Hallberg, Sara; Gustavsson, Anders; Eggen, Anne Elise; Nielsen, Christopher Sivert (2024): The costs of chronic pain-Long-term estimates. In: *European journal of pain (London, England)* 28 (6), S. 960–977. DOI: 10.1002/ejp.2234.

Sullivan, Mark; Langford, Dale J.; Davies, Pamela Stitzlein; Tran, Christine; Vilardaga, Roger; Cheung, Gifford et al. (2018): A Controlled Pilot Trial of PainTracker Self-Manager, a Web-Based Platform Combined With Patient Coaching, to Support Patients' Self-Management of Chronic Pain. In: *The journal of pain : official journal of the American Pain Society* 19 (9), S. 996–1005. DOI: 10.1016/j.jpain.2018.03.009.

Sullivan, Michael J. L.; Bishop, Scott R.; Pivik, Jayne (1995): The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. In: *Psychological Assessment* 7 (4), S. 524–532. DOI: 10.1037/1040-3590.7.4.524.

Sullivan, Michael J. L.; Scott, Whitney; Trost, Zina (2012): Perceived injustice: a risk factor for problematic pain outcomes. In: *The Clinical journal of pain* 28 (6), S. 484–488. DOI: 10.1097/AJP.0b013e3182527d13.

Tiippana, Elina; Hamunen, Katri; Heiskanen, Tarja; Nieminen, Teija; Kalso, Eija; Kontinen, Vesa K. (2016): New approach for treatment of prolonged postoperative pain: APS Out-Patient Clinic. In: *Scandinavian Journal of Pain* 12 (1), S. 19–24.

Turner, Rebecca R.; Steed, Liz; Quirk, Helen; Greasley, Rosa U.; Saxton, John M.; Taylor, Stephanie Jc et al. (2018): Interventions for promoting habitual exercise in people living with and beyond cancer. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 9 (9), CD010192. DOI: 10.1002/14651858.CD010192.pub3.

Weinstein, Erica J.; Levene, Jacob L.; Cohen, Marc S.; Andreae, Doerthe A.; Chao, Jerry Y.; Johnson, Matthew et al. (2018): Local anaesthetics and regional anaesthesia versus conventional analgesia for preventing persistent postoperative pain in adults and children. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 6 (6), CD007105. DOI: 10.1002/14651858.CD007105.pub4.

Yoo, Minkyoung; Buys, Michael J.; Nelson, Richard E.; Patel, Shardool; Bayless, Kimberlee M.; Anderson, Zachary et al. (2023): Effect of Multidisciplinary Transitional Pain Service on Health Care Use and Costs Following Orthopedic Surgery. In: *Federal practitioner : for the health care professionals of the VA, DoD, and PHS* 40 (12), S. 418–425. DOI: 10.12788/fp.0438.

Yu, Hai Chuan; Kleiman, Valery; Kojic, Katarina; Slepian, P. Maxwell; Cortes, Henry; McRae, Karen et al. (2023): Prevention and Management of Chronic Postsurgical Pain and Persistent Opioid Use Following Solid Organ Transplantation: Experiences From the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. In: *Transplantation* 107 (6), S. 1398–1405. DOI: 10.1097/TP.0000000000004441.

8. Anhang

Nr.	Dokument
1	**Einschlusstabelle Operationen und Risikoklassifizierung**
2	**Patient:innen-Fragebögen, Interviewversionen und Leitfaden**
3	**Studieninformations-Flyer**
4	**Patient:innen-Flyer**
5	**Checklisten, Edukations- und Schulungsmaterialien**
6	**Merkblatt Allgemeine Information zu Prozedere bei nicht-stattgefundenen TPS Patient:innen-Terminen**

Nr.	Dokument
1	**Einschlusstabelle Operationen und Risikoklassifizierung**
2	Patient:innen-Fragebögen, Interviewversionen und Leitfaden
3	Studieninformations-Flyer
4	Patient:innen-Flyer
5	Checklisten, Edukations- und Schulungsmaterialien
6	Merkblatt Allgemeine Information zu Prozedere bei nicht-stattgefundenen TPS Patient:innen-Terminen

Projekt POET-Pain

Risikoskore OP Risikobewertung

Version 1.0

Operation	Risiko
Arm- Amputation	4
Bein-Amputation	4
Unterarm-Amputation	4
Unterschenkel-Amputation	4
Arthroskopische Gelenkoperationen	1
Dorsales Schrauben-Platten-System, 4 oder mehr Segmente	4
Dorsales Schrauben-Platten-System, bis 3 Segmente	3
Hüfte-Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	2
Knie-Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	4
Mamma-Teilresektion	2
Mamma-Totalresektion	3
Mamma-Revision/Implantation	2
Hemipelvektomie	4
Kraniektomie	2
Kraniotomie	2
Laminotomie, BWS	2
Laminotomie, HWS	2
Laparoskopie	2
Laparotomie	3
Sternotomie	4
Thorakotomie	4
Totalendoprothese Schultergelenk	3
Ventrales Schrauben-Platten-System, 4 oder mehr Segmente	4
Ventrales Schrauben-Platten-System, bis 3 Segmente	3
Hautinzision (Hernie)	1
Schrauben-Stab-System, 4 oder mehr Segmente	4
Schrauben-Stab-System, bis 3 Segmente	3

Nr.	Dokument
1	Einschlusstabelle Operationen und Risikoklassifizierung
2	**Patient:innen-Fragebögen, Interviewversionen und Leitfaden**
3	Studieninformations-Flyer
4	Patient:innen-Flyer
5	Checklisten, Edukations- und Schulungsmaterialien
6	Merkblatt Allgemeine Information zu Prozedere bei nicht-stattgefundenen TPS Patient:innen-Terminen

Universitätsklinikum Münster

Screening Fragebogen

Studientitel: **Prävention operationsbedingter anhaltender Schmerzen durch Einführung eines perioperativen „Transitional Pain Service“ – POET-Pain**

Patient/innen-ID: _____

Studienverantwortung: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn
Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
48149 Münster

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit der Beantwortung des folgenden Fragebogens willigen Sie in die Datenerhebung zum Screening (Vorabbefragung) für die potenzielle Teilnahme an der POET-Pain Studie ein.

Nach einer Operation entwickelt eine Vielzahl an Patient/innen vorübergehende Schmerzen, die in der Regel nach einigen Tagen bis Wochen wieder komplett verschwinden. In manchen Fällen kann es aber vorkommen, dass Schmerzen nach einer Operation über einen Zeitraum von Monaten bis zu vielen Jahren hinweg bestehen bleiben. Man spricht dann von chronischen postoperativen Schmerzen. Dies betrifft, je nach Operation und Risikofaktoren für die Entstehung chronischer postoperativer Schmerzen, 10-30% der Patient/innen, nach bestimmten Operation sogar noch mehr. Ziel der Studie ist die Vermeidung von chronischen Schmerzen nach einem operativen Eingriff durch die intensive Zusammenarbeit eines Behandler/innen-Teams bestehend aus Ärzt/innen, Psycholog/innen, Physiotherapeut/innen und Pflegefachkräften.

Sollten Sie im Anschluss keine schriftliche Einwilligung zur POET-Pain Studienteilnahme tätigen, werden Ihre hier erhobenen Daten lediglich in anonymisierter Form nach den gesetzlichen Vorgaben für 10 Jahre gespeichert.

Anonymisieren ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können. Anonymisierte Daten sind somit auch bei einem Widerruf Ihrer Einwilligungserklärung von der rückwirkenden Datenlöschung ausgeschlossen, da wir diese nicht mehr Ihrer Person zuordnen können.

Die folgenden Fragen helfen uns bei der Einschätzung Ihres Risikos an chronischen Postoperativen Schmerzen zu erkranken.
Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie das zutreffende Kästchen (❑) ankreuzen und bei Bedarf Ihre Antwort in das vorgegebene Feld schreiben.

1. Geschlecht

- ❑ männlich
- ❑ weiblich
- ❑ diverse

2. Hatten Sie vor der Operation Schmerzen im Bereich des Operationsgebietes?

- ❑ nein
- ❑ ja

Falls ja, wie stark waren die Schmerzen auf einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (=stärkster vorstellbarer Schmerz)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

3. Hatten Sie vor der Operation Schmerzen in anderen Bereichen des Körpers?

❑ nein
❑ ja

Falls ja, wie stark waren die Schmerzen auf einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (=stärkster vorstellbarer Schmerz)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

In den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie Ihre Gesundheit beurteilen. 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.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

❑	❑	❑	❑	❑
Ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht

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

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

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

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
4. Ich habe **weniger geschafft**, als ich wollte.	❑	❑	❑	❑	❑

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
5. Ich konnte **nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten** ausführen	❑	❑	❑	❑	❑

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

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

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

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

Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
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?	❑	❑	❑	❑	❑

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen nun wieder an Ihre Ärztin/ Ihren Arzt zurück!

4. Alter

- ❑ ≥51
- ❑ <51

5. Art der geplanten Operation

- ❑ Amputation Arm
- ❑ Amputation Bein
- ❑ Amputation Unterarm
- ❑ Amputation Unterschenkel
- ❑ Arthroskopische Gelenkoperation
- ❑ Dorsales Schrauben-Platten-System, 4 oder mehr Segmente
- ❑ Dorsales Schrauben-Platten-System, bis 3 Segmente
- ❑ Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz
- ❑ Offene Gelenkchirurgie
- ❑ Mammachirurgie
- ❑ Hautinzision
- ❑ Hemipelvektomie
- ❑ Kranietomie
- ❑ Kraniotomie
- ❑ Laminotomie, BWS
- ❑ Laminotomie, HWS
- ❑ Lapraroskopie
- ❑ Laparotomie
- ❑ Schrauben-Stab-System, 4 oder mehr Segmente
- ❑ Schrauben-Stab-System, bis 3 Segmente
- ❑ Sternotomie
- ❑ Thorakotomie
- ❑ Totalendoprothese Schultergelenk
- ❑ Ventrales Schrauben-Platten-System, 4 oder mehr Segmente
- ❑ Ventrales Schrauben-Platten-System, bis 3 Segmente

Beurteilung durch die Ärztin/ den Arzt

Ergebnis Risikoscore: _____

Ein Risiko für chronische postoperative Schmerzen des/ der Patient/in könnte berechnet werden?

- ❑ nein
- ❑ ja

Eine Teilnahme an der POET-Pain Studie wäre für den/ die Patient/in möglich?

- ❑ nein
- ❑ ja

Patient/innen-ID: _____

Prästationäre Befragung

Studientitel: **Prävention operationsbedingter anhaltender Schmerzen durch Einführung eines perioperativen „Transitional Pain Service“ – POET-Pain**

Patient/innen-ID: _____

Studienverantwortung: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn
Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
48149 Münster

Patient/innen-ID: _____

Fragebogen 1

Im Folgenden bitten wir um Angaben zu Schmerzen, die Sie möglicherweise schon vor der Operation haben.
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:

(Wenn Sie keine Schmerzen haben, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

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

(Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

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

(Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

Patient/innen-ID: _____

Falls Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen hatten, **wo** traten diese **Schmerzen** auf?

❑ an der Körperstelle, die operiert werden soll ❑ an einer anderen Körperstelle

❑ beides (Operationsstelle und woanders)

Falls andere Körperstelle wo hatten Sie diese Schmerzen:

◯ Kopf

◯ Oberkörper

◯ Rücken

◯ Arme

◯ Beine

◯ andere Lokalisation: _____

Falls Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen hatten, **seit wann** haben Sie diese **Schmerzen** schon?

◯ weniger als 1 Monat

◯ 1 Monat bis ½ Jahr

◯ ½ Jahr bis 1 Jahr

◯ 1-2 Jahre

◯ 2-5 Jahre

◯ mehr als 5 Jahre

Patient/innen-ID: _____

Fragebogen 2

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der letzten 4 Wochen. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

a) An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?
   An etwa _____Tagen
   (Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann tragen Sie bitte 0 Tage ein)

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 4 Wochen Ihren Alltag beeinträchtigt (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.)?
   (Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis beeinträchtigt?
   (Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

Patient/innen-ID: _____

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, einschließlich Hausarbeit?
(Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

Patient/innen-ID: _____

Fragebogen 3

Körperliche Bewegung bei der Arbeit, zur Fortbewegung und in der Freizeit

Jetzt geht es darum, wie viel Sie sich in einer typischen Woche in verschiedenen Bereichen körperlich betätigen.

- Denken Sie zuerst an die Zeit, in der Sie arbeiten.
- Denken Sie bei "arbeiten" an Dinge, die Sie tun müssen, wie beispielsweise bezahlte und unbezahlte Arbeit, Arbeiten rund um Ihr Zuhause, Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Schule oder Studium.
- Beziehen Sie Ihre Angaben auf die Haupttätigkeit. Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, schließen Sie alle mit ein.

Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten, was Sie tun?

Bitte nur eine Antwortmöglichkeit ankreuzen.

☐	Vorwiegend sitzen oder stehen	**Tätigkeiten von leichter körperlicher Anstrengung** Zum Beispiel leichte Büroarbeit, Lesen, Schreiben, Zeichnen, am Computer arbeiten, Sprechen oder Telefonieren, Lernen oder Studieren, Auto- oder Lastwagenfahren, Unterrichten, Nähen, Haare schneiden oder frisieren, Backwaren verkaufen oder Verkehr regeln
☐	Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten	**Tätigkeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung** Zum Beispiel Post austragen, Tragen von leichten Gegenständen, Rasen und Garten bewässern, Elektriker- oder Klempnerarbeiten, Auto-Reparaturarbeiten, Arbeiten an Werkzeugmaschinen, Bohren, Malerarbeiten, Krankenpflege, Hausarbeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung, Putzen, Staubsaugen, Einkaufen oder mit Kindern spielen
☐	Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten	**Tätigkeiten von schwerer körperlicher Anstrengung** Zum Beispiel Bedienen von schweren angetriebenen Werkzeugen, Bauarbeiten, Bergbau, Tragen von schweren Lasten, Be- und Entladearbeiten, Holzhacken und -stapeln, Land freilegen, Gartenbau, Schaufeln oder Graben
☐	Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus	

Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Fragen die arbeitsbezogenen körperlichen Aktivitäten aus, die Sie bereits genannt haben. Denken Sie nun daran, wie Sie sich

üblicherweise <u>von Ort zu Ort</u> fortbewegen. Zum Beispiel zur Arbeit, zur Uni, zur Schule oder zum Einkaufen.

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche <u>gehen</u> Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

	Tage pro Woche
☐	Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche → *Bitte eine Frage überspringen*

Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

☐	10 - 29 Minuten pro Tag
☐	30 - 59 Minuten pro Tag
☐	1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag
☐	2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag
☐	3 Stunden pro Tag oder mehr

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche <u>fahren</u> Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung <u>mit dem Fahrrad</u>, um von Ort zu Ort zu gelangen?

	Tage pro Woche
☐	Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche → *Bitte eine Frage überspringen (Sprungregel bei elektronischer Erfassung)*

Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

☐	10 - 29 Minuten pro Tag
☐	30 - 59 Minuten pro Tag
☐	1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag
☐	2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag
☐	3 Stunden pro Tag oder mehr

- Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Frage die körperliche Aktivität bei der Arbeit und um von Ort zu Ort zu gelangen aus, die Sie bereits genannt haben.

Patient/innen-ID: _____

- Denken Sie bei den folgenden Fragen an Sport, Fitness und körperliche Aktivität in der Freizeit, welche mindestens zu einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen. Zum Beispiel (Nordic-)Walking, Ballsport, Joggen, Fahrradfahren, Schwimmen, Aerobic, Rudern oder Badminton.

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?

	Tage pro Woche
☐	Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche
→ *Bitte eine Frage überspringen (Sprungregel bei elektronischer Erfassung)*	

Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?

Stunden		Minuten	Pro Woche

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, die speziell für den Aufbau oder die Kräftigung der Muskulatur gedacht sind?

Zum Beispiel Krafttraining oder Kräftigungsübungen (mit Gewichten, Thera-Band, eigenem Körpergewicht), Kniebeugen, Liegestützen oder Sit-ups.

- Geben Sie hier alle Aktivitäten dieser Art an, selbst wenn Sie sie vorher bereits mit einbezogen haben.

	Tage pro Woche
☐	Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche

Wir haben Sie bereits zur Häufigkeit und Dauer Ihrer körperlichen und sportlichen Aktivität in der Freizeit in einer typischen Woche gefragt.

Wie viele Monate sind Sie schon derart aktiv bzw. inaktiv?

☐	Weniger als 6 Monate	☐	6 Monate oder mehr

Haben Sie vor, häufiger als bisher körperlich aktiv zu sein?

☐	Ja	☐	Nein

Patient/innen-ID: _____

Fragebogen 4

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Gedanken und Gefühlen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, in welchem Ausmaß diese auf Sie zutrifft.

Gedanken und Gefühle	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
1) Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	o	o	o	o
2) Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	o	o	o	o
3) Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	o	o	o	o
4) In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	o	o	o	o
5) Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	o	o	o	o
6) Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	o	o	o	o
7) Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	o	o	o	o
8) Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	o	o	o	o
9) Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	o	o	o	o
10) Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	o	o	o	o

Patient/innen-ID: _____

Fragebogen 5

Fragen zu Ihrem Befinden
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	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**

Patient/innen-ID: _____

Fragebogen 6

Irgendwann im Leben erleidet jeder Mensch einmal Schmerzen. Dies können z.B. Kopf-, Zahn-, Gelenk- oder Muskelschmerzen sein. Menschen sind oft Situationen ausgesetzt, die Schmerzen verursachen, wie Krankheiten, Verletzungen, Zahnbehandlungen oder Operationen. Wir sind an den Gedanken und Gefühlen interessiert, die Sie haben, wenn Sie Schmerzen erleiden.
Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben verschiedene Gedanken und Gefühle, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

Wenn ich Schmerzen habe, beschäftigen mich folgende Gedanken…

		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils - teils	trifft eher zu	trifft immer zu
1.	Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
2.	Ich denke, ich kann nicht mehr.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
3.	Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
4.	Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
5.	Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
6.	Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
7.	Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
8.	Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
9.	Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
10.	Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
11.	Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
12.	Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$
13.	Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.	❑$_0$	❑$_1$	❑$_2$	❑$_3$	❑$_4$

Patient/innen-ID: _____

Fragebogen 7

Jetzt geht es in den letzten Fragen noch einmal um Schmerzen, und zwar um Schmerzen, die sie momentan haben.

Geben Sie bei den folgenden Fragen bitte die Stärke Ihrer Schmerzen auf einer Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (schlimmste vorstellbare Schmerzen) an.

Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die Ihre Antwort am besten beschreibt.

Wie stark sind Ihre Schmerzen *moment*an **im Ruhezustand, z.B** während Sie in Ihrem Bett liegen?

(Wenn Sie keine Schmerzen haben, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Schmerzen — schlimmste vorstellbare Schmerzen

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan **bei Bewegung**?
(Wenn Sie keine Schmerzen haben, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Schmerzen — schlimmste vorstellbare Schmerzen

Patient/innen-ID: _____

Fragebogen 8

Frage 1: Kann man die Schmerzen wie folgt beschreiben

Brennend	☐ja	☐nein
Wie schmerzhafte Kälte	☐ja	☐nein
Wie elektrische Schläge	☐ja	☐nein

Frage 2: Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf

Kribbeln (Ameisenlaufen)	☐ja	☐nein
Pieksen (wie tausend Nadelstiche)	☐ja	☐nein
Taubheitsgefühl	☐ja	☐nein
Juckreiz	☐ja	☐nein

Frage 3: Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem die körperliche Untersuchung Folgendes zeigt:

Hypoästhesie bei Berührung (herabgesetzte Empfindlichkeit)	☐ja	☐nein
Hypoästhesie bei Nadelreizen (herabgesetzte Empfindlichkeit)	☐ja	☐nein

Frage 4: Werden die Schmerzen ausgelöst oder verschlimmert durch:

Reiben (Bestreichen der Haut mit einem Pinsel)	☐ja	☐nein

Patient/innen-ID: _____

Fragebogen 9 - Medikamenteneinnahme

Zum Schluss würden wir gerne noch von Ihnen wissen, ob Sie regelmäßig Schmerzmedikamente einnehmen.

- ❑ Nein, keine
- ❑ Ja, aber nur unregelmäßig bei Bedarf
- ❑ Ja, regelmäßig jeden Tag

Falls nein, ist die Befragung zu diesem Zeitpunkt hiermit für Sie beendet. Vielen Dank!

Falls ja, welche Nicht-Opioide?

		Falls zutreffend, bitte Menge angeben:
❑	Diclofenac	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Ibuprofen (Handelsname z.B. Ibuflam, Ibu-Lysin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Metamizol (Handelsname z.B. Novalgin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Paracetamol	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Etoricoxib (Handelsname z.B. Arcoxia)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Dexamethason (Handelsname z.B. Fortecortin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme:

		____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Gabapentin	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Pregabalin (Handelsname z.B. Lyrica)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	sonstige: _____	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

Falls ja, welche Opioide?

		Falls zutreffend, bitte Menge angeben:
❑	Buprenorphin (Handelsname z.B. Temgesic)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Tramadol (Handelsname z.B. Tramal-Tropfen)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Tilidin (Handelsname z.B. Valoron)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Hydromorphon (Handelsname z.B. Palladon)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Morphium	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Oxycodon (Handelsname z.B. Oxygesic)	• Dosis pro Einnahme: _____mg

Patient/innen-ID: _____

		• Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Oxycodon/Naloxon (Handelsname z.B. Targin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Schmerzpflaster (Fentanyl-Pflaster, Handelsname z.B. Durogesic oder Buprenorphin-Pflaster)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	sonstige: _____	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

Hatten Sie während der letzten 24 Stunden die folgenden Symptome? - mehrere Antworten sind möglich:

- ❑ Erschöpfung
- ❑ Benommenheit
- ❑ Unfähigkeit, sich zu konzentrieren
- ❑ Übelkeit
- ❑ Schwindel
- ❑ Verstopfung
- ❑ Juckreiz
- ❑ Schwierigkeiten beim Wasserlassen
- ❑ Verwirrtheit
- ❑ Würgen/Erbrechen

Stationäre Befragung

Studientitel: **Prävention operationsbedingter anhaltender Schmerzen durch Einführung eines perioperativen „Transitional Pain Service“ – POET-Pain**

Patient/innen-ID: _____

Befragungszeitpunkt: **POD 1**

Studienverantwortung: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn
Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
48149 Münster

Fragebogen 1

Geben Sie bei den folgenden Fragen bitte die Stärke Ihrer Schmerzen auf einer Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (schlimmste vorstellbare Schmerzen) an:
-Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Zahl an, die Ihre Antwort am besten beschreibt-

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan **im Ruhezustand** während Sie in Ihrem Bett liegen? -Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Zahl an, die Ihre Antwort am besten beschreibt-

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Schmerzen — schlimmste vorstellbare Schmerzen

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan **bei Bewegung**? -Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Zahl an, die Ihre Antwort am besten beschreibt-

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Schmerzen — schlimmste vorstellbare Schmerzen

Fragebogen 2

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihren Schmerz **seit der Operation**.

Bitte kreuzen Sie hier den **stärksten Schmerz** an, den Sie seit der Operation hatten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein Schmerz — schlimmst-möglicher Schmerz

Bitte kreuzen Sie hier den **geringsten Schmerz** an, den Sie seit der Operation hatten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein Schmerz — schlimmst-möglicher Schmerz

Wie stark waren Ihre schlimmsten Schmerzen während der Physiotherapie? Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie seit der Operation schon Physiotherapie hatten: -

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein Schmerz — schlimmst-möglicher Schmerz

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Schmerzen im Bereich des Operationsgebietes:

Frage 1: Kann man die Schmerzen wie folgt beschreiben

Brennend	☐ja	☐nein
Wie schmerzhafte Kälte	☐ja	☐nein
Wie elektrische Schläge	☐ja	☐nein

Frage 2: Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf

Kribbeln (Ameisenlaufen)	☐ja	☐nein
Pieksen (wie tausend Nadelstiche)	☐ja	☐nein
Taubheitsgefühl	☐ja	☐nein
Juckreiz	☐ja	☐nein

Frage 3: Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem die körperliche Untersuchung Folgendes zeigt:

Hypoästhesie bei Berührung (herabgesetzte Empfindlichkeit)	☐ja	☐nein
Hypoästhesie bei Nadelreizen (herabgesetzte Empfindlichkeit)	☐ja	☐nein

Frage 4: Werden die Schmerzen ausgelöst oder verschlimmert durch:

Reiben (Bestreichen der Haut mit einem Pinsel)	☐ja	☐nein

Wie oft hatten Sie seit der Operation **starke Schmerzen**? Bitte schätzen Sie den Zeitanteil, in dem Sie unter **starken Schmerzen** gelitten haben, und kreisen Sie den Wert ein:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

nie starke Schmerzen — ständig starke Schmerzen

Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Zahl an, die am besten beschreibt, wie sehr Schmerzen Sie in den letzten 24 Stunden bei den folgenden Aktivitäten **beeinträchtigt haben**, bzw. wie sehr diese Aktivitäten durch Schmerzen **verhindert wurden:**

a) Aktivitäten im Bett wie z. B. umdrehen, aufsetzen, Position wechseln:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

b) Tief einatmen oder **husten**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

c) Schlafen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

d) Physiotherapie:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

Haben Sie seit der Operation das Bett verlassen?

❑ ja ❑ nein

Falls ja, wie sehr haben Schmerzen Sie bei Aktivitäten **außerhalb des Bettes** wie z. B. gehen, auf einem Stuhl sitzen, am Waschbecken stehen **beeinträchtigt**, bzw. wie sehr wurden diese Aktivitäten durch Schmerzen **verhindert**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

Schmerz kann unsere Stimmung und unsere Gefühle beeinflussen. Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Zahl an, die am besten widerspiegelt, wie sehr **Schmerzen** seit der Operation die **folgenden Gefühle bewirkt** haben:

a) Verunsicherung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht extrem

b) **Hilflosigkeit**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht extrem

Haben Sie eine der folgenden **Nebenwirkungen** seit der Operation beobachtet? Bitte kreuzen Sie bei Nein "0" ein; bei Ja, bitte den einen Wert, der am besten die Intensität der Nebenwirkung widerspiegelt:

a. Übelkeit

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

b. Benommenheit

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

c. Juckreiz

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

d. Schwindel

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

e) Erschöpfung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

f) Unfähigkeit, sich zu konzentrieren

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

g) Verstopfung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

h) Schwierigkeiten beim Wasserlassen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

i) Verwirrtheit

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

j) Würgen/Erbrechen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

Wie groß war seit der Operation Ihre **Schmerzlinderung**? Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben dem Wert an, der am besten widerspiegelt, wie sehr Ihr Schmerz **aufgrund der kombinierten Schmerztherapie** (medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung) gelindert wurde:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

keine Linderung völlige Schmerzfreiheit

Hätten Sie sich seit der Operation **MEHR Schmerztherapie** gewünscht, als Sie erhalten haben?

❑ ja ❑ nein

Wurden Sie über die verschiedenen **Möglichkeiten Ihrer Schmerztherapie informiert**?

❑ ja ❑ nein

Wurden Sie in dem von Ihnen gewünschten Maß an **Entscheidungen** zu Ihrer **Schmerztherapie beteiligt**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht völlig ausreichend

Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Zahl an, die am besten beschreibt, wie **zufrieden** Sie mit dem Ergebnis Ihrer **Schmerztherapie** seit der Operation sind:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

extrem unzufrieden sehr zufrieden

Haben Sie seit der Operation **nicht-medikamentöse** Methoden zur **Schmerzlinderung** benutzt oder erhalten?

❑ ja ❑ nein

Falls ja, welche?

❑ Kühlkompressen ❑ Meditation ❑ tiefes Atmen

❑ Wärme ❑ Akupunktur ❑ Beten

❑ Gespräche mit medizinischem Personal ❑ Umhergehen ❑ Massage

❑ Gespräche mit Freunden oder Verwandten ❑ Entspannung ❑ Vorstellungsbilder

❑ TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation)

❑ Ablenkung (wie z. B. fernsehen, Musik hören, lesen)

❑ Sonstiges (bitte beschreiben): _____

Fragebogen 3 - Medikamenteneinnahme

Befinden Sie sich aktuell noch in der Klinik?

❑ ja ❑ nein

Falls ja, ist die Befragung zu diesem Zeitpunkt hiermit für Sie beendet. Vielen Dank!

Haben Sie heute irgendwelche Schmerzmittel eingenommen?

❑ ja ❑ nein

Falls nein, ist die Befragung zu diesem Zeitpunkt hiermit für Sie beendet. Vielen Dank!

Falls ja, welche Nicht-Opioide?

		Falls zutreffend, bitte Menge angeben:
❑	Diclofenac	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Ibuprofen (Handelsname z.B. Ibuflam, Ibu-Lysin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Metamizol (Handelsname z.B. Novalgin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Paracetamol	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Etoricoxib (Handelsname z.B. Arcoxia)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Dexamethason (Handelsname z.B. Fortecortin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Gabapentin	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

❑	Pregabalin (Handelsname z.B. Lyrica)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	sonstige: _____	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

Falls ja, welche Opioide?

		Falls zutreffend, bitte Menge angeben:
❑	Buprenorphin (Handelsname z.B. Temgesic)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Tramadol (Handelsname z.B. Tramal-Tropfen)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Tilidin (Handelsname z.B. Valoron)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Hydromorphon (Handelsname z.B. Palladon)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Morphium	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Oxycodon (Handelsname z.B. Oxygesic)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Oxycodon/Naloxon (Handelsname z.B. Targin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

❑	Schmerzpflaster (Fentanyl-Pflaster, Handelsname z.B. Durogesic oder Buprenorphin-Pflaster)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	sonstige: _____	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

❑

Haben Sie sonst irgendetwas gemacht, um Schmerzen zu reduzieren?

[FREIFELD]

_____

_____

_____

_____

Vielen Dank, Sie haben alle Fragebögen für den heutigen Tag beantwortet!

Stationäre Befragung

Studientitel: **Prävention operationsbedingter anhaltender Schmerzen durch Einführung eines perioperativen „Transitional Pain Service“ – POET-Pain**

Patient/innen-ID: _____

Befragungszeitpunkt: □ **POD 3** □ **POD 7**

Studienverantwortung: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn
Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
48149 Münster

Patient/innen-ID: _____ □ POD 3 □ POD 7

Fragebogen 1

Geben Sie bei den folgenden Fragen bitte die Stärke Ihrer Schmerzen auf einer Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (schlimmste vorstellbare Schmerzen) an:

-Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Zahl an, die Ihre Antwort am besten beschreibt-

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan **im Ruhezustand** während Sie in Ihrem Bett liegen?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Schmerzen — schlimmste vorstellbare Schmerzen

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan **bei Bewegung**? -Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Zahl an, die Ihre Antwort am besten beschreibt-

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Schmerzen — schlimmste vorstellbare Schmerzen

Patient/innen-ID: _____ □ POD 3 □ POD 7

Fragebogen 2

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihren Schmerz in den letzten 24 Stunden.

Bitte kreuzen Sie hier den **stärksten Schmerz** an, den Sie in den letzten 24 Stunden hatten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein Schmerz — schlimmst-möglicher Schmerz

Bitte kreuzen Sie hier den **geringsten Schmerz** an, den Sie in den letzten 24 Stunden hatten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein Schmerz — schlimmst-möglicher Schmerz

Wie stark waren Ihre schlimmsten Schmerzen während der Physiotherapie? Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Physiotherapie hatten: -

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein Schmerz — schlimmst-möglicher Schmerz

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Schmerzen im Bereich des Operationsgebietes:

Frage 1: Kann man die Schmerzen wie folgt beschreiben

Brennend	☐ja	☐nein
Wie schmerzhafte Kälte	☐ja	☐nein
Wie elektrische Schläge	☐ja	☐nein

Frage 2: Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf

Kribbeln (Ameisenlaufen)	☐ja	☐nein
Pieksen (wie tausend Nadelstiche)	☐ja	☐nein
Taubheitsgefühl	☐ja	☐nein
Juckreiz	☐ja	☐nein

Frage 3: Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem die körperliche Untersuchung Folgendes zeigt:

Hypoästhesie bei Berührung (herabgesetzte Empfindlichkeit)	☐ja	☐nein
Hypoästhesie bei Nadelreizen (herabgesetzte Empfindlichkeit)	☐ja	☐nein

Frage 4: Werden die Schmerzen ausgelöst oder verschlimmert durch:

Reiben (Bestreichen der Haut mit einem Pinsel)	☐ja	☐nein

Patient/innen-ID: _____ □ POD 3 □ POD 7

Wie oft hatten Sie in den letzten 24 Stunden **starke Schmerzen**? Bitte schätzen Sie den Zeitanteil, in dem Sie unter **starken Schmerzen** gelitten haben, und kreisen Sie den Wert ein:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

nie starke Schmerzen — ständig starke Schmerzen

Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Zahl an, die am besten beschreibt, wie sehr Schmerzen Sie in den letzten 24 Stunden bei den folgenden Aktivitäten **beeinträchtigt haben**, bzw. wie sehr diese Aktivitäten durch Schmerzen **verhindert wurden:**

a. **Aktivitäten im Bett** wie z. B. umdrehen, aufsetzen, Position wechseln:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

b. **Tief einatmen** oder **husten**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

c. **Schlafen:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

d) Physiotherapie:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

Haben Sie seit in den letzten 24 Stunden das Bett verlassen?

❑ ja ❑ nein

Falls ja, wie sehr haben Schmerzen Sie bei Aktivitäten **außerhalb des Bettes** wie z. B. gehen, auf einem Stuhl sitzen, am Waschbecken stehen **beeinträchtigt**, bzw. wie sehr wurden diese Aktivitäten durch Schmerzen **verhindert**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

Patient/innen-ID: _____ □ POD 3 □ POD 7

Schmerz kann unsere Stimmung und unsere Gefühle beeinflussen. Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Zahl an, die am besten widerspiegelt, wie sehr **Schmerzen** in den letzten 24 Stunden die **folgenden Gefühle bewirkt** haben:

a. **Verunsicherung**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht extrem

b. **Hilflosigkeit**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht extrem

Haben Sie eine der folgenden **Nebenwirkungen** in den letzten 24 Stunden beobachtet? Bitte kreuzen Sie bei Nein "0" ein; bei Ja, bitte den einen Wert, der am besten die Intensität der Nebenwirkung widerspiegelt:

a. Übelkeit

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

b. Benommenheit

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

c. Juckreiz

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

d. Schwindel

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

e) Erschöpfung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

f) Unfähigkeit, sich zu konzentrieren

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

g) Verstopfung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

h) Schwierigkeiten beim Wasserlassen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

i) Verwirrtheit

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

j) Würgen/Erbrechen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht stark

Wie groß war in den letzten 24 Stunden Ihre **Schmerzlinderung**? Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben dem Wert an, der am besten widerspiegelt, wie sehr Ihr Schmerz **aufgrund der kombinierten Schmerztherapie** (medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung) gelindert wurde:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

keine Linderung völlige Schmerzfreiheit

Hätten Sie sich In den letzten 24 Stunden **MEHR Schmerztherapie** gewünscht, als Sie erhalten haben?

❑ ja ❑ nein

Wurden Sie in dem von Ihnen gewünschten Maß an **Entscheidungen** zu Ihrer **Schmerztherapie beteiligt**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

gar nicht völlig ausreichend

Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Zahl an, die am besten beschreibt, wie **zufrieden** Sie mit dem Ergebnis Ihrer **Schmerztherapie** in den letzten 24 Stunden sind:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

extrem unzufrieden sehr zufrieden

Patient/innen-ID: _____ □ POD 3 □ POD 7

Haben Sie in den letzten 24 Stunden **nicht-medikamentöse** Methoden zur **Schmerzlinderung** benutzt oder erhalten?

❑ ja ❑ nein

Falls ja, welche?

❑ Kühlkompressen ❑ Meditation ❑ tiefes Atmen

❑ Wärme ❑ Akupunktur ❑ Beten

❑ Gespräche mit medizinischem Personal ❑ Umhergehen ❑ Massage

❑ Gespräche mit Freunden oder Verwandten ❑ Entspannung ❑ Vorstellungsbilder

❑ TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation)

❑ Ablenkung (wie z. B. fernsehen, Musik hören, lesen)

❑ Sonstiges (bitte beschreiben): _____

Fragebogen 3 - Medikamenteneinnahme

Befinden Sie sich aktuell noch in der Klinik?

❑ ja ❑ nein

Falls ja, ist die Befragung zu diesem Zeitpunkt hiermit für Sie beendet. Vielen Dank!

Haben Sie heute irgendwelche Schmerzmittel eingenommen?

❑ ja ❑ nein

Falls nein, ist die Befragung zu diesem Zeitpunkt hiermit für Sie beendet. Vielen Dank!

Falls ja, welche Nicht-Opioide?

		Falls zutreffend, bitte Menge angeben:
❑	Diclofenac	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Ibuprofen (Handelsname z.B. Ibuflam, Ibu-Lysin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Metamizol (Handelsname z.B. Novalgin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Paracetamol	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Etoricoxib (Handelsname z.B. Arcoxia)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Dexamethason (Handelsname z.B. Fortecortin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Gabapentin	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

❑	Pregabalin (Handelsname z.B. Lyrica)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	sonstige: _____	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

Falls ja, welche Opioide?

		Falls zutreffend, bitte Menge angeben:
❑	Buprenorphin (Handelsname z.B. Temgesic)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Tramadol (Handelsname z.B. Tramal-Tropfen)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Tilidin (Handelsname z.B. Valoron)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Hydromorphon (Handelsname z.B. Palladon)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Morphium	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Oxycodon (Handelsname z.B. Oxygesic)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Oxycodon/Naloxon (Handelsname z.B. Targin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

❑	Schmerzpflaster (Fentanyl-Pflaster, Handelsname z.B. Durogesic oder Buprenorphin-Pflaster)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	sonstige: _____	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

Haben Sie sonst irgendetwas gemacht, um Schmerzen zu reduzieren?

[FREIFELD]

_____

_____

_____

_____

Vielen Dank, Sie haben alle Fragebögen für den heutigen Tag beantwortet!

Poststationäre Befragung

Studientitel: **Prävention operationsbedingter anhaltender Schmerzen durch Einführung eines perioperativen „Transitional Pain Service“ – POET-Pain**

Patient/innen-ID: _____

Befragungszeitpunkt: □ **POM 1** □ **POM 3** □ **POM 6**

Studienverantwortung: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn
Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
48149 Münster

Patient/innen-ID: _____ □ POM 1 □ POM 3 □ POM 6

Fragebogen 1

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:

(Wenn Sie keine Schmerzen haben, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

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

(Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

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

(Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

Patient/innen-ID: _____ □ POM 1 □ POM 3 □ POM 6

Fragebogen 2

Falls Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen hatten, **wo** traten diese **Schmerzen** auf?

1) Ich hatte in den letzten 4 Wochen an der Stelle Schmerzen, die operiert wurde ja ❑ nein ❑

Falls Sie „ja“ angekreuzt haben, hatten Sie schon vor der Operation an der Stelle Schmerzen?
ja ❑ nein ❑

2) Ich hatte in den letzten 4 Wochen an einer anderen Stelle als die, die operiert wurde, Schmerzen ja ❑ nein ❑

Falls Sie „ja“ angekreuzt haben, hatten Sie schon vor der Operation an der Stelle Schmerzen?
ja ❑ nein ❑

Patient/innen-ID: _____ □ POM 1 □ POM 3 □ POM 6

Fragebogen 3

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der letzten 4 Wochen. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

a) An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?
an etwa _____Tagen
(Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann tragen Sie bitte 0 Tage ein)

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 4 Wochen Ihren Alltag beeinträchtigt (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.)?
(Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis beeinträchtigt?
(Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, einschließlich Hausarbeit?
(Wenn Sie keine Schmerzen hatten, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

Wenn Sie die gesamten 1/ 3/ 6 Monate Revue passieren lassen - wie beurteilen Sie den bisherigen Erfolg Ihrer Schmerzbehandlung?

- ❑ sehr gut
- ❑ gut
- ❑ zufrieden
- ❑ stellend
- ❑ weniger gut
- ❑ schlecht

Fragebogen 4

Jetzt geht es darum, wie viel Sie sich in einer typischen Woche in verschiedenen Bereichen körperlich betätigen.

- Denken Sie zuerst an die Zeit, in der Sie arbeiten.
- Denken Sie bei "arbeiten" an Dinge, die Sie tun müssen, wie beispielsweise bezahlte und unbezahlte Arbeit, Arbeiten rund um Ihr Zuhause, Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Schule oder Studium.
- Beziehen Sie Ihre Angaben auf die Haupttätigkeit. Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, schließen Sie alle mit ein.

Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten, was Sie tun?

Bitte nur eine Antwortmöglichkeit ankreuzen.

☐	Vorwiegend sitzen oder stehen	**Tätigkeiten von leichter körperlicher Anstrengung** Zum Beispiel leichte Büroarbeit, Lesen, Schreiben, Zeichnen, am Computer arbeiten, Sprechen oder Telefonieren, Lernen oder Studieren, Auto- oder Lastwagenfahren, Unterrichten, Nähen, Haare schneiden oder frisieren, Backwaren verkaufen oder Verkehr regeln
☐	Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten	**Tätigkeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung** Zum Beispiel Post austragen, Tragen von leichten Gegenständen, Rasen und Garten bewässern, Elektriker- oder Klempnerarbeiten, Auto-Reparaturarbeiten, Arbeiten an Werkzeugmaschinen, Bohren, Malerarbeiten, Krankenpflege, Hausarbeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung, Putzen, Staubsaugen, Einkaufen oder mit Kindern spielen
☐	Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten	**Tätigkeiten von schwerer körperlicher Anstrengung** Zum Beispiel Bedienen von schweren angetriebenen Werkzeugen, Bauarbeiten, Bergbau, Tragen von schweren Lasten, Be- und Entladearbeiten, Holzhacken und -stapeln, Land freilegen, Gartenbau, Schaufeln oder Graben
☐	Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus	

Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Fragen die arbeitsbezogenen körperlichen Aktivitäten aus, die Sie bereits genannt haben. Denken Sie nun daran, wie Sie sich üblicherweise von Ort zu Ort fortbewegen. Zum Beispiel zur Arbeit, zur Uni, zur Schule oder zum Einkaufen.

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche gehen Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

	Tage pro Woche
☐	Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche →
→ *Bitte eine Frage überspringen (Sprungregel bei elektronischer Erfassung)*	

Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

☐	10 - 29 Minuten pro Tag
☐	30 - 59 Minuten pro Tag
☐	1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag
☐	2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag
☐	3 Stunden pro Tag oder mehr

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche fahren Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

	Tage pro Woche
☐	Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche
→ *Bitte eine Frage überspringen (Sprungregel bei elektronischer Erfassung)*	

Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

☐	10 - 29 Minuten pro Tag
☐	30 - 59 Minuten pro Tag
☐	1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag
☐	2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag
☐	3 Stunden pro Tag oder mehr

Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Frage die körperliche Aktivität bei der Arbeit und um von Ort zu Ort zu gelangen aus, die Sie bereits genannt haben.

Denken Sie bei den folgenden Fragen an Sport, Fitness und körperliche Aktivität in der Freizeit, welche mindestens zu einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen. Zum Beispiel (Nordic-)Walking, Ballsport, Joggen, Fahrradfahren, Schwimmen, Aerobic, Rudern oder Badminton.

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?

	Tage pro Woche
☐	Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche
→ *Bitte eine Frage überspringen (Sprungregel bei elektronischer Erfassung)*	

Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?

Stunden		Minuten	Pro Woche

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, die speziell für den Aufbau oder die Kräftigung der Muskulatur gedacht sind?

Zum Beispiel Krafttraining oder Kräftigungsübungen (mit Gewichten, Thera-Band, eigenem Körpergewicht), Kniebeugen, Liegestützen oder Sit-ups.

- Geben Sie hier alle Aktivitäten dieser Art an, selbst wenn Sie sie vorher bereits mit einbezogen haben.

	Tage pro Woche
☐	Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche

Wir haben Sie bereits zur Häufigkeit und Dauer Ihrer körperlichen und sportlichen Aktivität in der Freizeit in einer typischen Woche gefragt.

Wie viele Monate sind Sie schon derart aktiv bzw. inaktiv?

☐	Weniger als 6 Monate	☐	6 Monate oder mehr

Haben Sie vor, häufiger als bisher körperlich aktiv zu sein?

☐	Ja	☐	Nein

Patient/innen-ID: _____ □ POM 1 □ POM 3 □ POM 6

Fragebogen 5

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Gedanken und Gefühlen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, in welchem Ausmaß diese auf Sie zutrifft.

Gedanken und Gefühle	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
1) Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	o	o	o	o
2) Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	o	o	o	o
3) Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	o	o	o	o
4) In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	o	o	o	o
5) Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	o	o	o	o
6) Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	o	o	o	o
7) Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	o	o	o	o
8) Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	o	o	o	o
9) Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	o	o	o	o
10) Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	o	o	o	o

Patient/innen-ID: _____ □ POM 1 □ POM 3 □ POM 6

Fragebogen 6

Fragen zu Ihrem Befinden
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	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**

Patient/innen-ID: _____ □ POM 1 □ POM 3 □ POM 6

Fragebogen 7

(Nur Monat 3 und 6 nach OP, nicht Monat 1 nach OP)

Irgendwann im Leben erleidet jeder Mensch einmal Schmerzen. Dies können z.B. Kopf-, Zahn-, Gelenk- oder Muskelschmerzen sein. Menschen sind oft Situationen ausgesetzt, die Schmerzen verursachen, wie Krankheiten, Verletzungen, Zahnbehandlungen oder Operationen. Wir sind an den Gedanken und Gefühlen interessiert, die Sie haben, wenn Sie Schmerzen erleiden.
Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben verschiedene Gedanken und Gefühle, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

Wenn ich Schmerzen habe, beschäftigen mich folgende Gedanken…

		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils - teils	trifft eher zu	trifft immer zu
1.	Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
2.	Ich denke, ich kann nicht mehr.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
3.	Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
4.	Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
5.	Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
6.	Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
7.	Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
8.	Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
9.	Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
10.	Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
11.	Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
12.	Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4
13.	Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.	❑0	❑1	❑2	❑3	❑4

Patient/innen-ID: _____ □ POM 1 □ POM 3 □ POM 6

Fragebogen 8

Verglichen mit meinem Zustand vor der Operation hat sich mein Gesundheitszustand:

sehr stark verbessert	stark verbessert	leicht verbessert	nicht verändert	leicht verschlechtert	stark verschlechter	sehr stark verschlechtert
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Nur zum Zeitpunkt 3 Monate nach der Operation

Ihre Operation ist jetzt 3 Monate her; verglichen mit meinem Zustand vor 2 Monaten hat sich mein Gesundheitszustand:

sehr stark verbessert	stark verbessert	leicht verbessert	nicht verändert	leicht verschlechtert	stark verschlechter	sehr stark verschlechtert
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Nur zum Zeitpunkt 6 Monate nach der Operation

Ihre Operation ist jetzt 6 Monate her; verglichen mit meinem Zustand vor 3 Monaten hat sich mein Gesundheitszustand:

sehr stark verbessert	stark verbessert	leicht verbessert	nicht verändert	leicht verschlechtert	stark verschlechter	sehr stark verschlechtert
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Patient/innen-ID: _____ □ POM 1 □ POM 3 □ POM 6

Fragebogen 9

In diesem Fragebogen geht es darum, wie Sie Ihre Gesundheit beurteilen. 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.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

❑	❑	❑	❑	❑
ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht

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

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

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

	nie	selten	manch-mal	meistens	immer
4. Ich habe **weniger geschafft**, als ich wollte.	❑	❑	❑	❑	❑
5. Ich konnte **nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten** ausführen	❑	❑	❑	❑	❑

Patient/innen-ID: _____ □ POM 1 □ POM 3 □ POM 6

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

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

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

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

Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
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?	❑	❑	❑	❑	❑

Fragebogen 10

Jetzt geht es in den letzten Fragen noch einmal um Schmerzen, und zwar Schmerzen, die sie momentan haben.

Geben Sie bei den folgenden Fragen bitte die Stärke Ihrer Schmerzen auf einer Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (schlimmste vorstellbare Schmerzen) an:

Kreuzen Sie bitte die Zahl an die am besten beschreibt, wie stark Sie Ihre momentanen Schmerzen empfinden

Wie stark sind Ihre Schmerzen *moment*an **im Ruhezustand, z.B.** während Sie in Ihrem Bett liegen?

(Wenn Sie keine Schmerzen haben, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Schmerzen — schlimmste vorstellbare Schmerzen

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan **bei Bewegung**?
(Wenn Sie keine Schmerzen haben, dann kreuzen Sie bitte die 0 an)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Schmerzen — schlimmste vorstellbare Schmerzen

Fragebogen 11

Frage 1: Kann man die Schmerzen wie folgt beschreiben

Brennend	☐ja	☐nein
Wie schmerzhafte Kälte	☐ja	☐nein
Wie elektrische Schläge	☐ja	☐nein

Frage 2: Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf

Kribbeln (Ameisenlaufen)	☐ja	☐nein
Pieksen (wie tausend Nadelstiche)	☐ja	☐nein
Taubheitsgefühl	☐ja	☐nein
Juckreiz	☐ja	☐nein

Frage 3: Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem die körperliche Untersuchung Folgendes zeigt:

Hypoästhesie bei Berührung (herabgesetzte Empfindlichkeit)	☐ja	☐nein
Hypoästhesie bei Nadelreizen (herabgesetzte Empfindlichkeit)	☐ja	☐nein

Frage 4: Werden die Schmerzen ausgelöst oder verschlimmert durch:

Reiben (Bestreichen der Haut mit einem Pinsel)	☐ja	☐nein

Patient/innen-ID: _____ □ POM 1 □ POM 3 □ POM 6

Fragebogen 12 - Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung

(nur 3 und 6 Monate nach Operation)

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung, die Sie in den **letzten 3 Monaten** erhalten haben.

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	**gut**	**weniger gut**	**schlecht**
1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?	☐	☐	☐	☐

	eindeutig nicht	**eigentlich nicht**	**im Allgemeinen ja**	**eindeutig ja**
2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?	☐	☐	☐	☐

	sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen	**sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen**	**sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen**	**sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen**
3. In welchem Maße hat die Behandlung Ihren Bedürfnissen entsprochen?	☐	☐	☐	☐

	eindeutig nicht	**ich glaube nicht**	**ich glaube ja**	**eindeutig ja**
4. Würden Sie einem Freund / einer Freundin diese Behandlung empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?	☐	☐	☐	☐

	ziemlich unzufrieden	**leidlich oder leicht unzufrieden**	**weitgehend zufrieden**	**sehr zufrieden**
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie erhalten haben?	☐	☐	☐	☐

Patient/innen-ID: _____ □ POM 1 □ POM 3 □ POM 6

	ja, sie half eine ganze Menge	ja, sie half etwas	nein, sie half eigentlich nicht	nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht
6. Hat die Behandlung, die Sie erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?	☐	☐	☐	☐

	sehr zufrieden	weitgehend zufrieden	leidlich oder leicht unzufrieden	ziemlich unzufrieden
7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?	☐	☐	☐	☐

	eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
8. Würden Sie sich wieder für diese Behandlung entscheiden, wenn Sie Hilfe bräuchten?	☐	☐	☐	☐

Fragebogen 13 - Medikamenteneinnahme

Zum Schluss würden wir gerne noch von Ihnen wissen, ob Sie regelmäßig Schmerzmedikamente einnehmen.

☐ Nein, keine

☐ Ja, aber nur unregelmäßig bei Bedarf

☐ Ja, regelmäßig jeden Tag

Falls nein, ist die Befragung zu diesem Zeitpunkt hiermit für Sie beendet. Vielen Dank!

Falls ja, welche Nicht-Opioide?

		Falls zutreffend, bitte Menge angeben:
❑	Diclofenac	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Ibuprofen (Handelsname z.B. Ibuflam, Ibu-Lysin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Metamizol (Handelsname z.B. Novalgin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Paracetamol	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Etoricoxib (Handelsname z.B. Arcoxia)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Dexamethason (Handelsname z.B. Fortecortin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

❑	Gabapentin	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Pregabalin (Handelsname z.B. Lyrica)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	sonstige: _____	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

Falls ja, welche Opioide?

		Falls zutreffend, bitte Menge angeben:
❑	Buprenorphin (Handelsname z.B. Temgesic)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Tramadol (Handelsname z.B. Tramal-Tropfen)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Tilidin (Handelsname z.B. Valoron)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Hydromorphon (Handelsname z.B. Palladon)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Morphium	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Oxycodon (Handelsname z.B. Oxygesic)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

❑	Oxycodon/Naloxon (Handelsname z.B. Targin)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	Schmerzpflaster (Fentanyl-Pflaster, Handelsname z.B. Durogesic oder Buprenorphin-Pflaster)	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche
❑	sonstige: _____	• Dosis pro Einnahme: _____mg • Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag / ____ x pro Woche

Fragebogen 14

Hatten Sie während der letzten 24 Stunden die folgenden Symptome?

mehrere Antworten sind möglich –

- ❑ Erschöpfung
- ❑ Benommenheit
- ❑ Unfähigkeit, sich zu konzentrieren
- ❑ Übelkeit
- ❑ Schwindel
- ❑ Verstopfung
- ❑ Juckreiz
- ❑ Schwierigkeiten beim Wasserlassen
- ❑ Verwirrtheit
- ❑ Würgen/Erbrechen

Haben Sie noch weitere Bemerkungen?

[Freitext]

Vielen Dank, Sie haben alle Fragebögen für den heutigen Tag beantwortet!

Leitfaden für Telefoninterviews in POET PAIN

Das Telefoninterview stellt eine eigene Erhebungsform von Daten dar, bei der einige Besonderheiten zu beachten sind. Im Gegensatz zum/zur Interviewer/in haben die Befragten die Texte, Fragen, Antworten, Skalen etc. nicht vor Augen. Befragte haben ein unterschiedliches Vorstellungs-, Abstraktions- und Erinnerungsvermögen, dem mit einem möglichst standardisierten Vorgehen Rechnung getragen werden sollte. Daher ist im Folgenden zu empfehlen:

Das Vorlesen

- Alle Fragen, Antwortoptionen und Texte sollten deutlich und exakt so vorgelesen werden, wie es die jeweilige Telefonversion vorsieht. (Blaue Passagen sind Anweisungen oder Orientierungen für den/die Interviewer/in, diese werden nicht vorgelesen!)
- Das Sprechtempo sollte angemessen, d.h. im Zweifel (z.B. bei älteren Befragten) eher langsam sein.
- Bei fett gedruckten oder unterstrichenen Wörtern im Skript sollte versucht werden, durch eine geeignete Betonung ebenfalls eine Hervorhebung zu erreichen (insbesondere wenn die Bezugsgrößen zu vorherigen Fragen wechseln, z.B. „in den letzten 3 Monaten“, wenn der Bezugsraum zuvor noch die letzten 4 Wochen waren) .
- Es kann Befragte geben, welche zu „Abschweifungen“ neigen. Der/die Interviewer/in sollte dennoch versuchen, kein „Gespräch“ mit den Befragten zu führen und schnell wieder zum vorgegebenen Fragenkatalog zurückzukehren – dies allerdings stets mit Fingerspitzengefühl, um keinen Abbruch zu provozieren.

Hilfestellungen

- Es kann vorkommen, dass Befragte akustisch eine Frage nicht verstehen. Dann ist die Frage bzw. Textstelle noch einmal im Ganzen zu wiederholen.
- Es kann ebenfalls vorkommen, dass Befragte eine Frage oder ein Antwortformat kognitiv nicht verstehen. Grundsätzlich sind dann alle Hilfestellungen hinsichtlich der Verständlichkeit von Fragen erlaubt (z.B. eine Teilnehmerin fragt nach „Kann ich auf der Skala mit 0 = kein Schmerz und 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz auch etwas dazwischen angeben?“ Dann sollte das Konzept einer Skala und die Möglichkeit der verschiedenen Abstufungen zwischen 0 und 10 kurz erklärt werden)
- Der/die Interviewer/in muss jedoch stets die größtmögliche Neutralität wahren. **Vermieden werden sollte daher**:
    - den Befragten Antworten in den Mund zu legen bzw. jeglichen Einfluss auf die Antworten zu nehmen. (Befragte: „Ich weiß nicht Recht, es hat heute morgen eigentlich nur ein bisschen im Bein gezwickt, würden Sie da eine 2 oder eine 3 angeben?“ Dann lässt sich nur eine allgemeine Hilfestellung geben: „Wählen Sie die Zahl, so wie Sie am besten denken“)

    - das Kundtun der eigenen Meinung, eigene Erläuterungen oder Interpretationen

- Wenn die Befragten keine oder nur eine ausweichende Antwort geben können („Das kann ich Ihnen nicht beantworten“), sollte einmalig nachgehakt werden. Je nach Situation sollte die Frage noch einmal wiederholt werden, wenn sie nicht verstanden wurde mit dem Zusatz „Wählen Sie einfach die Antwortoption, die am ehesten auf Sie zutrifft.“, oder etwas Bedenkzeit eingeräumt werden. Wenn die Befragten wirklich keine Antwort geben können/möchten, ist dies allerdings zu akzeptieren und die Frage als Missing zu werten.

Strategien bei einem drohenden Abbruch des Interviews durch die Befragten

Alle Outcome-Daten sind wertvoll. Daher stellt ein Abbruch des Interviews ein sehr unerwünschtes Ereignis dar. Die ausdrückliche Entscheidung eines/einer Befragten, ein Interview zu beenden, muss selbstverständlich akzeptiert werden. Es gibt bei einem drohenden Abbruch jedoch zumindest ein paar Strategien, um Befragte doch zum Weitermachen zu bewegen.

- **Auf den Zweck des Interviews hinweisen** (z.B. „Diese Befragung findet im Rahmen einer Studie statt. Durch Ihre Antworten helfen Sie der Wissenschaft, um zu verstehen, wie sich der Gesundheitszustand und die Schmerzen nach einer schweren Operation nach 3/6 Monaten entwickeln. Nur so können wir herausfinden, ob unsere Behandlungsangebote Ihnen wirklich geholfen haben und auch in Zukunft anderen Menschen helfen können“)
- **Bei mangelnder Zeit der Befragten:** Einen anderen (zeitnahen) Termin zur Fortführung des Interviews anbieten. Ist das Ende des Fragenkatalogs bereits in Sicht, kann auch darauf verwiesen werden (z.B. „Wir haben nur noch zehn Fragen vor uns, dann haben wir es geschafft“)

Weiterführende Literatur

Prüfer, P., & Stiegler, A. (2002). Die Durchführung standardisierter Interviews: ein Leitfaden. (GESIS-How-to, 11). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen -ZUMA- https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-201435.

Engel, U., Pötschke, M., Simonson, J. (2005). Telefonsurveys: Vor- und Nachteile. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2005 · 48: 1217–1223.

Interviewleitfaden für die

Stationäre Befragung

Studientitel: **Prävention operationsbedingter anhaltender Schmerzen durch Einführung eines perioperativen „Transitional Pain Service“ – POET-Pain**

Patient/innen-ID: _____

Befragungszeitpunkt: ○ POD 3 ○ POD 7

Studienverantwortung: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn
Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
48149 Münster

Patient/innen-ID: _____ □ POD 3 □ POD 7

*Interviewer/in: Bitte lesen Sie jeweils die Einleitungstexte, Fragen und alle Antwortmöglichkeiten in exakt derselben unten angegebenen Reihenfolge langsam und in deutlicher Aussprache vor (bitte formulieren Sie die Sätze keinesfalls um oder verwenden einen eigenen Wortlaut) und lassen Sie der Patientin bzw. dem Patienten Möglichkeit, zu überlegen und entsprechend zu antworten. Auf Nachfrage der Patientin/des Patienten können die Sätze, Fragen und die Antwortmöglichkeiten bis zu dreimal wiederholt vorgelesen werden. Wählen Sie bitte die von der Patientin/dem Patienten gewählte Antwortmöglichkeit in dem entsprechenden Feld der Patient*innen-App aus. Das beschreibbare pdf Dokument soll lediglich als Back-up genutzt werden, sollte die direkte Eingabe in der App nicht möglich sein.*

Fragebogen 1

In den folgenden Fragen möchten wir etwas über Ihre Schmerzen erfahren. Ich werde Ihnen dazu mehrere Fragen zur Stärke Ihrer Schmerzen stellen. Stellen Sie sich bei jeder Frage eine Skala von 0 bis 10 vor, bei der 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, und eine 10 den stärksten Schmerz darstellt, den Sie sich nur vorstellen können.

Illustration für den/die Interviewer/in:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

Bei den ersten beiden Fragen geht es um ihre momentanen Schmerzen.

Wie würden Sie Ihre Schmerzen momentan **im Ruhezustand,** während Sie in Ihrem Bett liegen, auf der Skala einschätzen, wenn *0 = kein Schmerz* und *10 = stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

☐

Wie würden Sie Ihre Schmerzen momentan **bei Bewegung** auf der Skala einschätzen, wenn *0 = kein Schmerz* und *10 = stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

☐

Patient/innen-ID: _____ □ POD 3 □ POD 7

Fragebogen 2

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihren Schmerz in den letzten 24 Stunden.

Wie würden Sie Ihren stärksten Schmerz, den Sie in den letzten 24 Stunden hatten, auf der Skala einschätzen,

wenn *0 = kein Schmerz* und *10 = stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

Interviewer/in: Hilfestellung (Skala erklären) bei den Folgefragen nur, wenn notwendig:

„0 = kein Schmerz und 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz“

Illustration für den/die Interviewer/in:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie würden Sie Ihren geringsten Schmerz, den Sie in den letzten 24 Stunden hatten, auf der Skala einschätzen?

Wie würden Sie Ihre schlimmsten Schmerzen während der Physiotherapie in den letzten 24 Stunden einschätzen?

Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Physiotherapie hatten.

Patient/innen-ID: _____ □ POD 3 □ POD 7

Ich werde Ihnen nun eine Reihe von Fragen vorlesen, die sich auf die Eigenschaften Ihrer Schmerzen beziehen. Bitte antworten Sie mit einem „ja“, wenn die Eigenschaften zutreffen, oder mit einem „nein“, wenn die Eigenschaften nicht zutreffen.

Interviewer/in: bitte Frage + Eigenschaft vorlesen und ja/nein Antwort abwarten.
Antwortmöglichkeiten ja/nein wiederholen falls Patient/in diese Hilfestellung benötigt

Kann man die Schmerzen als brennend beschreiben – ja oder nein?

○ Ja ○ Nein

Kann man die Schmerzen wie schmerzhafte Kälte beschreiben – ja oder nein?

○ Ja ○ Nein

Kann man die Schmerzen wie elektrische Schläge beschreiben?

○ Ja ○ Nein

Tritt mit den Schmerzen im selben Körperbereich auch Kribbeln (oder ein Gefühl von Ameisenlaufen) auf?

○ Ja ○ Nein

Tritt mit den Schmerzen im selben Körperbereich auch Pieksen (wie tausend Nadelstiche) auf?

○ Ja ○ Nein

Tritt mit den Schmerzen im selben Körperbereich auch ein Taubheitsgefühl auf?

○ Ja ○ Nein

Tritt mit den Schmerzen im selben Körperbereich auch Juckreiz auf?

○ Ja ○ Nein

Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem gleichzeitig eine Hypoästhesie bei Berührung auftritt (dies bedeutet, eine herabgesetzte Empfindlichkeit)?

○ Ja ○ Nein

Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem gleichzeitig eine Hypoästhesie bei Nadelreizen auftritt (dies bedeutet, eine herabgesetzte Empfindlichkeit)?

○ Ja ○ Nein

Werden die Schmerzen ausgelöst oder verschlimmert durch Reiben (Bestreichen der Haut mit einem Pinsel)?

○ Ja ○ Nein

Nun möchten wir von Ihnen wissen, wie oft Sie in den letzten 24 Stunden **starke Schmerzen hatten**. Bitte schätzen Sie dazu den Zeitanteil in % ein, in dem Sie in den letzten 24 Stunden unter **starken Schmerzen** gelitten haben. 0% würde bedeuten, sie hatten nie starke Schmerzen, 100% würde bedeuten, sie hatten ständig, also die gesamten 24 Stunden starke Schmerzen. Sie können in 10er schritten alle Prozentzahlen zwischen 0 und 100 Prozent angeben. Geben Sie jetzt die Prozentzahl an, die für Sie am ehesten zutrifft.

Illustration für den/die Interviewer/in:

0%	*10%*	*20%*	*30%*	*40%*	*50%*	*60%*	*70%*	*80%*	*90%*	*100%*

nie starke Schmerzen — *ständig starke Schmerzen*

In den nächsten Fragen geht es darum, wie die Schmerzen Sie in den letzten 24 Stunden bei verschiedenen Aktivitäten beeinträchtigt haben. Ich werde Ihnen die Fragen jeweils vorlesen; stellen Sie sich bei jeder der Fragen eine Skala vor, bei der 0 bedeutet, Sie haben keine Beeinträchtigung durch Schmerzen, und eine 10 völlige Beeinträchtigung der Aktivität durch Ihre Schmerzen.

Illustration für den/die Interviewer/in:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung — *völlige Beeinträchtigung*

Wie stark wurden Ihre **Aktivitäten im Bett** durch Schmerzen eingeschränkt; zu diesen Aktivitäten zählen z. B. umdrehen, aufsetzen, Position wechseln im Bett.
0 auf der Skala bedeutet, Sie haben keine Beeinträchtigung durch Schmerzen, und 10 bedeutet, Ihre Schmerzen haben die Aktivität völlig beeinträchtigen.

Wie stark wurde tiefes Einatmen oder Husten durch Schmerzen eingeschränkt.
0 auf der Skala bedeutet, Sie haben keine Beeinträchtigung durch Schmerzen, und eine 10 bedeutet, Ihre Schmerzen haben die Aktivität völlig beeinträchtigen.

Wie stark wurde Ihr Schlaf durch Schmerzen eingeschränkt.
0 wäre wieder keine und 10 völlige Beeinträchtigung

Wie stark wurden Sie bei der Physiotherapie (Krankengymnastik) durch Schmerzen eingeschränkt. 0 wäre wieder keine und 10 völlige Beeinträchtigung

Wir würden jetzt gerne wissen, ob Sie in den letzten 24 Stunden das Bett verlassen haben? Bitte antworten Sie mit ja, wenn Sie das Bett verlassen haben, und mit nein, wenn Sie ausschließlich im Bett waren.

○ Ja ○ Nein

Interviewer/in: Falls ja, bitte folgende Frage stellen (sonst die Frage überspringen):

Wie sehr haben Schmerzen Sie bei Aktivitäten **außerhalb des Bettes** wie z. B. gehen, auf einem Stuhl sitzen, am Waschbecken stehen **beeinträchtigt**, bzw. wie sehr wurden diese Aktivitäten durch Schmerzen **verhindert**? Stellen Sie eine Skala vor, bei der 0 bedeutet, Sie haben keine Beeinträchtigung von Aktivitäten außerhalb des Bettes durch Schmerzen, und eine 10 bedeutet, sie waren völlig eingeschränkt, Aktivitäten außerhalb des Bettes zu tätigen.

Patient/innen-ID: _____ □ POD 3 □ POD 7

Schmerz kann unsere Stimmung und unsere Gefühle beeinflussen. Ich werde Ihnen folgend verschiedene Gefühle nennen und Sie bitten mir zu beantworten, wie stark der Schmerz in den letzten 24 Stunden diese Gefühle beeinflusst hat. Stellen Sie sich dabei eine Skala vor, bei der 0 bedeutet, es kam durch den Schmerz gar nicht zu einer Beeinflussung, und eine 10 bedeutet, es kam zu Beeinflussung.

Bitte schätzen sie nun auf der Skala ein, wie stark es zu einer **Verunsicherung** durch den Schmerz kam. 0 bedeutet, es kam durch den Schmerz gar nicht zu einer Verunsicherung, und eine 10 bedeutet, es kam zu extremer Verunsicherung.
Wählen Sie nun eine Zahl von 0-10.

Illustration für den/die Interviewer/in: a. Verunsicherung

0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*
gar nicht										*extrem*

Bitte schätzen Sie nun auf der Skala ein, wie stark der Schmerz eine **Hilflosigkeit** bei Ihnen bewirkt hat. 0 bedeutet, es kam durch den Schmerz gar nicht zu einer Hilflosigkeit, und eine 10 bedeutet, es kam zu extremer Hilflosigkeit.

Illustration für den/die Interviewer/in: b. Hilflosigkeit

0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*
gar nicht										*extrem*

Nun geht es um **Nebenwirkungen,** die Sie in den letzten 24 Stunden beobachtet haben. Nennen Sie bitte für jede Nebenwirkung, die ich Ihnen gleich vorlese, einen Wert auf einer Skala zwischen 0 und 10, der am besten die Intensität der Nebenwirkung widerspiegelt. 0 bedeutet, Sie hatten die Nebenwirkung nicht, 10 bedeutet, die Nebenwirkung war stark.

Illustration für den/die Interviewer/in:

0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*
gar nicht										*stark*

Bitte benennen Sie die Intensität von **Übelkeit** auf der Skala von 0-10;

0 bedeutet, Sie hatten die keine Übelkeit, 10 bedeutet, die Übelkeit war stark.

Bitte benennen Sie die Intensität von **Benommenheit** auf der Skala von 0-10;

0 bedeutet, Sie waren nicht benommen, 10 bedeutet, die Benommenheit war stark.

Interviewer/in: Hilfestellung (Skala erklären) bei den Folgefragen nur, wenn notwendig

Bitte benennen Sie die Intensität von **Juckreiz** auf der Skala von 0-10.

Bitte benennen Sie die Intensität von **Schwindel** auf der Skala von 0-10

Bitte benennen Sie die Intensität von **Erschöpfung** auf der Skala von 0-10

Bitte benennen Sie die **Unfähigkeit, sich zu konzentrieren** auf der Skala von 0-10

Bitte benennen Sie, ob und wenn ja wie stark Sie unter **Verstopfung** litten, auf der Skala von 0-10

Bitte benennen Sie ob und wenn ja wie stark Sie **Schwierigkeiten beim Wasserlassen** auf der Skala von 0-10 hatten

Bitte benennen Sie die Intensität von **Verwirrtheit auf der Skala von 0-10**

Bitte benennen Sie die Intensität von **Würgen oder Erbrechen** auf der Skala von 0-10

Mit der nächsten Frage wollen wir wissen, wie groß war in den letzten 24 Stunden Ihre **Schmerzlinderung war**? Bitte beantworten Sie anhand einer Skala von 1% bis 100%, wie groß Ihre Linderung von Schmerzen **aufgrund der kombinierten Schmerztherapie** (medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung) war; 0% bedeutet, dass es keine Linderung der Schmerzen gab, 100% bedeutet, dass Sie durch die Schmerztherapie völlige Schmerzfreiheit erlangt haben.

Illustration für den/die Interviewer/in:

0%	*10%*	*20%*	*30%*	*40%*	*50%*	*60%*	*70%*	*80%*	*90%*	*100%*

keine Linderung *völlige Schmerzfreiheit*

Patient/innen-ID: _____ □ POD 3 □ POD 7

Wir würden nun noch gerne wissen, ob Sie sich In den letzten 24 Stunden **MEHR Schmerztherapie** gewünscht hätten, als Sie erhalten haben? Wenn das der Fall ist, beantworten Sie bitte die Frage mit Ja, wenn Sie sich keine weitere Schmerztherapie gewünscht hätten, beantworten Sie die Frage bitte mit nein.

○ Ja ○ Nein

Wir würden gerne von Ihnen auf einer Skala von 0-10 wissen, ob Sie in dem von Ihnen gewünschten Maß an **Entscheidungen** zu Ihrer **Schmerztherapie beteiligt** worden sind. 0 auf dieser Skala bedeutet, Sie sind gar nicht beteiligt worden, 10 bedeutet, die Beteiligung war völlig ausreichend.

Illustration für den/die Interviewer/in:

0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*
gar nicht										*völlig ausreichend*

Wir würden nun noch gerne von Ihnen auf einer Skala von 0-10 wissen, wie **zufrieden** Sie mit dem Ergebnis Ihrer **Schmerztherapie** in den letzten 24 Stunden sind. 0 auf dieser Skala bedeutet, Sie sind gar nicht zufrieden, 10 bedeutet, die sind sehr zufrieden mit der Schmerztherapie.

Illustration für den/die Interviewer/in:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
extrem unzufrieden										sehr zufrieden

Können Sie uns bitte benennen, ob Sie in den letzten 24 Stunden **nicht-medikamentöse** Methoden zur **Schmerzlinderung** benutzt oder erhalten haben. Bitte beantworten Sie diese Frage mit Ja, wenn Sie welche genutzt oder erhalten haben, und mit nein, wenn dies nicht der Fall war:

○ Ja ○ Nein

Interviewer/in: Wenn ja, bitte hier weiter, sonst Folgefrage überspringen:

Falls ja: Um welche **nicht-medikamentöse** Methoden zur **Schmerzlinderung** hat es sich gehandelt; ich lese Ihnen die einzelnen Möglichkeiten vor, Sie antworten bitte mit ja oder nein.

Interviewer/in: Methoden vorlesen und bei ja bitte ankreuzen:

- ☐ Kühlkompressen
- ☐ Meditation
- ☐ tiefes Atmen
- ☐ Wärme
- ☐ Akupunktur
- ☐ Beten
- ☐ Gespräche mit medizinischem Personal
- ☐ Gespräche mit Freunden oder Verwandten
- ☐ Umhergehen
- ☐ Massage
- ☐ Entspannung
- ☐ Vorstellungsbilder
- ☐ TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation)
- ☐ Ablenkung (wie z. B. fernsehen, Musik hören, lesen)
- ☐ Sonstiges (bitte beschreiben Sie, wenn Sie etwas angewendet haben, was ich Ihnen nicht vorgelesen habe):_____

Interviewer/in: Falls Sonstiges, Gesagtes in das Freitextfeld einfügen

Fragebogen 3 - Medikamenteneinnahme

Interviewer/in: In der Pat-App wird zuerst erfragt, ob sich der/ die Patient/in noch in der Klinik befindet. Wenn dieser Fragebogen als Interview geführt wird ist diese Frage obsolet, da Patient/in nicht mehr in der Klinik ist. Dies bitte in der App so vermerken

Befinden Sie sich aktuell noch in der Klinik? ○ Ja ○ Nein

Nun geht es um Ihre Medikamenteneinnahme. Können Sie uns bitte mitteilen, ob, und wenn ja, welche Schmerzmittel Sie eingenommen haben?

Zuerst die Frage: haben Sie heute irgendwelche Schmerzmedikamente eingenommen, ja oder nein?

Haben Sie heute irgendwelche Schmerzmittel eingenommen?

○ Ja ○ Nein

Interviewer/in: Falls nein, bitte vorlesen: Die Befragung ist hiermit für diesen Zeitpunkt für Sie beendet. Haben Sie vielen Dank für die Teilnahme!

Interviewer/in: Falls ja, geht die Befragung hier weiter:

Ich lese Ihnen nun einige der üblichen Medikamente vor. Bitte sagen Sie mir nach jeder Substanz, ob Sie dieses eingenommen haben oder nicht.

Interviewer/in: Bitte nur die Substanz + falls vorhanden Handelsname in der Klammer vorlesen und ja/nein Antwort abwarten. Bei „ja" bitte ankreuzen und nach Dosis und Menge fragen

Interviewer/in: Falls zutreffend, bitte Menge angeben:

- ☐ Diclofenac
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Ibuprofen (Handelsname z.B. Ibuflam, Ibu-Lysin)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Metamizol (Handelsname z.B. Novalgin)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche

- ☐ Paracetamol
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Etoricoxib (Handelsname z.B. Arcoxia)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Dexamethason (Handelsname z.B. Fortecortin)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Gabapentin
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Pregabalin (Handelsname z.B. Lyrica)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ sonstige: _____
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche

- ☐ Buprenorphin (Handelsname z.B. Temgesic)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Tramadol (Handelsname z.B. Tramal-Tropfen)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Tilidin (Handelsname z.B. Valoron)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Hydromorphon (Handelsname z.B. Palladon)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche

- ☐ Morphium
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Oxycodon (Handelsname z.B. Oxygesic)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Oxycodon/Naloxon (Handelsname z.B. Targin)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Schmerzpflaster (Fentanyl-Pflaster, Handelsname z.B. Durogesic oder Buprenorphin-Pflaster)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ sonstige: _____
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche

Haben Sie sonst irgendetwas gemacht, um Schmerzen zu reduzieren?

Interviewer/in: Weitere Bemerkungen des/r Patient/in können hier beschrieben werden. Gibt es „keine weiteren Bemerkungen“, dann bitte ebenfalls vermerken.

[FREIFELD]

_____

_____

_____

_____

Interviewer/in: Patient/in hat alle Fragebögen beantwortet. Bitte folgendes mitteilen:

Vielen Dank, Sie haben alle Fragebögen für den heutigen Tag beantwortet!

Interviewleitfaden für die

Poststationäre Befragung

Studientitel: **Prävention operationsbedingter anhaltender Schmerzen durch Einführung eines perioperativen „Transitional Pain Service“ – POET-Pain**

Patient/innen-ID: _____

Befragungszeitpunkt: ○ POM 1 ○ POM 3 ○ POM 6

Studienverantwortung: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn
Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
48149 Münster

*Interviewer/in: Bitte lesen Sie jeweils die Einleitungstexte, Fragen und alle Antwortmöglichkeiten in exakt derselben unten angegebenen Reihenfolge langsam und in deutlicher Aussprache vor (bitte formulieren Sie die Sätze keinesfalls um oder verwenden einen eigenen Wortlaut) und lassen Sie der Patientin bzw. dem Patienten Möglichkeit, zu überlegen und entsprechend zu antworten. Auf Nachfrage der Patientin/des Patienten können die Sätze, Fragen und die Antwortmöglichkeiten bis zu dreimal wiederholt vorgelesen werden. Wählen Sie bitte die von der Patientin/dem Patienten gewählte Antwortmöglichkeit in dem entsprechenden Feld der Patient*innen-App aus. Das beschreibbare pdf Dokument soll lediglich als Back-up genutzt werden, sollte die direkte Eingabe in der App nicht möglich sein.*

Fragebogen 1

In den folgenden Fragen möchten wir etwas über Ihre Schmerzen erfahren. Ich werde Ihnen dazu gleich drei Fragen **zur Stärke Ihrer Schmerzen** (unter Ihrer üblichen Medikation) stellen. Stellen Sie sich bei jeder der drei Fragen eine Skala vor, bei der 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, und eine 10 den stärksten Schmerz darstellt, den Sie sich nur vorstellen können.

Illustration für den/die Interviewer/in:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

kein Schmerz — *stärkster vorstellbarer Schmerz*

a) Wie würden Sie Ihre **momentane** Schmerzstärke auf der Skala einschätzen, wenn *0 = kein Schmerz* und *10 = stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

☐

b) Wie würden Sie Ihre **durchschnittliche** Schmerzstärke <u>während der letzten 4 Wochen</u> auf der Skala einschätzen, wenn *0 = kein Schmerz* und *10 = stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

☐

c) Wie würden Sie Ihre **größte** Schmerzstärke <u>während der letzten 4 Wochen</u> auf der Skala einschätzen, wenn *0 = kein Schmerz* und *10 = stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

☐

Fragebogen 2

Falls Sie in den letzten vier Wochen Schmerzen hatten, **wo** traten diese **Schmerzen** auf?

1) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen **an der Stelle Schmerzen, die operiert** wurde?

- ○ Nein → *weiter bei Frage 2*
- ○ Ja

Interviewer/in: Falls ja, Folgefrage stellen

Hatten Sie schon vor der Operation an dieser Stelle Schmerzen?

- ○ Nein
- ○ Ja

2) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen **an einer anderen Stelle** Schmerzen als an der, die operiert wurde?

- ○ Nein *weiter bei Fragebogen 3*
- ○ Ja

Interviewer/in: Falls ja, Folgefrage stellen

Hatten Sie schon vor der Operation an dieser anderen Stelle Schmerzen?

- ○ Nein
- ○ Ja

Fragebogen 3

Bei den folgenden Fragen geht es um die **Auswirkungen** Ihrer Schmerzen während der letzten 4 Wochen.

a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen, z.B. Ihrem Beruf, in der Schule oder im Haushalt?

an etwa _____Tagen

Interviewer/in: Wenn der Patient/die Patientin keine Schmerzen hat, bitte eine „0" eintragen

Bei den folgenden drei Fragen interessiert uns, wie sehr Sie durch die Schmerzen **beeinträchtigt** waren. Stellen Sie sich dazu bei jeder der drei Fragen wieder eine Skala vor. 0 bedeutet, Sie haben keine Beeinträchtigung durch die Schmerzen. 10 dagegen bedeutet, Sie sind durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

Illustration für den/die Interviewer/in:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung *völlige Beeinträchtigung*

b) In welchem Maße haben Schmerzen in den letzten 4 Wochen Ihren **Alltag** beeinträchtigt, z.B. beim Ankleiden, Waschen, Essen oder Einkaufen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

☐

c) In welchem Maße haben Schmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre **Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

☐

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre **Arbeitsfähigkeit** beeinträchtigt, Hausarbeit eingeschlossen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

☐

Nun folgt eine Frage zu Ihrer **Schmerzbehandlung**. Nachdem ich die Frage gestellt habe, lese ich Ihnen 5 Antwortmöglichkeiten vor. Bitte nennen Sie mir dann die Antwort, die am besten auf Sie zutrifft.

Interviewer/in: Bitte Frage vorlesen und die Antwort entsprechend ankreuzen. ACHTUNG: In der POM3- bzw. der POM6-Version sind hier entsprechende Anpassungen vorzunehmen.

Wenn Sie einmal an den gesamten letzten Monat* denken - wie beurteilen Sie den **bisherigen Erfolg** Ihrer Schmerzbehandlung?

○ sehr gut ○ gut ○ zufrieden-stellend ○ weniger gut ○ schlecht

*Interviewer/in: *In der POM3: Wenn Sie einmal an die gesamten letzten 3 Monate denken - wie beurteilen Sie den bisherigen Erfolg Ihrer Schmerzbehandlung? bzw. in der POM6-Version: Wenn Sie einmal an die gesamten letzten 6 Monate denken - wie beurteilen Sie den bisherigen Erfolg Ihrer Schmerzbehandlung?*

Fragebogen 4

Die folgenden Fragen beziehen sich auf körperliche Bewegung bei der Arbeit, zur Fortbewegung und in der Freizeit

Jetzt geht es darum, wie viel Sie sich in einer typischen Woche in verschiedenen Bereichen körperlich betätigen.

- Denken Sie zuerst an die Zeit, in der Sie arbeiten.
- Denken Sie bei "arbeiten" an Dinge, die Sie tun müssen, wie beispielsweise bezahlte und unbezahlte Arbeit, Arbeiten rund um Ihr Zuhause, Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Schule oder Studium.
- Beziehen Sie Ihre Angaben auf die Haupttätigkeit. Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, schließen Sie alle mit ein.

Ich werde Ihnen dazu eine Frage und vier mögliche Antworten vorlesen. Die Frage lautet:

Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten, was Sie tun?

Nun lese ich Ihnen die Antwortmöglichkeiten vor.

- *Vorwiegend sitzen oder stehen*
- *Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten*
- *Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten*
- *Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus Ich wiederhole jetzt die Frage nochmal:*

Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten, was Sie tun?

Interviewer/in: Wenn die Antwortkategorien nicht selbsterklärend sind und die Patientin / der Patient nachfragt, bitte die nachfolgenden Erklärungen der Antwortkategorien in der rechten Spalte als Ergänzung vorlesen.

(Bitte nur eine Antwortmöglichkeit ankreuzen.)

○ Vorwiegend sitzen oder stehen	**Tätigkeiten von leichter körperlicher Anstrengung** Zum Beispiel leichte Büroarbeit, Lesen, Schreiben, Zeichnen, am Computer arbeiten, Sprechen oder Telefonieren, Lernen oder Studieren, Auto- oder Lastwagenfahren, Unterrichten, Nähen, Haare schneiden oder frisieren, Backwaren verkaufen oder Verkehr regeln
○ Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten	**Tätigkeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung** Zum Beispiel Post austragen, Tragen von leichten Gegenständen, Rasen und Garten bewässern, Elektriker- oder Klempnerarbeiten, Auto-Reparaturarbeiten, Arbeiten an Werkzeugmaschinen, Bohren, Malerarbeiten, Krankenpflege, Hausarbeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung, Putzen, Staubsaugen, Einkaufen oder mit Kindern spielen
○ Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten	**Tätigkeiten von schwerer körperlicher Anstrengung** Zum Beispiel Bedienen von schweren angetriebenen Werkzeugen, Bauarbeiten, Bergbau, Tragen von schweren Lasten, Be- und Entladearbeiten, Holzhacken und -stapeln, Land freilegen, Gartenbau, Schaufeln oder Graben
○ Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus	

- Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Fragen die arbeitsbezogenen körperlichen Aktivitäten aus, die Sie bereits genannt haben.
- Denken Sie nun daran, wie Sie sich üblicherweise von Ort zu Ort fortbewegen. Zum Beispiel zur Arbeit, zur Uni, zur Schule oder zum Einkaufen.

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche gehen Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen? Als Antwort können Sie entweder die Anzahl der Tage pro Woche angeben oder die Antwort "Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche" wählen.

Interviewer/in: Bitte lassen Sie die Patientin / den Patienten antworten und tragen Sie nur eine ganze Zahl für die Anzahl der Tage pro Woche ein ODER kreuzen Sie die Antwort „Nie oder seltener als ein Tag pro Woche“ an. Bitten Sie die Patientin / den Patienten bei Angabe mehrerer Zahlen darum, sich für die Zahl zu entscheiden, die am besten zutrifft.

___ Tage pro Woche

○ Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche → *Bitte eine Frage überspringen*

Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

Interviewer/in: Bitte lassen Sie die Patientin / den Patienten eine Zeitdauer angeben und kreuzen Sie die entsprechende Antwortkategorie zur angegebenen Zeitdauer an.

○ 10 - 29 Minuten pro Tag
○ 30 - 59 Minuten pro Tag
○ 1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag
○ 2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag
○ 3 Stunden pro Tag oder mehr

Die nächsten beiden Fragen beziehen sich auf Wege, die Sie mit dem Fahrrad von Ort zu Ort zurücklegen.

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche fahren Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen? Als Antwort können Sie entweder die Anzahl der Tage pro Woche angeben oder die Antwort "Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche" wählen.

Interviewer/in: Bitte lassen Sie die Patientin / den Patienten antworten und tragen Sie nur eine ganze Zahl für die Anzahl der Tage pro Woche ein ODER kreuzen Sie die Antwort „Nie oder seltener als ein Tag pro Woche“ an. Bitten Sie die Patientin / den Patienten bei Angabe mehrerer Zahlen darum, sich für die Zahl zu entscheiden, die am besten zutrifft.

___ Tage pro Woche

○ Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche → *Bitte eine Frage überspringen*

Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

Interviewer/in: Bitte lassen Sie die Patientin / den Patienten eine Zeitdauer angeben und kreuzen Sie die entsprechende Antwortkategorie zur angegebenen Zeitdauer an.

- ○ 10 - 29 Minuten pro Tag
- ○ 30 - 59 Minuten pro Tag
- ○ 1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag
- ○ 2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag
- ○ 3 Stunden pro Tag oder mehr

- Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Frage die körperliche Aktivität bei der Arbeit und um von Ort zu Ort zu gelangen aus, die Sie bereits genannt haben.
- Denken Sie bei den folgenden Fragen an Sport, Fitness und körperliche Aktivität in der Freizeit, welche mindestens zu einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen. Zum Beispiel (Nordic-)Walking, Ballsport, Joggen, Fahrradfahren, Schwimmen, Aerobic, Rudern oder Badminton.

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus? Als Antwort können Sie entweder die Anzahl der Tage pro Woche angeben oder die Antwort "Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche" wählen.

Interviewer/in: Bitte lassen Sie die Patientin / den Patienten antworten und tragen Sie nur eine ganze Zahl für die Anzahl der Tage pro Woche ein ODER kreuzen Sie die Antwort „Nie oder seltener als ein Tag pro Woche“ an. Bitten Sie die Patientin / den Patienten bei Angabe mehrerer Zahlen darum, sich für die Zahl zu entscheiden, die am besten zutrifft.

___ Tage pro Woche

○ Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche → *Bitte eine Frage überspringen*

Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?

Interviewer/in: Bitte lassen Sie die Patientin / den Patienten eine Zeitdauer angeben und tragen Sie die angegebene Zeitdauer pro Woche in das Antwortfeld ein

	:	
Stunden		Minuten

Pro Woche

In der nächsten Frage geht es um den Aufbau oder die Kräftigung von Muskulatur.

Die Frage lautet:

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, die speziell für den Aufbau oder die Kräftigung der Muskulatur gedacht sind?

Zum Beispiel Krafttraining oder Kräftigungsübungen (mit Gewichten, Thera-Band, eigenem Körpergewicht), Kniebeugen, Liegestützen oder Sit-ups.

- Geben Sie hier alle Aktivitäten dieser Art an, selbst wenn Sie sie vorher bereits mit einbezogen haben.
- Als Antwort können Sie entweder die Anzahl der Tage pro Woche angeben oder die Antwort "Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche" wählen.

Interviewer/in: Bitte lassen Sie die Patientin / den Patienten antworten und tragen Sie nur eine ganze Zahl für die Anzahl der Tage pro Woche ein ODER kreuzen Sie die Antwort „Nie oder seltener als ein Tag pro Woche“ an. Bitten Sie die Patientin / den Patienten bei Angabe mehrerer Zahlen darum, sich für die Zahl zu entscheiden, die am besten zutrifft.)

___ Tage pro Woche

○ Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche

Wir haben Sie bereits zur Häufigkeit und Dauer Ihrer körperlichen und sportlichen Aktivität in der Freizeit in einer typischen Woche gefragt.

Wie viele Monate sind Sie schon derart aktiv bzw. inaktiv? Sie können entweder die Antwort "Weniger als 6 Monate" oder die Antwortmöglichkeit "6 Monate oder mehr" wählen.

Interviewer/in: Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwortkategorie an.

○ Weniger als 6 Monate ○ 6 Monate oder mehr

Haben Sie vor, häufiger als bisher körperlich aktiv zu sein? Sie können diese Frage entweder mit "Ja" oder mit "Nein" antworten?

○ Ja ○ Nein

Fragebogen 5

Interviewer/in: Bitte lesen Sie jeweils den Satz und alle 4 Antwortmöglichkeiten in exakt derselben unten angegebenen Reihenfolge langsam und in deutlicher Aussprache vor. Auf Nachfrage der Patientin/des Patienten können der Satz und die Antwortmöglichkeiten bis zu dreimal wiederholt vorgelesen werden.

Nun werde ich Ihnen einige Aussagen zu Gedanken und Gefühlen vorlesen. Bitte antworten Sie bei jeder Aussage, in welchem Ausmaß diese auf Sie zutrifft

Die vier Antwortmöglichkeiten lauten jeweils: stimmt nicht, stimmt kaum, stimmt eher, stimmt genau.

Interviewer/in: bitte vorlesen

1) Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.

○ stimmt nicht ○ stimmt kaum ○ stimmt eher ○ stimmt genau

2) Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.

○ stimmt nicht ○ stimmt kaum ○ stimmt eher ○ stimmt genau

3) Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.

○ stimmt nicht ○ stimmt kaum ○ stimmt eher ○ stimmt genau

4) In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.

○ stimmt nicht ○ stimmt kaum ○ stimmt eher ○ stimmt genau

5) Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.

○ stimmt nicht ○ stimmt kaum ○ stimmt eher ○ stimmt genau

6) Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.

○ stimmt nicht ○ stimmt kaum ○ stimmt eher ○ stimmt genau

7) Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.

○ stimmt nicht ○ stimmt kaum ○ stimmt eher ○ stimmt genau

8) Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.

○ stimmt nicht ○ stimmt kaum ○ stimmt eher ○ stimmt genau

9) Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.

○ stimmt nicht ○ stimmt kaum ○ stimmt eher ○ stimmt genau

10) Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

○ stimmt nicht ○ stimmt kaum ○ stimmt eher ○ stimmt genau

Fragebogen 6

Bei den nächsten Fragen geht es um Ihr Befinden. Ich werde Ihnen jede Aussage vorlesen und Sie geben bitte an, wie sehr diese Aussage während der letzten Woche auf Sie zutraf.

0 bedeutet, dass diese Aussage **gar nicht** auf Sie zutraf.
1 bedeutet, dass diese Aussage **bis zu einem gewissen Grad** oder **manchmal** auf Sie zutraf.
2 bedeutet, dass diese Aussage **in beträchtlichem Maße** oder **ziemlich oft** auf Sie zutraf.
3 bedeutet, dass diese Aussage **sehr stark** oder **die meiste Zeit** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

Interviewer/in: bitte vorlesen:

1. ***Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.***
Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?
Interviewer/in: Bitte die Antwort im entsprechenden Feld vermerken:
○ 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***

2. ***Ich spürte, dass mein Mund trocken war.***
Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?
Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:
○ 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***

3. ***Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.***
Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?
Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:
○ 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***

4. ***Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).***

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

5. ***Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.***

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

6. ***Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.***

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

7. ***Ich zitterte (z.B. an den Händen).***

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

8. ***Ich fand alles anstrengend.***

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

9. ***Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.***

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

10. ***Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.***

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Traf ***ga r 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***

11. ***Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.***

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

12. ***Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.***

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

13. ***Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.***

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

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

14. *Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.*

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

15. *Ich fühlte mich einer Panik nahe.*

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

16. *Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.*

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

17. *Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.*

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

18. *Ich fand mich ziemlich empfindlich.*

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

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

19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

20. *Ich fühlte mich grundlos ängstlich.*

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

21. *Ich empfand das Leben als sinnlos.*

Traf das **gar nicht**, **manchmal**, **ziemlich oft** oder **die meiste Zeit** auf Sie zu?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 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***

Fragebogen 7

(**Nur** Monat 3 **(POM3)** und 6 **(POM6)** nach OP, nicht Monat 1 nach OP)

Wir kommen nun zu einem Fragebogen, der sich auf Ihre Gedanken und Gefühlen bezieht, die bei Schmerzen auftreten können. Es ist so, dass irgendwann im Leben jeder Mensch einmal Schmerzen erleidet. Dies können z.B. Kopf-, Zahn- oder Gelenk- oder Muskelschmerzen sein. Menschen sind oft Situationen ausgesetzt, die Schmerzen verursachen, wie Krankheiten, Verletzungen, Zahnbehandlungen oder Operationen. Wir sind an genau diesen Gedanken und Gefühlen interessiert, die Sie haben, wenn Sie Schmerzen erleiden.

Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben verschiedene Gedanken und Gefühle, die bei Schmerzen auftreten können. Ich werde Ihnen jede Aussage und die dazugehörigen Antwortmöglichkeiten vorlesen. Bitte nennen Sie mir dann, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

Interviewer/in: bitte vorlesen:

Wenn ich Schmerzen habe, beschäftigen mich folgende Gedanken…

1. Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

2. Ich denke, ich kann nicht mehr.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

3. Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

4. Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

5. Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

6. Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

7. Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

8. Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

9. Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

10. Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

11. Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

12. Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

13. Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.

Trifft diese Aussage **überhaupt nicht**, **eher nicht**, **teils-teils**, **eher** oder **immer** auf Sie zu, wenn Sie Schmerzen haben?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ 0 Trifft **überhaupt nicht** zu
○ 1 Trifft **eher nicht** zu
○ 2 Trift **teils – teils** zu
○ 3 Trifft **eher** zu
○ 4 Trifft **immer** zu

Fragebogen 8

Ich werde Ihnen nun eine Frage zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand stellen.
Interviewer/in: Bitte entsprechende Frage + alle 7 Antwortmöglichkeiten vorlesen und dann Patient/in antworten lassen

*Interviewer/in: **ACHTUNG,** die Frage nur zum Zeitpunkt 1 Monat nach der Operation erheben*

Inwieweit hat sich Ihr Gesundheitszustand heute verglichen mit Ihrem Zustand vor der Operation verändert? Ich lese Ihnen jetzt 7 Antwortmöglichkeiten vor. Bitte wählen Sie die Antwortmöglichkeit aus, die am ehesten zutrifft.
Interviewer/in: Bitte die Antworten vorlesen und entsprechend ankreuzen:

○ sehr stark verbessert, ○ stark verbessert, ○ leicht verbessert,
○ nicht verändert,
○ leicht verschlechtert, ○ stark verschlechtert, ○ sehr stark verschlechtert

*Interviewer/in: **ACHTUNG**, diese Frage **nur zum Zeitpunkt 3 Monat nach der Operation** erheben*

Ihre Operation ist jetzt 3 Monate her; Inwieweit hat sich Ihr Gesundheitszustand heute verglichen mit Ihrem Zustand vor 2 Monaten verändert? Ich lese Ihnen jetzt die 7 Antwortmöglichkeiten vor. Bitte wählen Sie die Antwortmöglichkeit aus, die am ehesten zutrifft.
Interviewer/in: Bitte die Antworten vorlesen und entsprechend ankreuzen:

○ sehr stark verbessert, ○ stark verbessert, ○ leicht verbessert,
○ nicht verändert,
○ leicht verschlechtert, ○ stark verschlechtert, ○ sehr stark verschlechtert

*Interviewer/in: ACHTUNG, **nur zum Zeitpunkt 6 Monat nach der Operation** erheben*

Ihre Operation ist jetzt 6 Monate her; Inwieweit hat sich Ihr Gesundheitszustand heute verglichen mit Ihrem Zustand vor 3 Monaten verändert? Ich lese Ihnen jetzt die 7 Antwortmöglichkeiten vor. Bitte wählen Sie die Antwortmöglichkeit aus, die am ehesten zutrifft.

Interviewer/in: Bitte die Antworten vorlesen und entsprechend ankreuzen:

○ sehr stark verbessert, ○ stark verbessert, ○ leicht verbessert,
○ nicht verändert,
○ leicht verschlechtert, ○ stark verschlechtert, ○ sehr stark verschlechtert

Fragebogen 9

Bei den nächsten Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Die ersten Fragen betreffen Ihre derzeitige Gesundheit und Ihre täglichen Aktivitäten. Bitte versuchen Sie, jede der Fragen so genau wie möglich zu beantworten.

Ich werde Ihnen jede Frage und die dazugehörigen Antwortmöglichkeiten vorlesen. Bitte nennen Sie mir dann die Antwort, 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.

Interviewer/in: bitte vorlesen

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? Ist er…
Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:
O ausgezeichnet O sehr gut O gut O weniger gut O schlecht

Ich werde Ihnen nun eine Reihe von Tätigkeiten vorlesen, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Bitte sagen Sie mir, ob Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten stark eingeschränkt, etwas eingeschränkt oder überhaupt nicht eingeschränkt sind.

Interviewer/in: Wenn der Patient/die Patientin sagt, dass er/sie diese Tätigkeit nicht ausübt, fragen Sie nach: Ist das wegen Ihres Gesundheitszustandes? – Wenn ja, als 1 kodieren (stark eingeschränkt)

2. … **mittelschwere Tätigkeiten**, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln. Sind Sie durch Ihren Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten…
Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:
O stark eingeschränkt O etwas eingeschränkt O überhaupt nicht eingeschränkt?

3. …**mehrere** Treppenabsätze steigen. Sind Sie durch Ihren Gesundheitszustand bei dieser Tätigkeit…
Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:
O stark eingeschränkt O etwas eingeschränkt O überhaupt nicht eingeschränkt?

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrer körperlichen Gesundheit und ob und damit verbundenen Problemen bei der Arbeit oder bei anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause.

4. Wie häufig haben Sie in den vergangenen 4 Wochen wegen Ihrer körperlichen Gesundheit **weniger geschafft**, als Sie wollten? War das nie, selten, manchmal, meistens oder immer der Fall?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ nie ○ selten ○ manchmal ○ meistens ○ immer

5. Wie häufig konnten Sie in den vergangenen 4 Wochen wegen Ihrer körperlichen Gesundheit **nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen**? War das nie, selten, manchmal, meistens oder immer der Fall?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ nie ○ selten ○ manchmal ○ meistens ○ immer

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit seelischen Problemen und Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause.

6. Wie häufig haben Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme **weniger geschafft**, als Sie wollten
War das nie, selten, manchmal, meistens oder immer der Fall?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ nie ○ selten ○ manchmal ○ meistens ○ immer

7. Wie häufig konnten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme Ihre Arbeit oder andere Tätigkeiten **nicht so sorgfältig** wie sonst erledigen? War das nie, selten, manchmal, meistens oder immer der Fall?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ nie ○ selten ○ manchmal ○ meistens ○ immer

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

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ überhaupt nicht ○ ein wenig ○ mäßig ○ ziemlich ○ sehr

Bei den nächsten Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist.

9. Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen ruhig und gelassen? War das immer, meistens, ziemlich oft, manchmal, selten oder nie der Fall?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ immer ○ meistens ○ ziemlich oft ○ manchmal ○ selten ○ nie

10. Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen voller Energie? War das immer, meistens, ziemlich oft, manchmal, selten oder nie der Fall?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ immer ○ meistens ○ ziemlich oft ○ manchmal ○ selten ○ nie

11. Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen entmutigt und traurig? War das immer, meistens, ziemlich oft, manchmal, selten oder nie der Fall?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ immer ○ meistens ○ ziemlich oft ○ manchmal ○ selten ○ nie

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

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend ankreuzen:

○ immer ○ meistens ○ manchmal ○ selten ○ nie

Fragebogen 10

In den folgenden Fragen möchten wir etwas über Ihre Schmerzen erfahren. Ich werde Ihnen dazu mehrere Fragen zur Stärke Ihrer Schmerzen stellen. Stellen Sie sich bei jeder Frage eine Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (schlimmste vorstellbare Schmerzen) vor, bei der 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, und eine 10 den stärksten Schmerz darstellt, den Sie sich nur vorstellen können.

Für Interviewer/in zur Ansicht:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Schmerzen *schlimmste vorstellbare Schmerzen*

Bei den ersten beiden Fragen geht es um ihre momentanen Schmerzen.

Wie würden Sie Ihre Schmerzen momentan **im Ruhezustand,** während Sie in Ihrem Bett liegen, auf der Skala einschätzen, wenn *0 = kein Schmerz* und *10 = stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend eintragen:

Wie würden Sie Ihre Schmerzen momentan **bei Bewegung** auf der Skala einschätzen, wenn *0 = kein Schmerz* und *10 = stärkster vorstellbarer Schmerz* bedeuten?

Interviewer/in: Bitte die Antwort entsprechend eintragen:

Fragebogen 11

Ich werde Ihnen nun eine Reihe von Fragen vorlesen, die sich auf die Eigenschaften Ihrer Schmerzen beziehen. Bitte antworten Sie mit einem „ja“, wenn die Eigenschaften zutreffen, oder mit einem „nein“, wenn die Eigenschaften nicht zutreffen.

Interviewer/in: bitte Frage + Eigenschaft vorlesen und ja/nein Antwort abwarten. Antwortmöglichkeiten ja/nein wiederholen falls Patient/in diese Hilfestellung benötigt

Kann man die Schmerzen als brennend beschreiben – ja oder nein?

○ Ja ○ Nein

Kann man die Schmerzen wie schmerzhafte Kälte beschreiben – ja oder nein?

○ Ja ○ Nein

Kann man die Schmerzen wie elektrische Schläge beschreiben?

○ Ja ○ Nein

Tritt mit den Schmerzen im selben Körperbereich auch Kribbeln (oder ein Gefühl von Ameisenlaufen) auf?

○ Ja ○ Nein

Tritt mit den Schmerzen im selben Körperbereich auch Pieksen (wie tausend Nadelstiche) auf?

○ Ja ○ Nein

Tritt mit den Schmerzen im selben Körperbereich auch ein Taubheitsgefühl auf?

○ Ja ○ Nein

Tritt mit den Schmerzen im selben Körperbereich auch Juckreiz auf?

○ Ja ○ Nein

Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem gleichzeitig eine Hypoästhesie bei Berührung auftritt (dies bedeutet, eine herabgesetzte Empfindlichkeit)?

○ Ja ○ Nein

Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem gleichzeitig eine Hypoästhesie bei Nadelreizen auftritt (dies bedeutet, eine herabgesetzte Empfindlichkeit)?

○ Ja ○ Nein

Werden die Schmerzen ausgelöst oder verschlimmert durch Reiben (Bestreichen der Haut mit einem Pinsel)?

○ Ja ○ Nein

Fragebogen 12 - Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung

(nur 3 und 6 Monate **(POM3+6)** nach Operation)

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung, die Sie in den **letzten 3 Monaten** erhalten haben.

Ich werde Ihnen jeweils eine Frage und die entsprechenden Antwortmöglichkeiten vorlesen und Sie bitten mir im Anschluss die Antwortmöglichkeit zu nennen, 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.

Interviewer/in: bitte jeweils die Frage + alle Antwortmöglichkeiten vorlesen und die Antwort der Patientin / des Patienten ankreuzen. Antwortmöglichkeiten wiederholen falls Patient/in diese Hilfestellung benötigt

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?
   ○ ausgezeichnet ○ gut ○ weniger gut ○ schlecht

2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?
   ○ eindeutig nicht ○ eigentlich nicht ○ im Allgemeinen ja ○ eindeutig ja

3. In welchem Maße hat die Behandlung Ihren Bedürfnissen entsprochen?
   ○ sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen
   ○ sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen
   ○ sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen
   ○ sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen

4. Würden Sie einem Freund / einer Freundin diese Behandlung empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?
   ○ eindeutig nicht ○ ich glaube nicht ○ ich glaube ja ○ eindeutig ja

5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie erhalten haben?
   ○ ziemlich unzufrieden
   ○ leidlich oder leicht unzufrieden
   ○ weitgehend zufrieden
   ○ sehr zufrieden

6. Hat die Behandlung, die Sie erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?
   ○ ja, sie half eine ganze Menge
   ○ ja, sie half etwas
   ○ nein, sie half eigentlich nicht
   ○ nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht

7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?
   ○ sehr zufrieden
   ○ weitgehend zufrieden
   ○ leidlich oder leicht unzufrieden
   ○ ziemlich unzufrieden

8. Würden Sie sich wieder für diese Behandlung entscheiden, wenn Sie Hilfe bräuchten?
   ○ eindeutig nicht ○ ich glaube nicht ○ ich glaube ja ○ eindeutig ja

Fragebogen 13 - Medikamenteneinnahme

Nun geht es um Ihre Medikamenteneinnahme. Können Sie uns bitte mitteilen, ob, und wenn ja, welche Schmerzmittel Sie eingenommen haben?

Zuerst die Frage: Nehmen Sie irgendwelche Schmerzmedikamente ein? Falls ja, tun Sie dies regelmäßig oder nur bei Bedarf?

○ Nein, keine
○ Ja, aber nur unregelmäßig bei Bedarf
○ Ja, regelmäßig jeden Tag

Interviewer/in: Falls nein, bitte vorlesen: Die Befragung ist hiermit für diesen Zeitpunkt für Sie beendet. Haben Sie vielen Dank für die Teilnahme!

Interviewer/in: Falls ja, geht die Befragung hier weiter:

Ich lese Ihnen nun einige der üblichen Medikamente vor. Bitte sagen Sie mir nach jeder Substanz, ob Sie dieses eingenommen haben oder nicht.

Interviewer/in: Bitte nur die Substanz + falls vorhanden Handelsname in der Klammer vorlesen und ja/nein Antwort abwarten. Bei „ja" bitte ankreuzen und nach Dosis und Menge fragen

Interviewer/in: Falls zutreffend, bitte Menge angeben:

- ☐ Diclofenac
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Ibuprofen (Handelsname z.B. Ibuflam, Ibu-Lysin)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Metamizol (Handelsname z.B. Novalgin)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Paracetamol
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Etoricoxib (Handelsname z.B. Arcoxia)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Dexamethason (Handelsname z.B. Fortecortin)
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Gabapentin
  - Dosis pro Einnahme: _____mg
  - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche

- ☐ Pregabalin (Handelsname z.B. Lyrica)
    - Dosis pro Einnahme: _____mg
    - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ sonstige: _____
    - Dosis pro Einnahme: _____mg
    - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche

- ☐ Buprenorphin (Handelsname z.B. Temgesic)
    - Dosis pro Einnahme: _____mg
    - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Tramadol (Handelsname z.B. Tramal-Tropfen)
    - Dosis pro Einnahme: _____mg
    - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Tilidin (Handelsname z.B. Valoron)
    - Dosis pro Einnahme: _____mg
    - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Hydromorphon (Handelsname z.B. Palladon)
    - Dosis pro Einnahme: _____mg
    - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Morphium
    - Dosis pro Einnahme: _____mg
    - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Oxycodon (Handelsname z.B. Oxygesic)
    - Dosis pro Einnahme: _____mg
    - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Oxycodon/Naloxon (Handelsname z.B. Targin)
    - Dosis pro Einnahme: _____mg
    - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ Schmerzpflaster (Fentanyl-Pflaster, Handelsname z.B. Durogesic oder Buprenorphin-Pflaster)
    - Dosis pro Einnahme: _____mg
    - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche
- ☐ sonstige: _____
    - Dosis pro Einnahme: _____mg
    - Häufigkeit der Einnahme: ____ x pro Tag /____ x pro Woche

Fragebogen 14

Zum Abschluss werde ich Ihnen nun noch verschiedene Symptomen der Reihe nach vorlesen. Falls eines dieser Symptome in den letzten 24 Stunden bei Ihnen aufgetreten ist, antworten Sie bitte mit „ja“, ansonsten antworten Sie mit „nein“. Es sind mehrere Antworten sind möglich.

Interviewer/in: bitte Symptome der Reihe nach vorlesen und nach jedem Symptom ja/nein Antwort abwarten

- ☐ Erschöpfung
- ☐ Benommenheit
- ☐ Unfähigkeit, sich zu konzentrieren
- ☐ Übelkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ Verstopfung
- ☐ Juckreiz
- ☐ Schwierigkeiten beim Wasserlassen
- ☐ Verwirrtheit
- ☐ Würgen/Erbrechen

Haben Sie noch weitere Bemerkungen?

Interviewer/in: Weitere Symptome oder andere Bemerkungen des/r Patient/in können hier beschrieben werden. Gibt es „keine weiteren Bemerkungen“, dann bitte ebenfalls vermerken.

[Freitext]

Interviewer/in: Patient/in hat alle Fragebögen beantwortet. Bitte folgendes mitteilen:

Vielen Dank, Sie haben alle Fragebögen für den heutigen Tag beantwortet!

Nr.	**Dokument**
1	**Einschlusstabelle Operationen und Risikoklassifizierung**
2	**Patient:innen-Fragebögen, Interviewversionen und Leitfaden**
3	**Studieninformations-Flyer**
4	**Patient:innen-Flyer**
5	**Checklisten, Edukations- und Schulungsmaterialien**
6	**Merkblatt Allgemeine Information zu Prozedere bei nicht-stattgefundenen TPS Patient:innen-Terminen**

Nach einer Operation klagt fast ein Drittel der behandelten Personen noch ein halbes Jahr nach dem Eingriff über Schmerzen. Fünf bis zehn Prozent der Befragten haben so starke Schmerzen, dass sie deren Lebensqualität einschränken.

Nach speziellen Eingriffen wie Thorakotomien, Wirbelsäuleneingriffen, Knie-TEPs oder großen abdominellen Eingriffen besteht ein besonders hohes Risiko für chronische postoperative Schmerzen. Zusätzlich können bei Patientinnen und Patienten bestimmte Risikofaktoren vorliegen, die eine Chronifizierung von postoperativen Schmerzen begünstigen.

An dieser Stelle setzt das Innovationsprojekt **POET-Pain** an. Im Rahmen einer umfangreichen Studie untersucht es eine neue Versorgungsform, den sogenannten „Transitional Pain Service" (TPS). Ob Ärztin oder Pfleger, Psychologin oder Physiotherapeut: Ein interdisziplinäres Team behandelt die Patientinnen und Patienten im Rahmen eines wissenschaftlich erarbeiteten Konzeptes, um angepasst an deren individuellen Risikofaktoren chronische postoperative Schmerzen zu verhindern. Die Risikoeinschätzung erfolgt anhand objektivierbarer Charakteristiken.

Die Behandlung durch das TPS-Team erfolgt sektorenübergreifend, nämlich vor der Operation, nach der Operation in der Klinik und nach Entlassung ambulant für insgesamt sechs Monate. Auch für eine engmaschige Kommunikation zu Ihnen als Behandler ist gesorgt.

Zusätzlich kommt eine Patienten-App zum Einsatz, in der die Teilnehmenden ihre persönlichen Fortschritte dokumentieren.

Wer steckt hinter POET-Pain?

Das Projekt **POET-Pain** ist eine Initiative der **Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.**, der **BARMER** und der **IKK classic**. Wissenschaftliche Projektleitung ist Frau Univ.-Prof. E. Pogatzki-Zahn, **Universitätsklinikum Münster**.

POET-Pain wird durch einen öffentlichen Geldgeber gefördert (Förderkennzeichnen: 01NVF19021).

Was bedeutet POET-Pain?

POET-Pain ist eine Abkürzung für **P**rävention **o**perationsbedingter anhaltender Schmerzen durch **E**inführung eines perioperativen „**T**ransitional **Pain** Service". Ziel des Projekts ist die Vermeidung von chronischen Schmerzen nach einem operativen Eingriff durch die intensive Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams.

Die Effektivität und Umsetzbarkeit unseres Projektes überprüfen wir durch eine multizentrische, randomisiert-kontrollierte Studie an sechs Universitätskliniken.

Kontakt

Ihren Ansprechpartner für **POET-Pain** erreichen Sie unter:

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1,
48149 Münster
Herr Fabian Fuchtmann (Studienarzt)
E-Mail: poet-pain@ukmuenster.de

Oder wenden Sie sich per E-Mail an info@poet-pain.de

POETPain

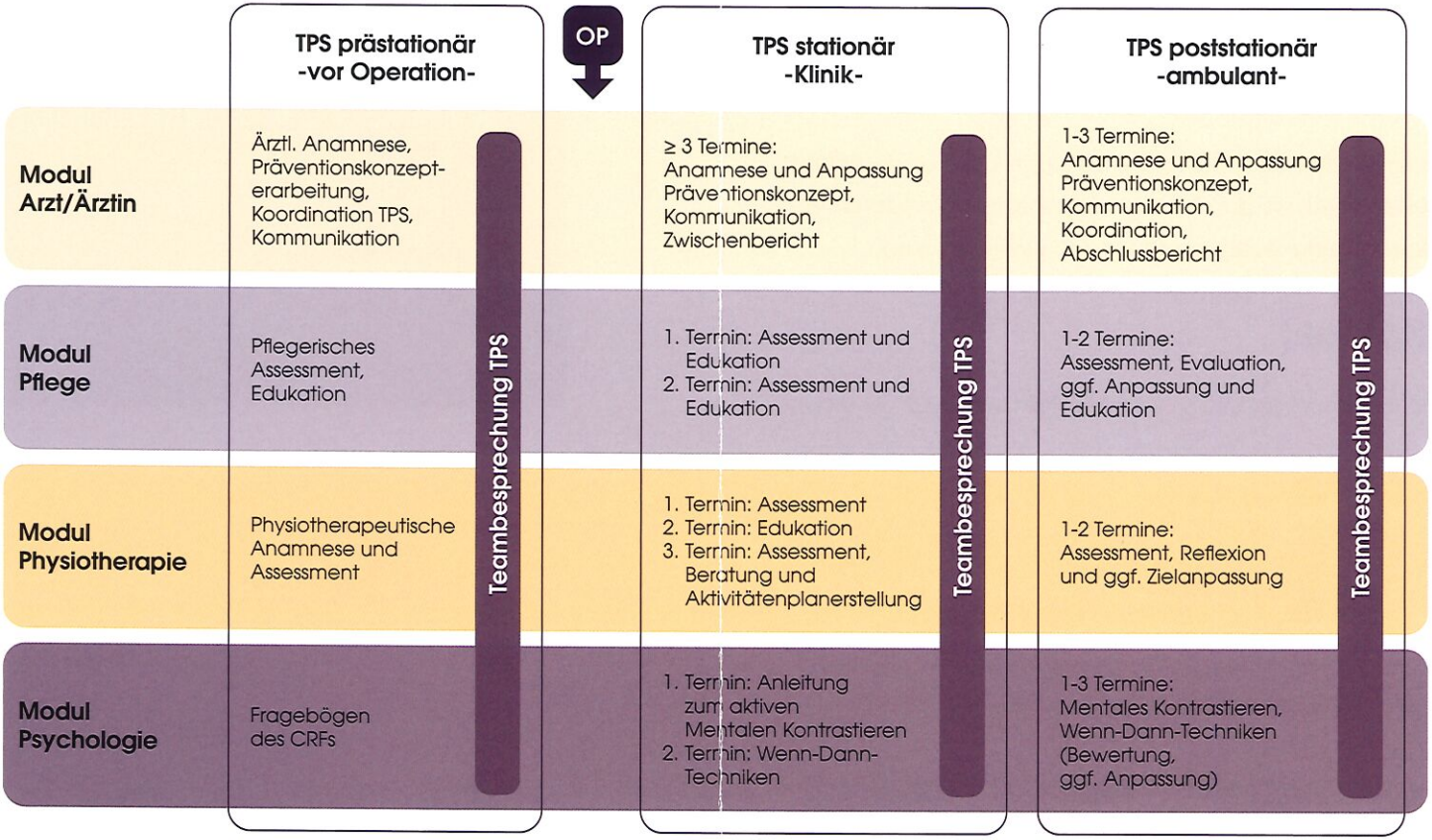
VERMEIDUNG VON CHRONISCHEN SCHMERZEN NACH EINEM OPERATIVEN EINGRIFF

GEFÖRDERT DURCH
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. BARMER IKK classic

Wie läuft die Studie ab?

Vor bestimmten Operationen identifiziert unser Studienteam geeignete Patientinnen und Patienten für eine Teilnahme an der Studie. Nach Einschluss der Teilnehmenden werden diese randomisiert entweder einer Behandlungsgruppe (erhält eine Behandlung durch den TPS) oder einer Kontrollgruppe (erhält eine Standardbehandlung) zugeordnet. Die Behandlung durch den TPS in der Behandlungsgruppe ist in folgender Graphik dargestellt:



Vorteile einer Teilnahme an POET-Pain

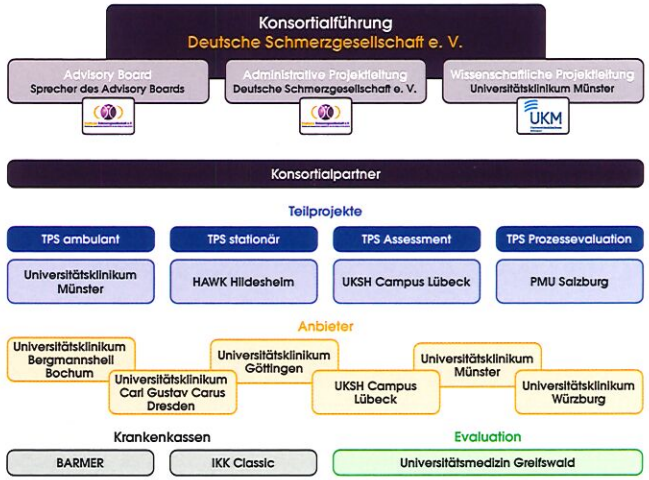
- Teilnehmende der Behandlungsgruppe profitieren von aufeinander abgestimmten ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen und psychologischen Interventionen vor, während und nach der Operation.
- Ausrichtung der Behandlungsmaßnahmen nach individuellen Behandlungszielen
- Die Entwicklung chronischer Schmerzen soll verhindert und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten erhöht werden.

Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen können alle **Erwachsenen**, bei denen die Indikation für eine **Operation** mit einem bereits erhöhten Risiko für eine Chronifizierung besteht. Der geplante postoperative Aufenthalt muss **mindestens zwei Tage** betragen. In die Studie eingeschlossen werden können ausschließlich gesetzlich Versicherte, wobei Versicherte der **BARMER** und der **IKK classic** vornehmlich Berücksichtigung finden. Schwangere sind von der Teilnahme ausgeschlossen.

Einfluss auf die Therapieforschung

Die Teilnahme an der Studie trägt dazu bei, mehr Informationen über die Chronifizierung postoperativer Schmerzen zu erhalten. Sie können helfen, ein geeignetes Versorgungsangebot für die Prävention chronischer Schmerzen nach einer Operation zu identifizieren. Sollte sich die Behandlung durch einen TPS bewähren, ist die Überführung dieses innovativen Ansatzes in die Regelversorgung geplant.



Nr.	Dokument
1	Einschlusstabelle Operationen und Risikoklassifizierung
2	Patient:innen-Fragebögen, Interviewversionen und Leitfaden
3	Studieninformations-Flyer
4	**Patient:innen-Flyer**
5	Checklisten, Edukations- und Schulungsmaterialien
6	Merkblatt Allgemeine Information zu Prozedere bei nicht-stattgefundenen TPS Patient:innen-Terminen

Was verbirgt sich hinter „POET-Pain“?

POET-Pain ist eine Abkürzung für **P**rävention **o**perationsbedingter anhaltender Schmerzen durch die **E**inführung eines perioperativen „**T**ransitional **Pain** Service“.

Das Projekt **POET-Pain** ist eine Initiative der **Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.**, der **BARMER** und der **IKK classic**. Wissenschaftliche Projektleitung ist Univ.-Prof. Esther Pogatzki-Zahn, Universitätsklinikum Münster. **POET-Pain** wird durch einen öffentlichen Geldgeber (Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss) gefördert.

Vorteile einer Studienteilnahme

Studienteilnehmer*innen, die zur Behandlungsgruppe kommen:

- profitieren von aufeinander abgestimmten ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen und psychologischen Behandlungen vor, während und nach der Operation
- profitieren von einer Ausrichtung der Behandlungsmaßnahmen auf für Sie individuell abgestimmte Behandlungsziele
- Die Entwicklung chronischer Schmerzen soll verhindert und Ihre Lebensqualität gesteigert werden.

Alle Studienteilnehmer*innen haben einen Einfluss auf die Therapieforschung im Gesundheitswesen:

- Prävention dauerhafter (chronischer) Schmerzen
- Bedeutung neuer Versorgungswege im Gesundheitssystem
- Verbesserung des Versorgungsangebots bei dauerhaften (chronischen) Schmerzen nach einer Operation

Kontakt lokal

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
48149 Münster

Ansprechpartner*in: **POET-Pain Studienteam Münster**
Tel.: 0251-83 47898
E-Mail: poet-pain@ukmuenster.de

Kontakt Projektleitung POET-Pain

Konsortialführung:
Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (Thomas Isenberg)

Wissenschaftliche Projektleitung:
Universitätsklinikum Münster (Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn)

E-Mail: info@poet-pain.de

Projektpartner*innen

UKM Universitätsklinikum Münster
UKSH Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Uniklinikum Würzburg
Universitätsmedizin Göttingen UMG
Universitäts SchmerzCentrum
Bergmannsheil Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum UK RUB Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
HAWK Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit Hildesheim
Paracelsus Medizinische Universität
Universitätsmedizin Greifswald

POETPain

PRÄVENTION OPERATIONSBEDINGTER ANHALTENDER SCHMERZEN

INFORMATIONEN FÜR PATIENT*INNEN

Studienteilnehmer*innen gesucht

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
BARMER
IKK classic

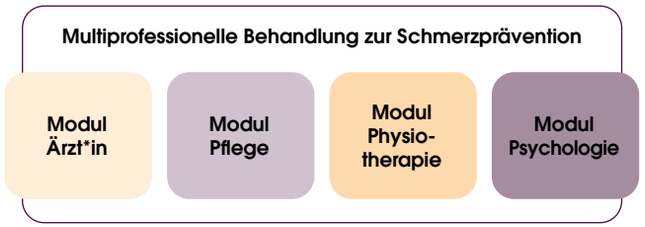
Vorwort

Liebe Patient*innen,

Nach einer Operation können Patient*innen unterschiedlich starke Schmerzen entwickeln, die oft unvermeidlich, doch im Normalfall nicht von Dauer sind. In einigen Fällen können diese Schmerzen aber auch länger anhalten und werden in der Fachsprache dann als chronische Schmerzen bezeichnet. Chronische Schmerzen können durch verschiedene Faktoren wie z. B. die Art der Operation oder vorbestehende Schmerzen begünstigt werden. Zudem scheinen auch bestimmte Vorerkrankungen eine entscheidende Rolle dafür zu spielen, wie lange es nach der Operation schmerzt.

An dieser Stelle setzt unser Innovationsfondsprojekt **POET-Pain** an. Ziel der Studie ist es herauszufinden, ob chronische Schmerzen nach einem operativen Eingriff durch die intensive Zusammenarbeit eines Behandler-Teams bestehend aus Ärzt*innen, Psycholog*innen, Physiotherapeut*innen und Pflegefachkräften verringert oder sogar ganz verhindert werden können. Dieses Team (der sog. Transitional Pain Service, kurz: TPS) wird die Patient*innen vor und nach der Operation im Krankenhaus und auch nach der Entlassung aus der Klinik betreuen.

Neues Projekt POET-Pain



Wie läuft die Studie ab?

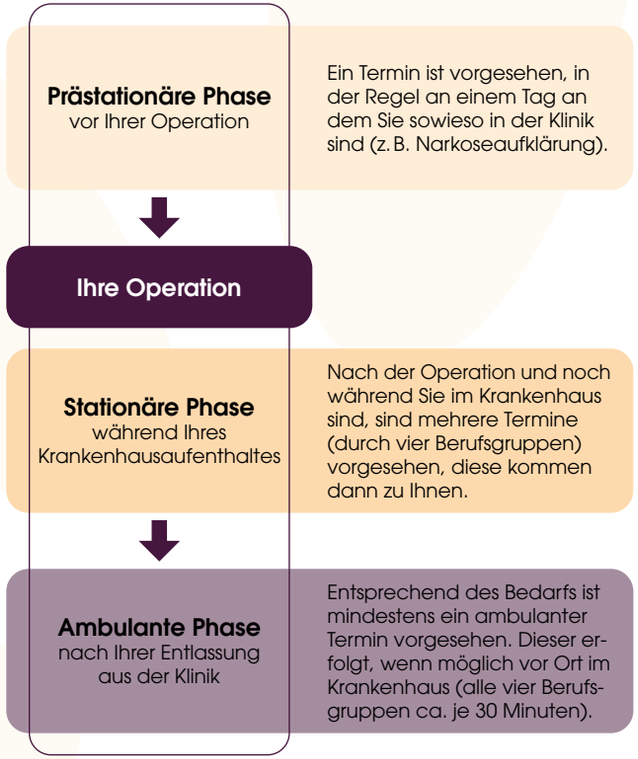


Unser Studienteam spricht Sie aktiv an und fragt Sie, ob Sie bereit sind, an dieser Studie teilzunehmen.

Wenn Sie für die Studie infrage kommen, werden Sie nach einer ausführlichen Aufklärung in die Studie aufgenommen und zufällig entweder einer Behandlungsgruppe oder einer Kontrollgruppe (erhält die übliche Standardbehandlung) zugeordnet.

Patient*innen der Behandlungsgruppe erhalten anschließend von den verschiedenen Berufsgruppen des Teams (Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen und Pflegenden), einen individuellen Behandlungsplan, der bei Bedarf jederzeit angepasst wird. Insgesamt stehen Strategien der Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit, sowie physiotherapeutische Unterstützung von Alltagsaktivitäten im Mittelpunkt.

Die TPS-Behandlung gliedert sich in drei Phasen



In einer speziell für die Studie entwickelte App werden Ihre persönlichen Behandlungsfortschritte dokumentiert. Diese Ergebnisse helfen uns bei der Beurteilung des Erfolgs des neuen Therapiekonzeptes. Getestet wird die Effektivität des Innovationsfondsprojekts **POET-Pain** in sechs Universitätskliniken in fünf Bundesländern – und zwar an den Standorten Münster, Lübeck, Würzburg, Göttingen, Dresden und Bochum.

Nr.	Dokument
1	Einschlusstabelle Operationen und Risikoklassifizierung
2	Patient:innen-Fragebögen, Interviewversionen und Leitfaden
3	Studieninformations-Flyer
4	Patient:innen-Flyer
5	**Checklisten, Edukations- und Schulungsmaterialien**
6	Merkblatt Allgemeine Information zu Prozedere bei nicht-stattgefundenen TPS Patient:innen-Terminen

Übersicht der Checklisten und Edukations- und Schulungsmaterialien der TPS-Professionen im POET-Pain Projekt

TPS- Team

- prästationäre Phase:
  - 1 Checkliste:
    - Checkliste_Durchführung prästationäre TPS-Teamsitzung Version_1.0_09.08.2022
- stationäre Phase:
  - 1 Checkliste:
    - Checkliste_Durchführung_stationäre_TPS-Teamsitzung_Version_1.1_16.08.2022
- ambulante Phase:
  - 1 Checkliste:
    - Checkliste_Durchführung_poststationäre_TPS-Teamsitzung_V1.0_07.07.2022

Medizin

- prästationäre Phase:
  - 4 Checklisten:
    - Checkliste_Ablauf_präoperative_Phase_TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_V1.0_09.08.2022
    - Checkliste_Leitlinien_präoperative_Phase_TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_V1.0_09.08.2022
    - Checkliste_präoperative_Risikofaktoren_TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_V2.0_24.04.2023
    - Checkliste_präoperative_Therapieempfehlungen_TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_V1.0_09.08.2022
- stationäre Phase:
  - 4 Checklisten:
    - Checkliste_Ablauf_der_stationären_Phase_TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_Version_1.0_13.07.2022
    - Checkliste_Leitlinien_der_stationären_ärztlichen_Therapieempfehlung_TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_Version_1.0_13.07.2022
    - Checkliste_stationäre_ärztliche_Therapieempfehlungen_TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_Version_1.0_13.07.2022
    - Checkliste_stationäre_Risikofaktoren_TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_Version_1.0_13.07.2022
- ambulante Phase:
  - 4 Checklisten:
    - Checkliste_Ablauf_der_poststationären_Phase_TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_V1.0_07.07.2022

- Checkliste_Leitlinien_der_postoperativen_ärztlichen_Therapieempfehlung__TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_V1.0_07.07.2022
- Checkliste_postoperative_ärztliche_Therapieempfehlungen_TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_V1.0_07.07.2022
- Checkliste_postoperative_Risikofaktoren_TPS-Ärztinnen_und_-Ärzte_V1.0_07.07.2022

Pflege

- Phasenübergreifende Edukationsmaterialien
  - Edukations-Studienmaterial_TPS_PF_CPAQ-D_Laminierversion_V_1.0
  - Edukations-Studienmaterial_TPS_PF_SWE_V_1.0
  - Edukations-Studienmaterial_TPS_PF_Barthel Index_Laminierversion_V_1.0

- prästationäre Phase
  - 2 Checklisten:
    - Checkliste_Ablauf_prästationären_Phase_TPS-Pflegefachkräfte_prästaionär_V2.0_22.05.2023
    - Checkliste_ Vorbereitung Teamsitzung_TPS-Pflegefachkräfte_prästationär_V2.0_22.05.2023
  - Edukationsmaterialien:
    - Patientenbeispiel_Herr Sonne_prästationär
    - Patientenbeispiel_Herr Sonne_leichte Sprache_prästationär
    - Patientenbeispiel_Frau Sonne_prästationär
    - Patientenbeispiel_Frau Sonne_leichte Sprache_prästationär

- stationäre Phase
  - 4 Checklisten:
    - Checkliste_Ablauf_der_stationären_Phase_Pflegefachkräfte_Termin1_V1.0_13_07_2022
    - Checkliste_Vorbereitung_Teamsitzung_stationär_1_Pflegefachkräfte_V1.0_13_07_2022
    - Checkliste_Ablauf_der_stationären_Phase_Termin2_Pflegefachkräfte_V1.0_13_07_2022
    - Checkliste_Vorbereitung_Teamsitzung_stationär_2_Pflegefachkräfte_V1.0_13_07_2022
  - Edukationamaterialien:
    - Patientenbeispiel_Herr Sonne_stationär
    - Patientenbeispiel_Herr Sonne_leichte Sprache_stationär
    - Patientenbeispiel_Frau Sonne_stationär
    - Patientenbeispiel_Frau Sonne_leichte Sprache_stationär
    - Edukations-Studienmaterial_TPS_PF_Aktivitätsprotokoll V1.0 27.04.2022
    - Edukations-Studienmaterial_TPS_PF_PatientInnenfolder V1.0 27.04.2022

- ambulante Phase
  - 2 Checklisten
    - Checkliste_Ablauf_der_poststationären_Phase_TPS_Pflegefachkräfte_V1.0_07.07.2022

- Checkliste_Inhalte_Vorbereitung_Teamsitzung_TPS-Pflegefachkräfte_ambulant_V2.0_25.05.2023

Psychologie

- Phasenübergreifende Edukationsmaterialien:
  - Power Point Präsentation: Schulung_MCII_220304
  - Power Point Präsentation: Beispielkontrastierung_MCII_220303
  - Power Point Präsentation: Schulung_MASK_P_POET-Pain

- prästationäre Phase
  - 1 Checkliste:
    - Checkliste_Ablauf_präoperative_Phase_TPS-Psychologen_und_-Psychologinnen_Version_1.0_09.08.2022
- stationäre Phase
  - 1 Checkliste:
    - Checkliste_Ablauf_der_stationären_Phase_TPS-Psychologen_und_-Psychologinnen_Version_1.0_13.07.2022
  - Edukationsmaterialien:
    - Ziel- und Handlungsplan-Notiz: 07.1_Edukations-Studienmaterial_TPS_PS_Ziel-_und_Handlungsplan-Notiz_V_1.0
- ambulante Phase
  - 1 Checkliste:
    - Checkliste_Ablauf_der_ambulanten_Phase_TPS-Psychologen_und_-Psychologinnen_Version_1.0_07.07.2022

Physiotherapie

- Phasenübergreifende Edukationsmaterialien
  - TPS_PT_Pfad_TSK_Gewichtung_Edukation (V1.0_220711)
  - Tischvorlage:
    - TPS-PT_Tischvorlage_Agenda-Mapping_V_1.0
  - Handreichungen:
    - TPS-PT_Handreichung_Aktivitätsplan_V_1.0
    - TPS-PT_Handreichung_Lösungsansätze_V_1.0
    - TPS-PT_Handreichung_Zielvereinbarung_V_1.0
  - Instruktionen:
    - Differenzierung Schmerz_V_1.0_inkl_Quellen
    - 6-Minuten Gehtest (6MWT)_Instruktion_V1.0_inkl_Quellen
    - Hitzeallodynie_Anleitung_BY52_V1.0

- prästationäre Phase
  - 5 Checklisten:
    - 1.1 PT_Checkliste_prä_Assessment_Inhalte_V1.0_220711
    - 1.2 PT_Checkliste_prä_Assessment_Materialien_V1.0_220711
    - 1.3 PT_Checkliste_prä_Assessment_Inhalte Aktenstudium_V1.0_220711
    - 1.4 PT_Checkliste_prä_Assessment_Ablauf_obligat_V1.0_20220711
    - 1.5 PT_Checkliste_prä_Assessment_Ablauf_optional_V1.0_20220711
- stationäre Phase

Aktivitätsanalyse und Zielvereinbarung

- 4 Checklisten:
  - 2.1.1 PT_Checkliste_stat_Akt_Ziel_Inhalt_V1.0_220711
  - 2.1.2 PT_Checkliste_stat_Akt_Ziel_Material_V1.1_221115
  - 2.1.3 PT_Checkliste_stat_Akt_Ziel_Inhalt_Aktenstud_V1.0_220711
  - 2.1.4 PT_Checkliste_stat_Akt_Ziel_Ablauf_obligat_V1.1_221115

Edukation

- 5 Checklisten:
  - Checkliste_stat_Edukation_Inhalte_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711
  - Checkliste_stat_Edukation_Material_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711
  - Checkliste_stat_Edukation_Inhalt_Aktenstudium_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711
  - Checkliste_stat_Edukation_Ablauf_obligat_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711
  - Checkliste_stat_Edukation_Ablauf_optional_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711

Aktivitätsberatung

- 5 Checklisten:
  - Checkliste_stat_Aktivitätsberatung_Inhalte_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711
  - Checkliste_stat_Aktivitätsberatung_Material_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711
  - Checkliste_stat_Aktivitätsberatung_Inhalte_Aktenstudium_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711
  - Checkliste_stat_Aktivitätsberatung_Ablauf_obligat_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711
  - Checkliste_stat_Aktivitätsberatung_Ablauf_optional_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711

Abschluss-Assessment

- 5 Checklisten:
  - Checkliste_stat_Abschluss-Assessment_Inhalte_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711
  - Checkliste_stat_Abschluss-Assessment_Material_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711
  - Checkliste_stat_Abschluss-Assessment_Inhalte_Aktenstudium_TPSPhysiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_2207
  - Checkliste_stat_Abschluss-Assessment_Ablauf_obligat_TPSPhysiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711
  - Checkliste_stat_Abschluss-Assessment_Ablauf_optional_TPSPhysiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_Version_1.0_220711

- <u>ambulante Phase</u>
  - 5 Checklisten:
    - Checkliste_Ablauf_der_ambulanten_Phase_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_V2.0_25.03.2023

- Checkliste_ambulant_benötigte_Materialien_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_V1.0_07.07.2022
- Checkliste_Inhalte_ambulantes_Aktenstudium_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_V1.0_07.07.2022
- Checkliste_Ablauf_ambulant_obligate_Inhalte_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_V1.0_07.07.2022
- Checkliste_Ablauf_ambulant_optionale_Inhalte_TPS-Physiotherapeutinnen_und_Physiotherapeuten_V1.0_07.07.2022

TPS-Team

Checkliste Durchführung prästationäre TPS-Teamsitzung
Alle TPS-Teammitglieder

Inhalte		wer?	ja	nein
Vorstellung der Patientin/des Patient	Allgemeine Informationen	ärztliches TPS-Mitglied		
	Attribution Verantwortung durch die Patientin/den Patienten			
	professionsspezifisches Risikoprofil: Vorstellung & Diskussion im Team	alle TPS-Mitglieder (miteinander)		
	Therapieempfehlungen: Vorstellung & Diskussion im Team			
Vorstellung der Zukunftsvision der Patientin/der Patienten		ärztliches TPS-Mitglied		
Diskussion bzgl. einer möglichen Integration der Zukunftsvision in die Behandlungsplanungen der einzelnen TPS-Teammitglieder		alle TPS-Mitglieder (miteinander)		
Dokumentation geänderter Einschätzungen bzgl.	Risikofaktoren	alle TPS-Mitglieder (für sich)		
	Therapieempfehlungen			
Festlegung Zuständigkeit für Informationsfluss bzgl. Behandlungs-empfehlungen ggü.	Patientin/Patienten	alle TPS-Mitglieder (miteinander)		
	Mitbehandler/innen			
Nachbereitung der Teamsitzung: Beantwortung Monitoringfragen		alle TPS-Mitglieder (für sich)		

Checkliste Durchführung stationäre TPS-Teamsitzung
Alle TPS-Teammitglieder

Inhalte		wer?	ja	nein
Vorstellung der Patientin/des Patienten	Allgemeine Informationen	ärztliches TPS-Mitglied		
	professionsspezifisches Risikoprofil: Vorstellung & Diskussion im Team	alle TPS-Mitglieder (miteinander)		
	Therapieempfehlungen: Vorstellung & Diskussion im Team			
Entwicklung der Zukunftsvision der Patientin/der Patienten & Diskussion		alle TPS-Mitglieder		
bei letzter stationärer TPS-Teamsitzung	Festlegung ambulante Terminplanung	alle TPS-Mitglieder (miteinander)		
	Diskussion Inhalte Abschlussbrief TPS			
Dokumentation geänderter Einschätzungen bzgl.	Risikofaktoren	alle TPS-Mitglieder (für sich)		
	Therapieempfehlungen			
Festlegung Zuständigkeit für Informationsfluss bzgl. Behandlungs-empfehlungen ggü.	Patientin/Patienten	alle TPS-Mitglieder (miteinander)		
	Mitbehandler/innen			
Nachbereitung der Teamsitzung: Beantwortung Monitoringfragen		alle TPS-Mitglieder (für sich)		

Checkliste Durchführung poststationäre TPS-Teamsitzung
Alle TPS-Teammitglieder

Inhalte		wer?	ja	nein
Vorstellung der Patientin/des Patienten	Allgemeine Informationen	ärztliches TPS-Mitglied		
	professionsspezifisches Risikoprofil: Vorstellung & Diskussion im Team	alle TPS-Mitglieder (miteinander)		
	Therapieempfehlungen: Vorstellung & Diskussion im Team			
Entwicklung der Zukunftsvision der Patientin/der Patienten & Diskussion		alle TPS-Mitglied		
bei letzter poststationärer TPS-Teamsitzung	Diskussion Inhalte Abschlussbrief TPS	alle TPS-Mitglieder (miteinander)		
Dokumentation geänderter Einschätzungen bzgl.	Risikofaktoren	alle TPS-Mitglieder (für sich)		
	Therapieempfehlungen			
Festlegung Zuständigkeit für Informationsfluss bzgl. Behandlungs-empfehlungen ggü.	Patientin/Patienten	alle TPS-Mitglieder (miteinander)		
	Mitbehandler/innen			
Nachbereitung der Teamsitzung: Beantwortung Monitoringfragen		alle TPS-Mitglieder (für sich)		

Medizin

Checkliste Ablauf der prästationären Phase
TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Inhalte		ja	nein
Ärztliche schmerzbezogene Anamnese und Untersuchung	Soziodemographische Daten		
	Diagnose/Operation		
	Daten zu Mitbehandler/innen vorhanden?		
	Schweigepflichtentbindung(en) vorhanden?		
	bisherige Operationen		
	Schmerzintensität		
	Schmerzorte		
	DN4 Fragebogen		
	ergänzende körperliche Untersuchung bzgl. neuropathischer Schmerzen		
	NPSI-G Fragebogen		
	Medikamentenanamnese		
	Erfahrungen mit Schmerzmedikamenten		
	Begleiterkrankungen		
	Suchtanamnese		
	Schlafanamnese		
	Schmerzerwartung		
	Frage zur Attribuierung		
Zielvereinbarung	Ziele hinsichtlich erwünschter Schmerzintensität		
	ggf. Ziel hinsichtlich des Medikamentengebrauchs		
	„Zukunftsvision“		
Vorbereitung TPS-Teamsitzung	Erstellung Risikoprofil		
	Formulierung von Therapieempfehlungen		
	Angabe der Leitlinie, die der Therapieempfehlung zugrunde liegt		
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste Leitlinien, die der präoperativen ärztlichen Therapieempfehlung zugrunde liegen

TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Für Therapieempfehlung/en zugrundeliegende Leitlinie/n	ja	nein
S3-Akutschmerzleitlinie		
Leitlinie Langzeitopioidtherapie bei chronischem Nichttumorschmerz (LONTS)		
Leitlinie Neuropathischer Schmerz		
Leitlinie Palliativmedizin		
PROSPECT Empfehlung		
Sonstige:_____		

Checkliste präoperative Risikofaktoren
TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Präoperative Risikofaktoren	ja	nein
präoperativ bestehende chronische Schmerzen		
präoperative Schmerzen im Operationsgebiet		
Hinweis auf präoperative neuropathische Schmerzen		
präoperative Opioideinnahme		
hohe Schmerzerwartung (NRS ≥7/10 Punkte)		
V.a. Störung durch Substanzkonsum		
anamnestische Hinweise auf Schlafstörungen		
Alter < 51 Jahren		
Sonstige: _____		

Checkliste präoperative ärztliche Therapieempfehlungen
TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Therapieempfehlungen	ja	nein
postoperatives Fortführen der Opioide/Nichtopioide/antineuropathische Medikation		
perioperative Gabe von Adjuvantien (Ketamin, Lidocain etc.)		
Regionalanästhesieverfahren		
Beginn antineuropathische Medikation im stationären Aufenthalt		
Weaning der Opioide im stationären Aufenthalt		
Weaning der Nichtopioide im stationären Aufenthalt		
Weaning der antineuropathischen Medikation im stationären Aufenthalt		
Konsile bei anderen Fachdisziplinen: _____		
Rücksprache mit niedergelassenem/r Schmerztherapeut/in		
Rücksprache mit Allgemeinmediziner/in		

Checkliste Ablauf der stationären Phase
TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Inhalte		ja	nein
Ärztliche schmerzbezogene Anamnese und Untersuchung	Daten zur Operation		
	Schmerzintensität		
	postoperativer Schmerzverlauf		
	Schmerzorte		
	DN4 Fragebogen am dritten postoperativen Tag		
	ergänzende körperliche Untersuchung bzgl. neuropathischer Schmerzen am dritten postoperativen Tag		
	NPSI-G Fragebogen am dritten postoperativen Tag		
	Einfluss von chronischen Schmerzen vor der OP		
	Wundheilungsverlauf, Auftreten postoperativer Komplikationen		
	schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigung		
	Medikamentenanamnese		
	für die Pharmakotherapie relevante auffällige Laborwerte		
	Nichtmedikamentöse Methoden zur Schmerzlinderung		
	Schmerzlinderung, Wunsch nach mehr Schmerztherapie, Zufriedenheit		
Zielvereinbarung	Prüfung Zielerreichung hinsichtlich der Schmerzintensität und ggf. Anpassung		
	Analyse und Besprechung evtl. Abweichungen der Zielerreichung hinsichtlich des Medikamentengebrauchs		
	Neue Zielformulierung für ambulante Weiterbehandlung zum Zeitpunkt des Entlassgespräches		
Vorbereitung TPS-Teamsitzung	Erstellung Risikoprofil		
	Formulierung von Therapieempfehlungen		
	Angabe der Leitlinie, die der Therapieempfehlung zugrunde liegt		
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste Leitlinien, die der stationären ärztlichen Therapieempfehlung zugrunde liegen

TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Für Therapieempfehlung/en zugrundeliegende Leitlinie/n	ja	nein
S3-Akutschmerzleitlinie		
Leitlinie Langzeitopioidtherapie bei chronischem Nichttumorschmerz (LONTS)		
Leitlinie Neuropathischer Schmerz		
Leitlinie Palliativmedizin		
PROSPECT Empfehlung		
Sonstige:_____		

Checkliste stationäre ärztliche Therapieempfehlungen
TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Therapieempfehlungen	ja	nein
Fortführen der Opioide/Nichtopioide/antineuropathischen Medikation		
Steigerung der Opioide/Nichtopioide/antineuropathischen Medikation		
Fortführen des Regionalanästhesieverfahrens		
Beendigung des Regionalanästhesieverfahrens		
Beginn antineuropathische Medikation		
Weaning der Opioide		
Weaning der Nichtopioide		
Weaning der antineuropathischen Medikation		
Konsile bei anderen Fachdisziplinen: _____		
Rücksprache mit niedergelassenem/r Schmerztherapeute/in		
Rücksprache mit Allgemeinmediziner/in		

Checkliste stationäre Risikofaktoren
TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Postoperative Risikofaktoren	ja	nein
hohe Schmerzintensität (Schmerzen bei Belastung ≥ 5/10 Punkten auf einer numerischen Rangskala)		
geringe Schmerzlinderung im Verlauf (<30%) trotz medikamentöser Maßnahmen		
keine ausreichende Zielerreichung (GAS < 0 Punkte) bezogen auf die prästationär gefassten ärztlichen Therapieziele		
Hinweise auf neuropathische Schmerzen		
postoperative Komplikationen		
Sonstige:_____		

Checkliste Ablauf der poststationären Phase
TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Inhalte		ja	nein
Ärztliche schmerzbezogene Anamnese und Untersuchung	Daten zu Vorbehandelnde vorhanden?		
	Daten zu poststationäre Ansprechpartner/innen vorhanden?		
	Schmerzintensität		
	Schmerzverlauf seit der Operation		
	Schmerzorte		
	DN4 Fragebogen		
	ergänzende körperliche Untersuchung bzgl. neuropathischer Schmerzen		
	NPSI-G Fragebogen		
	Einfluss von chronischen Schmerzen vor der OP		
	Wundheilungsverlauf, Auftreten postoperativer Komplikationen		
	funktionelle Schmerzbeeinträchtigung		
	Schlafanamnese		
	Medikamentenanamnese		
	Nichtmedikamentöse Methoden zur Schmerzlinderung		
	Schmerzlinderung, Wunsch nach mehr Schmerztherapie, Zufriedenheit		
Zielvereinbarung	Prüfung Zielerreichung hinsichtlich der Schmerzintensität und ggf. Anpassung		
	Analyse und Besprechung evtl. Abweichungen der Zielerreichung hinsichtlich des Medikamentengebrauchs		
	Zielabfrage der „Zukunftsvision“		
Vorbereitung TPS-Teamsitzung	Erstellung Risikoprofil		
	Formulierung von Therapieempfehlungen		
	Angabe der Leitlinie, die der Therapieempfehlung zugrunde liegt		
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste Leitlinien, die der postoperativen ärztlichen Therapieempfehlung zugrunde liegen

TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Für Therapieempfehlung/en zugrundeliegende Leitlinie/n	ja	nein
S3-Akutschmerzleitlinie		
Leitlinie Langzeitopioidtherapie bei chronischem Nichttumorschmerz (LONTS)		
Leitlinie Neuropathischer Schmerz		
Leitlinie Palliativmedizin		
PROSPECT Empfehlung		
Sonstige:_____		

Checkliste postoperative ärztliche Therapieempfehlungen
TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Therapieempfehlungen	ja	nein
Fortführen der Opioide/Nichtopioide/antineuropathischen Medikation		
Steigerung der Opioide/Nichtopioide/antineuropathischen Medikation		
Beginn Nichtopioide		
Beginn Opioide		
Beginn antineuropathische Medikation		
Weaning der Opioide		
Weaning der Nichtopioide		
Weaning der antineuropathischen Medikation		
ambulanter/stationärer Termin bei anderen Fachdisziplinen: _____		
physiotherapeutische Behandlung		
ergotherapeutische Behandlung		
Vorstellung in ambulanter/stationärer/teilstationärer chronischer Schmerztherapie		
Sonstige: _____		

Checkliste postoperative Risikofaktoren
TPS-Ärztinnen und -Ärzte

Postoperative Risikofaktoren	ja	nein
hohe Schmerzintensität (Schmerzen bei Belastung ≥ 5/10 Punkten auf einer numerischen Rangskala)		
geringe Schmerzlinderung im Verlauf (<30%) trotz medikamentöser Maßnahmen		
keine ausreichende Zielerreichung (GAS < 0 Punkte) bezogen auf die stationär gefassten ärztlichen Therapieziele		
Hinweise auf neuropathische Schmerzen		
postoperative Komplikationen		
Sonstige:_____		

Pflege

Chronic Pain Acceptance Questionnaire

nie	*fast nie*	*selten*	*manchmal*	*häufig*	*fast immer*	*immer*
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*

1. Ich komme mit meinen täglichen Aufgaben klar, egal wie stark meine Schmerzen sind.

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

2. Mein Leben verläuft gut, auch wenn ich an chronischen Schmerzen leide.

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

3. Es ist in Ordnung Schmerzen zu erleben.

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

4. Ich würde liebend gerne Dinge, die mir wichtig sind, opfern, wenn ich dann meine Schmerzen besser kontrollieren könnte.

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

5. Es ist für mich nicht notwendig, meine Schmerzen im Griff zu haben, um mein Leben gut bewältigen zu können.

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

6. Auch wenn es Veränderungen gegeben hat, führe ich trotz meiner chronischen Schmerzen ein normales Leben.

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

7. Ich muss mich darauf konzentrieren, meine Schmerzen los zu werden.

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

8. Es gibt viele Aktivitäten, denen ich nachgehe, wenn ich Schmerzen habe.

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

9. Obwohl ich an chronischen Schmerzen leide, führe ich ein erfülltes Leben.

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

10. Meine anderen Lebensziele sind mir alle wichtiger als die Kontrolle meiner Schmerzen.

    [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

11. Bevor ich wichtige Veränderungen in meinem Leben vornehmen kann, müssen sich meine Gedanken und Gefühle dem Schmerz gegenüber verändern.

    [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

12. Trotz der Schmerzen verfolge ich inzwischen einen bestimmten Lebensweg.

    [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

13. Immer, wenn ich etwas mache, hat die Kontrolle meiner Schmerzen erste Priorität.

    [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

14. Bevor ich irgendwelche ernsthaften Pläne schmieden kann, muss ich zunächst etwas Kontrolle über meine Schmerzen gewinnen.

    [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

15. Auch wenn meine Schmerzen stärker werden, kann ich meinen Verpflichtungen immer noch nachkommen.

    [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

16. Ich würde mein Leben besser im Griff haben, wenn ich meine negativen Gedanken in Bezug auf die Schmerzen besser kontrollieren könnte.

    [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

17. Ich vermeide es, mich in Situationen zu bringen, in denen meine Schmerzen schlimmer werden könnten.

    [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

18. Meine Sorgen und Ängste darüber, was der Schmerz mit mir machen könnte, stimmen.

    [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

19. Es ist eine Erleichterung zu erkennen, dass ich an meinen Schmerzen nichts verändern muss, um mit meinem Leben klar zu kommen.

    [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

20. Wenn ich Schmerzen habe, kostet es mich große Überwindung etwas zu machen.

    [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6]

SWE-Skala

(Schwarzer & Jerusalem, 1999)

Gedanken und Gefühle	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.				
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.				
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.				
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.				
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.				
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.				
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.				
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.				
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.				
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.				

Barthel Index

Aktivitäten	Mögliche Punktzahl	Punktzahl Patient/in
Essen		
unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck	10	
braucht etwas Hilfe, z. B. Fleisch und Brot schneiden	5	
nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0	
Bett/(Roll-) Stuhltransfer		
unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	15	
geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	10	
erhebliche Hilfen beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitzen selbstständig	5	
nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0	
Waschen		
unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen, Kämmen, Zähne putzen	5	
nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeit	0	
Toilettenbenutzung		
unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	10	
benötigt Hilfe, z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichts oder Kleidung/Reinigung	5	
nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0	
Baden		
unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5	
nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeit	0	

Gehen bzw. Rollstuhlfahren auf der Flurebene		
unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht aber Gehwagen	15	
geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m gehen	10	
nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken herum und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50 m	5	
nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0	
Treppen steigen		
unabhängig in der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	10	
benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5	
nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe keine Treppen steigen	0	
An- und Auskleiden		
unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	10	
benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst durchführen	5	
nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0	
Stuhlkontrolle		
ständig kontinent	10	
gelegentlich inkontinent, max. 1-mal pro Woche	5	
häufiger/ständig inkontinent	0	
Urinkontrolle		
ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/ Cystofix	10	
gelegentlich inkontinent, max. 1-mal pro Woche, Hilfe bei externer Harnableitung	5	
häufiger/ständig inkontinent	0	
Punktzahl gesamt		

Checkliste Ablauf der prästationären Phase
TPS-Pflegefachkräfte

Inhalte		ja	nein
Sichten der Daten aus der wissenschaftlichen Befragung	Alter		
	Geschlecht		
	Beruf		
	häusliche Situation		
Sichten der Dokumentation des ärztlichen TPS-Mitglieds	Diagnose/Operation		
	Nebenerkrankungen		
	Schmerzintensität Ruhe/Belastung (NRS)		
	Schmerzorte		
	Schmerzqualität		
	aktuelle med. Schmerztherapie		
	Nebenwirkungen der Schmerztherapie		
Sichten der Ergebnisse aus den Fragebögen der wissenschaftlichen Befragung	Schmerzintensität (von Korff)		
	Allg. Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)		
Sichten der Dokumentation in der elektronischen Akte (Regel-versorgung) – ggf. eigene Erhebung	Pflegegrad vorhanden/beantragt		
	Betreuung durch ambulanten Pflegedienst		
	schmerzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (CPAQ-D)		
	Alltagsaktivitäten (Barthel-Index)		
Erstellung Risikoprofil			
bei erhöhtem Risiko: Vermittlung der obligaten Edukationsinhalte	- Darstellung positiver Verlauf - Information über Art des Schmerzes und zu erwartenden Schmerzverlauf - Relevanz der Kommunikation zum Schmerz		
	- Meldeverhalten bei Schmerzen/ Nebenwirkungen - aktive Unterstützung der med. und nicht-med. Schmerztherapie		
ohne erhöhtes Risiko: Vermittlung der Edukationsinhalte	obligat: aktive Unterstützung der med. und nicht-med. Schmerztherapie		
	fakultativ: Meldeverhalten bei Schmerzen/Nebenwirkungen		
Vorbereitung Teamsitzung			
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste Inhalte Vorbereitung Teamsitzung
TPS-Pflegefachkräfte

Inhalte		ja	nein
Ergebnis der Risikoprofil-einschätzung notiert	Schmerzlinderung und -situation ist dauerhaft aus Sicht der Patientin/des Patienten nicht akzeptabel		
	Gesundheits- und alltagsbezogene Krisen treten auf		
	Versorgungsbrüche entstehen, fehlende/unzureichende familiale, soziale oder professionelle Unterstützung		
	Geringe Selbstwirksamkeitserwartung und damit fehlende Selbstmanagementkompetenzen □ SWE aus prästationärer Erhebung < 29 Punkte		
	CPAQ-D bei Patient/innen, die seit mind. 3 Monaten präoperativ Schmerzen hatten: □ Ergebnis zur Aktivitätsbereitschaft < 22 und /oder □ Ergebnis zur Schmerzbereitschaft < 12		
	Komplikationen mit der oder durch die Therapie oder Nebenwirkungen (wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Schwitzen, Schwindel)		
	Einbuße an Lebensqualität, Funktionalität oder soz. Teilhabe □ Barthel-Index ≤ 50 Punkte (relativ bis vollkommen unselbständig)		
Aspekte aus dem pflegerischen Assessment notiert	Info zu Pflegegrad □ Beantragt □ Vorhanden – Welcher Grad? _____		
	Info zu Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst		
	CPAQ-D-Wert (schmerzbez. Selbstwirksamkeitserwartung) □ Ergebnis zur Aktivitätsbereitschaft < 22 und/oder □ Ergebnis zur Schmerzbereitschaft < 12		
	Umfang der Einschränkung lt. Barthel-Index □ 0-25 Punkte (vollkommen unselbständig) □ 26-50 Punkte (relativ unselbständig) □ 51-75 Punkte (relativ selbständig) □ 76-100 Punkte (vollkommen selbständig)		

Erzählung für *den Patienten*
Nun möchte ich Ihnen ein Beispiel für eine Schmerzversorgung rund um eine Operation darstellen. Die Erzählung soll Ihr Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit unterstützen und berichtet von *einem fiktiven Patienten, Herrn Sonne.*
Herr Sonne kam für eine große Operation in die Klinik. Das Auftreten von Schmerzen rund um die Operation war sehr wahrscheinlich und wurde vom Personal in der Aufnahmesituation direkt angesprochen.
Er wurde darüber informiert, dass die Klinikmitarbeitenden *ihn* rund um die Operation regelmäßig mit Hilfe einer sogenannten Schmerzskala nach der aktuellen Schmerzstärke und weiteren Aspekten wie z. B. dem Schmerzort fragen werden.
Herr Sonne hatte noch nie *seine* Schmerzen mit einer Skala eingeschätzt. Daher wurde *ihm direkt die Nutzung erklärt. Der Schmerz wird mit Hilfe von Zahlen erhoben, wobei eine „0" für keinen Schmerz und die „10" für maximal vorstellbaren Schmerz stehen.*
Da das Schmerzerleben eine sehr persönliche Erfahrung ist, erscheint es *Herrn Sonne* nachvollziehbar, dass die Schmerzstärke von jeder Person unterschiedlich empfunden werden kann. Daher wird die Schmerzmedikation aufgrund der persönlichen Erfahrung und Rückmeldung von Herrn Sonne festgelegt.
Herr Sonne wünschte sich, dass *er* nach der Operation möglichst frühzeitig selbständig *seine* täglichen Aktivitäten mit für ihn akzeptablen Schmerzen wahrnehmen kann. Dazu wurden gemeinsam Ziele besprochen, auch für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt. Besonders wichtig war ihm dabei, möglichst mobil zu sein und mit seinen Freunden spazieren gehen zu können.
Herr Sonne erhielt nach der Operation regelmäßig Schmerzmedikamente, die *er* entsprechend der Anordnung zeitgerecht eingenommen hat. So waren die Schmerzen gut auszuhalten und *Herr Sonne* konnte aktiv bei der Physiotherapie mitmachen und sich rasch in vielen Situationen selber helfen.
Darüber hinaus war es hilfreich, insbesondere bei stärkeren Schmerzen, sich umgehend beim Personal melden zu können. *Herr Sonne* wusste, dass mit einer Einnahme von Medikamenten bei Bedarf die Schmerzen verringert werden konnten.
Mit dem gezielten Einsatz von Bewegung und anderen nicht-medikamentösen Maßnahmen, z. B. Entspannung durch Musik und Gesprächen mit dem Zimmernachbarn hat *Herr Sonne* erlebt, dass er selbst zur Verbesserung der Situation beitragen konnte.
Zum Entlassungszeitpunkt hat *Herr Sonne* von Schmerzen berichtet, die er gut aushalten konnte.
Das Zusammenspiel von medikamentöser und nicht-medikamentöser Schmerztherapie, die Berücksichtigung seiner individuellen Ziele, eine umfängliche Information und letztendlich die Möglichkeit, sich selbst aktiv in das Geschehen miteinzubringen, hat bewirkt, dass Herr Sonne die schwierige Situation im Krankenhaus positiv erlebt hat. Das angenehme Klima rund um die Operation entwickelt sich durch den kontinuierlichen Austausch mit dem Personal, dessen aktivem Zuhören und der gemeinsamen Reflexion des Schmerzmanagements, was *Herr Sonne* als sehr wertschätzend erlebt hat.

Erzählung für *den Patienten* – einfache Sprache
Ich erzähle Ihnen jetzt eine Geschichte über eine Operation und die Schmerzen danach. Die Geschichte ist erfunden und handelt von einem Mann namens Herr Sonne. Diese Geschichte soll Ihnen helfen, wahrzunehmen, dass Sie selbst etwas tun können, um Ihre Schmerzen zu lindern.
Herr Sonne musste sich einer großen Operation unterziehen. Seine Ärzte haben ihm gesagt, dass es sehr wahrscheinlich ist, dass er nach der Operation Schmerzen haben wird. Deshalb haben sie oder die Pflegenden ihm eine Schmerzskala erklärt. Sie haben ihm gesagt, dass sie ihn oft fragen werden, wie stark seine Schmerzen sind und wo er sie spürt.
Herr Sonne hat noch nie eine Schmerzskala benutzt. Aber ihm wurde alles erklärt. Die Skala geht von null bis zehn. *Bei null hat man gar keine Schmerzen, bei zehn hat man die stärksten Schmerzen, die man sich vorstellen kann.* Jeder Mensch empfindet Schmerzen anders, deshalb haben die Ärzte oder Pflegenden von Herrn Sonne mit ihm besprochen, wie er am besten seine Schmerzen lindern kann.
Herr Sonne wollte nach der Operation schnell wieder fit sein. Deshalb haben sie gemeinsam für ihn erreichbare und wichtige Ziele besprochen. Zum Beispiel, dass er bald wieder spazieren gehen oder physiotherapeutische Übungen machen kann. Er hat regelmäßig Schmerzmedikamente, wie verordnet, genommen und seine wichtigen Ziele erreicht.
Wenn die Schmerzen mal stärker wurden, konnte er sich bei den Ärzten oder Pflegenden melden. Denn er wusste, dass Medikamente helfen können, die Schmerzen zu lindern. Außerdem hat er gemerkt, dass Bewegung und Entspannung durch Musik ihm auch geholfen haben.
Als er aus dem Krankenhaus entlassen wurde, hatte er nur noch leichte Schmerzen. Er war sehr zufrieden damit, wie alles gelaufen ist. Das freundliche und aufmerksame Personal hatte ihm immer zugehört und er hat sich gut versorgt gefühlt.
Diese Geschichte zeigt Ihnen, dass es möglich ist, gut mit Schmerzen nach einer Operation umzugehen. Sie können selbst etwas tun, um Ihre Schmerzen zu lindern. Und das Personal in der Klinik wird Ihnen dabei helfen.

Erzählung für *die Patientin*
Nun möchte ich Ihnen ein Beispiel für eine Schmerzversorgung rund um eine Operation darstellen. Die Erzählung soll Ihr Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit unterstützen und berichtet von *einer fiktiven Patientin, Frau Sonne.*
Frau Sonne kam für eine große Operation in die Klinik. Das Auftreten von Schmerzen rund um die Operation war sehr wahrscheinlich und wurde vom Personal in der Aufnahmesituation direkt angesprochen.
Sie wurde darüber informiert, dass die Klinikmitarbeitenden *sie* rund um die Operation regelmäßig mit Hilfe einer sogenannten Schmerzskala nach der aktuellen Schmerzstärke und weiteren Aspekten wie z. B. dem Schmerzort fragen werden.
Frau Sonne hatte noch nie ihre Schmerzen mit einer Skala eingeschätzt. Daher wurde *ihr* direkt die Nutzung erklärt. *Der Schmerz wird mit Hilfe von Zahlen erhoben, wobei eine „0“ für keinen Schmerz und die „10“ für maximal vorstellbaren Schmerz stehen.*
Da das Schmerzerleben eine sehr persönliche Erfahrung ist, erscheint es *Frau Sonne* nachvollziehbar, dass die Schmerzstärke von jeder Person unterschiedlich empfunden werden kann. Daher wird die Schmerzmedikation aufgrund der persönlichen Erfahrung und Rückmeldung von Frau Sonne festgelegt.
Frau Sonne wünschte sich, dass *sie* nach der Operation möglichst frühzeitig selbständig *ihre* täglichen Aktivitäten mit für sie akzeptablen Schmerzen wahrnehmen kann. Dazu wurden gemeinsam Ziele besprochen, auch für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt. Besonders wichtig war ihr dabei, möglichst mobil zu sein und mit ihren Freunden spazieren gehen zu können.
Frau Sonne erhielt nach der Operation regelmäßig Schmerzmedikamente, die *sie* entsprechend der Anordnung zeitgerecht eingenommen hat. So waren die Schmerzen gut auszuhalten und *Frau Sonne* konnte aktiv bei der Physiotherapie mitmachen und sich rasch in vielen Situationen selber helfen.
Darüber hinaus war es hilfreich, insbesondere bei stärkeren Schmerzen, sich umgehend beim Personal melden zu können. *Frau Sonne* wusste, dass mit einer Einnahme von Medikamenten bei Bedarf die Schmerzen verringert werden konnten.
Mit dem gezielten Einsatz von Bewegung und anderen nicht-medikamentösen Maßnahmen, z. B. Entspannung durch Musik und Gesprächen mit der Zimmernachbarin hat *Frau Sonne* erlebt, dass sie selbst zur Verbesserung der Situation beitragen konnte.
Zum Entlassungszeitpunkt hat *Frau Sonne* von Schmerzen berichtet, die sie gut aushalten konnte.
Das Zusammenspiel von medikamentöser und nicht-medikamentöser Schmerztherapie, die Berücksichtigung ihrer individuellen Ziele, eine umfängliche Information und letztendlich die Möglichkeit, sich selbst aktiv in das Geschehen miteinzubringen, hat bewirkt, dass Frau Sonne die schwierige Situation im Krankenhaus positiv erlebt hat. Das angenehme Klima rund um die Operation entwickelt sich durch den kontinuierlichen Austausch mit dem Personal, dessen aktivem Zuhören und der gemeinsamen Reflexion des Schmerzmanagements, was *Frau Sonne* als sehr wertschätzend erlebt hat.

Erzählung für *die Patientin – einfache Sprache*
Ich erzähle Ihnen jetzt eine Geschichte über eine Operation und die Schmerzen danach. Die Geschichte ist erfunden und handelt von einer Frau namens *Frau Sonne*. Diese Geschichte soll Ihnen helfen, wahrzunehmen, dass Sie selbst etwas tun können, um Ihre Schmerzen zu lindern.
Frau Sonne musste sich einer großen Operation unterziehen. Ihre Ärzte haben ihr gesagt, dass es sehr wahrscheinlich ist, dass sie nach der Operation Schmerzen haben wird. Deshalb haben sie oder die Pflegenden ihr eine Schmerzskala erklärt. Sie haben ihr gesagt, dass sie sie oft fragen werden, wie stark ihre Schmerzen sind und wo sie sie spürt.
Frau Sonne hat noch nie eine Schmerzskala benutzt. Aber ihr wurde alles erklärt. Die Skala geht von null bis zehn. *Bei null hat man gar keine Schmerzen, bei zehn hat man die stärksten Schmerzen, die man sich vorstellen kann.* Jeder Mensch empfindet Schmerzen anders, deshalb haben die Ärzte oder Pflegenden von Frau Sonne mit ihr besprochen, wie sie am besten ihre Schmerzen lindern kann.
Frau Sonne wollte nach der Operation schnell wieder fit sein. Deshalb haben sie gemeinsam für sie erreichbare und wichtige Ziele besprochen. Zum Beispiel, dass sie bald wieder spazieren gehen oder physiotherapeutische Übungen machen kann. Sie hat regelmäßig Schmerzmedikamente, wie verordnet, genommen und ihre wichtigen Ziele erreicht.
Wenn die Schmerzen mal stärker wurden, konnte sie sich bei den Ärzten oder Pflegenden melden. Denn sie wusste, dass Medikamente helfen können, die Schmerzen zu lindern. Außerdem hat sie gemerkt, dass Bewegung und Entspannung durch Musik ihr auch geholfen haben.
Als sie aus dem Krankenhaus entlassen wurde, hatte sie nur noch leichte Schmerzen. Sie war sehr zufrieden damit, wie alles gelaufen ist. Das freundliche und aufmerksame Personal hatte ihr immer zugehört und sie hat sich gut versorgt gefühlt.
Diese Geschichte zeigt Ihnen, dass es möglich ist, gut mit Schmerzen nach einer Operation umzugehen. Sie können selbst etwas tun, um Ihre Schmerzen zu lindern. Und das Personal in der Klinik wird Ihnen dabei helfen.

Checkliste Ablauf der stationären Phase
Termin 1
TPS Pflegefachkräfte

Inhalte		ja	nein
Sichten der Dokumentation des ärztlichen TPS-Mitglieds	Schmerzintensität in Ruhe und Bewegung (NRS) der letzten 24 Stunden		
	Aktuelle postop. med. Schmerztherapie		
	Mögliche Nebenwirkungen der Schmerztherapie		
	Durchgeführte nicht-med. Maßnahmen		
Eigene Erhebung im Gespräch mit der Patientin/dem Patienten	Erhebung der Schmerzlokalisation seit der Operation (nur, wenn NRS in Ruhe oder unter Belastung ≥ 1)		
	Alltagsaktivitäten (Barthel-Index)		
Erstellung Risikoprofil			
Partizipative Formulierung von Nah- und Fernzielen			
<u>bei erhöhtem Risiko:</u> Vermittlung der obligaten Edukationsinhalte	Pflegerische Edukationsmaßnahmen zur Stärkung des Selbstmanagements und der Selbstwirksamkeitserwartung: - Ressourcen nutzen zur Alltagsgestaltung mit Schmerzen - Schulung zur Nutzung eines Aktivitätsprotokolls - Aushändigen und Besprechen der Patient/innen-Informationsbroschüre		
	Wahrnehmung eines 2. Stationären Termins wird empfohlen		
<u>ohne erhöhtes Risiko:</u> Vermittlung der obligaten Edukationsinhalte	<u>Entlassungsplanung:</u> - Information über sichere Aufbewahrung und korrekte Einnahme der Schmerztherapie/Anwendung von nicht-med. Maßnahmen		
<u>ohne erhöhtes Risiko:</u> fakultative Edukationsinhalte	- Schulung zur Nutzung eines Aktivitätsprotokolls		
	Wahrnehmung eines 2. stationären Termins wird nicht empfohlen		
Vorbereitung Teamsitzung			
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste Inhalte Vorbereitung Teamsitzung
Termin 1
TPS-Pflegefachkräfte

Vorbereitung auf die Teamsitzung		ja	nein
Ergebnis der Risikoprofil-einschätzung notiert	□ Schmerzlinderung und -situation ist dauerhaft aus Sicht der Patientin/des Patienten nicht akzeptabel		
	□ Gesundheits- und alltagsbezogene Krisen treten auf		
	□ Versorgungsbrüche entstehen, fehlende/unzureichende familiale, soziale oder professionelle Unterstützung		
	□ Geringe Selbstwirksamkeitserwartung und damit fehlende Selbstmanagementkompetenzen □ SWE aus prästationärer Erhebung < 29 Punkte		
	□ Komplikationen mit der oder durch die Therapie oder Nebenwirkungen (wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Schwitzen, Schwindel)		
	□ Einbuße an Lebensqualität, Funktionalität oder soz. Teilhabe □ Barthel-Index ≤ 50 Punkte (relativ bis vollkommen unselbständig)		
Aspekte aus dem pflegerischen Assessment notiert	Schmerzlokalisation seit der Operation		
	Umfang der Einschränkung lt. Barthel-Index □ 0-25 Punkte (vollkommen unselbständig) □ 26-50 Punkte (relativ unselbständig) □ 51-75 Punkte (relativ selbständig) □ 76-100 Punkte (vollkommen selbständig)		
	Ergebnis der partizipativen Zielformulierungen		

Checkliste Ablauf der stationären Phase
Termin 2
TPS Pflegefachkräfte

Inhalte		ja	nein
Sichten der Dokumentation des ärztlichen TPS-Mitglieds	Schmerzintensität in Ruhe und Bewegung (NRS) der letzten 24 Stunden		
	Aktuelle postop. med. Schmerztherapie		
	Mögliche Nebenwirkungen der Schmerztherapie		
	Durchgeführte nicht-med. Maßnahmen		
Eigene Erhebung im Gespräch mit der Patientin/dem Patienten	Erhebung der Schmerzlokalisation seit der Operation (nur, wenn NRS in Ruhe oder unter Belastung ≥ 1)		
	Alltagsaktivitäten (Barthel-Index)		
Erstellung Risikoprofil			
Evaluation/ggf. Anpassung der partizipativen Ziele oder Formulierung neuer Ziele			
<u>bei erhöhtem Risiko:</u> Vermittlung der obligaten Edukationsinhalte	Pflegerische Edukationsmaßnahmen zur Stärkung des Selbstmanagements und der Selbstwirksamkeitserwartung: - Ressourcen nutzen zur Alltagsgestaltung mit Schmerzen - Schulung zur Nutzung eines Aktivitätsprotokolls - Besprechen der Patient/innen-Informationsbroschüre - Entlassungsplanung (telefonisch – Entlassungsnachbereitung) - Information über die sichere Aufbewahrung und korrekte Einnahme der Schmerztherapie/Anwendung von nicht-med. Maßnahmen		
Vorbereitung Teamsitzung			
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste Inhalte Vorbereitung Teamsitzung
Termin 2
TPS-Pflegefachkräfte

Vorbereitung auf die Teamsitzung		ja	nein
Ergebnis der Risikoprofil-einschätzung notiert	□ Schmerzlinderung und -situation ist dauerhaft aus Sicht der Patientin/des Patienten nicht akzeptabel		
	□ Gesundheits- und alltagsbezogene Krisen treten auf		
	□ Versorgungsbrüche entstehen, fehlende/unzureichende familiale, soziale oder professionelle Unterstützung		
	□ Geringe Selbstwirksamkeitserwartung und damit fehlende Selbstmanagementkompetenzen □ SWE aus prästationärer Erhebung < 29 Punkte		
	□ Komplikationen mit der oder durch die Therapie oder Nebenwirkungen (wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Schwitzen, Schwindel)		
	□ Einbuße an Lebensqualität, Funktionalität oder soz. Teilhabe □ Barthel-Index ≤ 50 Punkte (relativ bis vollkommen unselbständig)		
Aspekte aus dem pflegerischen Assessment notiert	Schmerzlokalisation seit der Operation		
	Umfang der Einschränkung lt. Barthel-Index □ 0-25 Punkte (vollkommen unselbständig) □ 26-50 Punkte (relativ unselbständig) □ 51-75 Punkte (relativ selbständig) □ 76-100 Punkte (vollkommen selbständig)		
	Ergebnis der Evaluation der partizipativen Zielformulierungen, ggf. deren Anpassung oder neue Zielformulierungen		

Erzählung für *den Patienten*
Im Entlassungsgespräch konnte Herr Sonne gemeinsam mit dem Personal sicherstellen, dass er in der ersten Zeit Hilfe durch seine Familie hat und er sich gut informiert fühlte. Mit den gegebenen Informationen hatte er das Gefühl die weitere Genesung selbst positiv beeinflussen zu können.
Zuhause war Herr Sonne bereits wieder in der Lage, sich selbst zu versorgen. Seine Familie und Freunde sind in den ersten Wochen mit ihm einkaufen gegangen, damit er nicht schwer heben musste und ebenso wurden gezielte Strategien diskutiert, die Herrn Sonne zunächst eine angemessene körperliche Be- und Entlastung ermöglichte. Insbesondere hat Herr Sonne die von der Physiotherapie gezeigten Übungen Zuhause weitergeführt und gemeinsam mit Freunden oder der Familie Spaziergänge unternommen, die er langsam ausgeweitet hat und so seine Beweglichkeit und seine Fitness gefördert hat.

Erzählung für *den Patienten* - leichte Sprache
Im Entlassungsgespräch konnte Herr Sonne gemeinsam mit dem Personal sicherstellen, dass er in der ersten Zeit Hilfe durch seine Familie hat und er sich gut informiert fühlte. Mit den gegebenen Informationen hatte er das Gefühl die weitere Genesung selbst positiv beeinflussen zu können.
Zuhause war Herr Sonne bereits wieder in der Lage, sich selbst zu versorgen. Seine Familie und Freunde sind in den ersten Wochen mit ihm einkaufen gegangen, damit er nicht schwer heben musste und ebenso wurden gezielte Strategien diskutiert, die Herrn Sonne zunächst eine angemessene körperliche Be- und Entlastung ermöglichte. Insbesondere hat Herr Sonne die von der Physiotherapie gezeigten Übungen Zuhause weitergeführt und gemeinsam mit Freunden oder der Familie Spaziergänge unternommen, die er langsam ausgeweitet hat und so seine Beweglichkeit und seine Fitness gefördert hat.

Erzählung für *die Patientin*
Im Entlassungsgespräch konnte Frau Sonne gemeinsam mit dem Personal sicherstellen, dass sie in der ersten Zeit Hilfe durch ihre Familie hat und sie sich gut informiert fühlte. Mit den gegebenen Informationen hatte sie das Gefühl die weitere Genesung selbst positiv beeinflussen zu können.
Zuhause war Frau Sonne bereits wieder in der Lage, sich selber zu versorgen. Ihre Familie und Freunde sind in den ersten Wochen mit ihr einkaufen gegangen, damit sie nicht schwer heben musste und ebenso würden gezielte Strategie diskutiert die Frau Sonne zunächst eine angemessene körperliche Be- und Entlastung ermöglichte. Insbesondere hat Frau Sonne die von der Physiotherapie gezeigten Übungen Zuhause weitergeführt und gemeinsam mit Freunden oder der Familie Spaziergänge unternommen, die sie langsam ausgeweitet hat und so ihre Beweglichkeit und ihre Fitness gefördert.

Erzählung für *die Patientin* - leichte Sprache
Im Entlassungsgespräch konnte Frau Sonne gemeinsam mit dem Personal sicherstellen, dass sie in der ersten Zeit Hilfe durch ihre Familie hat und sie sich gut informiert fühlte. Mit den gegebenen Informationen hatte sie das Gefühl die weitere Genesung selbst positiv beeinflussen zu können.
Zuhause war Frau Sonne bereits wieder in der Lage, sich selber zu versorgen. Ihre Familie und Freunde sind in den ersten Wochen mit ihr einkaufen gegangen, damit sie nicht schwer heben musste und ebenso würden gezielte Strategie diskutiert die Frau Sonne zunächst eine angemessene körperliche Be- und Entlastung ermöglichte. Insbesondere hat Frau Sonne die von der Physiotherapie gezeigten Übungen Zuhause weitergeführt und gemeinsam mit Freunden oder der Familie Spaziergänge unternommen, die sie langsam ausgeweitet hat und so ihre Beweglichkeit und ihre Fitness gefördert.

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte dokumentieren Sie **einmal pro Woche zu einem Zeitpunkt Ihrer Wahl** nach Ihrem Aufenthalt im Krankenhaus, wie es Ihnen im Alltag nach der Operation geht. Bitte nehmen Sie diese Aufzeichnungen bei Ihrem nächsten Termin mit der Pflegeperson aus dem Behandlungsteam mit, damit Sie in einem gemeinsamen Gespräch den Verlauf im Alltag thematisieren können.

Wie gut können Sie die Aktivitäten im Alltag ausführen?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und nutzen Sie das Kommentarfeld für besonders positive Erlebnisse oder eventuelle Einschränkungen.

Datum																								
Essen	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aufstehen vom Bett/(Roll-)Stuhl	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Waschen	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Toilettenbenutzung	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Baden	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Gehen/Rollstuhlfahren auf Flurebene	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Treppen steigen	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
An- und Auskleiden	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Stuhlkontrolle	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Urinkontrolle	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Legende: 1 (sehr gut) 2 (gut) 3 (weniger gut) 4 (schlecht)

Kommentare:

Wie ist Ihre momentane Stimmung?

Bitte kreuzen Sie an, was aus Ihrer Sicht am besten Ihre momentane Stimmungslage widerspiegelt. Nutzen Sie gerne auch das Kommentarfeld, um dies näher zu beschreiben.

Datum																								
Momentane Stimmungslage	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Legende: 1 (sehr gut) 2 (gut) 3 (weniger gut) 4 (schlecht)

Kommentare:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer momentanen Schmerzsituation?

Bitte kreuzen Sie an, was aus Ihrer Sicht am besten Ihre momentane Schmerzsituation widerspiegelt. Nutzen Sie gerne auch das Kommentarfeld, um dies näher zu beschreiben.

Datum																								
Momentane Schmerzsituation	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Legende: 1 (sehr zufrieden) 2 (zufrieden) 3 (weniger zufrieden) 4 (unzufrieden)

Kommentare:

Was hat aus Ihrer Sicht zu Ihrer momentanen Situation beigetragen?

Bitte notieren Sie hier von Ihnen gewählte Strategien bzw. Maßnahmen:

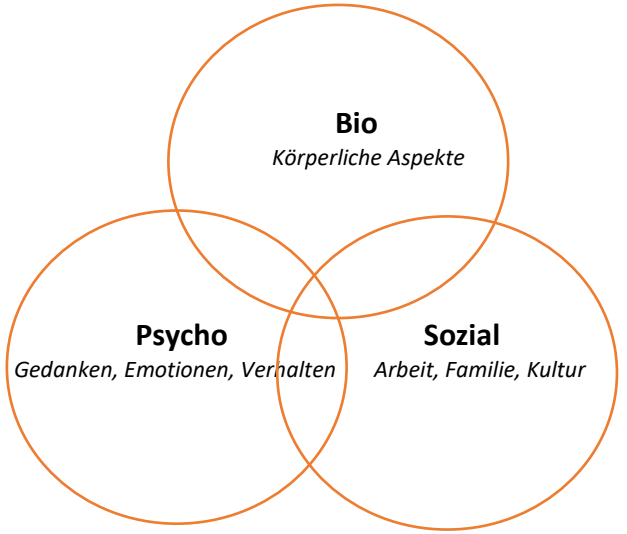
Wir freuen uns auf den nächsten Termin mit Ihnen!

Ihr Behandlungsteam

Bio-psycho-soziales Schmerzmodell

Informationen zum Gewebezustand nach einer Verletzung, einer Operation oder aufgrund entzündlicher Prozesse werden ans Gehirn gemeldet. Dort wird entschieden, ob und wie Schmerz empfunden wird.
Ob und wie wir einen Schmerzreiz empfinden, hängt jedoch nicht nur vom Nervensignal ab, sondern ist ein Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, worunter auch familiäre und kulturelle Erfahrungen mit Schmerz fallen.

(Carr & Mann, 2014; Engel, 1977; Dräger et al., 2014)

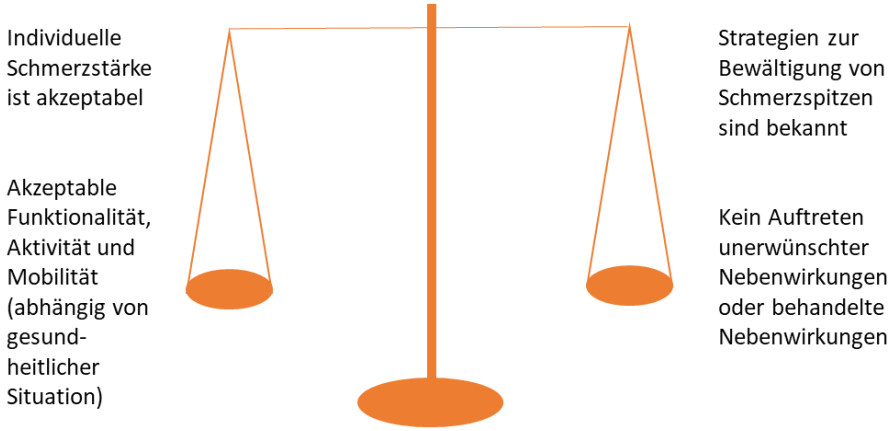


Das Ziel der Schmerzversorgung ist das Erreichen einer STABILEN SCHMERZSITUATION

Eine stabile Schmerzsituation liegt dann vor, wenn diese aus Ihrer persönlichen Sicht akzeptabel ist.
Die Grafik zeigt die wesentlichen Kriterien für das Vorhandensein einer stabilen Schmerzsituation.

vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP] (2020), S.30

Wesentliche Kriterien für eine stabile Schmerzsituation



Ask me 3-Methode©

Zur Klärung Ihrer Gesundheits-/Schmerzsituation können Sie die sogenannte Ask me 3-Methode© im Kontakt mit Ihrem Behandlungsteam anwenden.

Dabei können Sie sich immer wieder die folgenden 3 Fragen selber stellen und im Behandlungsteam nachfragen, wenn Sie sich eine oder mehrere der Fragen nicht selbst beantworten können.

vgl. Schmidt-Kaehler et al. (2017)



Führen eines Aktivitätsprotokolls

Das Aktivitätsprotokoll sollen Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus regelmäßig führen, um eine Übersicht Ihrer **Aktivitäten im Alltag**, Ihrer **Stimmung** und Ihrer **Schmerzsituation** zu haben und **positive Erlebnisse** sowie auch **mögliche Auffälligkeiten** besser mit Ihrem Behandlungsteam besprechen zu können. Zudem ist auch angedacht, dass Sie die **Maßnahmen/Strategien**, die Sie im Alltag angewendet haben, um Ihre Situation positiv zu beeinflussen, notieren.
Das Ziel besteht in der Bewältigung des Alltags.

Datum				
Essen	1	2	3	4
Aufstehen vom Bett/(Roll-)Stuhl	1	2	3	4
Waschen	1	2	3	4
Toilettenbenutzung	1	2	3	4
Baden	1	2	3	4
Gehen/Rollstuhlfahren auf Flurebene	1	2	3	4
Treppen steigen	1	2	3	4
An- und Auskleiden	1	2	3	4
Stuhlkontrolle	1	2	3	4
Urinkontrolle	1	2	3	4

Datum				
Momentane Stimmungslage	1	2	3	4

Datum				
Momentane Schmerzsituation	1	2	3	4

Was hat aus Ihrer Sicht zu Ihrer momentanen Situation beigetragen?
Bitte notieren Sie hier von Ihnen gewählte Strategien bzw. Maßnahmen:

Nicht-medikamentöse Maßnahmen

Schmerz ist im Sinne des biopsychosozialen Modells ein komplexes Geschehen. Eine Kombination medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen ist dabei sinnvoll.
Im Gespräch mit Ihrer betreuenden Pflegeperson aus dem Behandlungsteam werden Sie – abgestimmt auf Ihre individuelle Situation – Möglichkeiten der Anwendung nicht-medikamentöser Maßnahmen erfahren.

vgl. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (2020)

Überblick möglicher nicht-medikamentöser Maßnahmen

Aromapflege

= Einsatz naturbelassener ätherischer Öle, fetter Pflanzenöle und Hydrolate zur Förderung des Wohlbefindens, zur Angst- und Stressreduktion sowie zur Reduktion von Therapienebenwirkungen.

Bewegen, Unterstützen, Lagerung

= gezielte Bewegung, schmerzlindernde Positionierung mit dem Ziel der Entlastung des schmerzauslösenden Areals, der Muskelentspannung, etc. (je nach Operationsart).

Ablenkung

= Strategien, um die Aufmerksamkeit vom Schmerz hin zu angenehmen Gedanken zu lenken.

Musik

= gezieltes Hören von Musik in der postoperativen Phase mit dem Ziel der Entspannung und Schmerzreduktion.
Dies dient als Ablenkung.

Kühlung

= Aufbringen gekühlter Gelbeutel oder Eisbeutel; dient der Schmerzlinderung und Abschwellung im OP-Gebiet.

Literatur

Carr, E. C. J. & Mann, E. M. (2014). Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe. (3. überarb. u. erg. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2020). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie*. Osnabrück: DNQP.

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (2020). Booklet nicht-medikamentöse Therapieverfahren im Schmerzmanagement.

Dräger, D., Könner F., Budnick, A., Kreutz, R. & Kopf, A. (2014). Schmerz im Alter. In A. Kuhlmey & W. von Renteln-Kruse (Hrsg.), Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt (S. 1-110). Berlin: de Gruyter.

Engel, G.I. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136.

Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E.M., Horn, A. & Schaeffer, D. (2017). *Gesundheitskompetenz – verständlich informieren und beraten: Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz.* Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät Gesundheitswissenschaften.

Checkliste Ablauf der poststationären Phase
TPS Pflegefachkräfte

Inhalte		ja	nein
Sichten der Dokumentation des ärztlichen TPS-Mitglieds	Aktuelle Schmerzsituation (Schmerzintensität und Verlauf)		
	Schmerzsituation seit der Operation		
	Schmerzorte		
	Schmerzqualität/Vorhandensein neuropathischer Schmerzen		
	Aktuelle poststationäre med. Schmerztherapie		
	Mögliche Nebenwirkungen der Schmerztherapie		
	Durchgeführte nicht-med. Maßnahmen		
Eigene Erhebung im Gespräch mit der Patientin/dem Patienten	Erhebung der Schmerzlokalisation seit der Operation (nur, wenn NRS in Ruhe oder unter Belastung ≥ 1)		
	schmerzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (CPAQ-D)		
	Alltagsaktivitäten (Barthel-Index)		
Erstellung Risikoprofil			
Evaluation/ggf. Anpassung der partizipativen Ziele oder Formulierung neuer Ziele			
<u>bei erhöhtem Risiko:</u> Vermittlung der obligaten Edukationsinhalte	*Inhalte orientieren sich an der Evaluation der Zielvereinbarung, optionale Elemente:* – Ressourcen nutzen zur Alltagsgestaltung mit Schmerzen – Schulung zur Nutzung eines Aktivitätsprotokolls – Besprechen der Inhalte der Patient/innen-Informationsbroschüre – Information über die sichere Aufbewahrung und korrekte Einnahme der Schmerztherapie /Anwendung von nicht-med. Maßnahmen		
	Wahrnehmung eines 2. ambulanten Termins wird empfohlen		
Edukationsinhalte für den <u>2. ambulanten Termin</u>	*Inhalte orientieren sich an der Evaluation der Zielvereinbarung:* – Ressourcen nutzen zur Alltagsgestaltung mit Schmerzen – Schulung zur Nutzung eines Aktivitätsprotokolls – Information über die sichere Aufbewahrung und korrekte Einnahme der Schmerztherapie /Anwendung von nicht-med. Maßnahmen		

Inhalte		ja	nein
<u>ohne erhöhtes Risiko:</u> Vermittlung der Edukationsinhalte	Edukationsmaßnahmen erfolgen ausschließlich, sofern in der TPS-Teamsitzung geplant		
	Wahrnehmung eines 2. ambulanten Termins wird nicht empfohlen		
Vorbereitung Teamsitzung			
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste Inhalte Vorbereitung Teamsitzung
TPS-Pflegefachkräfte

Vorbereitung auf die Teamsitzung		ja	nein
Ergebnis der Risikoprofil-einschätzung notiert	□ Schmerzlinderung und -situation ist dauerhaft aus Sicht der Patientin/des Patienten nicht akzeptabel		
	□ Gesundheits- und alltagsbezogene Krisen treten auf		
	□ Versorgungsbrüche entstehen, fehlende/unzureichende familiale, soziale oder professionelle Unterstützung		
	□ Geringe Selbstwirksamkeitserwartung und damit fehlende Selbstmanagementkompetenzen □ SWE aus prästationärer Erhebung < 29 Punkte		
	□ CPAQ-D bei Patientinnen und Patienten, die seit mind. 3 Monaten präoperativ Schmerzen hatten: □ Ergebnis zur Aktivitätsbereitschaft < 22 und/oder □ Ergebnis zur Schmerzbereitschaft < 12		
	□ Komplikationen mit der oder durch die Therapie oder Nebenwirkungen (wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Schwitzen, Schwindel)		
	□ Einbuße an Lebensqualität, Funktionalität oder soz. Teilhabe □ Barthel-Index ≤ 50 Punkte (relativ bis vollkommen unselbständig)		
Aspekte aus dem pflegerischen Assessment notiert	Schmerzlokalisation seit der Operation		
	CPAQ-D-Wert (schmerzbez. Selbstwirksamkeitserwartung) □ Ergebnis zur Aktivitätsbereitschaft < 22 und/oder □ Ergebnis zur Schmerzbereitschaft < 12		
	Umfang der Einschränkung lt. Barthel-Index □ 0-25 Punkte (vollkommen unselbständig) □ 26-50 Punkte (relativ unselbständig) □ 51-75 Punkte (relativ selbständig) □ 76-100 Punkte (vollkommen selbständig)		
	Ergebnis der Evaluation der partizipativen Zielformulierungen, ggf. deren Anpassung oder neue Zielformulierungen		

Psychologie

Prävention operationsbedingter chronischer Schmerzen durch Einführung eines „Transitional Pain Service“

Mentales Kontrastieren und Durchführungsvorsätze

Theorie

Schmerzbezogene Befunde

Umsetzung in POET-Pain

Nextcloud - Inhalte

- Dokumentationsunterlagen für Patient:innenkontakte und deren Vor-/ Nachbereitung
- Checklisten
- Präsentation der Intensivschulung zum psychologischen Vorgehen
- Literatur zur Methodik des MCII
- Präsentation zur Beurteilung nach MASK-P
- Dokumentationsbögen für einzelne Kontakte
- später auch aktualisierte Handbücher dort

(Pfad: Dateien >> Finale_POET-Studienunterlagen >> Intensivschulungen >> Psychologie)

Die Theorie



Mental Contrasting and Implementation Intentions [MCII]

Mentales Kontrastieren und Durchführungsvorsätze

(Gabriele Oettingen und Peter Gollwitzer)



Grundlage: „fantasy realization theory“ (Oettingen, 2000)
Wie gehen Menschen mit Fantasien über eine positive Zukunft um?

MCII: eine evidenzbasierte Selbstregulationsstrategie zur Zielsetzung & Zielerreichung

zwei Komponenten:

1. MC = Mental Contrasting (Mentales Kontrastieren)
2. II = Implementation Intentions (Wenn-Dann-Pläne)

Mental Contrasting and Implementation Intentions [MCII]

Mentales Kontrastieren und Durchführungsvorsätze

(Gabriele Oettingen und Peter Gollwitzer)

Psychologische Selbstkontrollstrategie zur Zielsetzung und Zielrealisierung

Grundansatz:

Zielformulierungen

Ziele: persönlich wichtig

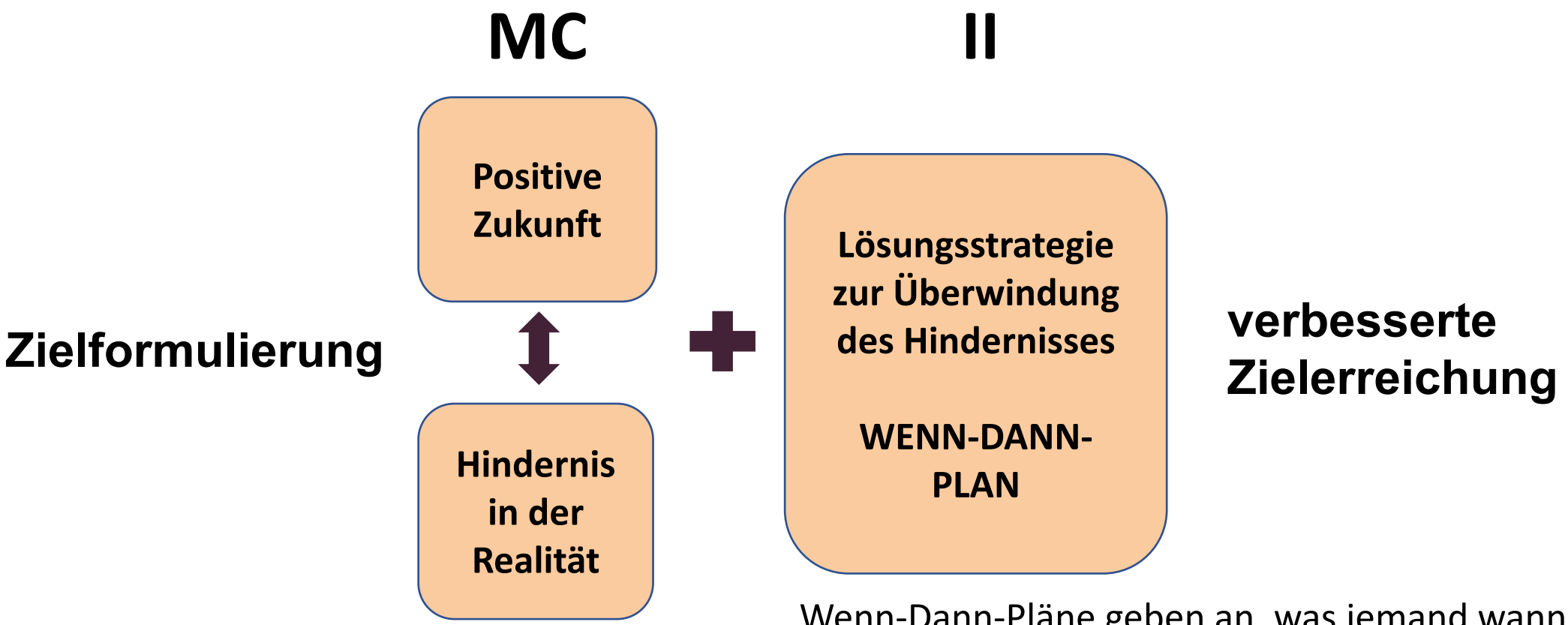
realisierbar

+ Positive Zukunftsaspekte kontrastiert mit Hindernissen [MC]
+ Formulierung von Vorsätzen/ Strategien zur Überwindung der Hindernisse [II]

falls positive Zielerwartung:

→ Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung steigt

Mentales Kontrastieren und Vorsatzbildung



Wenn-Dann-Pläne geben an, was jemand wann, wo und wie tun will, um das Ziel zu erreichen

Interventionsdauer	30 Minuten	30 Minuten

Schmerzbezogene Befunde

PAIN® 149 (2010) 444–452

PAIN®

www.elsevier.com/locate/pain

A short goal-pursuit intervention to improve physical capacity: A randomized clinical trial in chronic back pain patients

Sandra Christiansen [a,*], Gabriele Oettingen [b], Bernhard Dahme [c], Regine Klinger [a]

[a] Department of Psychology, Outpatient Clinic of Behavior Therapy, University of Hamburg, Von-Melle-Park 5, D-20146 Hamburg, Germany
[b] New York University/University of Hamburg, Department of Psychology, 6 Washington Place, 7th Floor, New York, NY 10003, USA
[c] Department of Psychology, University of Hamburg, Von-Melle-Park 5, D-20146 Hamburg, Germany

Fragestellung:

Bewirkt MCII (ergänzt mit CBT) integriert in einer ambulanten Rehabilitationsbehandlung eine Verbesserung der Beweglichkeit?

Methodik

Patienten:	60 Patienten mit chronischem Rückenschmerz (>6 Mo.) ambulante Reha-Behandlung über 3 Wochen (Edukation; Physiotherapie; Entspannung)
Versuchsplan:	2x3-faktorieller Versuchsplan mit den Faktoren - Gruppe (TAU+MCII-CBT vs. TAU): randomisiert (2x30) - Zeit (baseline; Programmende; 3 Monate nach Ende)
Outcome-Maße:	- ADL (Funktionsfragebogen Hannover) - Lifting-Test (wiederholtes Gewichtheben) - Fahrradergometer (Watt bis HR = 200-Alter) - Schmerzintensität (NRS): aktuell; durchschnittlich; maximal

Durchführung MCII-CBT

Wish to exercise

Mental Contrasting

Positive aspects	**Obstacles**
• being fitter	• pain is too strong
• having fun	• not enough time
• having more contact with other people	• not feeling like exercising
• being distracted from pain	• tiredness

Example of mental elaborating:

"I would feel better if I exercise more. My body will then develop more muscles, I would be able to walk further and for longer, I would feel happy about myself".	"Pain is too strong so that I am unable to move; any movement could cause damage. While moving pain would get higher and higher and I would need more pills."

CBT-orientated Problem-Solving: Dealing with the fear of moving: Telling the patient that …

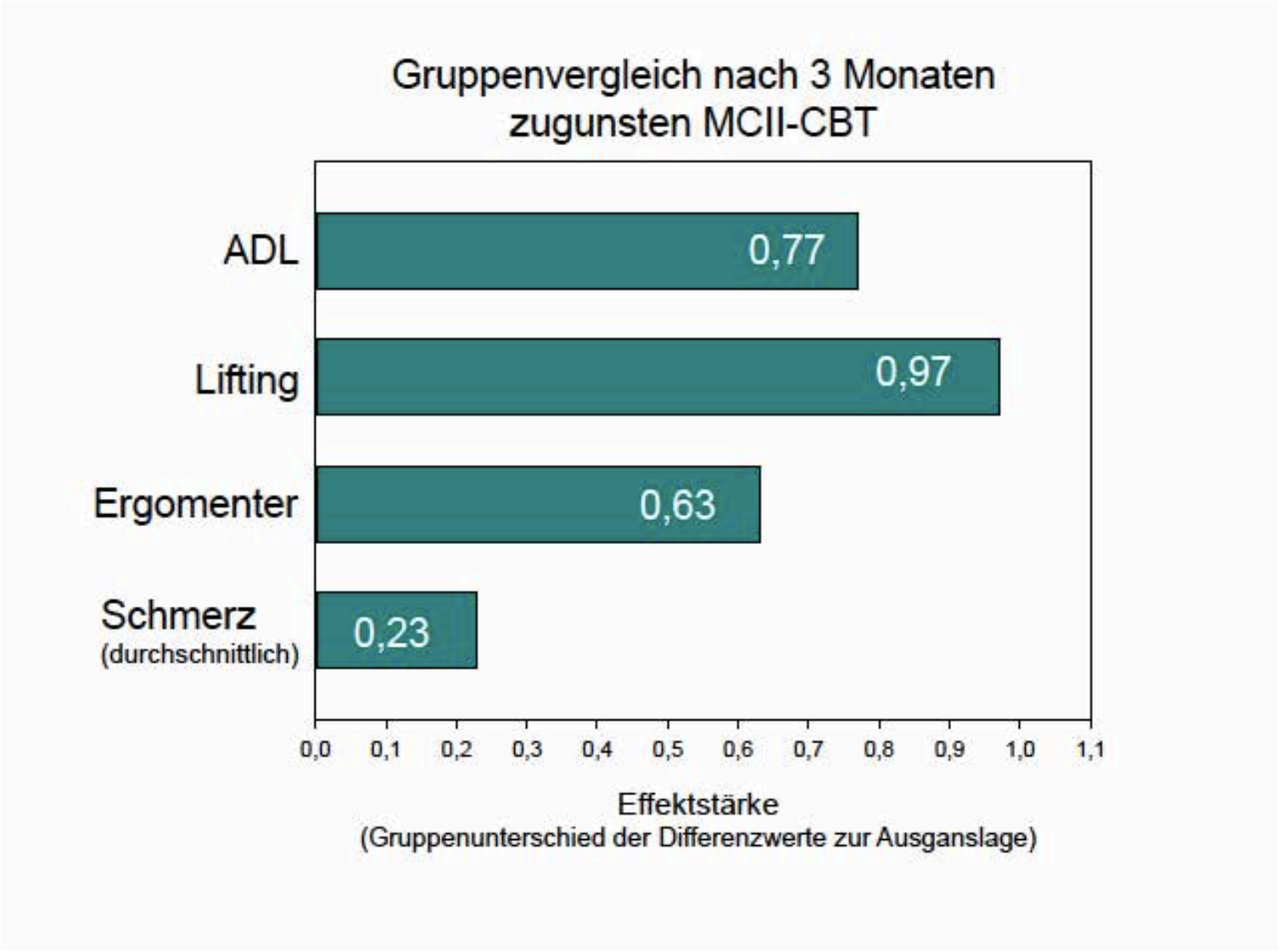
- moving does not cause damage
- exercising is effective against the pain triggered by muscle tension
- avoiding to move enhance the fear of moving and cause more pain

Implementation Intentions: Making if-then-plans

"If I am afraid of causing damage to myself I will remember that movement is good against pain"

"If it is Monday or Wednesday at five o'clock I will go to the fitness studio after work and exercise"

Fig. 3. Example of the intervention modules.

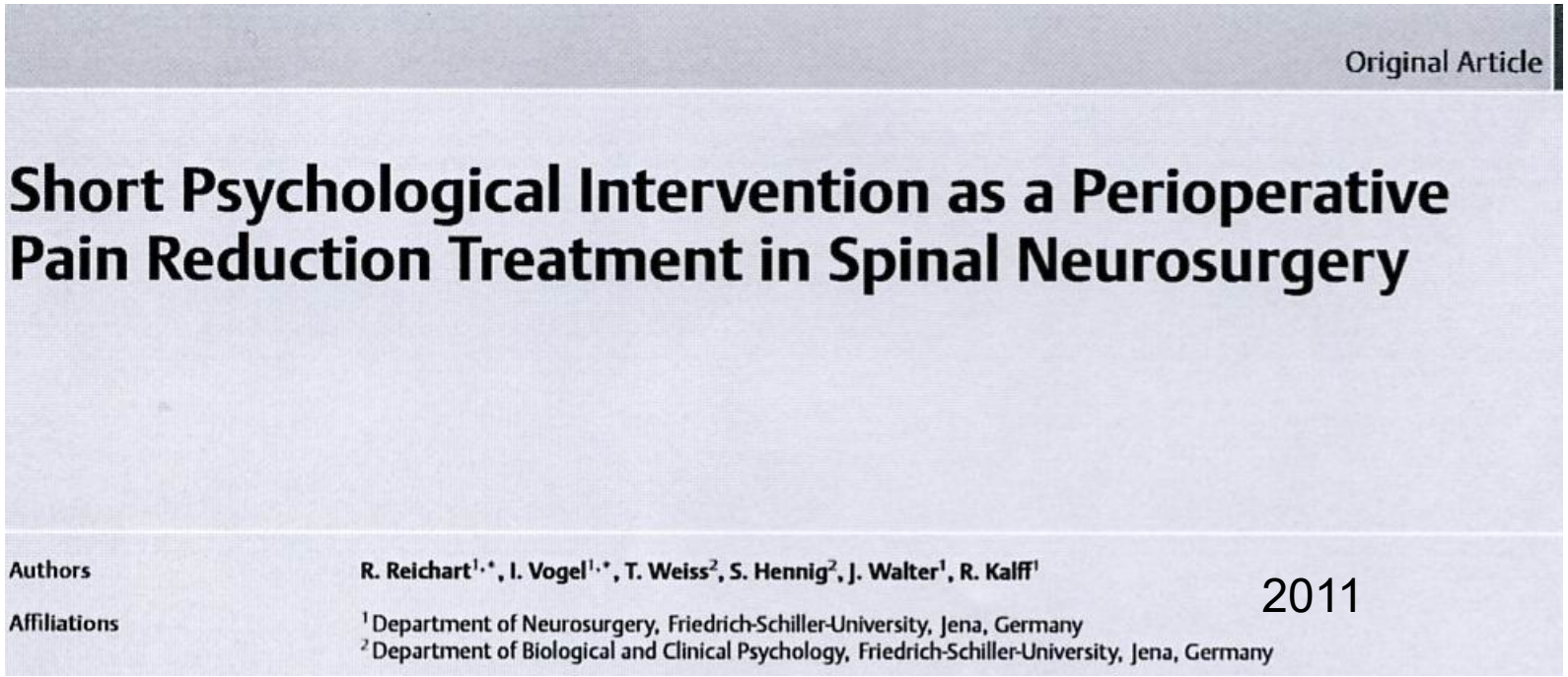

Gruppenvergleich nach 3 Monaten
zugunsten MCII-CBT
ADL
0,77
Lifting
0,97
Ergomenter
0,63
Schmerz
(durchschnittlich)
0,23
0,0
0,1
0,2
0,3
0,4
0,5
0,6
0,7
0,8
0,9
1,0
1,1
Effektstärke
(Gruppenunterschied der Differenzwerte zur Ausganslage)

Ausblick:

„In the area of prevention of chronic pain, the intervention could be integrated in multimodal assessment programs as a short-term psychological intervention for sub-acute or chronic back pain patients“

(Christiansen et al., 2010)

Beispiel für MCII realisiert im stationären Kontext
zur Optimierung des postoperativen Outcomes nach Wirbelsäulenoperation



Original Article

Short Psychological Intervention as a Perioperative Pain Reduction Treatment in Spinal Neurosurgery

Authors: R. Reichart[1,*], I. Vogel[1,*], T. Weiss[2], S. Hennig[2], J. Walter[1], R. Kalff[1]

Affiliations: [1] Department of Neurosurgery, Friedrich-Schiller-University, Jena, Germany
[2] Department of Biological and Clinical Psychology, Friedrich-Schiller-University, Jena, Germany

2011

Methodik

Patienten:	39 Patienten mit neurochirurgischer Operation an der Wirbelsäule
Versuchsplan:	2x2-faktorieller Versuchsplan mit den Faktoren - Gruppe (SPI vs. kein Training): randomisiert - Zeit (praeoperativ und 6 Wochen postoperativ)
Outcome-Maße:	- mittlere Schmerzintensität (NRS) - größte Schmerzstärke (NRS) - Fear-avoidance Beliefs (FABQ) - Physical Fitness (FFB-H-R)

Short Psychological Intervention (SPI)

1. Sitzung (präoperativ, Dauer: ca. 30 Minuten)
Mentales Kontrastieren (Gabriele Oettingen)

„Welche Ziele möchten Sie nach dem Krankenhausaufenthalt erreichen?“

-> Beurteilung der persönlichen Bedeutsamkeit der genannten Ziele [NRS]
-> Auswahl des wichtigsten Ziels, das Patient auch für erreichbar hält

Positive Vorstellungen über ausgewähltes Ziel wurden mit Hindernissen versehen, die man zur Zielerreichung überwinden muss

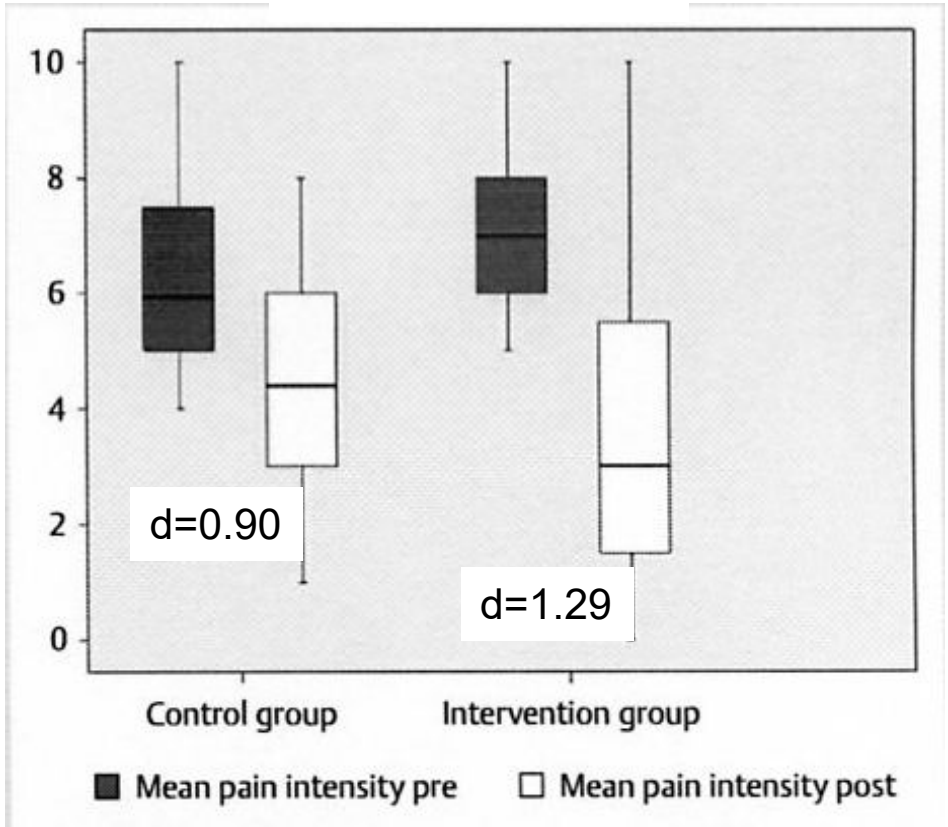
2. Sitzung (2-4 Tage postoperativ, Dauer ca. 30 Minuten)
Implementation Intention (Peter Gollwitzer)

mit Unterstützung des Psychologen wurden mögliche Verhaltensweise zur Überwindung der Hindernisse und zur Zielerreichung formuliert

Lösung wurde auf Karten geschrieben und dem Patienten mitgegeben (so dass die Karte immer erreichbar ist)

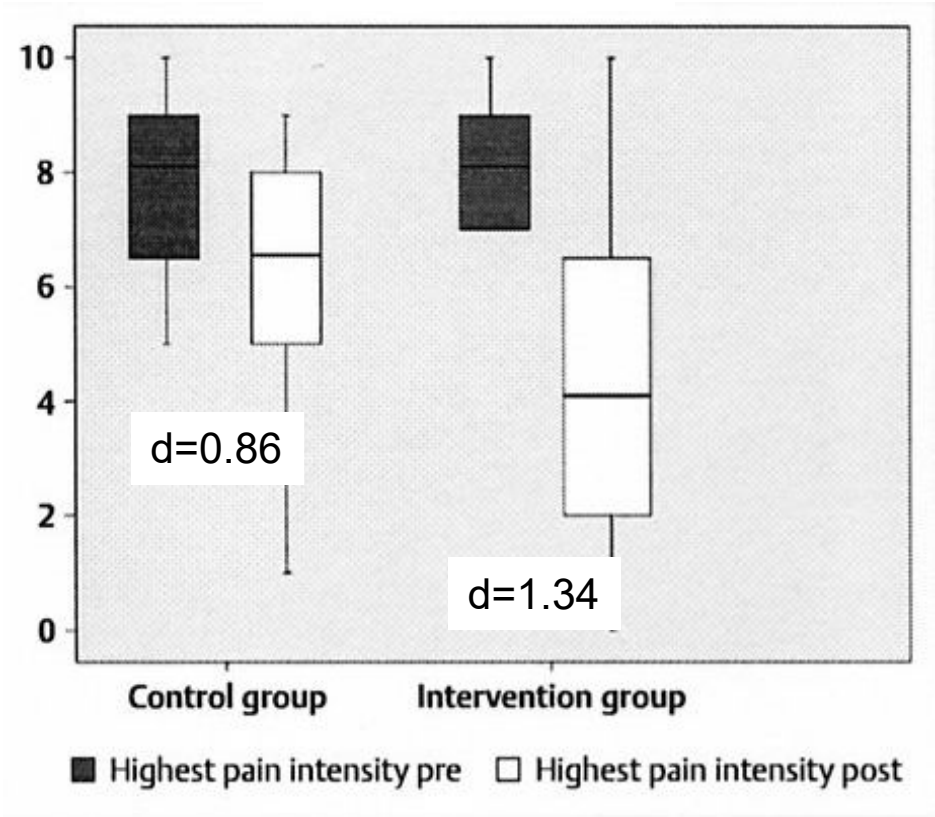
Ergebnisse: **Schmerz**beurteilung vor und 6 Wochen nach der Operation

Mittlerer Schmerz

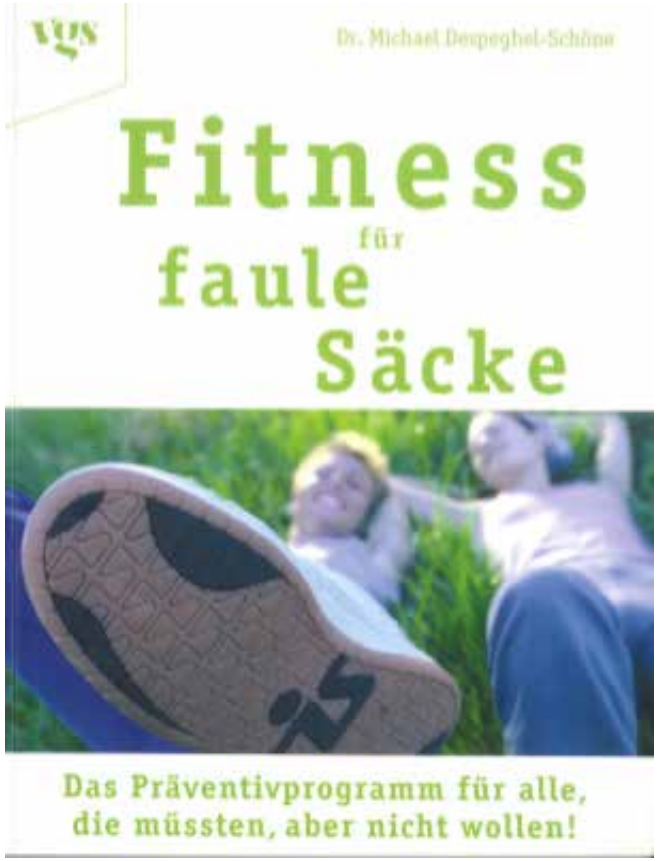


Gruppe: p = 0.21
Zeit: p < 0.001
G x Z: p = 0.051

Größter Schmerz



Gruppe: p = 0.08
Zeit: p < 0.001
G x Z: p = 0.03



Problematisierung durch Hinweise auf die Zukunft bei Mangel an Bewegung:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Beeinträchtigungen des Haltungsapparates
- Stoffwechselstörungen
- Radikale Verluste bei Kraft und Ausdauer

Selbsttests zur Quantifizierung von körperlicher Leistungsfertigkeit:

- Koordination
- Ausdauer
- Beweglichkeit
- Kraft

Erhofftes Ziel: Motivation zum Bewegungstraining und Bindung an Bewegungszielen

Problem: Der gesundheitsbezogene Erfolg einer Bewegungsmaßnahme wird erst längerfristig bemerkbar, er ist mit Aufwand / Mühen /Energie verbunden und es ist für das Individuum nicht sicher, dass er eintritt.

Folge: „Etwa die Hälfte aller Menschen, die von selbst anfangen, Sport zu treiben, gibt innerhalb der ersten 6 Monate wieder auf“ (Oettinger, 2014)

Geringe subjektive Erfolgswahrscheinlichkeit für ein Verhaltensziel reduziert notwendige Aktivitäten zur Zielverwirklichung

Ein **Lösungsansatz**: (Bewegungs-)ziele formulieren
die persönlich gewünscht werden / wichtig sind
die persönlich erreichbar erscheinen
die nicht an externe Bedingungen gebunden sind


Allianz Gesundheitswelt > Gesundheit und Ernährung > Seelische Gesundheit > Die MCII-Methode
Motivationshilfe
Die MCII-Methode
Mit der MCII-Methode gelingt es, sich Ziele zu setzen und Hindernisse aus dem Weg zu räumen.

Physical Activity in Women
Effects of a Self-Regulation Intervention

Gertraud Stadler, PhD, Gabriele Oettingen, PhD, Peter M. Gollwitzer, PhD

Methodik

Patienten: 256 Frauen (30-50 Jahre), angeworben über Anschreiben der Krankenkasse

Versuchsplan: 2x5-faktorieller Versuchsplan mit den Faktoren
- Gruppe (INFO+MCII: n=127 vs. INFO: n=129): randomisiert
- Zeit (baseline; nach 1., 4., 8., 16. Woche nach Intervention)

Outcome-Maß: - Sportliche Aktivität (Tagebucherfassung): Minuten pro Woche

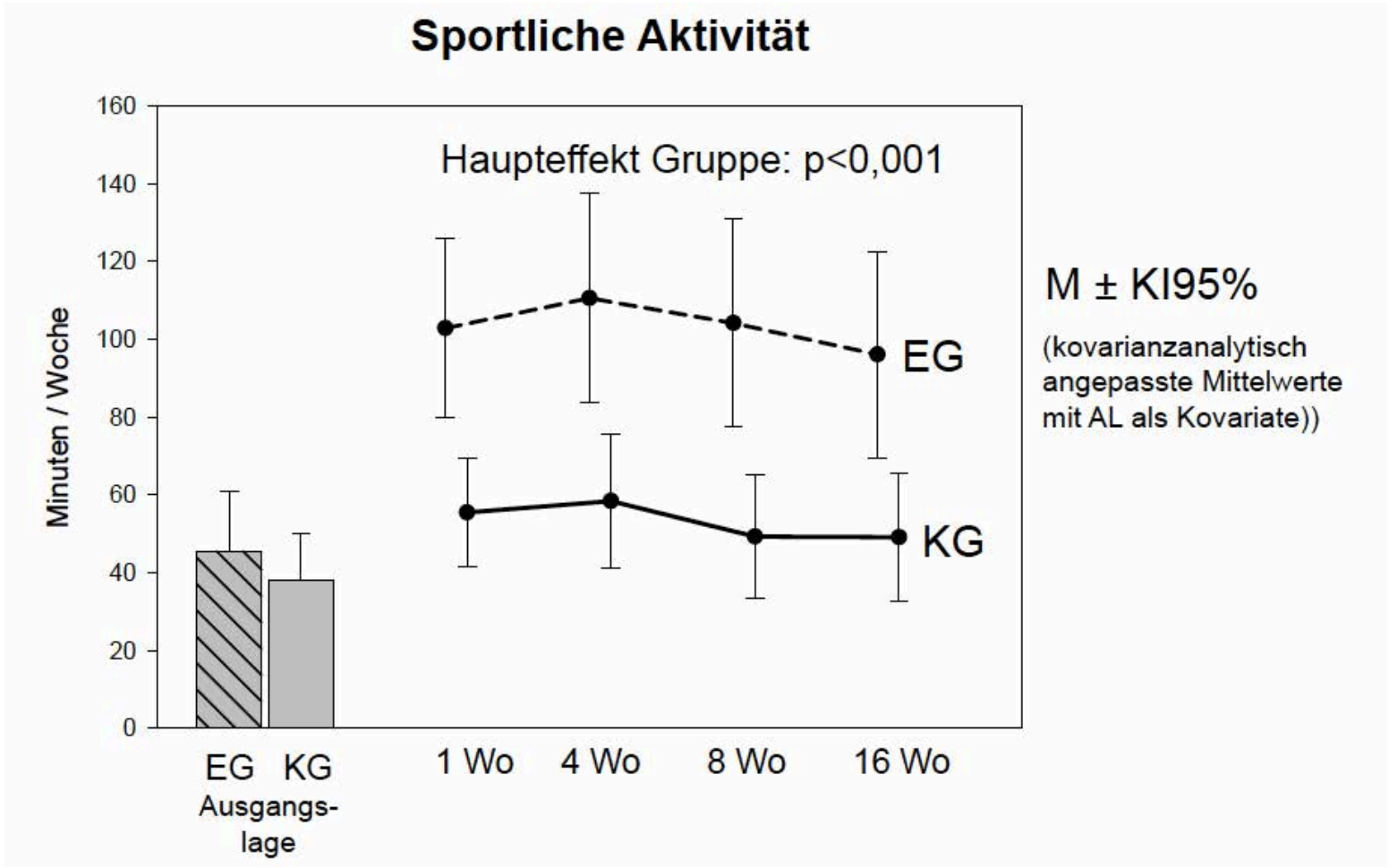
Umsetzung MCII:

(1) Wichtigster Wunsch hinsichtlich körperlicher/sportlicher Aktivität
(z.B. möchte mit dem Fahrrad zur Arbeit fahren)

(2) Wunschergebnis
(z.B. möchte sportlichere körperliche Figur entwickeln)

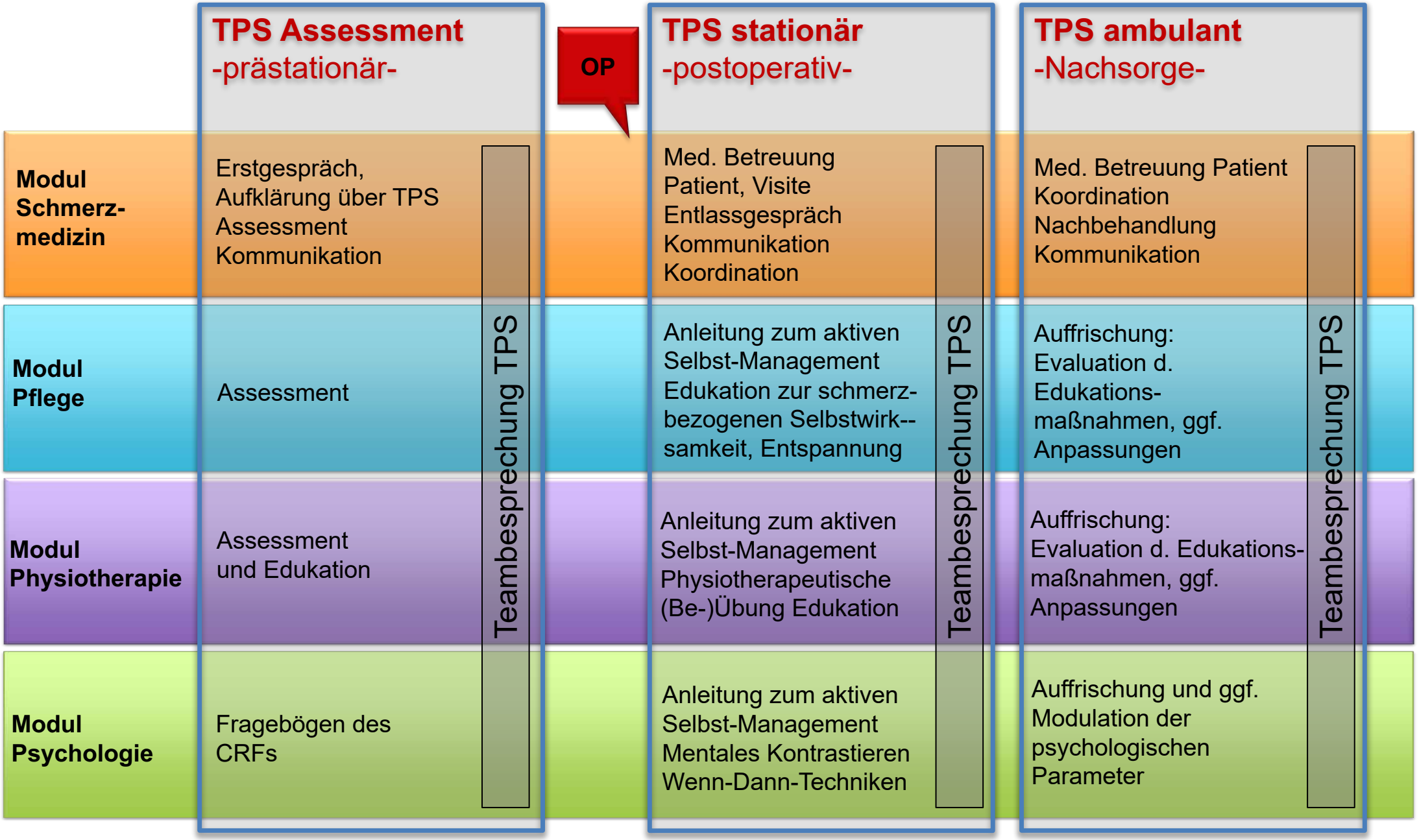
(3) Wichtigstes Hindernis
(z.B. zu spätes morgendliches Aufstehen)

(4) Wenn-Dann-Plan
(z.B. wenn ich morgens zu spät aufstehe lasse ich die Zeitung morgens weg)

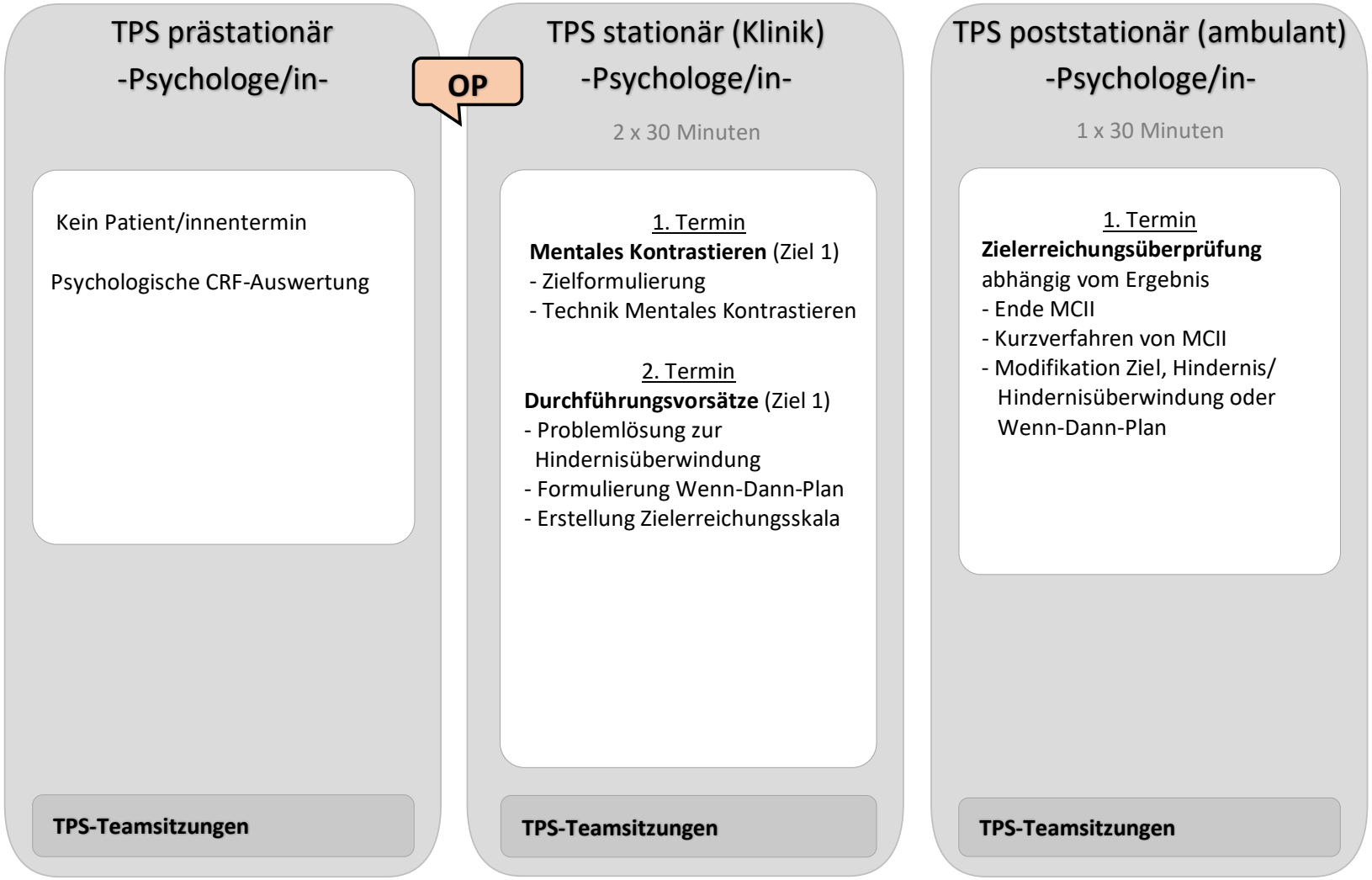


Stadler et al. (2009)

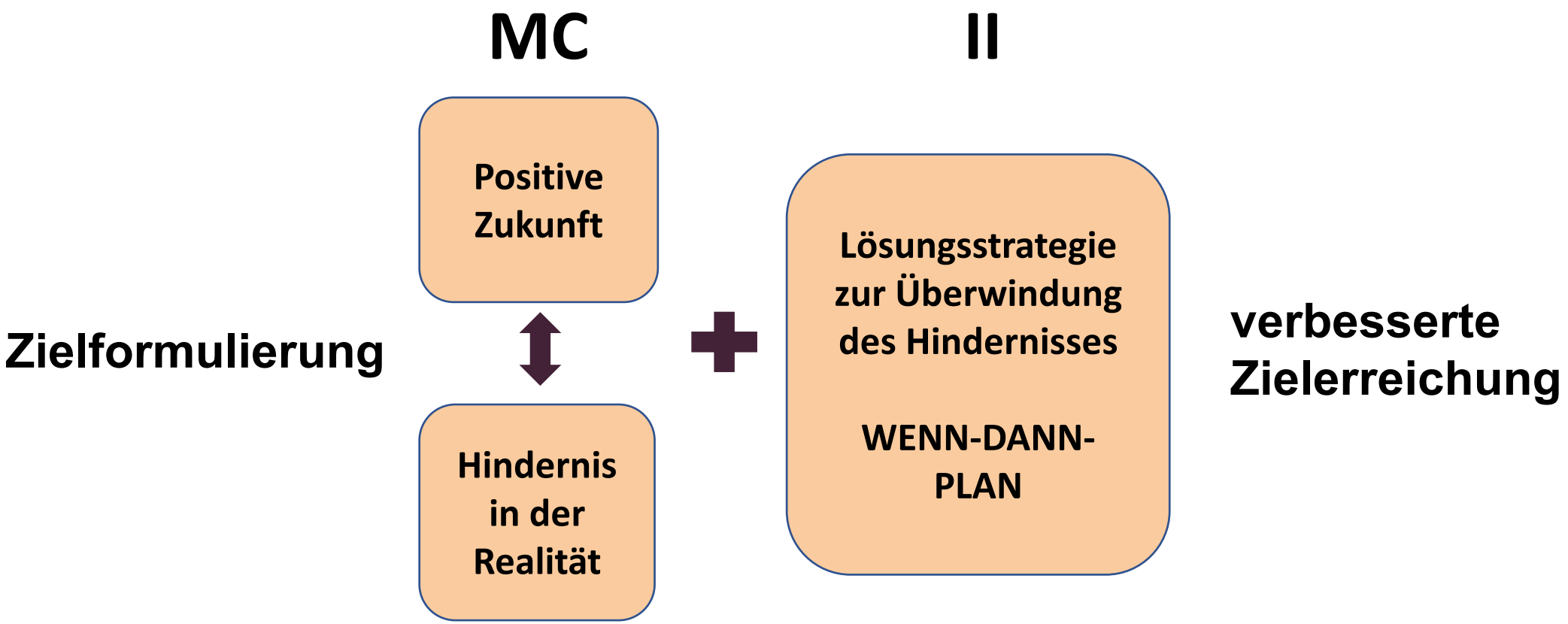
Die Umsetzung in POET-Pain


TPS Assessment
-prästationär-
OP
TPS stationär
-postoperativ-
TPS ambulant
-Nachsorge-
Modul Schmerz-medizin
Erstgespräch, Aufklärung über TPS Assessment Kommunikation
Med. Betreuung Patient, Visite Entlassgespräch Kommunikation Koordination
Med. Betreuung Patient Koordination Nachbehandlung Kommunikation
Modul Pflege
Assessment
Anleitung zum aktiven Selbst-Management Edukation zur schmerz-bezogenen Selbstwirk--samkeit, Entspannung
Auffrischung: Evaluation d. Edukations-maßnahmen, ggf. Anpassungen
Modul Physiotherapie
Assessment und Edukation
Anleitung zum aktiven Selbst-Management Physiotherapeutische (Be-)Übung Edukation
Auffrischung: Evaluation d. Edukations-maßnahmen, ggf. Anpassungen
Modul Psychologie
Fragebögen des CRFs
Anleitung zum aktiven Selbst-Management Mentales Kontrastieren Wenn-Dann-Techniken
Auffrischung und ggf. Modulation der psychologischen Parameter
Teambesprechung TPS
Teambesprechung TPS
Teambesprechung TPS

Psychologische Disziplin im TPS



Mentales Kontrastieren und Vorsatzbildung

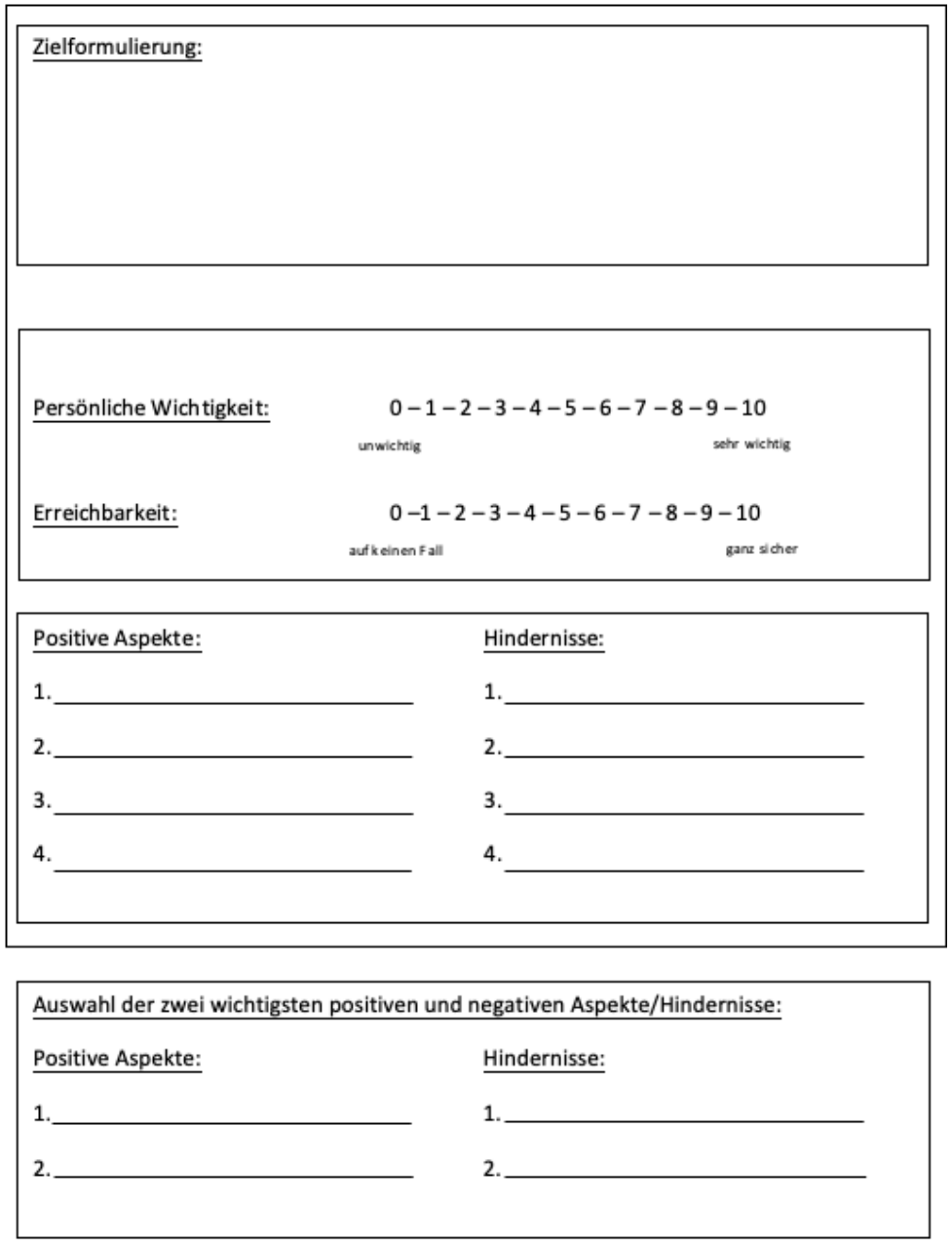


Interventionsdauer	30 Minuten	30 Minuten

Relevante Infos für MCII aus prästationärer Phase

aus prästationärer Teamsitzung mitnehmen	Wichtigstes Ziel der Personenspezifischen Funktionsskala (PSFS)
	Wunschperspektive des Patienten

Beispielauszug Dokumentation



Zielformulierung:

Persönliche Wichtigkeit: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
unwichtig sehr wichtig

Erreichbarkeit: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
auf keinen Fall ganz sicher

Positive Aspekte:	Hindernisse:
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

Auswahl der zwei wichtigsten positiven und negativen Aspekte/Hindernisse:

Positive Aspekte:	Hindernisse:
1.	1.
2.	2.

Übersicht der Interventionskontakte

stationär	1.Kontakt: Mentales Kontrastieren 2.Kontakt: Durchführungsvorsätze
poststationär	3.Kontakt: Evaluation der Zielerreichung

Einzelelemente des MCII 1

1. stationärer Termin **Mentales Kontrastieren** ***Mental Contrasting* (MC)**	1.1. Einführung psychologische Intervention
	1.2. Zielauswahl
	1.3. Zielformulierung
	1.4. Bewertung des Ziels nach persönlicher Bedeutsamkeit und Erreichbarkeit
	1.5. Sammlung positiver Aspekte und Hindernisse hinsichtlich der Zielerreichung
	1.6. Ausformulierung des wichtigsten positiven Aspektes
	1.7. Ausformulierung des wichtigsten Hindernisses
	1.8. Ausformulierung des zweitwichtigsten positiven Aspektes
	1.9. Ausformulierung des zweitwichtigsten Hindernisses
	1.10. Abschließende Zusammenfassung

Einzelelemente des MCII 2

2. (stationärer) Termin **Durchführungsvorsätze** ***Implementation Intentions* (II)**	2.1. Wiederholung der letzten Sitzung
	2.2. Brainstorming zu Hindernis 1
	2.3. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 1
	2.4. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 1
	2.5. Brainstorming zu Hindernis 2
	2.6. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 2
	2.7. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 2
	2.8. Wenn-Dann-Plan für Hindernis 1
	2.9. Wenn-Dann-Plan für Hindernis 2
	2.10. Wenn-Dann-Sätze notieren
	2.11. Zielerreichungsskala

1.1. Einführung psychologische Intervention

Inhalt	Überblick über die Intervention geben
	Motivation für die Durchführung der Intervention schaffen

1.1. Einführung

Psycholog:in	*Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass man seinen Genesungsverlauf selbst günstig beeinflussen kann. Ein Weg dorthin besteht darin, dass man sich ein Ziel vornimmt oder einen Wunsch, den man nach seinem Krankenhausaufenthalt in den folgenden Monaten erreichen möchte. Man nimmt sich also etwas vor, das einem lieb und wichtig ist und was grundsätzlich auch erreichbar ist und findet einen Weg, es in den Monaten nach seinem Krankenhausaufenthalt zu erreichen. Wir wissen, dass das Erreichen eines angestrebten Ziels sehr zu Wohlbefinden und zur Genesung beiträgt. Menschen, die das machen, geht es deutlich besser. Sie haben das Gefühl etwas für sie Wichtiges oder Wünschenswertes erreicht zu haben und dass dadurch, dass sie etwas bestimmtes getan haben.* *1/2*

1.1. Einführung

Psycholog:in	*Ich bin heute hier, um mit Ihnen zusammen über einen solchen Wunsch oder ein Ziel nachzudenken und wir werden ein Ziel heraussuchen, dass Sie nach Ihrem Krankenhausaufenthalt erreichen können und möchten. Das Ziel sollte ein persönlich wichtiger Wunsch sein. Danach werden wir uns zusammen Gedanken machen, was alles Schönes und Angenehmes geschehen wird, wenn sie das Ziel erreichen. Am Ende unterhalten wir uns auch darüber, was dem entgegenstehen würde.* *Wir möchten Ihnen damit auch eine Technik vermitteln oder einen Weg aufzeigen, mit dem man leichter Energie aufbringt Dinge zu tun, die auch dazu führen angestrebte Wünsche zu erreichen. Sie erlernen damit eine bestimmte Technik, die Sie später auch auf andere Dinge anwenden können.* *2/2*

1.2. Zielauswahl

Zielmerkmale	Patient:in hat freie Zielwahl
	Bedeutsamkeit und Erreichbarkeit des Ziels
	Ziel erreichbar innerhalb der nächsten Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt
	Zielerreichung soll möglichst von Patient:in abhängen und nicht von externen Faktoren, die nicht beeinflussbar sind
	Zielauswahl aus - vorgegebenen Zielbereichen - persönliches Ziel aus PSFS - individuelles Ziel (werden Patient:in zu Beginn der Intervention vollständig dargelegt)

1.2. Zielauswahl

Psycholog:in	*„Damit Sie sich vielleicht besser vorstellen können, was mögliche Zielbereiche sein könnten, möchte ich damit beginnen, Ihnen einige Vorschläge zu machen. Bei den Vorschlägen handelt es sich um Zielbereiche, von denen bekannt ist, dass sie die Gesundheit fördern und die Lebensqualität verbessern.* *Bei der Auswahl sollten Sie darauf achten, dass Ihnen der Zielbereich wichtig ist und dass Sie das Ziel in den nächsten Wochen erreichen können.* *Das Ziel, das Sie für sich auswählen, muss deshalb folgende Merkmale aufweisen:* *1. es soll sich um ein Ziel oder einen Wunsch handeln, der Ihnen etwas was bedeutet und der Ihnen wichtig ist und worüber Sie sich freuen, wenn Sie es erreicht haben* *2. das Ziel muss dabei grundsätzlich für Sie erreichbar sein; es muss sich also um ein realistisches Ziel handeln. Eines wobei Sie vielleicht Hilfe brauchen, aber es ist erreichbar. Sie sollten die Erwartung haben: „Ja, das könnte ich schaffen!“* *1/2*

1.2. Zielauswahl

Psycholog:in	*Der Bereich darf Sie auch gerne ein wenig herausfordern, damit Sie bestmöglich von Ihrer Arbeit an dem Ziel profitieren können. Wenn Sie einmal in sich hineinhorchen: Wäre es für Sie ein Wunsch oder ein Ziel, in den Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt Ihre körperliche Aktivität zu steigern, d.h. eine längere Strecke oder längere Zeit laufen zu können als in der Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt?* *Würden Sie sich das wünschen, könnte das ein Ziel für Sie sein?* (ja vs. nein) *Wie wichtig und bedeutsam wäre es für Sie nach dem Krankenhausaufenthalt zu lernen, eine längere Strecke (bzw. längere Zeit) als vor dem Krankenhausaufenthalt laufen zu können (0 – 10)...“* *2/2*

Dokumentation

Zielauswahl

Zielauswahl

Bitte wählen Sie eines der vorgegebenen Ziele aus oder formulieren Sie ein individuelles Ziel mit der/dem Patient/in.

		Wichtigkeit (0-10)
Wichtigstes Ziel aus PSFS	□	
Steigerung der körperl. Aktivität	□ Verlängerung der Gehstrecke bzw. Gehdauer	
	□ Verbesserung der Beweglichkeit/Belastbarkeit	
Aufbau von Kontakten und Aktivität	□ (Wieder-)Herstellung von Kontakten	
	□ Steigerung von Freizeit- und sozialen Aktivitäten	
	□ Veränderung privater oder beruflicher Aktivitäten	
Gesundheitsbewusste Ernährung	□ Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten	
Verbesserter Umgang mit Schmerz	□ Steigerung der Entspannungsfähigkeit bei Schmerz	
	□ Verbesserung der Ablenkung von Schmerz	
	□ Verbesserung im Umgang von negativen Gedanken bei Schmerz	
Individuelles Ziel	□	

Wichtigkeit: 0=unwichtig 10= sehr wichtig

1.3. Zielformulierung

Allgemeines	Formulierung muss später operationalisierbar sein (siehe 2.10.)
	Zielformulierung sollte einen Verhaltensaspekt beinhalten *„Ich möchte häufiger Joggen gehen.“ vs. „Ich möchte körperlich fitter sein.“*
Verhaltensaspekt in der Zielformulierung	ist grundlegend für die spätere Bearbeitung der Hindernisse (2. Termin; II)
	soll grundsätzlich die Zielerreichung begünstigen
	Psycholog:in muss eine Vorstellung davon bekommen, welches Ziel der/die Patient:in hat und welches Verhalten für die Erreichung des Ziels angestrebt wird; möglicherweise ist hier eine Fokussierung durch den/die Psycholog:in nötig, um den Verhaltensaspekt ausreichend konkret beschrieben zu haben

1.3. Zielformulierung

Psycholog:in	*„Lassen Sie uns versuchen jetzt eine Formulierung Ihres Ziels oder Wunsches zu finden. Bitte beenden Sie einmal den Satz: „Mein Ziel oder Wunsch für das, was ich in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt erreichen möchte, ist…“.* Um im Bedarfsfall einen Verhaltensaspekt zu eruieren: *„Was müssten Sie machen, damit dieses Ziel erreicht wird?“* Dieses Ziel wird schriftlich festhalten und dem/der Patient:in nochmal vorgelesen. Zum Beispiel: *„Ich möchte körperlich fitter sein und deshalb häufiger Joggen gehen.“*

1.4. Persönliche Wichtigkeit und Erreichbarkeit

Allgemeines	nach Zielformulierung vorher angegebene Bedeutsamkeit wiederholen (bestätigen lassen)
	Erreichbarkeit erneut als Kriterium erwähnen und anschließend erfassen
Mögliche Probleme	Bedeutsamkeit oder Erfolgserwartung wird < 5 angegeben
Mögliche Hilfen	Angebot machen, das Ziel in der Intensität zu verändern, um Erreichbarkeit zu erlangen, dabei muss das Ziel aber weiterhin wichtig bleiben

1.4. Persönliche Wichtigkeit und Erreichbarkeit

Psycholog:in	*Lassen Sie uns jetzt über dieses Ziel sprechen.* *Als ich Sie danach gefragt habe, wie wichtig und bedeutsam es für sie sei, das Ziel zu erreichen, haben Sie auf einer Skala von 0 – 10 die Zahl __ genannt. Bleibt das so?* *Mit der Methode, die wir Ihnen vermitteln, werden wir Sie unterstützen, das Ziel zu erreichen.* *Als ich Ihnen ganz zu Beginn darüber berichtet habe, welche Merkmale das Ziel haben soll, habe ich auch erwähnt, dass es ein persönlich wichtiges Ziel, das Ihnen grundsätzlich erreichbar scheint, sein soll. Wir haben jetzt das Ziel: „...“. Halten Sie es grundsätzlich für denkbar und möglich, dass Sie dieses Ziel erreichen können?* *Wenn man sich auf einer Skala vorstellt, dass 0 bedeutet, dass Sie dieses Ziel auf keinen Fall erreichen können, und 10, dass Sie es ganz sicher erreichen werden - wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie das Ziel in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt erreichen werden?*

1.5. Positive Aspekte und Hindernisse

Ablauf	stichwortartige Sammlung von maximal 4 positiven Aspekten in Verbindung mit der Zielerreichung → Festlegung der 2 wichtigsten Aspekte aus dieser Sammlung
	stichwortartige Sammlung von maximal 4 Hindernissen hinsichtlich der Zielerreichung → Festlegung der 2 zentralsten Hindernisse aus dieser Sammlung
was sind Positive Aspekte?	Gefühle, Gedanken oder angenehme Konsequenzen, die aus der Zielerreichung entstehen oder auf sie folgen
was sind Hindernisse?	z.B. bestimmte Angewohnheiten, Gefühle, Verhaltensweisen, die die Zielerreichung erschweren
	sowohl internale als auch externale Hindernisse
	Hindernis sollte von Patient:in selbst zu beeinflussen sein

1.5. Positive Aspekte und Hindernisse

Psycholog:in	*Ich würde jetzt in einem nächsten Schritt gerne mit Ihnen über positive und angenehme Aspekte nachdenken, die möglicherweise eintreten, wenn Sie das Ziel erreicht haben, die schön für Sie sind. Stellen Sie sich hierzu einmal in Gedanken vor, Sie haben das Ziel erreicht (Ziel nochmal wiederholen). Lassen Sie uns einen Moment darüber nachdenken, was jetzt passieren würde. Was würde das für Sie bedeuten? Was wäre jetzt besonders angenehm für Sie? Was wäre besonders schön für Sie? Lassen Sie uns Punkte sammeln, die dann eintreten, wenn Sie das Ziel erreicht haben. Nennen Sie bis zu 4 positive Aspekte (z.B. mehr Lebensfreude haben, sich stolz fühlen), die Sie im Zusammenhang mit der Erreichung des Ziels sehen. ...* *Sie haben jetzt 4 Punkte genannt. Welcher wäre besonders bedeutsam für Sie?* *Sie haben genannt: …* *Was wäre davon der schönste Aspekt? Was wäre der zweitschönste Aspekt? ...* *1/2*

1.5. Positive Aspekte und Hindernisse

Psycholog:in	*Wie Sie sicher schon erlebt haben, erfüllen sich unsere gesteckten Ziele/Wünsche nicht immer. Wir erreichen Sie nicht, weil wir nicht die Energie aufbringen, aktiv zu sein oder andere Ziele stehen der Zielerreichung im Weg. Solche Hindernisse sind meist ganz individuell. Lassen Sie uns jetzt einen Blick darauf werfen, welche Hindernisse sich Ihnen in den Weg stellen könnten, Ihr formuliertes Ziel zu erreichen.* *Was könnte ein Hindernis sein, das Sie daran hindert, Ihr Ziel umsetzen? Es sollte ein Hindernis sein, worauf Sie Einfluss nehmen können – damit können wir sehr gut arbeiten.* *Hindernisse könnten z.B. sein zu viel Anstrengung, keine Zeit, oder die Angst, dass Schmerzen auftreten könnten .* *Lassen Sie uns Punkte sammeln, die der Erreichung des Ziels im Wege stehen können.* *Können Sie mir Hinweise geben, was für Sie Hindernisse wären?* (bis zu 4 notieren) *Sie haben als Hindernisse genannt: „...“. Was denken Sie, was davon Ihr wichtigstes Hindernis ist? Und was ist Ihrer Meinung nach das zweitwichtigste Hindernis?* (Auswahl der zwei wichtigsten Hindernisse notieren) *2/2*

1.6. Ausformulierung des wichtigsten positiven Aspekts

Patient:in	soll sich positiven Aspekt so lebendig wie möglich vorstellen und gedanklich darin verweilen
	benennt und beschreibt Gedanken, Gefühle, Verhalten etc. in Verbindung mit der vorgestellten Szene
Psycholog:in	leitet Patient:in an möglichst viele verschiedene Qualitäten in Verbindung der eigenen Vorstellung zu formulieren (Gedanken, Gefühle, Verhalten, körperliche Reaktionen, Auswirkungen auf zwischenmenschliche Beziehungen...)
	notiert die Ausführungen

1.6. Ausformulierung des wichtigsten positiven Aspekts

Psycholog:in	*Lassen Sie uns jetzt die Zeit nehmen, über die einzelnen Aspekte intensiver nachzudenken.* *Sie hatten als wichtigsten positiven Aspekt genannt: „...“* *Ich möchte gerne, dass Sie sich diesen Aspekt noch genauer vorstellen und ausmalen. Malen Sie sich einmal aus, was alles damit verbunden ist: das gute Gefühl, das Sie dabei haben. Wie fühlt es sich an, jetzt da Sie das Ziel erreicht haben? Wären Sie stolz, erleichtert, voller Freude, begeistert? Lassen Sie diese Bilder einfach in sich ablaufen, lassen Sie Ihrer Phantasie freien Lauf! Was wäre alles mit der Zielerreichung verbunden? Führen Sie diesen Aspekt doch noch etwas genauer aus, erzählen Sie mir etwas davon, was damit alles für Sie Angenehmes passiert!*

1.7. Ausformulierung des wichtigsten Hindernisses

Patient:in	genaue Beschreibung des Hindernisses, damit Psycholog:in versteht was damit gemeint ist

1.7. Ausformulierung des wichtigsten Hindernisses

Psycholog:in	*Aber natürlich läuft das Leben nicht immer so wie wir es gerne hätten und wir schaffen manches nicht. Als wichtigstes Hindernis, das Sie davon abhält ihr Ziel zu erreichen, hatten Sie genannt: "..."* (vorlesen) *Können Sie sich dieses Hindernis noch genauer beschreiben und mir berichten?* (Ausführungen notieren)

1.8. Ausformulierung des zweitwichtigsten positiven Aspektes

Psycholog:in	*Wir hatten noch einen zweiten besonders positiven Aspekt gefunden, wenn Sie das Ziel erreicht haben.* *Der zweite positive Aspekt für Sie, wenn Sie Ihr Ziel erreicht haben, war: „...“* (zweitwichtigsten positiven Aspekt vorlesen) *Ich möchte jetzt gerne, dass Sie sich diesen Aspekt vor Augen führen und ausmalen. Was wäre alles damit verbunden? Führen Sie diesen Aspekt doch noch etwas genauer aus, erzählen Sie mir etwas davon, was damit alles für Sie Angenehmes passiert.*

1.9. Ausformulierung des zweitwichtigsten Hindernisses

Psycholog:in	*Sie hatten auch noch ein weiteres Hindernis formuliert, das der Zielerreichung im Weg stehen könnte. Das war: „...“.* (vorlesen) *Bitte schildern Sie mir doch einmal, was genau Sie damit meinen.* (Ausführungen notieren)

1.10. Abschließende Zusammenfassung

Inhalt	kurzes Rekapitulieren des Inhalts dieses Kontaktes
	Abschluss des Gesprächs

1.10. Abschließende Zusammenfassung

Psycholog:in	*Lassen Sie mich das Gesagte jetzt noch einmal zusammenfassen. Sie hatten das Ziel formuliert, das Sie in den Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt erreichen wollen: „…“.* *Sie hatten sich in Gedanken vorgestellt, wie es ist, wenn Sie das Ziel erreicht haben. Sie sagten, besonders angenehm sei: „…“* *Dann hatten wir darüber nachgedacht, was der Zielerreichung im Weg stehen könnte. Sie hatten gesagt, dass das wichtigste Hindernis ist: „…“.* *Es gibt noch einen weiteren wichtigen positiven Aspekt: „…“.* *Schließlich hatten wir noch ein zweites Hindernis formuliert, das der Zielerreichung im Weg stehen könnte. Sie sagten: „…“.* (Schriftliche Notizen der zentralen Aspekte werden von der/dem Psycholog/in vorgetragen) *1/2*

1.10. Abschließende Zusammenfassung

Psycholog:in	*Vielen Dank für das Gespräch. Sie haben es geschafft, sich ein Ziel für die Zeit nach der OP zu setzen, das Ihre Genesung unterstützen kann. Und das schon so schnell nach der OP. Das ist toll und Sie können stolz darauf sein!* *In unserer nächsten Sitzung möchte ich mit Ihnen gemeinsam überlegen, welche Möglichkeiten es gibt, die Hindernisse zu überwinden.* *Haben Sie Fragen oder Anmerkungen zu dem, was wir heute besprochen haben?* *Ich freue mich auf unseren nächsten Termin und wünsche Ihnen bis dahin schon einmal gute Besserung.* *2/2*

Beispiel für die praktische Umsetzung des 1. Termins

Einzelelemente des MCII 2

2. (stationärer) Termin **Durchführungsvorsätze** ***Implementation Intentions* (II)**	2.1. Wiederholung der letzten Sitzung
	2.2. Brainstorming zu Hindernis 1
	2.3. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 1
	2.4. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 1
	2.5. Brainstorming zu Hindernis 2
	2.6. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 2
	2.7. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 2
	2.8. Wenn-Dann-Plan für Hindernis 1
	2.9. Wenn-Dann-Plan für Hindernis 2
	2.10. Wenn-Dann-Sätze notieren
	2.11. Zielerreichungsskala

2.1. Wiederholung der letzten Sitzung

Psycholog:in	*Ich möchte zu Beginn unsere letzte Sitzung zusammenfassen. Wir hatten damit angefangen einen Wunsch und Ziel zu formulieren, das Sie in den Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt erreichen wollen, das Ihnen wichtig ist und das Sie für erreichbar halten.* *Sie hatten das Ziel formuliert: „...“.* *Sie hatten sich in Gedanken vorgestellt, wie es ist, wenn Sie das Ziel erreicht haben. Sie sagten, besonders angenehm sei: „...“ Dann hatten wir darüber nachgedacht, was der Zielerreichung im Weg stehen könnte. Sie hatten gesagt, dass das wichtigste Hindernis ist: „...“.* *Es gibt noch einen weiteren wichtigen positiven Aspekt: „...“. Schließlich hatten wir noch ein zweites Hindernis formuliert, das der Zielerreichung im Weg stehen könnte. Sie sagten: „...“.* (Schriftliche Notizen der zentralen Aspekte werden von der/dem Psycholog/in vorgetragen) 1/2

2.2. Brainstorming zu Hindernis 1

Inhalt	bei mehreren Ideen zur Hindernisüberwindung werden diese aufgeschrieben
	Psycholog:in kann unterstützend wirken auf die Ideengenerierung

2.2. Brainstorming zu Hindernis 1

Psycholog:in	*Ich würde jetzt gerne mit Ihnen überlegen, wie Sie aus eigener Kraft heraus den formulierten Hindernissen begegnen können,* *was Sie machen können, um es zu überwinden.* *Führen Sie sich bitte das zentralste Hindernis vor Augen.* *Sie hatten gesagt das größte Hindernis wäre: „...“.* *Was könnten Sie tun, um Ihr Hindernis zu überwinden? Nennen Sie doch mal ein paar Möglichkeiten. Was würden Sie einem Freund empfehlen?* *Lassen Sie Ihren Phantasien wieder freien Lauf.* Die von Patient:in genannten Hindernis-Überwindungswege werden notiert.

2.3. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 1

Inhalte	verschiedene Lösungsansätze werden nacheinander bewertet nach - Durchführbarkeit - möglichen negativen Folgen - möglicher Entstehung neuer Probleme

2.3. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 1

Psycholog:in	*Sie sagten, ein Weg das Hindernis zu überwinden wäre: „...“.* (notieren) *Wäre dieser Weg durchführbar? Wenn Sie das machen, hätte das auch unangenehme Folgen für Sie? Und wenn Sie das machen, könnten dadurch eventuell neue Probleme für Sie entstehen?* (nacheinander für alle zuvor gesammelten Lösungsmöglichkeiten)

2.4. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 1

Inhalt	wenn die Durchführbarkeit nicht gegeben ist, dann entfällt dieser Lösungsansatz zur Hindernisüberwindung
	wenn negative Folgen oder neue Probleme aus einem Lösungsansatz entstehen könnten, dann ist das kein Ausschlusskriterium
	aus den genannten Möglichkeiten wird der Lösungsansatz für Hindernis 1 gewählt (Entscheidungshilfe)

2.4. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 1

Psycholog:in	*Wir haben jetzt* (z.B.) *3 Lösungsansätze ins Auge gefasst, von denen Ihnen 2 durchführbar erscheinen.* *Welchen Lösungsansatz würden Sie präferieren?* (wird anschließend notiert)

2.5. Brainstorming zu Hindernis 2

Inhalt	bei mehreren Ideen zur Hindernisüberwindung werden diese aufgeschrieben
	Psycholog:in kann unterstützend wirken auf die Ideengenerierung

2.5. Brainstorming zu Hindernis 2

Psycholog:in	*Als 2. Hindernis hatten wir festgestellt, dass „...“.* *Führen Sie sich bitte das Hindernis vor Augen und stellen Sie sich vor, wie Sie dem Hindernis begegnen möchten. Was könnten Sie tun, um Ihr Hindernis zu überwinden? Nennen Sie doch mal ein paar Möglichkeiten. Was würden Sie einem Freund empfehlen?* *Lassen Sie Ihren Phantasien wieder freien Lauf.* Die von Patient:in genannten Hindernis-Überwindungswege werden notiert.

2.6. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 2

Inhalte	verschiedene Lösungsansätze werden nacheinander bewertet nach - Durchführbarkeit - möglichen negativen Folgen - möglicher Entstehung neuer Probleme

2.6. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 2

Psycholog:in	*Sie sagten, ein Weg das Hindernis zu überwinden wäre: „...“.* (notieren) *Wäre dieser Weg durchführbar? Wenn Sie das machen, hätte das auch unangenehme Folgen für Sie? Und wenn Sie das machen, könnten dadurch eventuell neue Probleme für Sie entstehen?* (nacheinander für alle zuvor gesammelten Lösungsmöglichkeiten)

2.7. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 2

Inhalt	wenn die Durchführbarkeit nicht gegeben ist, dann entfällt dieser Lösungsansatz zur Hindernisüberwindung
	wenn negative Folgen oder neue Probleme aus einem Lösungsansatz entstehen könnten, dann ist das kein Ausschlusskriterium
	aus den genannten Möglichkeiten wird der Lösungsansatz für Hindernis 2 gewählt (Entscheidungshilfe)

2.7. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 2

Psycholog:in	*Wir haben jetzt* (z.B.) *3 Lösungsansätze ins Auge gefasst, von denen Ihnen 2 durchführbar erscheinen.* *Welchen Lösungsansatz würden Sie präferieren?* (wird anschließend notiert)

2.8. Wenn-Dann-Plan für Hindernis 1

Inhalt	was genau tut jemand in welcher Situation um das Hindernis zu überwinden
	Sätze haben immer einen Wenn-Dann-Charakter, um den Lösungsweg möglichst konkret und handlungsorientiert zu formulieren
	Patient:in bekommt diesen Satz in schriftlicher Form mit nach Hause und soll sich diesen Zettel morgens einmal durchlesen

2.8. Wenn-Dann-Plan für Hindernis 1

Psycholog:in	*Aus Studien wissen wir, dass die Umsetzung gewünschter Ziele besser gelingt, wenn gefundene Hindernisse mit einer Lösungsstrategie gemeinsam in Form eines „Wenn-Dann-Plans“ formuliert werden, den man sich z.B. auf eine Karte schreiben und mit sich führen kann.* *Ich würde jetzt gerne mit Ihnen Ihren individuellen Wenn-Dann-Plan formulieren, mit dem Sie das Hindernis überwinden. Dadurch werden Sie Ihr Ziel „…“ sicher erfolgreicher erreichen.* *Bezüglich Ihres Ziels „...“ formulieren wir dazu aus den gefundenen Hindernissen und den Lösungsstrategien jetzt Ihren Wenn-Dann-Plan. Ein solcher Plan hat folgende Form: Wenn das Hindernis x auftaucht (wann und wo), dann werde ich Gedanken oder Verhalten y anwenden. Wie könnte Ihr persönlicher Wenn-Dann-Plan lauten?* (Psycholog:in kann passende Vorschläge zu Wenn-Dann-Sätzen machen.) (Wenn nur ein Hindernis zu überwinden: Wir empfehlen Ihnen, sich die Karte täglich zur Hand zu nehmen, das erhöht die Wahrscheinlichkeit, Ihr Ziel zu erreichen.)

2.9. Wenn-Dann-Plan für Hindernis 2

Psycholog:in	*Bezüglich Ihres Ziels x formulieren wir für das 2. Hindernis und den entsprechenden Lösungsstrategien jetzt Ihren 2. Wenn-Dann-Plan. Wie könnte hier Ihr persönlicher Wenn-Dann-Plan lauten?* (Psycholog:in kann passende Vorschläge zu Wenn-Dann-Sätzen machen.) *Wir empfehlen Ihnen, sich die Karte täglich zur Hand zu nehmen, das erhöht die Wahrscheinlichkeit, Ihr Ziel zu erreichen.*

2.10. Wenn-Dann-Sätze notieren

Inhalt	konkrete Handlungsanweisung (z.B. mit zeitlicher und örtlicher Angabe) z.B. *„Wenn ich mittwochs nach Hause komme, ziehe ich sofort die Joggingschuhe an und laufe einmal um den Platz.“*

2.10. Wenn-Dann-Sätze notieren

Psycholog:in	*Ich habe Ihnen die Wenn-dann-Sätze notiert. Man weiß, dass es sehr hilfreich ist, wenn man sich diesen immer wieder vor Augen führt. Er sollte irgendwo sein, wo Sie ihn sich täglich einmal durchlesen.* *Das erhöht die Wahrscheinlichkeit, das Sie Ihr Ziel erreichen.* *Wo können Sie sich vorstellen, diesen Zettel zu platzieren?*

2.11. Zielerreichungsskala

Inhalte

Operationalisierung

nach Möglichkeit messbares Kriterium

Zieloperationalisierung wird 3-stufig notiert:

Zielerreichungsskala

Fragen an die/den Patienten:

Woran würden Sie merken, dass Sie Ihr Ziel sogar noch besser als erwartet erreicht haben?

Woran würden Sie merken, dass Sie Ihr Ziel weniger als erwartet erreicht haben?

Zielerreichung besser als erwartet	
Operationalisierung Ziel	
Zielerreichung weniger als erwartet	

2.11. Zielerreichungsskala

Psycholog:in	*Jetzt komme ich noch einmal auf Ihr angestrebtes Ziel zu sprechen.* *Sie hatten als Ziel genannt: „...“.* *Woran könnte man in einigen Wochen erkennen oder festmachen, dass Sie das Ziel erreicht haben?* (von Patient:in genanntes Kriterium wird unter ‚Operationalisierung Ziel‘ notiert) *Dinge können sich manchmal anders entwickeln, als wir es jetzt in diesem Moment denken. Es kann z.B. sein, dass Sie das Ziel weniger oder sogar besser als gedacht erreichen.* *Woran könnte man sehen, dass Sie Ihr Ziel weniger als erwartet erreicht haben?* (notieren) *Vielleicht ist es aber auch so, dass Sie ihr Ziel übertroffen haben. Woran würde man das sehen?* (notieren) *Bei unserem nächsten Treffen schauen wir uns dann gemeinsam an, wie Sie mit den Wenn-Dann-Sätzen zurechtgekommen sind und inwiefern Sie das gesetzte Ziel schon erreicht haben.*

Beispiel für die praktische Umsetzung des 2. Termins

Poststationäre Phase

- Erfassung der Zielerreichung
- Umgang mit möglicherweise aufgetretenen Hindernissen
- Modifikation des ursprünglichen Ziels, wenn gestecktes Ziel als unrealistisch oder nicht erreichbar identifiziert wurde
- Angebot zum Transfer der Methodik des MCII auf weiteres Ziel, wenn gestecktes Ziel vollständig erreicht wurde
- Nützlichkeit von MCII aus Patient:innensicht erfassen

Interventionsbestandteile des Folgekontakts in der poststationären Phase

Ambulanter Termin **(in Präsenz oder telefonisch)**	3.1. Evaluation der Erreichung des Ziels und Entscheidung für weiteres Vorgehen
	3.2. a) Möglichkeit 1: Ziel wurde erreicht → weiteres Ziel wird bearbeitet ODER Beendigung der Intervention b) Möglichkeit 2: Ziel wurde nicht (vollständig) erreicht → Problemlösestrategie ODER Beendigung der Intervention
	3.3. Rating der Nützlichkeit des MCII aus Patient:innensicht

3.1. Evaluation der Erreichung des Ziels und Entscheidung für weiteres Vorgehen

<table>
<tr><td>Inhalte</td><td>das zuvor (stationär) festgelegte Ziel wird wiederholt</td></tr>
<tr><td></td><td>die Erreichung dieses Ziels wird evaluiert und in unten abgebildeter Form dokumentiert
<table>
<tr><th colspan="2">Bewertung der Erreichung von Ziel</th></tr>
<tr><td>Das Ziel wurde:</td><td></td></tr>
<tr><td>□ besser als erwartet erreicht
□ vollständig erreicht</td><td>Fahren Sie bitte fort mit Möglichkeit 1</td></tr>
<tr><td>□ weniger als erwartet erreicht
□ gar nicht erreicht</td><td>Fahren Sie bitte fort mit Möglichkeit 2</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td></td><td>das weitere Vorgehen richtet sich je nach Zielerreichung</td></tr>
</table>

3.1. Evaluation der Erreichung des Ziels und Entscheidung für weiteres Vorgehen

Psycholog:in	*Guten Tag Frau/Herr Mustermann! Mein Name ist x - wir haben während Ihres stationären Aufenthalts an Umsetzungsstrategien Ihres Ziels „...“ gearbeitet und hatten einen Wenn-Dann-Plan formuliert.* *Mich würde interessieren, wie Sie mit der Erreichung Ihres Ziels zurechtgekommen sind. Dazu habe ich die Skala mitgebracht, die wir bei unserem ersten Kontakt ausgefüllt haben. Wenn Sie sich die Skala nochmal anschauen: Konnten Sie Ihr Ziel „...“ erreichen? Oder konnten Sie es möglicherweise teilweise umsetzen? Oder konnten Sie Ihr Ziel gar nicht erreichen?*

3.2. a) Möglichkeit 1: Ziel wurde erreicht → weiteres Ziel wird bearbeitet

Inhalt	Kurzverfahren von MCII: – Zielauswahl – Wichtigkeit und Erreichbarkeit für dieses Ziel erheben – positivsten Aspekt und zentralstes Hindernis festlegen – Lösungsstrategie erarbeiten – Wenn-Dann-Plan formulieren – neue Zielerreichungsskala festlegen – Wenn-Dann-Satz notieren und Patient:in mitgeben konkretere Fragen, um fokussiertere Antworten zu bekommen, pro Zeile ein Satz

3.2. a) Möglichkeit 1: Ziel wurde erreicht → weiteres Ziel wird bearbeitet

Psycholog:in	Sie haben es toll geschafft, Ihr Ziel zu erreichen. Darauf können Sie stolz sein und sich jetzt selbst auf die Schulter klopfen! Wenn Sie möchten könnten wir jetzt sogar noch einen Schritt weiter gehen und überlegen, ob Sie Ihre Strategie noch auf eine andere Situation anwenden möchten oder ob Sie noch ein weiteres Ziel bearbeiten möchten. Das Vorgehen haben Sie schon kennengelernt. Wir führen es jetzt noch einmal für ein neues Ziel in gekürzter Form durch.

3.2. a) Möglichkeit 1: Ziel wurde erreicht → weiteres Ziel wird bearbeitet

Psycholog:in	**Zielauswahl** *Können Sie ein Ziel oder einen Wunsch formulieren, den Sie in den nächsten Wochen erreichen möchten? Das Ziel soll wichtig sein und Sie sollten der Meinung sein, es grundsätzlich auch erreichen zu können.* (Ziel wird notiert)
	Wichtigkeit und Erreichbarkeit für dieses Ziel erheben *Wie wichtig wäre es Ihnen auf einer Skala von 0 bis 10 (...) dieses Ziel zu erreichen? Wie sicher sind Sie sich dieses Ziel erreichen zu können (0 bis 10...)?*
	positivsten Aspekt und zentralstes Hindernis festlegen *Nun überlegen Sie bitte wie es sich anfühlen würde, wenn Sie das Ziel erreicht haben. Wie würde das denkbar positivste Ergebnis aussehen, wie würde es sich anfühlen, wenn das in Erfüllung geht...* *Nun denken Sie darüber nach, was Sie davon abhält sich Ihren Wunsch zu erfüllen. Identifizieren Sie das eine entscheidende/wichtigste Hindernis, das Ihnen dabei im Weg steht. ...* *1/2*

3.2. a) Möglichkeit 1: Ziel wurde erreicht → weiteres Ziel wird bearbeitet

Psycholog:in	**Lösungsstrategie erarbeiten** *Lassen Sie uns jetzt für dieses Hindernis eine Lösung finden. Etwas das Sie machen können, um dieses Hindernis zu überwinden. Es soll etwas sein, worauf Sie selbst Einfluss nehmen können.*
	Wenn-Dann-Plan formulieren *Jetzt sollten wir daraus einen Wenn-Dann-Plan formulieren, wie wir es schon beim ersten Ziel gemacht hatten.*
	neue Zielerreichungsskala festlegen *Woran würden Sie in einigen Wochen erkennen, dass Sie das Ziel erreicht haben? ... Woran würden Sie erkennen, dass Sie das gesetzte Ziel sogar noch übertroffen haben? ... Woran würden Sie erkennen, dass Sie das Ziel weniger als erwartet erreicht haben?*
	Wenn-Dann-Satz für Patient:in notieren und mitgeben *2/2*

3.2. b) Möglichkeit 2: Ziel wurde nicht (vollständig) erreicht → Problemlösestrategie

Inhalt	**zentralen Grund für Nichterreichung explorieren** – Hindernis war mit Wenn-Dann-Plan nicht überwindbar – neues zentrales Hindernis ist aufgetreten – Zielintensität war zu hoch – Ziel ist bedeutungslos geworden

3.2. b) Möglichkeit 2: Ziel wurde nicht (vollständig) erreicht → Problemlösestrategie

Inhalt	**zentralen Grund für Nichterreichung explorieren:** Hindernis war mit Wenn-Dann-Plan nicht überwindbar → neue Verhaltenslösung zur Hindernisüberwindung → neuer Wenn-Dann-Satz neues zentrales Hindernis ist aufgetreten → neues Hindernis bestimmen → neue Verhaltenslösung zur Hindernisüberwindung → neuer Wenn-Dann-Satz Zielintensität war zu hoch → Ziel in Intensität modifizieren oder neues Ziel festlegen → nachfolgend weitere Schritte des Kurzverfahrens des MCII durchlaufen (siehe 3.2. a)) Ziel ist bedeutungslos geworden → neues Ziel festlegen und Kurzverfahren des MCII durchführen

3.2. Beendigung der Intervention

Inhalt	bei Patient:innenwunsch nach keiner weiteren Intervention

3.3. Rating zur Nützlichkeit

Inhalt	Nützlichkeit aus Sicht des/der Patient:in bewerten lassen (Fragebogen durchgehen)

3.3. Rating zur Nützlichkeit

Psycholog:in	*Sie haben im Krankenhaus eine Methode kennengelernt, die man anwenden kann, um sich Wünsche zu erfüllen oder Ziele zu erreichen, also Dinge, die einem wichtig sind. Ich habe abschließend noch einige Fragen für Sie, wie Sie diese Methode empfunden haben.*

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Beispielkontrastierung des Ziels „Arbeiten“ angelehnt an Schramm (2005)

1. stationärer Termin **Mentales Kontrastieren** ***Mental Contrasting* (MC)**	1.1. Einführung psychologische Intervention
	1.2. Zielauswahl
	1.3. Zielformulierung
	1.4. Bewertung des Ziels nach persönlicher Bedeutsamkeit und Erreichbarkeit
	1.5. Sammlung positiver Aspekte und Hindernisse hinsichtlich der Zielerreichung
	1.6. Ausformulierung des wichtigsten positiven Aspektes
	1.7. Ausformulierung des wichtigsten Hindernisses
	1.8. Ausformulierung des zweitwichtigsten positiven Aspektes
	1.9. Ausformulierung des zweitwichtigsten Hindernisses
	1.10. Abschließende Zusammenfassung

1

1.1. Einführung

Psycholog:in	*Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass man seinen Genesungsverlauf selbst günstig beeinflussen kann. Ein Weg dorthin besteht darin, dass man sich ein Ziel vornimmt oder einen Wunsch, den man nach seinem Krankenhausaufenthalt in den folgenden Monaten erreichen möchte. Man nimmt sich also etwas vor, das einem lieb und wichtig ist und was grundsätzlich auch erreichbar ist und findet einen Weg, es in den Monaten nach seinem Krankenhausaufenthalt zu erreichen. Wir wissen, dass das Erreichen eines angestrebten Ziels sehr zu Wohlbefinden und zur Genesung beiträgt. Menschen, die das machen, geht es deutlich besser. Sie haben das Gefühl etwas für sie Wichtiges oder Wünschenswertes erreicht zu haben und dass dadurch, dass sie etwas bestimmtes getan haben.* *1/2*

2

1.1. Einführung

Psycholog:in

Ich bin heute hier, um mit Ihnen zusammen über einen solchen Wunsch oder ein Ziel nachzudenken und wir werden ein Ziel heraussuchen, dass Sie nach Ihrem Krankenhausaufenthalt erreichen können und möchten. Das Ziel sollte ein persönlich wichtiger Wunsch sein. Danach werden wir uns zusammen Gedanken machen, was alles Schönes und Angenehmes geschehen wird, wenn sie das Ziel erreichen. Am Ende unterhalten wir uns auch darüber, was dem entgegenstehen würde.

Wir möchten Ihnen damit auch eine Technik vermitteln und einen Weg aufzeigen, mit dem man leichter Energie aufbringt Dinge zu tun, die dazu führen, angestrebte Wünsche zu erreichen. Sie erlernen damit eine bestimmte Technik, die Sie später auch auf andere Dinge anwenden können. Das wird auch nach dem Krankenhausaufenthalt nützlich für Sie sein.

2/2

3

1.2. Zielauswahl

Psycholog:in

Damit Sie sich vielleicht besser vorstellen können, was mögliche Zielbereiche sein könnten, möchte ich damit beginnen, Ihnen einige Vorschläge zu machen. Bei den Vorschlägen handelt es sich um Zielbereiche, von denen bekannt ist, dass sie die Gesundheit fördern und die Lebensqualität verbessern.

Bei der Auswahl sollten Sie darauf achten, dass Ihnen der Zielbereich wichtig ist und dass Sie das Ziel in den nächsten Wochen erreichen können.

Das Ziel, das Sie für sich auswählen, muss deshalb folgende Merkmale aufweisen:

1. *es soll sich um ein Ziel oder einen Wunsch handeln, der Ihnen etwas was bedeutet und der Ihnen wichtig ist und worüber Sie sich freuen, wenn Sie es erreicht haben*
2. *das Ziel muss dabei grundsätzlich für Sie erreichbar sein; es muss sich also um ein realistisches Ziel handeln. Eines wobei Sie vielleicht Hilfe brauchen, aber es ist erreichbar. Sie sollten die Erwartung haben: „Ja, das könnte ich schaffen!“*

Ich nenne Ihnen jetzt einige Zielbereiche und Sie sagen mir, ob Ihnen das wichtig wäre.

½

4

Zielauswahl		
Zielauswahl Bitte wählen Sie eines der vorgegebenen Ziele aus oder formulieren Sie ein individuelles Ziel mit der/dem Patient/in.		
		Wichtigkeit (0-10)
Wichtigstes Ziel aus PSFS	□	
Steigerung der körperl. Aktivität	□ Verlängerung der Gehstrecke bzw. Gehdauer	
	□ Verbesserung der Beweglichkeit/Belastbarkeit	
Aufbau von Kontakten und Aktivität	□ (Wieder-)Herstellung von Kontakten	
	□ Steigerung von Freizeit- und sozialen Aktivitäten	
	□ Veränderung privater oder beruflicher Aktivitäten	
Gesundheitsbewusste Ernährung	□ Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten	
Verbesserter Umgang mit Schmerz	□ Steigerung der Entspannungsfähigkeit bei Schmerz	
	□ Verbesserung der Ablenkung von Schmerz	
	□ Verbesserung im Umgang von negativen Gedanken bei Schmerz	
Individuelles Ziel	□	
Wichtigkeit: 0=unwichtig 10= sehr wichtig		

5

1.2. Zielauswahl

Psycholog:in	*Wäre es für Sie ein Wunsch oder ein Ziel, in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt* *Ihre körperliche Aktivität zu steigern, d.h. eine längere Strecke oder längere Zeit laufen zu können als in der Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt?* *Würden Sie sich das wünschen, könnte das ein Ziel für Sie sein?* (ja vs. nein)
Patient:in	*Ja, das könnte ich mir vorstellen. Dann könnte ich auch wieder besser in meinem Beruf arbeiten. Da muss ich mich ja immer viel bewegen und viel laufen.*
Psycholog:in	*Wie wichtig und bedeutsam wäre es für Sie nach dem Krankenhausaufenthalt zu lernen, eine längere Strecke (bzw. längere Zeit) als vor dem Krankenhausaufenthalt laufen zu können (0=unwichtig – 10=sehr wichtig)*
Patient:in	*6* *2/2*

6

1.2. Zielauswahl

Psycholog:in	*Wäre es für Sie ein Wunsch oder ein Ziel, in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt* *Ihre körperliche Beweglichkeit und Belastbarkeit zu steigen* *also sich besser bewegen zu können und körperlich belastbarer als vor dem Krankenhaus zu sein?* *Würden Sie sich das wünschen, könnte das ein Ziel für Sie sein?* (ja vs. nein)
Patient:in	*Ja, das wäre schon schön, das würde mir auch sehr im Beruf helfen, da trage ich ja immer viele schwere Tabletts mit Essen*
Psycholog:in	*Wie wichtig und bedeutsam wäre es für Sie nach dem Krankenhausaufenthalt Ihre körperliche Beweglichkeit und Belastbarkeit zu steigen?* *(0=unwichtig – 10=sehr wichtig)*
Patient:in	*7*

2/2

7

1.2. Zielauswahl

Psycholog:in	*Wäre es für Sie ein Wunsch oder ein Ziel, in der Zeit nach dem nach dem Krankenhausaufenthalt* *Kontakte zu anderen Personen wieder herzustellen, vielleicht Kontakte, die vor dem Krankenhausaufenthalt zu selten zustande gekommen sind?* *Würden Sie sich das wünschen, könnte das ein Ziel für Sie sein?* (ja vs. nein)
Patient:in	*Ja, das wäre auch schön, ich mag das, auf der Arbeit mit den Personen zu sprechen, denen ich das Essen bringe.*
Psycholog:in	*Wie wichtig und bedeutsam wäre es für Sie nach dem Krankenhausaufenthalt wieder mehr mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen?* *(0=unwichtig – 10=sehr wichtig)*
Patient:in	*4*

2/2

8

1.2. Zielauswahl

Psycholog:in	*Wäre es für Sie ein Wunsch oder ein Ziel, in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt* *Ihre Freizeitaktivität zu steigern, wieder mehr mit anderen Personen machen, mehr mit anderen zu unternehmen?* *Würden Sie sich das wünschen, könnte das ein Ziel für Sie sein?* (ja vs. nein)
Patient:in	*Nein, das möchte ich nicht. Ich bin ganz zufrieden mit dem, was ich in meiner Freizeit so mache.*

2/2

9

1.2. Zielauswahl

Psycholog:in	*Wäre es für Sie ein Wunsch oder ein Ziel, in der Zeit nach dem nach dem Krankenhausaufenthalt* *Ihre privaten oder beruflichen Aktivitäten zu verändern* *Würden Sie sich das wünschen, könnte das ein Ziel für Sie sein?* (ja vs. nein)
Patient:in	*Ja, ich würde gerne wieder arbeiten, in meinem Beruf tätig sein. Ich war ja in der letzten Zeit viel krankgeschrieben und bin ausgefallen. Manche freuen sich ja, wenn sie nicht zur Arbeit müssen. Aber ich vermisse das.*
Psycholog:in	*Wie wichtig und bedeutsam wäre es für Sie nach dem Krankenhausaufenthalt wieder arbeiten gehen zu können?* *(0=unwichtig – 10=sehr wichtig)*
Patient:in	*10*

2/2

10

1.2. Zielauswahl

Psycholog:in	*Wäre es für Sie ein Wunsch oder ein Ziel, in der Zeit nach dem nach dem Krankenhausaufenthalt* *Ihre Ernährungsgewohnheiten zu verändern, sich vielleicht gesünder zu ernähren?* *Würden Sie sich das wünschen, könnte das ein Ziel für Sie sein?* (ja vs. nein)
Patient:in	*Nein, das möchte ich nicht*

2/2

11

1.2. Zielauswahl

Psycholog:in	*Wäre es für Sie ein Wunsch oder ein Ziel, in der Zeit nach dem nach dem Krankenhausaufenthalt* *Ihre Fähigkeit zu verbessern, sich zu entspannen. Das wäre etwas, was Sie gegen Schmerzen anwenden könnten. Oder sich vielleicht von Schmerzen besser ablenken zu können.* *Würden Sie sich das wünschen, könnte das ein Ziel für Sie sein?* (ja vs. nein)
Patient:in	*Nein, damit habe ich keine Probleme*

2/2

12

1.2. Zielauswahl

Psycholog:in	*Wäre es für Sie ein Wunsch oder ein Ziel, in der Zeit nach dem nach dem Krankenhausaufenthalt* *sich von bestimmten Gedanken besser distanzieren zu können, Gedanken, die Sie vielleicht haben, wenn Sie Schmerzen verspüren.* *Würden Sie sich das wünschen, könnte das ein Ziel für Sie sein?* (ja vs. nein)
Patient:in	*Nein, damit habe ich keine Probleme. Ich habe keine unangenehmen Gedanken, wenn ich mal Schmerzen habe.* *2/2*

13

1.2. Zielauswahl

Psycholog*in	*Ich habe Ihnen jetzt einige Möglichkeiten gesagt, die betreffen alle Veränderungen, die man sich in der Zeit nach dem Krankenhausausenthalt wünschen kann.* *Vielleicht habe ich etwas vergessen,* *etwas, das Ihnen wichtig ist und etwas bedeutet, etwas, dass Sie sich in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt wünschen. Gibt es so etwas?*
Patient*in	*Für mich wäre es schön, wieder in meinem Beruf zu arbeiten, in der letzten Zeit war ich ja häufig krank geschrieben.* *Und ehrlich gesagt vermisse ich meinen Beruf.* *Von den Bereichen, die Sie gesagt haben wäre die berufliche Tätigkeit für mich am wichtigsten.* *Ich wäre sehr froh, wieder in meinem beruf zu arbeiten.* *2/2*

14

1.3. Zielformulierung

Psycholog:in	*Sie möchten also gerne wieder in Ihrem Beruf tätig sein.* *Könnten wir das so als Ziel formulieren?* *Ich möchte nach dem Krankenhausaufenthalt wieder an meinen Arbeitsplatz zurückkehren, ich möchte wieder meine Arbeitstätigkeit aufnehmen.*
Patient:in	*Ja, es wäre ganz großartig, wenn ich das erreichen würde.*

15

1.4. Persönliche Wichtigkeit und Erreichbarkeit

Psycholog:in	*Lassen Sie uns jetzt über dieses Ziel sprechen.* *Als ich Sie danach gefragt habe, wie wichtig und bedeutsam es für sie sei, wieder im Beruf tätig zu sein, haben Sie auf einer Skala von 0 – 10 die Zahl 10 genannt. Bleibt das so?*
Patient:in	*Ja, das wäre mir wirklich sehr wichtig*
Psycholog:in	*Mit der Methode, die wir Ihnen vermitteln, werden wir Sie unterstützen, das Ziel zu erreichen.*

16

1.4. Persönliche Wichtigkeit und Erreichbarkeit

Psycholog:in	*Als ich Ihnen ganz zu Beginn darüber berichtet habe, welche Merkmale das Ziel haben soll, habe ich auch erwähnt, dass es ein persönlich wichtiges Ziel, das Ihnen grundsätzlich erreichbar scheint, sein soll. Wir haben jetzt das Ziel:* *„Ich möchte wieder an meinen bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren, ich möchte wieder meinen Beruf ausüben.“.* *Halten Sie es grundsätzlich für denkbar und möglich, dass Sie dieses Ziel erreichen können? Wenn man sich auf einer Skala vorstellt, dass 0 bedeutet, dass Sie dieses Ziel auf keinen Fall erreichen können, und 10, dass Sie es ganz sicher erreichen werden - wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie das Ziel in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt erreichen werden? Wir werden Sie dabei unterstützen.*
Patient:in	*Ja, ich halte das für erreichbar. Ich habe ja vorher auch gearbeitet, allerdings war ich oft krankgeschrieben. Wenn Sie mich nach einer Zahl fragen würde ich sagen 7*

1.5. Positive Aspekte und Hindernisse

Psycholog:in	*Ich würde jetzt in einem nächsten Schritt gerne mit Ihnen über positive und angenehme Aspekte nachdenken, die möglicherweise eintreten, wenn Sie das Ziel erreicht haben, die schön für Sie sind. Stellen Sie sich hierzu einmal in Gedanken vor, Sie haben das Ziel erreicht, Sie sind wieder in Ihrem Beruf tätig. Lassen Sie uns einen Moment darüber nachdenken, was jetzt passieren würde. Was würde das für Sie bedeuten? Was wäre jetzt besonders angenehm für Sie? Was wäre besonders schön für Sie? Lassen Sie uns Punkte sammeln, die dann eintreten, wenn Sie das Ziel erreicht haben. Nennen Sie bis zu 4 positive Aspekte (z.B. mehr Lebensfreude haben, sich stolz fühlen), die Sie im Zusammenhang mit der Erreichung des Ziels sehen. ...*
Patient:in	*Menschen um sich haben* *Im Mittelpunkt stehen* *Geld verdienen* *Mehr fällt mir nicht ein.*

1.5. Positive Aspekte und Hindernisse

Psycholog:in	*Sie haben jetzt 3 Punkte genannt, die schön wären, wenn Sie wieder arbeiten.* *Sie haben genannt: Menschen um sich haben, im Mittelpunkt stehen, Geld verdienen.* *Welcher wäre Punkt wäre besonders bedeutsam für Sie?*
Patient:in	*Menschen um sich haben wäre mir besonders wichtig, das schätze ich sehr.*
Psycholog:in	*Was wäre der zweitschönste Aspekt?*
Patient*in	*Geld verdienen, das macht den Alltag leichter* *1/2*

19

1.5. Positive Aspekte und Hindernisse

Psycholog:in	*Wie Sie sicher schon erlebt haben, erfüllen sich unsere gesteckten Ziele/Wünsche nicht immer. Wir erreichen Sie nicht, weil wir nicht die Energie aufbringen, aktiv zu sein oder andere Ziele stehen der Zielerreichung im Weg. Solche Hindernisse sind meist ganz individuell. Lassen Sie uns jetzt einen Blick darauf werfen, welche Hindernisse sich Ihnen in den Weg stellen könnten, Ihr formuliertes Ziel zu erreichen.* *Was könnte ein Hindernis sein, das Sie daran hindert, Ihr Ziel umsetzen, wieder berufstätig zu sein? Es sollte ein Hindernis sein, worauf Sie Einfluss nehmen können – damit können wir sehr gut arbeiten.* *Hindernisse könnten z.B. sein zu viel Anstrengung, keine Zeit, oder die Angst, dass Schmerzen auftreten könnten. Lassen Sie uns Punkte sammeln, die der Erreichung des Ziels im Wege stehen können.* *Können Sie mir Hinweise geben, was für Sie Hindernisse wären, die Ihrem Wunsch, wieder Ihre Arbeit aufzunehmen im Weg stehen können?* (bis zu 4 notieren)
Patient:in	*Bei der Arbeit als Kantinenhilfe muss ich sehr beweglich sein* *Ich muss schwere Tabletts tragen, das fällt mir schwer* *Ich muss oft Treppen steigen*

20

1.5. Positive Aspekte und Hindernisse

Psycholog:in	*Sie haben als Hindernisse genannt:* Bei der Arbeit als Kantinenhilfe müssen Sie sehr beweglich sein Sie müssen schwere Tabletts tragen Und Sie müssen oft Treppen steigen *„...". Was denken Sie, was davon Ihr wichtigstes Hindernis ist?*
Patient:in	*Schwere Tabletts tragen*
Psycholog:in	*Und was wäre das zweitschwerste Hindernis?*
Patient:in	*Beweglich sein müssen und das mit den schweren Tabletts nicht zu können*

2/2

21

1.6. Ausformulierung des wichtigsten positiven Aspekts

Psycholog:in	*Lassen Sie uns jetzt die Zeit nehmen, über die einzelnen Aspekte intensiver nachzudenken.* *Sie hatten als wichtigsten positiven Aspekt genannt: „wieder Menschen um sich zu haben"* *Ich möchte gerne, dass Sie sich diesen Aspekt noch genauer vorstellen und ausmalen. Was wäre dann anders als bisher?*
Patient:in	*Ich wäre dann positiver eingestellt*
Psycholog:in	*Was heißt das genau? Was würde sich konkret verändern?*
Patient:in	*Jetzt, da ich krankgeschrieben bin, läuft allesgleich ab. Es passiert nicht viel zu Hause. Würde ich wieder arbeiten, hätte ich viel mehr Trubel um mich herum.*
Psycholog:in	*Welche Art von Trubel wäre auf der Arbeit?*
Patient:in	*Ich unterhalte mich gerne mit meinen Kollegen. Viele kommen dort auf mich zu, da ich so eine Art Vertrauensperson bin. Ich stehe gerne im Mittelpunkt, und auf der Arbeit habe ich eine wichtige Position. Das fehlt mir zur Zeit sehr.*

22

1.7. Ausformulierung des wichtigsten Hindernisses

Psycholog:in	*Aber natürlich läuft das Leben nicht immer so wie wir es gerne hätten und wir schaffen manches nicht.* *Als wichtigstes Hindernis, das Sie davon abhält arbeiten zu können, hatten Sie genannt, dass Sie schwer tragen müssen. Wie sieht das genau aus? Können Sie sich dieses Hindernis noch genauer beschreiben und mir berichten?*
Patient:in	*Ich muss viele Tabletts über mehrere Stockwerke verteilt tragen. Um nicht so oft laufen zu müssen, packe ich mir die Tabletts immer sehr voll. Schon zum Frühstück bringe ich den Arbeitern Frühstück an ihren Platz. Um die Kantine sauber zu halten, muss ich volle Wassereimer tragen. Da kommt einiges am Tag zusammen. Ich weiß nicht, wie ich das alles schaffen soll. Wenn es mir weiterhin so geht, wie zu meiner Krankschreibung, werde ich das bestimmt nicht schaffen. Mein Rücken wird das nicht aushalten. Schon nach einem halben Tag bin ich fertig.*

1.8. Ausformulierung des zweitwichtigsten positiven Aspektes

Psycholog:in	*Wir hatten noch einen zweiten besonders positiven Aspekt gefunden, wenn Sie das Ziel erreicht haben.* *Der zweite positive Aspekt für Sie, wenn Sie Ihr Ziel erreicht haben und wieder arbeiten war, dass Sie dann wieder Geld verdienen.* *Was bedeutet das für Sie, wieder Geld zu verdienen?*
Patient:in	*Es ist für mich wichtig, eigenes Geld zu verdienen. Das kann ich dann für mich ausgeben und muss niemanden fragen, ob ich es darf. Außerdem ist mein Mann seit Mai in Rente und es ist gut, wenn ich etwas zu den monatlichen Kosten zusteuern kann.*
Psycholog:in	*Was würden Sie sich kaufen, wenn Sie wieder eigenes Geld verdienen?*
Patient:in	*Da fällt mir einiges ein wie Kleidung, Dekoration für die Wohnung, was mir so gefällt. Am wichtigsten ist für mich, dass ich alleine entscheiden kann, wofür ich es ausgebe.*
Psycholog:in	*Welches Gefühl hängt damit zusammen?*
Patient:in	*Ich fühle mich unabhängig und frei. Selbst Geld zu verdienen bedeutet für mich Selbstbestätigung und mehr Selbstwertgefühl*

1.9. Ausformulierung des zweitwichtigsten Hindernisses

Psycholog:in	*Sie hatten auch noch ein weiteres Hindernis formuliert, das dem Ziel, wieder arbeiten zu können, im Weg stehen könnte. Das war, dass Sie bei der Arbeit sehr beweglich sein müssen. Bitte schildern Sie mir doch einmal, was genau Sie damit meinen. In welcher Weise sehen Sie das als Hindernis?*
Patient:in	*Durch das viele Treppen steigen und herumlaufen werde ich körperlich sehr gefordert. Nach 3-4 Stunden Gehen bekomme ich starke Schmerzen im Rücken. Bisher habe ich mir dann eine Wärmflasche gemacht und mich ¾ Stunde hingelegt. Das kann ich auf der Arbeit nicht tun.*
Psycholog:in	*Stellen Sie sich genau vor, wie es auf der Arbeit wäre, wenn Sie eine Schmerzzunahme hätten!*
Patient:in	*Ich könnte dann nichts tun und müsste die Schmerzen entweder aushalten oder nach hause gehen. Ich bin zudem ein Gegner von Tabletten, da ich ziemlich empfindlich darauf reagiere. Ich könnte also nichts tun und wäre völlig hilflos.*

25

1.10. Abschließende Zusammenfassung

Psycholog:in	*Lassen Sie mich das Gesagte jetzt noch einmal zusammenfassen. Sie hatten das Ziel formuliert, das Sie in den Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt erreichen wollen, dass Sie wieder an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren und Ihre Arbeitstätigkeit wieder aufnahmen.* *Sie hatten sich in Gedanken vorgestellt, wie es ist, wenn Sie das Ziel erreicht haben. Sie sagten, besonders angenehm sei, dann wieder Menschen um sich zu haben, mit denen Sie sprechen können.* *Dann hatten wir darüber nachgedacht, was der Zielerreichung im Weg stehen könnte. Sie hatten gesagt, dass das wichtigste Hindernis ist, dass Sie auf der Arbeit schwere Tabletts tragen müssen.* *Es gibt noch einen weiteren wichtigen positiven Aspekt wenn Sie wieder arbeiten und das ist, dass Sie dann wieder eigenes Geld verdienen.* *Schließlich hatten wir noch ein zweites Hindernis formuliert, das der Zielerreichung im Weg stehen könnte. Sie sagten, dass Sie für die Arbeit beweglich sein müssten, weil Sie Treppen steigen und herumlaufen müssen.* *1/2*

26

1.10. Abschließende Zusammenfassung

Psycholog:in	*Vielen Dank für das Gespräch. Sie haben es geschafft, sich ein Ziel für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt zu setzen, das Ihre Genesung unterstützen kann. Und das schon so schnell nach der OP. Das ist toll und Sie können stolz darauf sein!* *In unserer nächsten Sitzung möchte ich mit Ihnen gemeinsam überlegen, welche Möglichkeiten es gibt, die Hindernisse zu überwinden.* *Haben Sie Fragen oder Anmerkungen zu dem, was wir heute besprochen haben?* *Ich freue mich auf unseren nächsten Termin und wünsche Ihnen bis dahin schon einmal gute Besserung.* *2/2*

27

Einzelelemente des MCII 2

2. (stationärer) Termin	2.1. Wiederholung der letzten Sitzung
	2.2. Brainstorming zu Hindernis 1
Durchführungsvorsätze	2.3. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 1
***Implementation Intentions* (II)**	2.4. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 1
	2.5. Brainstorming zu Hindernis 2
	2.6. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 2
	2.7. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 2
	2.8. Wenn-Dann-Plan für Hindernis 1
	2.9. Wenn-Dann-Plan für Hindernis 2
	2.10. Wenn-Dann-Sätze notieren
	2.11. Zielerreichungsskala

28

2.1. Wiederholung der letzten Sitzung

Psycholog:in	*Ich möchte zu Beginn unsere letzte Sitzung zusammenfassen. Wir hatten damit angefangen ein Ziel zu formulieren, das Sie in den Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt erreichen wollen, das Ihnen wichtig ist und das Sie für erreichbar halten.* *Sie hatten das Ziel formuliert, dass Sie wieder an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren, dass Sie wieder Ihrer Arbeit aufnehmen wollen.* *Sie hatten sich in Gedanken vorgestellt, wie es ist, wenn Sie das Ziel erreicht haben. Sie sagten, besonders angenehm sei, dann wieder Menschen um sich zu haben, mit denen Sie sprechen können.* *Dann hatten wir darüber nachgedacht, was der Zielerreichung im Weg stehen könnte. Sie hatten gesagt, dass das wichtigste Hindernis ist, dass Sie auf der Arbeit schwere Tabletts tragen müssen.* *Es gibt noch einen weiteren wichtigen positiven Aspekt wenn Sie wieder arbeiten und das ist, dass Sie dann wieder eigenes Geld verdienen.* *Schließlich hatten wir noch ein zweites Hindernis formuliert, das der Zielerreichung im Weg stehen könnte. Sie sagten, dass Sie für die Arbeit beweglich sein müssten, weil Sie Treppen steigen und herumlaufen müssen.*

29

2.2. Brainstorming zu Hindernis 1

Psycholog:in	*Ich würde jetzt gerne mit Ihnen überlegen, wie Sie aus eigener Kraft heraus den formulierten Hindernissen begegnen können, was Sie machen können, um es zu überwinden.* *Führen Sie sich bitte das zentralste Hindernis vor Augen.* *Sie hatten gesagt das größte Hindernis wäre, dass Sie auf der Arbeit so schwer tragen und gehen müssen.* *Was könnten Sie tun, um Ihr Hindernis zu überwinden? Nennen Sie doch mal ein paar Möglichkeiten. Was würden Sie einem Freund empfehlen?* *Lassen Sie Ihren Phantasien wieder freien Lauf.*
Patient:in	*Eine Kollegin bitten, für mich die Tabletts zu tragen* *Die Tabletts nicht so schwer beladen* *In ein Fitness-Studio gehen und Kraft trainieren*

30

2.3. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 1

Psycholog:in	*Sie sagten, ein Weg das Hindernis zu überwinden wäre eine Kollegin zu bitten, für Sie die Tabletts zu tragen.* *Wäre dieser Weg durchführbar?*
Patient:in	*Nein, das würde keiner machen und wahrscheinlich würde ich entlassen.*

2.3. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 1

Psycholog:in	*Als weitere Möglichkeit hatten Sie gesagt, sie könnten die Tabletts nicht so voll machen, wäre das durchführbar.*
Patient:in	*Ja, das wäre es. Ich packe meine Tabletts immer viel voller als es die Kolleginnen machen. Ich habe schon den Eindruck, dass ich mich dadurch zu stark belaste.*
Psycholog:in	*Wenn Sie das machen, hätte das auch unangenehme Folgen für Sie?*
Patient:in	*Ich glaube nicht. Die Kolleginnen freuen sich zwar über meine vollen Tabletts, dann müssen sie weniger laufen. Aber sie würden mir das nicht übel nehmen*
Psychologin	*Und wenn Sie das machen, könnten dadurch eventuell neue Probleme für Sie entstehen?*
Patientin	*Ich denke nicht.*

2.3. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 1

Psycholog:in	*Als dritte Möglichkeit hatten Sie gesagt, sie könnten ins Fitness-Studio gehen und Kraft trainieren wäre das durchführbar.*
Patient:in	*Na ja, im Prinzip schon.*
Psycholog:in	*Wenn Sie das machen, hätte das auch unangenehme Folgen für Sie?*
Patient:in	*Ich müsste die Kosten dafür aufbringen. Bei unserer aktuellen finanziellen Lage wäre das nicht so einfach.*
Psychologin	*Und wenn Sie das machen, könnten dadurch eventuell neue Probleme für Sie entstehen?*
Patientin	*Ich denke nicht.*

2.4. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 1

Psycholog:in	*Wir haben jetzt 3 Lösungsansätze ins Auge gefasst, von denen Ihnen 2 durchführbar erscheinen.* *Die Tabletts nicht so voll packen* *Ins Fitness-Studio gehen* *Welchen Lösungsansatz würden Sie präferieren?*
Patient:in	*Ich denke, die Lösung mit den Tabletts wäre gut. Ich überlaste mich dadurch sehr. Die Kollegen haben auch schon gesagt, ich solle mich zurücknehmen. Das Problem ist jedoch, wenn ich weniger auf einmal trage, muss ich mehr laufen, und das kann ich auch nicht.*
Psycholog:in	*Wird es nicht trotzdem anstrengender sein, mit einer großen Last zu laufen und Treppen zu steigen, als mit einer geringeren?*
Patient:in	*Das stimmt wohl. Wahrscheinlich müsste ich doch öfter laufen mit weniger Gewicht.*

2.3. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 1

Psycholog:in	*Sie können ja kurze Pausen einlegen zwischen den einzelnen Gängen. Untersuchungen haben gezeigt, dass ein fehlender Ausgleich zwischen An- und Entspannungsphasen zur Chronifizierung von Schmerzen beiträgt.*
Patient:in	*Das müsste ich wirklich ausprobieren, wie das Treppen steigen mit geringerer Last funktioniert*
Psycholog:in	*Wie schwer dürften die Tabletts dann konkret sein?*
Patient:in	*Ich müsste die Tabletts wohl nur halb so voll bestücken. Das wäre bestimmt eine große Entlastung.*

2.5. Brainstorming zu Hindernis 2

Psycholog:in	*Als 2. Hindernis hatten wir festgestellt, dass Sie für Ihre Arbeit beweglicher sein müssten, um die Treppen zu steigen.* *Führen Sie sich bitte das Hindernis vor Augen und stellen Sie sich vor, wie Sie dem Hindernis begegnen möchten. Was könnten Sie tun, um Ihr Hindernis zu überwinden? Nennen Sie doch mal ein paar Möglichkeiten.* *Lassen Sie Ihren Phantasien wieder freien Lauf.*
Patient:in	*Das sind dieselben Möglichkeiten wie eben* *Das Tablett nicht so schwer bepacken* *Ins Fitness-Studio gehen*

2.6. Bewertung einzelner Möglichkeiten zu Hindernis 2

Psycholog:in	*[Entfällt, das identisch mit Hindernis 1]*

2.7. Ausgewählter Lösungsansatz zu Hindernis 2

Psycholog:in	*[entfällt, das identisch mit Hindernis 1]*

2.8. Wenn-Dann-Plan für Hindernis 1

Psycholog:in	*Aus Studien wissen wir, dass die Umsetzung gewünschter Ziele besser gelingt, wenn gefundene Hindernisse mit einer Lösungsstrategie gemeinsam in Form eines „Wenn-Dann-Plans" formuliert werden, den man sich z.B. auf eine Karte schreiben und mit sich führen kann.* *Ich würde jetzt gerne mit Ihnen Ihren individuellen Wenn-Dann-Plan formulieren, mit dem Sie das Hindernis überwinden. Dadurch werden Sie Ihr Ziel wieder arbeiten zu können sicher erfolgreicher erreichen.* *Ein solcher Plan hat folgende Form: Wenn das Hindernis x auftaucht (wann und wo), dann werde ich Gedanken oder Verhalten y anwenden. Wie könnte Ihr persönlicher Wenn-Dann-Plan lauten?*
Patient:in	*Wenn ich auf der Arbeit Tabletts trage, werde ich sie nur noch halb so schwer bepacken.*

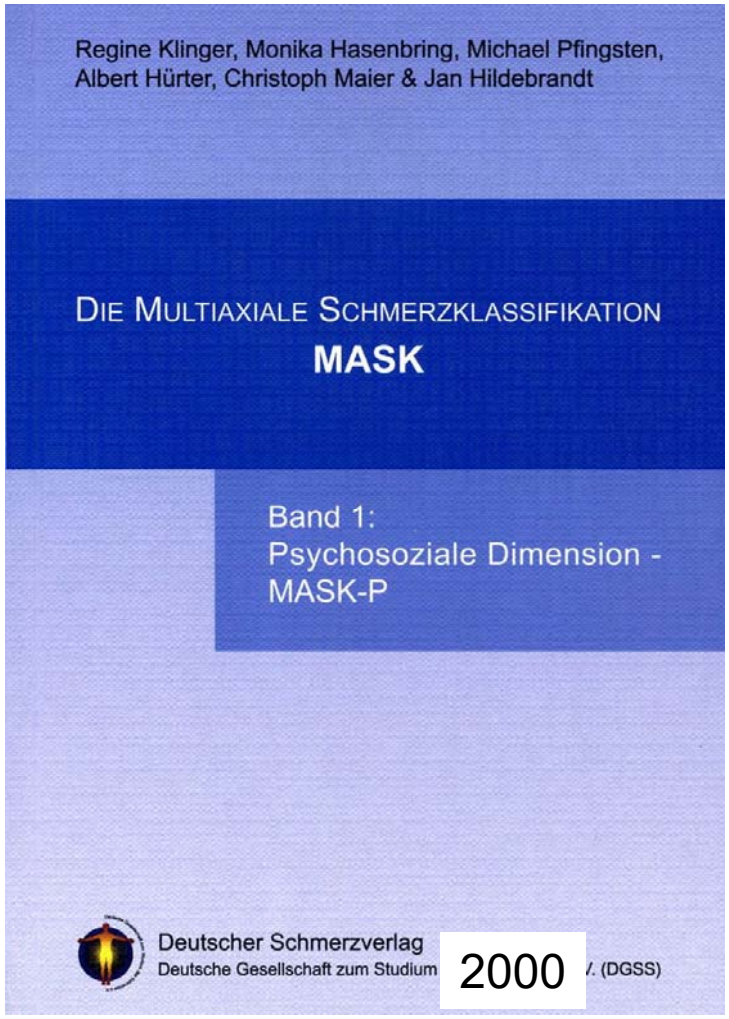
2.9. Wenn-Dann-Plan für Hindernis 2

Psycholog:in	*[entfällt, das identisch mit Lösungsansatz zu Hindernis 1]*

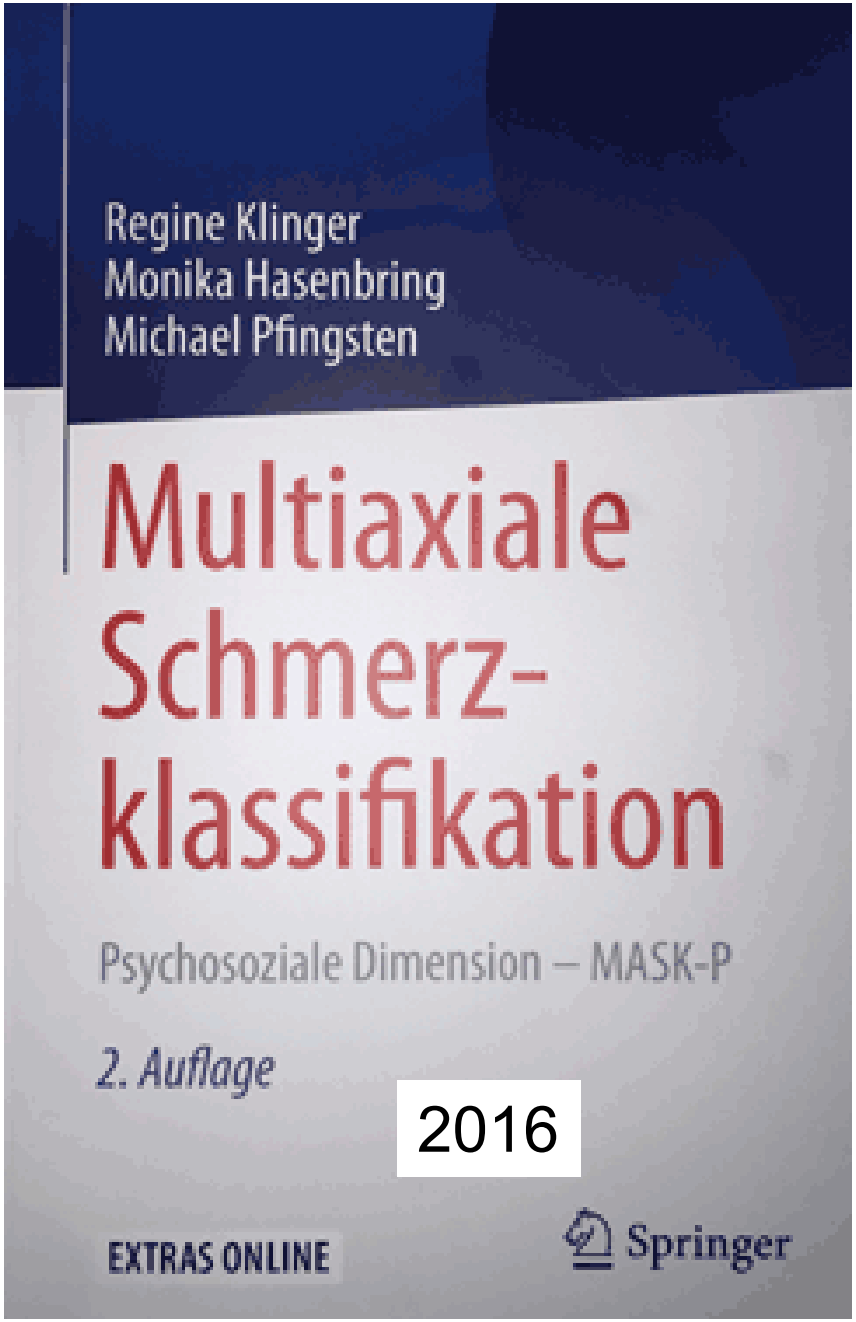
2.10. Wenn-Dann-Sätze notieren

Psycholog:in	*Ich habe Ihnen den Wenn-Dann-Sätze notiert.* ***Wenn ich auf der Arbeit Tabletts trage, werde ich sie nur noch halb so schwer bepacken.*** *Man weiß, dass es sehr hilfreich ist, wenn man sich diesen immer wieder vor Augen führt. Er sollte irgendwo sein, wo Sie ihn sich täglich einmal durchlesen.* *Das erhöht die Wahrscheinlichkeit, das Sie Ihr Ziel erreichen.* *Wo können Sie sich vorstellen, diesen Zettel zu platzieren?*
Patient:in	*Ich könnte ihn im Badezimmer neben die Zahnbürste legen. Dann sehe ich ihn jeden Morgen vor der Arbeit*

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Hamburg: Deutscher Schmerzverlag




Motorisch-verhaltensmäßige Schmerzverarbeitung
Emotionale Schmerzverarbeitung
Kognitive Schmerzverarbeitung
Die 10 Achsen der
MASK-P
Maladaptive Streßverarbeitung
Krankheitsbezogene Metakognitionen
Psychophysiologisch
e
Aktuelle Stressoren
Konflikt-Verarbeitungsstil
Traumata / Belastungen i. d. Lebensgeschichte
Habituelle Personen-Merkmale

MASK-P: 3 (von 10) Beurteilungsachsen bei POET-Pain

Achse 1	Motorisch-verhaltensmäßige Schmerzverarbeitung
Achse 2	Emotionale Schmerzverarbeitung
Achse 3	Kognitive Schmerzverarbeitung
Achse 4	Krankheitsbezogene Metakognitionen
Achse 5	Aktuelle Stressoren
Achse 6	Traumata / Belastungen in der Lebensgeschichte
Achse 7	Habituelle Personen-Merkmale
Achse 8	Maladaptive Stressverarbeitung
Achse 9	Psychophysiologische Dysregulation
Achse 10	Konflikt-Verarbeitungsstil

Achse 1 Motorisch-verhaltensmäßige Schmerzverarbeitung

__ Achsenzusatzkodierung *(kodiere 1, 2, 3 oder 4)*

- __ 1 Ausgeprägt non-verbales Schmerzverhalten
- __ 2 Ausgeprägt verbales Schmerzverhalten
- __ 3 Diskrepanz zwischen verbalem und non-verbalem Schmerzverhalten
- __ 4 Defizite im Bitten um soziale Unterstützung
- __ 5 Ausgeprägte Vermeidung körperlicher Aktivitäten
- __ 6 Ausgeprägte Vermeidung sozialer Aktivitäten
- __ 7 Ausgeprägtes Durchhalteverhalten
- __ 8 Nichteinhaltung erforderlichen Gesundheitsverhaltens

Achse 1: Diagnostische Hinweise für Beurteilungen bei POET-Pain

1.1 ausgeprägte nonverbale Schmerzmitteilung, schmerzverzerrte Mimik, Gestik, Körperhaltung, paraverbal (z.B. Stimmlage, Stöhnen), Reiben an schmerzhafte Region bei Positionsänderungen, beim Aufstehen

1.2 viel Sprechen über Schmerz mit Appellcharakter, Klagen über Schmerz, Betonung der Schmerzstärke

1.3 mit entspanntem Gesicht wird NRS 10 benannt,
mit lachendem Gesicht werden unerträgliche Schmerzen berichtet,
in schmerzgekrümmter Haltung „so schlimm ist es heute nicht“

Achse 2 Emotionale Schmerzverarbeitung

__ Achsenzusatzkodierung *(kodiere 1, 2, 3 oder 4)*

- _ 1 Traurig-niedergeschlagene Stimmung
- _ 2 Ärgerlich-gereizte Stimmung
- _ 3 Ängstliche Stimmung
- _ 4 Leichte innere Erregbarkeit
- _ 5 Eingeschränktes emotionales Erleben
- _ 6 Mangelnder Emotionsausdruck
- _ 7 Übertrieben positiver Emotionsausdruck

Achse 2: Diagnostische Hinweise für Beurteilungen bei POET-Pain

2.1 niedergeschlagene Stimmung im Zusammenhang mit Schmerzen;
Weinen bei Schmerzschilderung, Patient berichtet traurig / niedergeschlagene Stimmung

2.2 ärgerlich-gereizte Stimmung im Zusammenhang mit Schmerzen;
leicht „aus der Haut fahren“, grantig, missgelaunt, zornig, laut, vorwurfsvoll

2.3 besorgt, ängstlich, Angst vor Verschlimmerung, Pat. wirkt unsicher, gehemmt, spricht leise, stockend

2.4 Pat. *schildert* ***(Selbstbericht)***, leicht innerlich angespannt zu sein,
Sprechen mit zittriger Stimme

2.5 Pat. berichtet häufig gleichgültig zu reagieren, sich abgestumpft zu fühlen,
hat Schwierigkeiten, seine emotionale Befindlichkeit festzustellen,
Pat. nimmt keine Emotionsdifferenzierungen vor

2.6 unangemessener (fehlender) Emotionsausdruck in Gesprächssequenzen;
Diskrepanz zwischen äußerlich beobachtetem Emotionsausdruck und selbstgeschilderter Gefühlslage

2.7 trotz Schmerz betont Pat. verbal seinen guten Zustand und wirkt dabei angespannt und angestrengt

Achse 3 Kognitive Schmerzverarbeitung

__ Achsenzusatzkodierung *(kodiere 1, 2, 3 oder 4)*

_ 1 Hilflosigkeit / Katastrophisieren
_ 2 Resignation / Hoffnungslosigkeit
_ 3 Suizidgedanken
_ 4 Mangelhafte Wahrnehmung körperlicher Vorgänge
_ 5 Ausgeprägte Bagatellisierung körperlicher Vorgänge
_ 6 Ausgeprägte Selbstaufmerksamkeit für körperliche Vorgänge
_ 7 Ausgeprägter Durchhalteappell

Achse 3: Diagnostische Hinweise für Beurteilungen bei POET-Pain

3.1 „Ich weiß gar nicht, was ich tun soll, um die Schmerzen zu lindern“
„Was ist bloß, wenn die Schmerzen wieder schlimmer werden?“

3.2 „Es wird keine Möglichkeiten geben mir zu helfen“
Nichts und Niemand kann mir helfen

3.3 Pat. berichtet Gedanken an Tod und Suizid; keine glaubhafte Distanzierung von Handlungsabsicht

zu Achse 3.3 (Suizidgedanken)

Warnzeichen für Suizidalität (Institut für Suizidprävention Graz):

- Äußerungen über Suizid, Sterben, Selbstschädigung und Aussprüche wie „Wäre ich doch nie geboren“ oder „Es wäre besser, ich wäre tot“
- Suche nach Suizidmitteln
- Gedankliche Fixierung auf Tod, Sterben oder Gewalt; Verfassen von Geschichten/Gedichten über den Tod
- Gefühl von Hoffnungs- und Zukunftslosigkeit oder in der Falle zu stecken, ohne Aussicht auf Besserung der scheinbar aussichtslosen Situation
- Gefühl der Wertlosigkeit, der Schuld und der Scham, der Umwelt eine Last zu sein, für die man besser nicht mehr existieren sollte
- Ordnung persönlicher Angelegenheiten, Verfassen eines Testaments, Regelung familiärer Angelegenheiten und das Verschenken wertvoller Dinge
- Unerwartete Verabschiedung von Freunden und Familienmitgliedern, als gäbe es kein Wiedersehen
- Abkehr von Familie und Freunde, zunehmende soziale Isolation und steigendes Bedürfnis, alleingelassen zu werden
- Selbstschädigendes Verhalten mit vermehrtem Alkohol- und Drogenkonsum, rücksichtsloses Autofahren, unnötige Risikobereitschaft
- Plötzlicher Gefühlszustand der Ruhe und des Glücks nach extremer Depressivität als Hinweis auf den Entschluss der Person, Suizid begehen zu wollen

Checkliste Ablauf der prästationären Phase
TPS-Psychologinnen und -Psychologen

Inhalte		ja	nein
Sichtung der psychometrischen Werte aus der präoperativen Befragung	DASS: Depressivität, Angst, Stress		
	PCS: Schmerzkatastrophisierung; Subskalen: Grübeln, Verstärkung, Hilflosigkeit		
Auswertung und Erstellung der Risikobewertung			
Dokumentation zur Vorbereitung der Teamsitzung			
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste Ablauf der stationären Phase
TPS-Psychologen und -Psychologinnen

Ablauf des 1. stationären psychologischen Termins (1.-3. POD)	Zeit (min)	Örtliche Voraussetzungen	Notwendige Materialien
Vorbereitung 1. Kontakt • Sichtung der Psychometrie (DASS, PCS) • Dokumentation wichtigstes Ziel der PSFS (physiotherapeutischer Inhalt) und Vision (ärztlicher Inhalt) des Patienten oder der Patientin (prästationäre Teamsitzung) • Materialzusammenstellung für Durchführung	ca. 5	keine	• Tablet • Dokumentationsbogen für 1. stationären Termin
Durchführung 1. Kontakt: ***Mentales Kontrastieren*** • währenddessen: Beobachtung des Schmerzverhaltens • Persönliche Vorstellung • Einführung psychologische Intervention (ggf. mit Rückmeldung bzgl. Psychometrie) • Zielauswahl • Zielformulierung und Notiz auf Karte • Rating der Wichtigkeit und Erreichbarkeit des Ziels • Positive Aspekte und Hindernisse • Ausformulierung des wichtigsten positiven Aspekts • Ausformulierung des wichtigsten Hindernisses • Ausformulierung des zweitwichtigsten positiven Aspektes • Ausformulierung des zweitwichtigsten Hindernisses • Abschließende Zusammenfassung und Ausblick auf den nächsten Termin	ca. 30	Raum mit Möglichkeit zu ungestörtem Gespräch	• Dokumentationsbogen für 1. stationären Termin • Schreibmaterial • Karte aus Tonkarton (circa 10 x 20 cm)
Dokumentation des Kontakts • Nachbereitung des Kontakts • Vorbereitung der 1. stationären Teamsitzung	ca. 10	keine	• Tablet • Dokumentationsbogen für 1. stationären Termin

Checkliste Ablauf der stationären Phase
TPS-Psychologen und -Psychologinnen

Ablauf des 2. stationären psychologischen Termins (3.-7. POD)	Zeit (min)	Örtliche Voraussetzungen	Notwendige Materialien
Vorbereitung 2. Kontakt • Materialzusammenstellung für Durchführung	ca. 5	keine	• Ergebnisse aus Erstkontakt • Dokumentationsbogen für 2. stationären Termin
Durchführung 2. Kontakt: ***Durchführungsvorsätze*** • währenddessen: Beobachtung des Schmerzverhaltens • Wiederholung der letzten Sitzung • Brainstorming zu wichtigstem Hindernis • Bewertung einzelner Möglichkeiten zu wichtigstem Hindernis • Ausgewählter Lösungsansatz zu wichtigstem Hindernis • Brainstorming zu zweitwichtigstem Hindernis • Bewertung einzelner Möglichkeiten zu zweitwichtigstem Hindernis • Ausgewählter Lösungsansatz zu zweitwichtigstem Hindernis • Wenn-Dann-Plan für wichtigstes Hindernis • Wenn-Dann-Plan für zweitwichtigstes Hindernis • Wenn-Dann-Sätze notieren • Zielerreichungsskala	ca. 30	Raum mit Möglichkeit zu ungestörtem Gespräch	• Dokumentationsbogen für 2. stationären Termin • Schreibmaterial • Ersatz-Karte aus Tonkarton (circa 10 x 20 cm
Dokumentation des Kontakts • Nachbereitung des Kontakts • Vorbereitung der darauffolgenden Teamsitzung	ca. 10	keine	• Tablet • Dokumentationsbogen für 2. stationären Termin

Psychologische Intervention im TPS (POET-Pain)

Aufgabe und Ziel

Im Rahmen der stationären psychologischen Intervention (*Mentales Kontrastieren und Durchführungsvorsätze*) wird von der Patientin bzw. dem Patienten gemeinsam mit der Psychologin bzw. dem Psychologen ein Ziel festgelegt, das in den Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt verfolgt werden soll. Darauf Bezug nehmend werden 1-2 konkrete Handlungspläne in Form von Wenn-Dann-Sätzen formuliert. Sowohl die Zielformulierung als auch die Wenn-Dann-Sätze werden handschriftlich auf eine Karte notiert, die der Patientin bzw. dem Patienten ausgehändigt wird (siehe Beispielansicht). Diese Karte soll täglich von der Patientin bzw. dem Patienten zur Hand genommen und gelesen werden, um die Verknüpfung einer konkreten Situation mit einer darauffolgenden Handlungsanleitung zu schaffen, die die Patienten und Patientinnen bei ihrer Zielerreichung unterstützen sollen.

Material

Karte (z. B. Moderationskarten; Format ca. 10 x 20 cm; grün; Papierstärke ca. 150-200 g/m^2); Filzstift

Beispielansicht

Vorderseite

ZIEL

Rückseite

WENN-DANN-SATZ 1

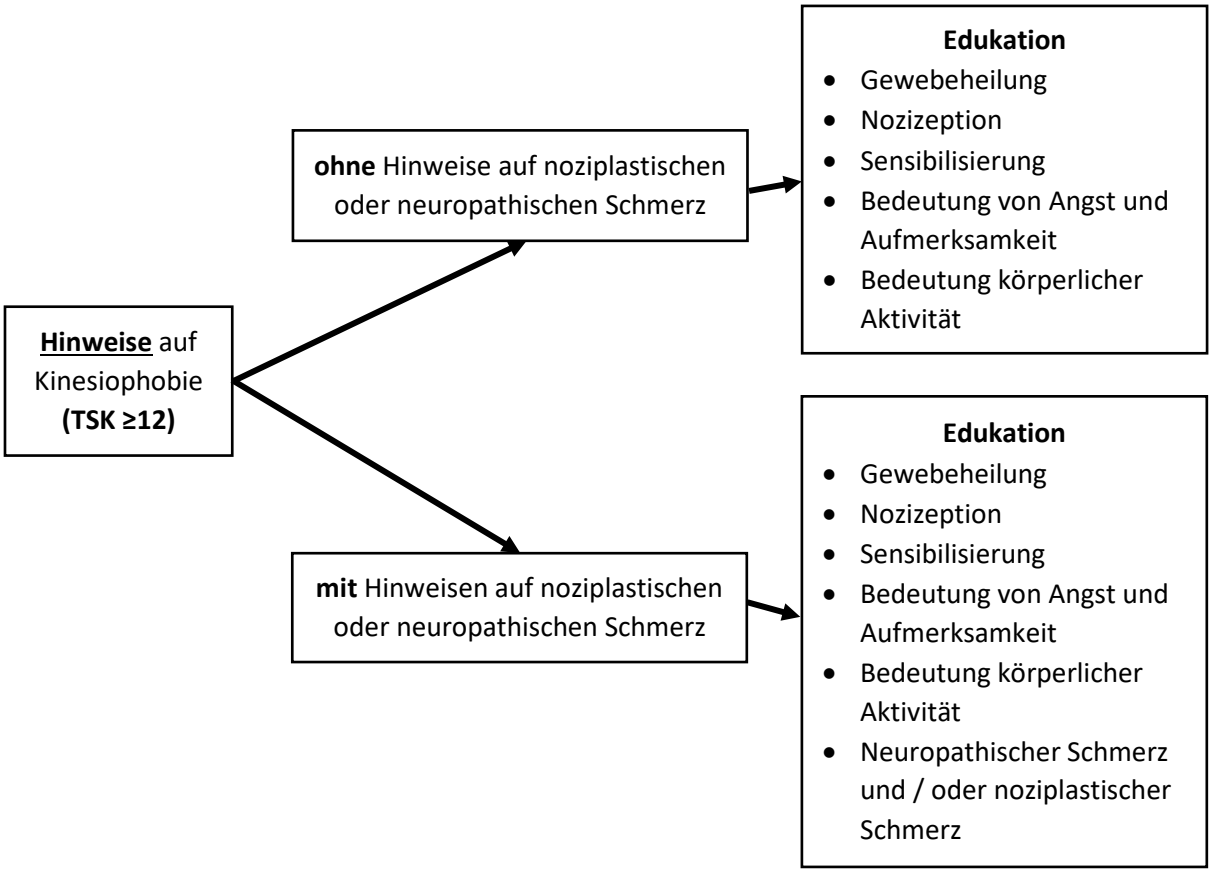
WENN-DANN-SATZ 2

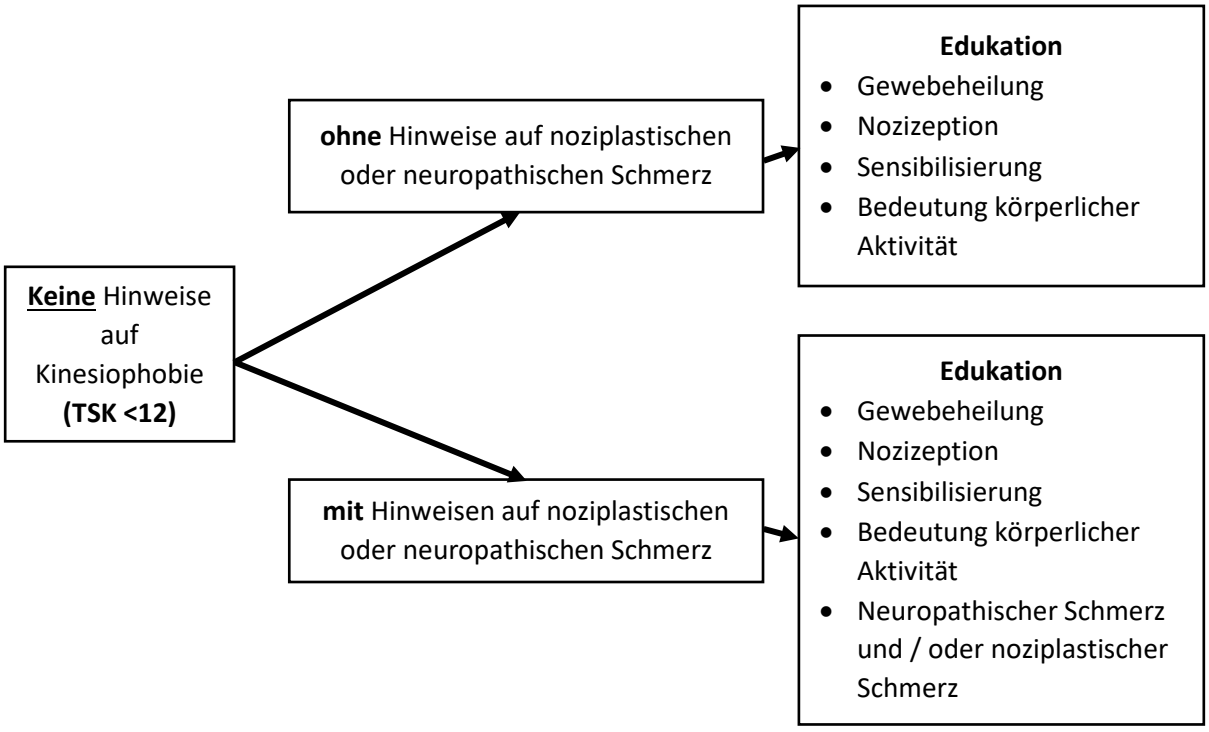
Checkliste Ablauf der ambulanten Phase
TPS-Psychologen und -Psychologinnen

Ablauf des ambulanten psychologischen Termins (6.-12. postop. Woche)	Zeit (min)	Örtliche Voraussetzungen	Notwendige Materialien
Vorbereitung des ambulanten Kontakts • Sichtung des aktuellsten psychometrischen Befunds und Risikobewertung • Materialzusammenstellung für Durchführung	ca. 5	keine	• Ergebnisse aus Erstkontakt • Dokumentationsbogen für ambulanten Termin • evtl. Tablet
Durchführung des ambulanten Kontakts • währenddessen: Beobachtung des Schmerzverhaltens • Evaluation der Erreichung des Ziels und Entscheidung für weiteres Vorgehen • Möglichkeit 1: Ziel wurde erreicht • Möglichkeit 2: Ziel wurde nicht (vollständig) erreicht • Rating der Nützlichkeit des MCII aus Sicht des Patienten bzw. der Patientin	ca. 30	Raum mit Möglichkeit zu ungestörtem Gespräch oder alternativ (Video-) Telefonkontakt	• Dokumentationsbogen für ambulanten Kontakt • Schreibmaterial • evtl. Karte aus Tonkarton (circa 10 x 20 cm)
Dokumentation des Kontakts • Nachbereitung des Kontakts • Vorbereitung der darauffolgenden Teamsitzung	ca. 10	keine	• Tablet • Dokumentationsbogen für ambulanten Kontakt

Physiotherapie

Pfad-Modell POET-Pain PT – Gewichtung Edukation aufgrund der TSK





Agenda-Mapping - Identifikation geeigneter körperlicher Aktivitäten

Agenda Mapping (Miller, Rollnick, 2015, S. 130ff.; Rollnick et al., S. 78ff.) - Adaptiert für das TPS-Modul Physiotherapie im Projekt POET-Pain

Wenn Sie wollen, können wir über einige Möglichkeiten reden, Ihren Gesundheitszustand in der Zeit nach der Operation durch körperliche Aktivität wiederherzustellen oder zu verbessern. Auf diesem Blatt sind Dinge aufgeführt, die Menschen in Ihrer Situation oft wieder aufnehmen wollen oder zu verändern versuchen, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern und wenn Sie wollen, können wir uns darüber unterhalten.

Quellen

Miller WR, Rollnick S (2015). Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing. 3. Auflage des Standardwerk in Deutsch. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Rollnick S, Miller WR, Butler CC (2020). Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core-Skills für Helfer. Lichtenau / Westfalen: G. P. Probst Verlag

Tischvorlage für das Gespräch mit Patient/innen auf Seite 2

Wenn Sie wollen, können wir über einige Möglichkeiten reden, Ihren Gesundheitszustand in der Zeit nach der Operation durch körperliche Aktivität wiederherzustellen oder zu verbessern. Auf diesem Blatt sind Dinge aufgeführt, die Menschen in Ihrer Situation oft wieder aufnehmen wollen oder zu verändern versuchen, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern und wenn Sie wollen, können wir uns darüber unterhalten.

…???

- …

Schwimmen

- Alleine
- Mit Angehörigen / Freunden
- In einer Gruppe
- …
- …

Spazierengehen

- Alleine
- Mit Angehörigen / Freunden
- In einer Gruppe
- …

Trainingsprogramm

- Kraft
- Ausdauer
- Gymnastik
- …

…???

- …

Fitnessstudio

- Krafttraining
- Gruppenangebote
- …

Fahrradfahren

- Weg zur Arbeit
- Einkaufen
- Radtouren
- …

Gesundheitssport

- Krafttraining
- Herz-Kreislauf-Training
- Wassergymnastik
- Gruppenangebote
- …

Sportverein

- Gruppenangebot
- Breitensport (Einzel, Mannschaft)
- …

…???

- …

Bewegungsbezogene/s Ziel/e:					
	Ausgangswert		**Steigerung 1**	**Steigerung 2**	**Steigerung 3**
Aktivität 1	**Start**		Ab wann	Ab wann	Ab wann
	Was				
	Anzahl Einheiten	pro Tag pro Woche	pro Tag pro Woche	pro Tag pro Woche	pro Tag pro Woche
	Intensität	Dauer / Wiederh Sätze	Dauer / Wiederh Sätze	Dauer / Wiederh Sätze	Dauer / Wiederh Sätze
	Pausen	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten
	Meilenstein erreicht am				
	Absolvierte Einheiten				

Bewegungsbezogene/s Ziel/e:					
	Ausgangswert		**Steigerung 1**	**Steigerung 2**	**Steigerung 3**
Aktivität 2	**Start**		Ab wann	Ab wann	Ab wann
	Was				
	Anzahl Einheiten	pro Tag pro Woche	pro Tag pro Woche	pro Tag pro Woche	pro Tag pro Woche
	Intensität	Dauer / Wiederh Sätze	Dauer / Wiederh Sätze	Dauer / Wiederh Sätze	Dauer / Wiederh Sätze
	Pausen	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten
	Meilenstein erreicht am				
	Absolvierte Einheiten				

Bewegungsbezogene/s Ziel/e:					
	Ausgangswert		**Steigerung 1**	**Steigerung 2**	**Steigerung 3**
Aktivität 3	**Start**		Ab wann	Ab wann	Ab wann
	Was				
	Anzahl Einheiten	pro Tag pro Woche	pro Tag pro Woche	pro Tag pro Woche	pro Tag pro Woche
	Intensität	Dauer / Wiederh Sätze	Dauer / Wiederh Sätze	Dauer / Wiederh Sätze	Dauer / Wiederh Sätze
	Pausen	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten	Min zw. Sätzen Tage zw. Einheiten
	Meilenstein erreicht am				
	Absolvierte Einheiten				

Ihre Lösungsansätze für zu erwartende Barrieren

Bitte notieren Sie hier bis zu drei Barrieren, die aus Ihrer Sicht bei der Umsetzung des Aktivitätsplans auftreten könnten und Ihre möglichen Lösungsansätze dazu.

Barriere 1:
Lösung 1:

Barriere 2:
Lösung 2:

Barriere 3:
Lösung 3:

Ihr/e Ziel/e bis zum nächsten Termin

Aktivität 1:	**Abgestufte Zielformulierung**
+2 = viel besser als erwartet	
+1 = besser als erwartet	
0 = wie erwartet	
-1 = weniger als erwartet	
-2 = viel weniger als erwartet	

Aktivität 2:	**Abgestufte Zielformulierung**
+2 = viel besser als erwartet	
+1 = besser als erwartet	
0 = wie erwartet	
-1 = weniger als erwartet	
-2 = viel weniger als erwartet	

Aktivität 3:	**Abgestufte Zielformulierung**
+2 = viel besser als erwartet	
+1 = besser als erwartet	
0 = wie erwartet	
-1 = weniger als erwartet	
-2 = viel weniger als erwartet	

Differenzierung nozizeptiver und noziplastischer Schmerz

Im Folgenden wird der Ablauf dieses Assessments nach Kosek et al. (2021) sowie die zu verwendenden verbalen Instruktionen beschrieben. Für die Angaben zur Schmerzlokalisation werden entsprechende Körperareale in Anlehnung an die Einteilung von Wolfe et al. (2019) genutzt. Für die einzelnen Testungen evozierter Hyperalgesie wurden verbale Anleitungen jeweils in Anlehnung an Rolke et al. (2002) und Rolke et al. (2006) verwendet, die Testdurchführungen wurde in Anlehnung nach Rolke et al. (2006); Scholz et al. (2009), Magerl et al. (2010); Reimer et al. (2020) und Zhu et al. (2019) adaptiert. Zur Erfassung von Schmerzüberempfindlichkeit in der Schmerzregion während der Anamnese wurden Frage-Formulierungen in Anlehnung an Kosek et al. (2021) verwendet. Zur Erfassung von Symptomen, die Hinweise auf eine zentrale Sensibilisierung ergeben, wurden Frage-Formulierungen angelehnt an Items aus Teil A der deutschen Validierung des Zentralen Sensibilisierungsfragebogen (CSI-G) nach Klute et al. (2021) verwendet.

<table>
<tr><th>Fragestellung</th><th colspan="2">Formulierung</th><th>Befund</th><th>Bewertung</th></tr>
<tr><td colspan="5">1.Anamnese</td></tr>
<tr><td>Schmerz länger als 3 Monate</td><td colspan="2">Wird aus der ärztlichen Anamnese zum Schmerzgeschehen abgeleitet. Falls nicht möglich:

Besteht Ihr Schmerz bereits länger als drei Monate?</td><td>Ja / Nein</td><td>Nein → nicht chronisch</td></tr>
<tr><td>Klinische Einschätzung: eher regionaler als lokaler Schmerz

(ggf. zusätzlich Abgleich mit der ärztlichen Schmerzzeichnung)</td><td colspan="3">a) Bitte beschreiben Sie, wo Sie Schmerzen wahrnehmen?

<table>
<tr><th>Schmerzort/e</th><th>rechts</th><th>links</th></tr>
<tr><td>Schulter</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Oberarm</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Ellenbogen</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Unterarm</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Hand</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Hüfte</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Oberschenkel</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Knie</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Unterschenkel</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Fuß</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>LWS</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>BWS</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>HWS</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Kopf</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Kiefer</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Bauch</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Brustkorb</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
</table></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">b) klinische Einschätzung</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">großflächig bzw. in mehreren Körperregionen</td><td>Ja / Nein</td><td>Nein → nicht noziplastisch</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">klar umgrenzt</td><td>Ja / Nein</td><td>Ja → nicht noziplastisch</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Testareal</td><td colspan="4">
<table>
<tr><th>Testareal</th><th>rechts</th><th>links</th></tr>
<tr><td>Schulter</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Oberarm</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Ellenbogen</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Unterarm</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Hand</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Hüfte</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Oberschenkel</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Knie</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Unterschenkel</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Fuß</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>LWS</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>BWS</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>HWS</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Kopf</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Kiefer</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Bauch</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Brustkorb</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>nozizeptiver Schmerz als alleiniger Mechanismus</td><td>Wird aus der ärztlichen Anamnese zum Schmerzgeschehen abgeleitet</td><td>Ja</td><td>Nein</td><td>Ja ➜ nicht noziplastisch</td></tr>
<tr><td colspan="2">Konnte auf den DN4/NPSI-G der ärztlichen Dokumentation zurückgegriffen werden?</td><td>Ja</td><td>Nein</td><td></td></tr>
<tr><td>neuropathischer Schmerz als alleinige Ursache</td><td>Wird aus dem Ergebnis des DN4 / NPSI (ärztliche TPS-Dokumentation) bzw. Einschätzung aus der Anamnese abgeleitet</td><td>Ja</td><td>Nein</td><td>Ja ➜ nicht noziplastisch</td></tr>
</table>

2. Evozierte Schmerzüberempfindlichkeit:				
Dynamisch mechanische Allodynie • Schmerz bei Streichen über die Haut mit einem Wattebausch • Kreuzförmiges streichen 2x aus jeder Richtung, 5 cm Länge, Geschwindigkeit 3-5 cm / Sek.	Ich werde jetzt mit einem Wattebausch über Ihr (Körperteil benennen) streichen. Ist dieser Reiz für Sie schmerzhaft? *Nach dem Test:* Nehmen Sie jetzt (noch) einen Schmerz wahr?	Ja	Nein	
Statisch mechanische Allodynie • Schmerz bei Druckpalpation mit Daumenkuppe: Haut wird eingedrückt, bis das distale Nagelbett weiss wird (etwa 4 kg) Dauer 10 Sekunden	Ich drücke nun meinen Daumen gegen Ihr (Körperteil benennen). Ist dieser Reiz für Sie schmerzhaft? *Nach dem Test:* Nehmen Sie jetzt, (noch) einen Schmerz wahr?	Ja	Nein	
Kälte-Allodynie • Schmerz bei Auflegen einer Metallplatte bei Raumtemperatur (etwa 20-22 Grad) für 3 Sekunden	Ich führe jetzt einen Temperatur-Test auf Ihrer Haut durch. Dabei werde ich unterschiedlich temperierte Metallplatte auf Ihr/en (Körperteil benennen) aufsetzen. *Vor jedem Test:* Ist dieser Reiz für Sie schmerzhaft? *Nach jedem Test:* Nehmen Sie jetzt, (noch) einen Schmerz wahr?	Ja	Nein	
Hitze-Allodynie • Schmerz bei Auflegen einer Metallplatte bei 40° für 3 Sekunden		Ja	Nein	
Nachempfindung nach einem dieser Tests		Ja	Nein	
Einer dieser Befunde positiv?		**Ja**	**Nein**	Nein → nicht noziplastisch Ja → möglicherweise noziplastisch

3. Schmerzüberempfindlichkeit in der Schmerzregion in der Anamnese berichtet :				
Berührung	Empfinden Sie leichte Berührungen als unangenehm oder schmerzhaft (z. B. den Kontakt der Haut mit Kleidung)	Ja	Nein	
Druck	Empfinden Sie Druck als unangenehm oder schmerzhaft (z. B. von Gurten, Trägern von Taschen, Umarmungen oder von Möbelstücken beim Sitzen)	Ja	Nein	
Bewegung	Empfinden Sie Bewegung als unangenehm oder schmerzhaft (z. B. Schmerz beim Gehen, der mit der Zeit intensiver wird)	Ja	Nein	
Hitze/Kälte	Empfinden Sie Hitze oder Kälte als unangenehm oder schmerzhaft (z. B. Duschen oder Baden mit warmen oder kaltem Wasser)?	Ja	Nein	
Einer dieser Befunde positiv?		**Ja**	**Nein**	Nein → möglicherweise noziplastisch

4. Weitere Symptome:				
	Treffen folgende Aussagen auf Sie zu?			
Überempfindlichkeit gegenüber Licht *(CSI-7)* / Geräuschen / Gerüchen *(CSI-20)*:	Ich reagiere empfindlich auf helles Licht. Mir wird von manchen Gerüchen, wie z.B. Parfüm, schwindlig und übel.	Ja	Nein	
Schlafstörungen *(CSI-1, -12)* mit häufigem nächtlichen Aufwachen	Ich schlafe nicht gut. Wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich müde und nicht erholt.	Ja	Nein	
Müdigkeit / schnelle Ermüdung *(CSI-8, -17)*	Ich ermüde sehr schnell bei körperlichen Aktivitäten. Ich habe wenig Energie.	Ja	Nein	
Konzentrations- *(CSI-13)* oder Gedächtnisstörungen *(CSI-23)*	Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten. Ich habe Schwierigkeiten, mich an Dinge zu erinnern.	Ja	Nein	
Einer dieser Befunde positiv?		**Ja**	**Nein**	Nein → möglicherweise noziplastisch
3. und 4. positiv		**Ja**	**Nein**	Ja → wahrscheinlich noziplastisch

Bewertung:

- chronisch: ☐ wahrscheinlich ☐ möglich ☐ nein
- nozizeptiv: ☐ wahrscheinlich ☐ möglich ☐ nein
- neuropathisch: ☐ wahrscheinlich ☐ möglich ☐ nein
- noziplastisch: ☐ wahrscheinlich ☐ möglich ☐ nein

Quellen

Klute, M., Laekeman, M., Kuss, K., Petzke, F., Dieterich, A., Leha, A., Neblett, R., Ehrhardt, S., Ulma, J., & Schafer, A. (2021). Cross-cultural adaptation and validation of the German Central Sensitization Inventory (CSI-GE). *BMC Musculoskelet Disord*, *22*(1), 708. https://doi.org/10.1186/s12891-021-04481-5

Kosek, E., Clauw, D., Nijs, J., Baron, R., Gilron, I., Harris, R. E., Mico, J. A., Rice, A. S. C., & Sterling, M. (2021). Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain*, *162*(11), 2629-2634. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002324

Magerl, W., Krumova, E. K., Baron, R., Tolle, T., Treede, R. D., & Maier, C. (2010). Reference data for quantitative sensory testing (QST): refined stratification for age and a novel method for statistical comparison of group data. *Pain*, *151*(3), 598-605. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.07.026

Reimer, M., Forstenpointner, J., Hartmann, A., Otto, J. C., Vollert, J., Gierthmuhlen, J., Klein, T., Hullemann, P., & Baron, R. (2020). Sensory bedside testing: a simple stratification approach for sensory phenotyping. *Pain Rep*, *5*(3), e820. https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000820

Rolke, R., Andrews, K., Magerl, W., & Treede, R. D. (2002). *QST Handlungsanweisung für den Untersucher - eine standardisierte Testbatterie für die sensorische Testung.* Institut für Physiologie und Pathophysiologie, Universität Mainz.

Rolke, R., Baron, R., Maier, C., Tolle, T. R., Treede, D. R., Beyer, A., Binder, A., Birbaumer, N., Birklein, F., Botefur, I. C., Braune, S., Flor, H., Huge, V., Klug, R., Landwehrmeyer, G. B., Magerl, W., Maihofner, C., Rolko, C., Schaub, C., Scherens, A., Sprenger, T., Valet, M., & Wasserka, B. (2006). Quantitative sensory testing in the German Research Network on Neuropathic Pain (DFNS): standardized protocol and reference values. *Pain*, *123*(3), 231-243. https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.01.041

Scholz, J., Mannion, R. J., Hord, D. E., Griffin, R. S., Rawal, B., Zheng, H., Scoffings, D., Phillips, A., Guo, J., Laing, R. J., Abdi, S., Decosterd, I., & Woolf, C. J. (2009). A novel tool for the assessment of pain: validation in low back pain. *PLoS Med*, *6*(4), e1000047. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000047

Wolfe, F., Butler, S. H., Fitzcharles, M., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Rasker, J. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2019). Revised chronic widespread pain criteria: development from and integration with fibromyalgia criteria. *Scand J Pain*, *20*(1), 77-86. https://doi.org/10.1515/sjpain-2019-0054

Zhu, G. C., Bottger, K., Slater, H., Cook, C., Farrell, S. F., Hailey, L., Tampin, B., & Schmid, A. B. (2019). Concurrent validity of a low-cost and time-efficient clinical sensory test battery to evaluate somatosensory dysfunction. *Eur J Pain*, *23*(10), 1826-1838. https://doi.org/10.1002/ejp.1456

6-Minute-Walk-Test

Das ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories (2002) hat für den 6MWT ein ***standardisiertes Durchführungsprotokoll*** entwickelt, in dem Kriterien und Material für die Durchführung und genaue verbale Instruktionen während der Durchführung des Tests definiert sind.

Kontraindikationen für den 6MWT sind (ebd.):

- Absolute Kontraindikation:
  - Aktuell instabile Angina pectoris
  - Z.n. Myokardinfarkt im vergangenen Monat
- Relative Kontraindikation:
  - Ruhepuls > 120 / Minute
  - Systolischer Blutdruck > 180 mm Hg
  - Diastolischer Blutdruck > 100 mm Hg

Der 6MWT sollte **unverzüglich unterbrochen werden**, wenn eines der folgenden Symptome auftritt (ebd.):

- Brustschmerzen,
- unerträgliche Dyspnoe,
- Beinkrämpfe,
- Taumeln,
- deutliches Schwitzen und blasses oder aschfahles Aussehen.

Dokumentation (nach ebd.)

	Vor dem Test	**Nach dem Test**
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich	
Alter	_____Jahre	
Größe	_____cm	
Gewicht	_____kg	
Zu erwartende Gehstrecke und Minimun	_____m zu erwartende Gehstrecke _____m Minimum	
Sauerstoffgabe:	☐ja / ☐nein Wenn ja: _____l/Min	
Puls	_____/Min	_____/Min
Blutdruck (bei entsprechender Vorerkrankung)	_____/_____mm Hg	_____/_____mm Hg
SpO_2 (bei sauerstoffpflichtigen Patient/-innen)	_____%	_____%
Instruktion	s. unten	
Verbale Begleitung	s. unten	
Beobachtung Schmerzverhalten	s. unten	
Mögliche Gründe gegen eine längere Gehstrecke		"Was, wenn überhaupt, hat Sie davon abgehalten, weiter zu gehen?“(Freitext)
Erreichte Rundenzahl		_____ Runden
Erreichte Meter in der letzten unvollständigen Runde		_____m

Schmerzverhalten während es 6MWT beobachten (Alamam et al., 2019):

Seufzen	Ja	Nein
Atem anhalten	Ja	Nein
Grimmassieren	Ja	Nein
Schonen	Ja	Nein
Reiben des Schmerzareals	Ja	Nein
Antalgischer Gang	Ja	Nein

Instruktion des 6MWT (übersetzt und adaptiert nach ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories, 2002):

- "Bei diesem Test geht es darum, **6 Minuten lang so weit wie möglich** zu gehen. Sie werden in diesem Gang hin und her gehen. Sechs Minuten sind eine lange Zeit zum Gehen, **also werden Sie sich anstrengen. Sie werden wahrscheinlich außer Atem kommen oder erschöpft sein**. Sie dürfen langsamer gehen, anhalten und ausruhen, wenn es nötig ist. Beim Ausruhen können Sie sich an die Wand lehnen, aber gehen Sie weiter, sobald Sie dazu in der Lage sind.
- Sie laufen um die Kegel herum hin und her. Drehen Sie sich zügig um die Hütchen und gehen Sie und ohne zu zögern in die andere Richtung zurück. Ich werde es Ihnen einmal zeigen. Achten Sie bitte darauf, wie ich mich ohne zu zögern drehe."
    - Demonstrieren Sie, indem Sie selbst eine Runde laufen. Gehen und drehen Sie sich zügig um einen Kegel.
- "Sind Sie dazu bereit? Ich werde eine Strichliste führen, um die Anzahl der Runden zu zählen, die Sie zurückgelegt haben. Ich werde ihn jedes Mal einen Strich machen, wenn Sie sich an dieser Startlinie umdrehen. Denken Sie daran, dass es darum geht, **6 Minuten lang so weit wie möglich zu gehen, aber nicht zu rennen oder zu joggen**.
- Fangen Sie jetzt an, oder wann immer Sie bereit sind.“

Verbale Begleitung der Patient/-innen während des 6MWT (Verwenden Sie keine anderen Worte der Ermutigung (oder Körpersprache um schneller zu werden) (übersetzt und adaptiert nach ebd., S. 114):

- Nach der **ersten Minute**: "Sie machen das gut. Sie haben noch 5 Minuten zu gehen."
- Nach **zwei Minuten**: "Machen Sie weiter so. Sie haben noch 4 Minuten vor sich."
- Nach **drei Minuten**: „Sie machen das gut. Sie haben die Hälfte geschafft.“
- Nach **vier Minuten**: „Machen Sie weiter so. Sie haben nur noch 2 Minuten vor sich."
- Nach **fünf Minuten**: "Sie machen das gut. Sie haben nur noch 1 Minuten zu gehen." (ebd.)
- **15 Sekunden vor dem Ende**: "Gleich werde ich Ihnen sagen, dass Sie aufhören sollen. Wenn ich das tue, bleiben Sie einfach genau dort stehen, wo Sie sind, und ich werde zu Ihnen kommen.“
- **Nach 6 Minuten**: "Stopp!" Gehen Sie zu dem Patienten. Überlegen Sie, ob Sie den Stuhl nehmen, wenn er erschöpft aussieht. Markieren Sie die Stelle, an der der Patient aufgehört hat, indem Sie einen Gegenstand oder ein Stück Klebeband auf den Boden legen (ebd., S. 114).

Quellen

Alamam, D. M., Leaver, A., Moloney, N., Alsobayel, H. I., Alashaikh, G., & Mackey, M. G. (2019). Pain Behaviour Scale (PaBS): An Exploratory Study of Reliability and Construct Validity in a Chronic Low Back Pain Population. *Pain Res Manag*, *2019*, 2508019. https://doi.org/10.1155/2019/2508019

ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. (2002). ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med.*, *166*(1), 111-117. https://doi.org/10.1164/ajrccm.166.1.at1102

Anleitung Hitze-Allodynie mittels Beurer Babykostwärmer BY 52

- Eine Metallscheibe in den Kostheber des Babykostwärmers legen
- Babykostwärmer bis zur Markierung „Maximum“ mit Wasser füllen
- Gerät mit der Start-Stopp-Taste einschalten
- Digitalanzeige blinkt und zeigt voreingestellte Temperatur für Erhitzungsvorgang an
- Mittels Tasten + / – Temperatur auf 38° C einstellen
- Start-Stopp-Taste drücken, um Aufwärm-Programm zu starten
- Digitalanzeige hört auf zu blinken und zeigt aktuelle Wassertemperatur an
- Wenn gewünschte Temperatur erreicht ist, wird Wasser durch automatisches Nachheizen auf etwa 39° C (+/- 1° C) gehalten
- Gerät kann zu Beginn des Termins eingeschaltet werden und bis zur Testung „vergessen“ werden
- Für die Testung Kostheber samt Metallscheibe aus dem Babykostwärmer nehmen
- Metallscheibe auf einem Tuch kurz trockentupfen
- Danach sofort auf das zu testende Hautareal applizieren (verbale Anleitung s. Handbuch / TPS-App)
- Nach der Testung Start-Stopp-Taste solange drücken, bis Gerät ausschaltet (Anzeige erlischt)
- Wasser ausgießen
- Gerät und Metallscheiben desinfizieren

Checkliste Inhalte der prästationären Phase
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Inhalte		ja	nein
Sichten der Daten aus der wissenschaftlichen Befragung	Alter		
	Geschlecht		
	Beruf		
	Sozialsituation		
	Index Schmerzintensität (von Korff)		
	Graduierung der Chronizität (von Korff)		
	Schmerzbedingte Funktionseinschränkungen (von Korff)		
	Körperliche Aktivität (EHIS-PAQ)		
	Schmerzkatastrophisierung (PSC)		
	Aktuelle Schmerzintensität bei Ruhe/Bewegung (NRS)		
	Neuropathische Schmerzen (DN4)		
Sichten der Dokumentation des ärztlichen TPS-Mitglieds	Hauptdiagnose		
	Nebendiagnose(n)		
	Art der Operation (Bezeichnung)		
	Neuropathische Schmerzen (NPSI-G, klinische Untersuchung)		
Sichten der Dokumentation des pflegerischen TPS-Mitglieds	Barthel-Index		
Präoperative Aktivitätseinschränkungen (PSFS)			
Bewegungsangst (TSK-4)			
Bewegungsbezogene Förderfaktoren und Barrieren (GEDA-EHIS)			
bei präoperativen muskuloskelettalen Schmerzen: Differenzierung Schmerzmechanismen			
Aerobe Leistungsfähigkeit (6MWT) - *optional*			
Vorbereitung Teamsitzung	Erstellung Risikoprofil		
	Formulierung von Therapieempfehlungen		
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste präoperativ benötigte Materialien
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Wofür?	Material	ja	nein
allgemein	Tablet		
	Stift		
	Papier		
bei präoperativen muskuloskelettalen Schmerzen: Differenzierung Schmerzmechanismen	Materialien für evozierte Schmerzüberempfindlichkeit • Beurer Babykostwärmer • Zwei Metallscheiben • Wattestäbchen		
optional: Aerobe Leistungsfähigkeit (6-Minute-Walk-Test) -	Papier Stift für Strichliste: absolvierte Runden		
	Stoppuhr (Puls, Testdauer)		
	Vorbereitete markierte Strecke mit Klebepunkten auf dem Boden		
	Sitzmöglichkeit, die leicht auf die Laufstrecke bewegt werden kann		
	bei sauerstoffpflichtigen Patient/innen: Pulsoxymeter, Notfallmedikation, Sauerstoffquelle		

Checkliste Inhalte präoperatives Aktenstudium
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Informationen aus elektronischer Klinikakte, wissenschaftlicher Befragung (CRF), präop. TPS-Dokumentation		Befund/Notizen	ja	nein
Soziodemo-grafische Daten	Alter	_____ Jahre		
	Geschlecht			
	Berufstätigkeit			
	Sozialsituation			
Diagnose/n	Hauptdiagnose			
	Nebendiagnose			
Art der Operation	Bezeichnung			
Index Schmerz-intensität (von Korff)	Items a - c (momentan, durchschnittlich, größte)	MW: SD:		
	Item d) erträgliche Schmerzstärke			
	Lokalisation des Schmerzes	□ OP-Bereich		
		□ nicht im OP-Bereich		
		□ beides		
		Ort:		
	Dauer des Schmerzes			
Chronizität (von Korff)	Graduierung von 0-3			
Schmerzbedingte Funktions-einschränkung (von Korff)	a) übliche Aktivitäten (Beruf, Schule, Haushalt)			
	b) Alltags-aktivitäten (ADL)			
	c) Freizeitaktivitäten			
	d) Arbeitsfähigkeit			
Körperliche Aktivität (EHIS-PAQ)	moderat-intensive kA in Minuten pro Woche (Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit)			
	Kräftigung in Tagen pro Woche			
Schmerz-katastrophisierung (PSC)	Bewertung			

Aktuelle Schmerzintensität	NRS in Ruhe			
	NRS in Bewegung			
Neuropathischer Schmerz (DN4)	Hinweis auf neuropathische Schmerzen	☐ ja ☐ nein		
NPSI-G (TPS-Medizin)	Körperschema			
	Gesamtbewertung			
Barthel-Index (TPS-Pflege)	Gesamtscore			

Checkliste Ablauf präoperative obligate Inhalte
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Durchführung	Notwendige Schritte	ja	nein
Aktenstudium	Sichtung relevanter Vorbefunde aus der Patientenakte, dem CRF und prästationären TPS-Terminen		
Präoperative Aktivitätseinschränkungen (Patientenspezifische Funktionsskala – PSFS)	Patient/in benennt für sie/ihn besonders relevante Aktivitäten		
	Patientin / Patient bewertet Einschränkung der jeweiligen Aktivitäten (Skala 0-10)		
	Patientin / Patient priorisiert die in der PSFS benannten Aktivitäten		
	Aktivitäten in der Reihenfolge der Priorisierung samt Bewertung in der PSFS dokumentieren		
	Gesamtwert der Aktivitäten dokumentieren		
Bewegungsangst (Tampa Scale of Kinesiophobia – short form – TSK-4)	Patientin / Patient beantwortet vier Fragen		
	Antworten in der TSK-4 dokumentieren		
	Gesamtscore der TSK-4 berechnen und dokumentieren		
Erfassung bewegungsbezogener Förderfaktoren und Barrieren – Fragebogen GEDA-EHIS	Patientin / Patient beantwortet die Fragen zu bewegungsbezogenen Förderfaktoren und Barrieren		
	Antworten dokumentieren		
Differenzierung Schmerzmechanismen bei präoperativen muskuloskelettalen Schmerzen	Klärung, ob Patientin / Patient präoperative muskuloskelettale Schmerzen hat		
	Schmerzanamnese (Dauer, Lokalisation, rein nozizeptiv / rein neuropathisch) erfassen		
	Evozierte Schmerzüberempfindlichkeit untersuchen		
	Schmerzüberempfindlichkeit in der Anamnese erfragen		
	Weitere Symptome erfragen		
	Bewertung der Differenzierung (wahrscheinlich / möglich / nein) dokumentieren		

Checkliste Ablauf präoperative optionale Inhalte
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Durchführung	Schritte	ja	nein
Ggf. Aerobe Leistungsfähigkeit (6-Minute-Walk-Test – 6MWT)	**Vor dem Test**		
	Puls messen		
	Wenn Patient/in sauerstoffpflichtig		
	Blutdruck messen		
	Sauerstoffgabe notieren		
	Sauerstoffsättigung messen		
	Während des Tests		
	Verbale Begleitung laut Handbuch		
	Schmerzverhalten der Patientin / des Patienten während des Tests beurteilen		
	Nach dem Test		
	Puls messen		
	Gründe gegen längere Gehstrecke erfragen		
	Erreichte Wegstrecke messen und dokumentieren		
	Zu erwartende Wegstrecke berechnen (lassen) ***Männer:*** *(7,57 x Größe in cm) – (5,02 x Alter) – (1,76 x Gewicht in kg) – 309 m* ***Frauen:*** *(2,11 x Größe in cm) – (5,78 x Alter) – (2,29 x Gewicht in kg) + 667 m*		
	Minimum berechnen (lassen) ***Männer:*** *Zu erwartende Gehstrecke – 153 m* ***Frauen:*** *Zu erwartende Gehstrecke – 139 m*		
	Risiko der Patientin/ des Patienten bewerten (Ampel) und dokumentieren		
	Wenn Patient/in sauerstoffpflichtig		
	Blutdruck messen		
	Sauerstoffgabe notieren		
	Sauerstoffsättigung messen		

Checkliste Inhalte der stationären Phase
– Aktivitätsanalyse und Zielvereinbarung –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Inhalte		ja	nein
Sichten der Daten aus der wissenschaftlichen Befragung	Aktuelle Schmerzintensität in Ruhe und Bewegung (postoperativ)		
	Schmerz bei PT (postoperativ)		
	Pain Out (Schmerz und Beeinträchtigung seit der OP)		
	Schmerzkatastrophisieren (PSC) (postoperativ)		
	Neuropathische Schmerzen (DN4)		
Sichten der Dokumentation der ärztlichen Regelversorgung	Hauptdiagnose		
	Nebendiagnose(n)		
	Art der Operation (Bezeichnung)		
	Ärztliche Vorgaben Nachbehandlungsplan		
Sichten der Dokumentation des ärztlichen TPS-Mitglieds	Neuropathische Schmerzen (NPSI-G, klinische Untersuchung)		
Sichten der Dokumentation des pflegerischen TPS-Mitglieds	Barthel-Index		
Aktivitätseinschränkungen (PSFS)			
Bewegungsangst (TSK-4)			
Gemeinsame Zielvereinbarung			
Operationalisierung Ziele – Goal Attainment Scale (GAS)			
Vorbereitung Teamsitzung	Erstellung Risikoprofil		
	Formulierung von Therapieempfehlungen		
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste stationär benötigte Materialien
– Aktivitätsanalyse und Zielvereinbarung –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Wofür?	Material	ja	nein
allgemein	Tablet		
	Stift		
	Papier		
Aktivitätseinschränkungen (PSFS)	Tischvorlage PSFS stationär (laminiert)		
Bewegungsangst (TSK-4)	Tischvorlage TSK-4 (laminiert)		
Operationalisierung Ziele – Goal Attainment Scale (GAS)	GAS – auszufüllendes Exemplar (Handreichung)		
Vorbereitung Edukationstermin	Handreichungen zu edukativen Inhalten		

Checkliste Inhalte stationäres Aktenstudium
– Aktivitätsanalyse und Zielvereinbarung –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Informationen aus elektronischer Klinikakte, wissenschaftlicher Befragung (CRF), präop. TPS-Dokumentation		Befund/Notizen	ja	nein
Diagnose/n	Hauptdiagnose			
	Nebendiagnose			
Art der Operation	Bezeichnung			
Aktuelle Schmerzintensität	NRS in Ruhe			
	NRS in Bewegung			
Schmerz bei PT (postoperativ)	Score (NRS)			
Pain Out (Schmerz und Beeinträchtigung seit der OP)	P1: stärkster Schmerz			
	P2: geringster Schmerz			
	P3: Zeitanteil mit starkem Schmerz			
	P4 a) Aktivitäten im Bett			
	P4 b) Einatmen, Husten			
	P4 c) Schlafen			
	P4 d) Aktivitäten außerhalb des Bettes			
	P5 a) Verunsicherung			
	P5 b) Hilflosigkeit			
Schmerzkatas-trophisieren (PSC) (postoperativ)	Bewertung			
Neuropathischer Schmerz (DN4)	Hinweis auf neuropathische Schmerzen	☐ ja ☐ nein		
NPSI-G (TPS-Medizin)	Körperschema			
	Gesamtbewertung			
Barthel-Index (TPS-Pflege)	Gesamtscore			
Ärztliche Vorgaben Nachbehandlungs plan	Belastungslimitation			
	Bewegungslimitation			
	Hilfsmittel			
	Sonstiges			

Checkliste Ablauf stationär obligate Inhalte – Aktivitätsanalyse und Zielvereinbarung – TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Durchführung	Notwendige Schritte	ja	nein
Aktenstudium	Sichtung relevanter Vorbefunde aus der Patientenakte, dem CRF (POD 1,3,7) und den stationären TPS-Terminen		
Prä- / Postoperative Aktivitätseinschränkungen (Patientenspezifische Funktionsskala – PSFS)	Patient/in überprüft präoperativ angegebene Aktivitäten hinsichtlich aktueller postoperativer Veränderungen und bewertet die Aktivitäten erneut (ggf. hypothetisch, falls Aktivität im Krankenhaus nicht ausführbar) (Skala 0-10)		
	Ggf. werden neue Aktivitäten (Fokus nach der Entlassung) benannt und ebenfalls bewertet (Skala 0-10)		
	Patientin / Patient priorisiert die in der PSFS benannten Aktivitäten ggf. erneut		
	Aktivitäten in der Reihenfolge der Priorisierung samt Bewertung in der PSFS dokumentieren		
	Gesamtwert der Aktivitäten dokumentieren		
Bewegungsangst (Tampa Scale of Kinesiophobia – short form – TSK-4)	Patientin / Patient beantwortet vier Fragen		
	Antworten in der TSK-4 dokumentieren		
	Gesamtscore der TSK-4 berechnen und dokumentieren		
Gemeinsame Zielvereinbarung	Patient/in benennt selbst mind. zu einer priorisierten Aktivitäten angemessene und realistische Ziele für die poststationäre Phase		
	Aktueller Gesundheitszustand mit der Zielstellung vereinbar?		
	Vorgaben Nachbehandlung mit der Zielstellung vereinbar?		
Operationalisierung Ziele – Goal Attainment Scale (GAS)	Mind. ein Ziel wird überprüfbar formuliert und priorisiert dokumentiert (Stufe 0)		
	Mind. ein Ziel wird anhand der GAS in vier weiteren Abstufungen (-2, -1, +1, +2) operationalisiert und dokumentiert		
	Patient/in erhält ausgefüllte GAS als Handreichung für zuhause		
Vorbereitung Edukationstermin	Ausgabe der Handreichungen für den Edukationstermin		

Checkliste Inhalte der stationären Phase
– Edukation –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Inhalte		ja	nein
Sichten der Daten aus der wissenschaftlichen Befragung	Aktuelle Schmerzintensität in Ruhe und Bewegung (postoperativ)		
	Schmerz bei PT (postoperativ)		
	Pain Out (Schmerz und Beeinträchtigung seit der OP)		
	Schmerzkatastrophisieren (PSC) (postoperativ)		
	Neuropathischer Schmerz (DN4)		
Sichten der Dokumentation der ärztlichen Regelversorgung	Hauptdiagnose		
	Nebendiagnose(n)		
	Art der Operation (Bezeichnung)		
	Ärztliche Vorgaben Nachbehandlungsplan		
Sichten der Dokumentation des ärztlichen TPS-Mitglieds	Neuropathische Schmerzen (NPSI-G, klinische Untersuchung)		
Sichten der Dokumentation des pflegerischen TPS-Mitglieds	Barthel-Index		
Bewegungsangst (TSK-4)			
Edukation Gewebeheilung und Schmerzneurophysiologie			
Fragen zu Verständnis und Relevanz der edukativen Inhalte			
Ggf. fakultative Inhalte			
Vorbereitung Teamsitzung	Erstellung Risikoprofil		
	Formulierung von Therapieempfehlungen		
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste stationär benötigte Materialien
– Edukation –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Wofür?	Material	ja	nein
allgemein	Tablet		
	Stift		
	Papier		
Bewegungsangst (TSK-4)	Tischvorlage TSK-4 (laminiert)		
Edukation Gewebeheilung und Schmerzneurophysiologie	Handreichungen für Patient/in		
	Edukations-Leitfaden (laminiert)		

Checkliste Inhalte stationäres Aktenstudium
– Edukation –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Informationen aus elektronischer Klinikakte, wissenschaftlicher Befragung (CRF), präop. TPS-Dokumentation		Befund/Notizen	ja	nein
Diagnose/n	Hauptdiagnose			
	Nebendiagnose			
Art der Operation	Bezeichnung			
Aktuelle Schmerzintensität	NRS in Ruhe			
	NRS in Bewegung			
Schmerz bei PT (postoperativ)	Score (NRS)			
Pain Out (Schmerz und Beeinträchtigung seit der OP)	P1: stärkster Schmerz			
	P2: geringster Schmerz			
	P3: Zeitanteil mit starkem Schmerz			
	P4 a) Aktivitäten im Bett			
	P4 b) Einatmen, Husten			
	P4 c) Schlafen			
	P4 d) Aktivitäten außerhalb des Bettes			
	P5 a) Verunsicherung			
	P5 b) Hilflosigkeit			
Schmerzkatas-trophisieren (PSC) (postoperativ)	Bewertung			
Neuropathischer Schmerz (DN4)	Hinweis auf neuropathische Schmerzen	☐ ja ☐ nein		
NPSI-G (TPS-Medizin)	Körperschema			
	Gesamtbewertung			
Barthel-Index (TPS-Pflege)	Gesamtscore			
Ärztliche Vorgaben Nachbehandlungs plan	Belastungslimitation			
	Bewegungslimitation			
	Hilfsmittel			
	Sonstiges			

Checkliste Ablauf stationär obligate Inhalte
– Edukation –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Durchführung	Notwendige Schritte	ja	nein
Aktenstudium	Sichtung relevanter Vorbefunde aus der Patientenakte, dem CRF (POD 1,3,7) und den stationären TPS-Terminen		
Bewegungsangst (Tampa Scale of Kinesiophobia – short form – TSK-4)	Patientin / Patient beantwortet vier Fragen		
	Antworten in der TSK-4 dokumentieren		
	Gesamtscore der TSK-4 berechnen und dokumentieren		
Edukation Gewebeheilung	Grundzüge der Phasen der Gewebeheilung und der jeweiligen physiologischen Vorgänge werden erklärt		
	Maßnahmen in den jeweiligen Phasen werden erklärt		
	Mögliche physiologische Symptome in den Phasen werden erklärt		
	Patient/in erhält die Handreichung		
	Dokumentation der tatsächlich erklärten Inhalte		
Edukation Schmerzneurophysiologie	Schmerzwahrnehmung im Unterschied zu Nozizeption wird erklärt		
	Sensibilisierung (peripher, zentral) wird erklärt		
	Einfluss von körperlicher Aktivität auf Schmerzentwicklung wird erklärt		
	Patient/in erhält die Handreichung		
	Dokumentation der tatsächlich erklärten Inhalte		
Fragen an Patient/in zu Verständnis und Relevanz der Inhalte	Patient/in wird gebeten, die Fragen zu Verständnis und Relevanz der edukativen Inhalte zu beantworten		
	Patient/in wird gefragt, ob es noch Fragen oder Unklarheiten gibt		
	Fragen und Unklarheiten werden dokumentiert und aufgegriffen (ggf. auch in den weiteren TPS-Terminen)		

Checkliste Ablauf stationäre optionale Inhalte
– Edukation –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Durchführung	Schritte	ja	nein
Ggf. Edukation Schmerzneurophysiologie	Einfluss von Angst und Aufmerksamkeit auf Schmerzwahrnehmung wird erklärt, wenn Bewegungsangst oder Schmerzkatatstrophisieren erfasst wurde		
	Neuropathischer Schmerz wird erklärt, wenn entsprechende Befunde vorhanden		
	Noziplastischer Schmerz wird erklärt, wenn entsprechende Befunde vorhanden		
	Dokumentation der tatsächlich erklärten Inhalte		

Checkliste Inhalte der stationären Phase
– Aktivitätsberatung –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Inhalte		ja	nein
Sichten der Daten aus der wissenschaftlichen Befragung	Aktuelle Schmerzintensität in Ruhe und Bewegung (postoperativ)		
	Schmerz bei PT (postoperativ)		
	Pain Out (Schmerz und Beeinträchtigung seit der OP)		
	Schmerzkatastrophisieren (PSC) (postoperativ)		
	Neuropathischer Schmerz (DN4)		
Sichten der Dokumentation der ärztlichen Regelversorgung	Hauptdiagnose		
	Nebendiagnose(n)		
	Art der Operation (Bezeichnung)		
	Ärztliche Vorgaben Nachbehandlungsplan		
Sichten der Dokumentation des ärztlichen TPS-Mitglieds	Neuropathische Schmerzen (NPSI-G, klinische Untersuchung)		
Sichten der Dokumentation des pflegerischen TPS-Mitglieds	Barthel-Index		
Bewegungsangst (TSK-4)			
Identifikation geeigneter Aktivitäten zur Zielerreichung			
Erstellung eines Aktivitätsplans			
Fragen zur Zuversichtlichkeit bezogen auf die Umsetzung des Aktivitätsplans			
Ggf. Lösungsansätze formulieren			
Vorbereitung Teamsitzung	Erstellung Risikoprofil		
	Formulierung von Therapieempfehlungen		
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste stationär benötigte Materialien
– Aktivitätsberatung –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Wofür?	Material	ja	nein
allgemein	Tablet		
	Stift		
	Papier		
Bewegungsangst (TSK-4)	Tischvorlage TSK-4 (laminiert)		
Identifikation geeigneter Aktivitäten zur Zielerreichung	Dokument zum Agenda-Mapping (laminiert)		
Erstellung eines Aktivitätsplans	Ausfüllbarer Aktivitätsplan – Handreichungen für Patient/in		
Ggf. Lösungsansätze formulieren	Ausfüllbares Dokument Lösungsansätze – Handreichung für Patient/in		

Checkliste Inhalte stationäres Aktenstudium
– Aktivitätsberatung –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Informationen aus elektronischer Klinikakte, wissenschaftlicher Befragung (CRF), präop. TPS-Dokumentation		Befund/Notizen	ja	nein
Diagnose/n	Hauptdiagnose			
	Nebendiagnose			
Art der Operation	Bezeichnung			
Aktuelle Schmerzintensität	NRS in Ruhe			
	NRS in Bewegung			
Schmerz bei PT (postoperativ)	Score (NRS)			
Pain Out (Schmerz und Beeinträchtigung seit der OP)	P1: stärkster Schmerz			
	P2: geringster Schmerz			
	P3: Zeitanteil mit starkem Schmerz			
	P4 a) Aktivitäten im Bett			
	P4 b) Einatmen, Husten			
	P4 c) Schlafen			
	P4 d) Aktivitäten außerhalb des Bettes			
	P5 a) Verunsicherung			
	P5 b) Hilflosigkeit			
Schmerzkatas-trophisieren (PSC) (postoperativ)	Bewertung			
Neuropathischer Schmerz (DN4)	Hinweis auf neuropathische Schmerzen	☐ ja ☐ nein		
NPSI-G (TPS-Medizin)	Körperschema			
	Gesamtbewertung			
Barthel-Index (TPS-Pflege)	Gesamtscore			
Ärztliche Vorgaben Nachbehandlungs plan	Belastungslimitation			
	Bewegungslimitation			
	Hilfsmittel			
	Sonstiges			

Checkliste Ablauf stationär obligate Inhalte
– Aktivitätsberatung –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Durchführung	Notwendige Schritte	ja	nein
Aktenstudium	Sichtung relevanter Vorbefunde aus der Patientenakte, dem CRF (POD 1,3,7) und den stationären TPS-Terminen		
Bewegungsangst (Tampa Scale of Kinesiophobia – short form – TSK-4)	Patientin / Patient beantwortet vier Fragen		
	Antworten in der TSK-4 dokumentieren		
	Gesamtscore der TSK-4 berechnen und dokumentieren		
Identifikation geeigneter Aktivitäten zur Zielerreichung	Aktivitäts-Präferenzen der Patientin / des Patienten werden offen erfragt		
	Ggf. Einsatz der Agenda-Map		
	Mind. eine geeignete Aktivität wird identifiziert		
	Präferenzen, Förderfaktoren und Barrieren (EHIS-GEDA) werden für die Identifikation der Aktivität/en berücksichtigt		
	Aktueller Gesundheitszustand wird berücksichtigt		
	Vorgaben Nachbehandlung werden berücksichtigt		
Erstellung eines Aktivitätsplans	Dauer, Intensität, Frequenz der Aktivität/en festgelegt		
	Aktueller Gesundheitszustand berücksichtigt		
	Vorgaben Nachbehandlung berücksichtigt		
	Lokale Angebote und soziales Umfeld berücksichtigt		
	Steigerungen der Aktivität/en und Meilensteine festgelegt		
	Patient/in erhält Aktivitätsplan als Handreichung		
	Aktivitätsplan dokumentieren		
Fragen an Patient/in zur Zuversichtlichkeit bezogen auf die Umsetzung des Aktivitätsplans	Patient/in wird gebeten, die Fragen zur Zuversichtlichkeit bezogen auf die Umsetzung des Aktivitätsplans zu beantworten		
	Bei geringer Zuversichtlichkeit werden die angegebenen Gründe dafür aufgegriffen und der Aktivitätsplan ggf. angepasst		

Checkliste Ablauf stationäre optionale Inhalte
– Aktivitätsberatung –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Durchführung	Schritte	ja	nein
Ggf. Lösungsansätze formulieren	Patient/in benennt selbst antizipierte Barrieren für die Umsetzung des Aktivitätsplans		
	Zu den Barrieren werden entsprechende individuelle Lösungsansätze durch Patient/in formuliert		
	Patient/in wird Dokument mit formulierten Lösungsansätzen mitgegeben		
	Lösungsansätze werden dokumentiert		

Checkliste Inhalte der stationären Phase
– Abschluss-Assessment –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Inhalte		ja	nein
Sichten der Daten aus der wissenschaftlichen Befragung	Aktuelle Schmerzintensität in Ruhe und Bewegung (postoperativ)		
	Schmerz bei PT (postoperativ)		
	Pain Out (Schmerz und Beeinträchtigung seit der OP)		
	Schmerzkatastrophisieren (PSC) (postoperativ)		
	Neuropathischer Schmerz (DN4)		
Sichten der Dokumentation der ärztlichen Regelversorgung	Hauptdiagnose		
	Nebendiagnose(n)		
	Art der Operation (Bezeichnung)		
	Ärztliche Vorgaben Nachbehandlungsplan		
Sichten der Dokumentation des ärztlichen TPS-Mitglieds	Neuropathische Schmerzen (NPSI-G, klinische Untersuchung)		
Sichten der Dokumentation des pflegerischen TPS-Mitglieds	Barthel-Index		
Aktivitätseinschränkungen (PSFS)			
Bewegungsangst (TSK-4)			
bei muskuloskelettalen Schmerzen: Differenzierung Schmerzmechanismen			
Aktualisierung des Aktivitätsplans bei Bedarf			
Ggf. Edukation Gewebeheilung und / oder Schmerzneurophysiologie			
Ggf. Lösungsansätze aktualisieren			
Vorbereitung Teamsitzung	Erstellung Risikoprofil		
	Formulierung von Therapieempfehlungen		
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste stationär benötigte Materialien
– Abschluss-Assessment –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Wofür?	Material	ja	nein
allgemein	Tablet		
	Stift		
	Papier		
Aktivitätseinschränkungen (PSFS)	Tischvorlage PSFS stationär (laminiert)		
Bewegungsangst (TSK-4)	Tischvorlage TSK-4 (laminiert)		
bei muskuloskelettalen Schmerzen: Differenzierung Schmerzmechanismen	Materialien für evozierte Schmerzüberempfindlichkeit • Beurer Babykostwärmer • Zwei Metallscheiben • Wattestäbchen		
	Tischvorlage Schmerzdifferenzierung (laminiert)		
Erstellung eines Aktivitätsplans	Ausfüllbarer Aktivitätsplan – Handreichungen für Patient/in		
Ggf. Lösungsansätze formulieren	Ausfüllbares Dokument Lösungsansätze – Handreichung für Patient/in		
Ggf. Edukation Gewebeheilung und Schmerzneurophysiologie	Handreichungen für Patient/in		
	Edukations-Leitfaden (laminiert)		

Checkliste Inhalte stationäres Aktenstudium
– Abschluss-Assessment –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Informationen aus elektronischer Klinikakte, wissenschaftlicher Befragung (CRF), präop. TPS-Dokumentation		Befund/Notizen	ja	nein
Diagnose/n	Hauptdiagnose			
	Nebendiagnose			
Art der Operation	Bezeichnung			
Aktuelle Schmerzintensität	NRS in Ruhe			
	NRS in Bewegung			
Schmerz bei PT (postoperativ)	Score (NRS)			
Pain Out (Schmerz und Beeinträchtigung seit der OP)	P1: stärkster Schmerz			
	P2: geringster Schmerz			
	P3: Zeitanteil mit starkem Schmerz			
	P4 a) Aktivitäten im Bett			
	P4 b) Einatmen, Husten			
	P4 c) Schlafen			
	P4 d) Aktivitäten außerhalb des Bettes			
	P5 a) Verunsicherung			
	P5 b) Hilflosigkeit			
Schmerzkatas-trophisieren (PSC) (postoperativ)	Bewertung			
Neuropathischer Schmerz (DN4)	Hinweis auf neuropathische Schmerzen	☐ ja ☐ nein		
NPSI-G (TPS-Medizin)	Körperschema			
	Gesamtbewertung			
Barthel-Index (TPS-Pflege)	Gesamtscore			
Ärztliche Vorgaben Nachbehandlungs plan	Belastungslimitation			
	Bewegungslimitation			
	Hilfsmittel			
	Sonstiges			

Checkliste Ablauf stationär obligate Inhalte
– Abschluss-Assessment –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Durchführung	Notwendige Schritte	ja	nein
Aktenstudium	Sichtung relevanter Vorbefunde aus der Patientenakte, dem CRF (POD 1,3,7) und den stationären TPS-Terminen		
Prä- / Postoperative Aktivitätseinschränkungen (Patientenspezifische Funktionsskala – PSFS)	Patient/in überprüft präoperativ angegebene Aktivitäten hinsichtlich aktueller postoperativer Veränderungen und bewertet die Aktivitäten erneut (ggf. hypothetisch, falls Aktivität im Krankenhaus nicht ausführbar) (Skala 0-10)		
	Ggf. werden neue Aktivitäten benannt und ebenfalls bewertet (Skala 0-10)		
	Gesamtwert der Aktivitäten dokumentieren		
Bewegungsangst (Tampa Scale of Kinesiophobia – short form – TSK-4)	Patientin / Patient beantwortet vier Fragen		
	Antworten in der TSK-4 dokumentieren		
	Gesamtscore der TSK-4 berechnen und dokumentieren		
Differenzierung Schmerzmechanismen bei präoperativen muskuloskelettalen Schmerzen	Klärung, ob Patient/in muskuloskelettale Schmerzen hat		
	Schmerzanamnese (Dauer, Lokalisation, rein nozizeptiv / rein neuropathisch) erfassen		
	Evozierte Schmerzüberempfindlichkeit untersuchen		
	Schmerzüberempfindlichkeit in der Anamnese erfragen		
	Weitere Symptome erfragen		
	Bewertung der Differenzierung (wahrscheinlich / möglich / nein) dokumentieren		
Ggf. Aktualisierung des Aktivitätsplans	Ggf. Dauer, Intensität, Frequenz, Steigerung der Aktivitäten, Meilensteile ggf. aktualisieren		
	Aktueller Gesundheitszustand berücksichtigt		
	Vorgaben Nachbehandlung berücksichtigt		
	Patient/in erhält ggf. aktualisierten Aktivitätsplan als Handreichung		
	Aktualisierten Aktivitätsplan dokumentieren		
	Bei geringer Zuversichtlichkeit werden die angegebenen Gründe dafür aufgegriffen und der Aktivitätsplan ggf. angepasst		

Checkliste Ablauf stationäre optionale Inhalte
– Abschluss-Assessment –
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Durchführung	Schritte	ja	nein
Ggf. Edukation Schmerzneurophysiologie	Individuell relevante Informationen zur Schmerzneurophysiologie erklären		
	Dokumentation der tatsächlich erklärten Inhalte		
Ggf. Edukation Gewebeheilung	Individuell relevante Informationen zur Gewebeheilung erklären		
	Dokumentation der tatsächlich erklärten Inhalte		
Ggf. Lösungsansätze aktualisieren	Patient/in benennt selbst antizipierte Barrieren für die Umsetzung des Aktivitätsplans		
	Zu den Barrieren werden entsprechende individuelle Lösungsansätze durch Patient/in formuliert		
	Patient/in wird Dokument mit formulierten Lösungsansätzen mitgegeben		
	Lösungsansätze werden dokumentiert		

Checkliste Inhalte der ambulanten Phase
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Inhalte		ja	nein
Sichten der Daten aus der wissenschaftlichen Befragung	Aktuelle Schmerzintensität in Ruhe und Bewegung (postoperativ)		
	Schmerz bei PT (postoperativ)		
	Körperliche Aktivität (EHIS-PAQ)		
	Schmerzkatastrophisieren (PSC) (postoperativ)		
	Neuropathischer Schmerz (DN4)		
Sichten der Dokumentation der ärztlichen Regelversorgung	Hauptdiagnose		
	Nebendiagnose(n)		
	Art der Operation (Bezeichnung)		
	Ärztliche Vorgaben Nachbehandlungsplan		
Sichten der Dokumentation des ärztlichen TPS-Mitglieds	Neuropathische Schmerzen (NPSI-G, klinische Untersuchung)		
Sichten der Dokumentation des pflegerischen TPS-Mitglieds	Barthel-Index		
Aktivitätseinschränkungen (PSFS)			
Bewegungsangst (TSK-4)			
Reflexion der Umsetzung des Aktivitätsplans (positive Verstärkung aller umgesetzten Aktivitäten)			
Aktualisierung des Aktivitätsplans bei Bedarf			
Ggf. Edukation Gewebeheilung und / oder Schmerzneurophysiologie			
Ggf. Lösungsansätze aktualisieren			
bei muskuloskelettalen Schmerzen: Differenzierung Schmerzmechanismen			
Vorbereitung Teamsitzung	Erstellung Risikoprofil		
	Formulierung von Therapieempfehlungen		
Beantwortung Monitoringfragen			

Checkliste ambulant benötigte Materialien
TPS-Physiotherapeutinnen und -Physiotherapeuten

Wofür?	Material	ja	nein
allgemein	Tablet		
	Stift		
	Papier		
Aktivitätseinschränkungen (PSFS)	Tischvorlage PSFS ambulant (laminiert)		
Bewegungsangst (TSK-4)	Tischvorlage TSK-4 (laminiert)		
Reflexion der Umsetzung des Aktivitätsplans	Tischvorlage Evaluation Umsetzung Aktivitätsplan (laminiert)		
Aktualisierung des Aktivitätsplans, falls nötig	Ausfüllbarer Aktivitätsplan – Handreichungen für Patient/in		
Ggf. Lösungsansätze formulieren	Ausfüllbares Dokument Lösungsansätze – Handreichung für Patient/in		
Ggf. Edukation Gewebeheilung und Schmerzneurophysiologie	Handreichungen für Patient/in		
	Edukations-Leitfaden (laminiert)		
bei muskuloskelettalen Schmerzen: Differenzierung Schmerzmechanismen	Materialien für evozierte Schmerzüberempfindlichkeit • Beurer Babykostwärmer • Zwei Metallscheiben • Wattestäbchen		
	Tischvorlage Schmerzdifferenzierung (laminiert)		

Checkliste Inhalte ambulantes Aktenstudium
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Informationen aus elektronischer Klinikakte, wissenschaftlicher Befragung (CRF), präop. TPS-Dokumentation		Befund/Notizen	ja	nein
Diagnose/n	Hauptdiagnose			
	Nebendiagnose			
Art der Operation	Bezeichnung			
Aktuelle Schmerzintensität	NRS in Ruhe			
	NRS in Bewegung			
Schmerz bei PT (postoperativ)	Score (NRS)			
Körperliche Aktivität (EHIS-PAQ)	moderat-intensive kA in Minuten pro Woche (Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit)			
	Kräftigung in Tagen pro Woche			
Schmerzkatas-trophisieren (PSC) (postoperativ)	Bewertung			
Neuropathischer Schmerz (DN4)	Hinweis auf neuropathische Schmerzen	☐ ja ☐ nein		
NPSI-G (TPS-Medizin)	Körperschema			
	Gesamtbewertung			
Barthel-Index (TPS-Pflege)	Gesamtscore			
Ärztliche Vorgaben Nachbehandlungs plan	Belastungslimitation			
	Bewegungslimitation			
	Hilfsmittel			
	Sonstiges			

Checkliste Ablauf ambulant obligate Inhalte
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Durchführung	Notwendige Schritte	ja	nein
Aktenstudium	Sichtung relevanter Vorbefunde aus der Patientenakte, dem CRF (POD 1,3,7) und den stationären TPS-Terminen		
Prä- / Postoperative Aktivitätseinschränkungen (Patientenspezifische Funktionsskala – PSFS)	Patient/in überprüft präoperativ / stationär angegebene Aktivitäten hinsichtlich aktueller Veränderungen und bewertet die Aktivitäten erneut (Skala 0-10)		
	Gesamtwert der Aktivitäten dokumentieren		
Bewegungsangst (Tampa Scale of Kinesiophobia – short form – TSK-4)	Patientin / Patient beantwortet vier Fragen		
	Antworten in der TSK-4 dokumentieren		
	Gesamtscore der TSK-4 berechnen und dokumentieren		
Reflexion der Umsetzung des Aktivitätsplans	Patient/in wird gebeten, Fragen zur Umsetzung des vereinbarten Aktivitätsplans zu beantworten		
	Reflexion der tatsächlichen Umsetzung des Aktivitätsplans gemeinsam mit Patient/in		
	Bei geringer Umsetzung werden die Gründe dafür aufgegriffen und der Aktivitätsplan ggf. angepasst		
	Dokumentation der im Gespräch aufgegriffenen Gründe für die Umsetzung des Aktivitätsplans		
	Positive Verstärkung aller umgesetzten Aktivitäten		
Aktualisierung des Aktivitätsplans, falls nötig	Ggf. Aktivitäten, Dauer, Intensität, Frequenz, Steigerung der Aktivitäten, Meilensteile ggf. aktualisieren		
	Meilensteine in der Steigerung festlegen		
	Aktueller Gesundheitszustand berücksichtigt		
	Vorgaben Nachbehandlung berücksichtigt		
	Patient/in erhält aktualisierten Aktivitätsplan als Handreichung		
	Aktivitätsplan dokumentieren		

Durchführung	Notwendige Schritte	ja	nein
Differenzierung Schmerzmechanismen bei präoperativen muskuloskelettalen Schmerzen	Klärung, ob Patient/in muskuloskelettale Schmerzen hat		
	Schmerzanamnese (Dauer, Lokalisation, rein nozizeptiv / rein neuropathisch) erfassen		
	Evozierte Schmerzüberempfindlichkeit untersuchen		
	Schmerzüberempfindlichkeit in der Anamnese erfragen		
	Weitere Symptome erfragen		
	Bewertung der Differenzierung (wahrscheinlich / möglich / nein) dokumentieren		

Checkliste Ablauf ambulant optionale Inhalte
TPS-Physiotherapeutinnen und -Therapeuten

Durchführung	Schritte	ja	nein
Ggf. Edukation Schmerzneurophysiologie	Individuell relevante Informationen zur Schmerzneurophysiologie erklären		
	Dokumentation der tatsächlich erklärten Inhalte		
Ggf. Edukation Gewebeheilung	Individuell relevante Informationen zur Gewebeheilung erklären		
	Dokumentation der tatsächlich erklärten Inhalte		
Ggf. Lösungsansätze aktualisieren	Patient/in benennt selbst antizipierte Barrieren für die Umsetzung des Aktivitätsplans		
	Zu den Barrieren werden entsprechende individuelle Lösungsansätze durch Patient/in formuliert		
	Patient/in wird Dokument mit formulierten Lösungsansätzen mitgegeben		
	Lösungsansätze werden dokumentiert		

Nr.	Dokument
1	Einschlusstabelle Operationen und Risikoklassifizierung
2	Patient:innen-Fragebögen, Interviewversionen und Leitfaden
3	Studieninformations-Flyer
4	Patient:innen-Flyer
5	Checklisten, Edukations- und Schulungsmaterialien
6	**Merkblatt Allgemeine Information zu Prozedere bei nicht-stattgefundenen TPS Patient:innen-Terminen**

Prozedere bei nicht-stattgefundenen TPS Patient/innen-Termine

Allgemeine Angaben	**Prävention operationsbedingter anhaltender Schmerzen durch Einführung eines perioperativen „Transitional Pain Service“ – POET-Pain** Innovationsfonds, G-BA **Fördernummer**: 01NVF19021 **Laufzeit**: 01.08.2021- 31.07.2024
Was beinhaltet das Merkblatt?	• Prozedere bei nicht-stattgefundenen TPS-Assessments • Betrifft TPS Behandelnde + Studienteilnehmer/innen der Risiko-Therapiegruppe • Neue Aspekte in Ergänzung zu den Handbüchern der Version 1.0
Ziel	• Handlungsanleitung für vom Protokoll abweichendes Vorgehen (angepasste Vorgehensweisen, wenn nicht alle TPS Assessments wie geplant durchgeführt werden können)
Zeiträume	• Die in diesem Dokument beschriebenen Vorgehensweisen für das TPS Team beziehen sich auf den **prästationären**, **stationären** und **ambulanten** Zeitraum
Ansprechpartner/innen	• **TPS Team:** Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn [Esther.Pogatzki-Zahn@ukmuenster.de] • **TPS-Profession Pflegefachkraft:** Stefanie Berger [stefanie.berger@pmu.ac.at] • **TPS-Profession Arzt/ Ärztin:** PD Dr. Alexander Schnabel [Alexander.Schnabel@ukmuenster.de] • **TPS-Profession Psychologie:** Franziska Mauz [Franziska.Mauz@uksh.de] • **TPS-Profession Physiotherapeut/innen:** Andrea Kurz [andrea.kurz@hawk.de]

1. Allgemeine Kriterien für alle Professionen

Teamsitzungen:

- Es wird jede/r Patient/in regulär zu jeder angesetzten Teamsitzung besprochen, wenn mindestens 1 Profession einen neuen Kontakt zu diesem Patienten hatte.

- Jede Profession nimmt wenn möglich zu jeder regulär angesetzten Teamsitzung teil, auch wenn sie keinen Kontakt zu dem/der betreffenden Patient/in hatte. Sie übt in diesem Falle eine beratende Funktion im Team auf Grundlage der für sie verfügbaren Informationen aus.

2. Professionsspezifische Handlungsanleitungen

2.1. TPS Profession: Pflegefachkraft

Termine	Optionen für die weitere Betreuung durch die TPS-Pflegekraft
Wenn prästationärer Termin vor-Ort **ausfällt** (kein Termin vor OP)	**Option 1**: • Versuch des telefonischen Kontakts* mit dem Pat. bis zum Aufnahmetag resp. Tag vor OP • Die stationären Termine finden wie vorgesehen statt.
	Option 2: • Termin fällt aus, Informationen werden aus der Regelversorgung (Dokumentation, analog zum Handbuch vs 1.0 prästationär) sowie Dokumentation der anderen Professionen bezogen • Die stationären Termine finden wie vorgesehen und im stationären Handbuch beschrieben statt.
Wenn stationärer Termin 1 vor-Ort **ausfällt** (POD 1 oder 2) – maximal bis zum POD 3 (d.h. vor zweitem Teammeeting)	• Es sollte versucht werden, den Termin 1 bis zum POD 3 nachzuholen • Wenn Termin 1 bis zum POD 3 nicht möglich ist, sollte auf jeden Fall der zweite stationäre Termin stattfinden (unabhängig vom Ergebnis des Risikoprofils) und alle Edukationsinhalte (inkl. Entlassungsplanung, Aktivitätsprotokoll), wie im stationären Handbuch angegeben, vermittelt werden • Inhalte aus dem prästationären Assessment, sowie aus der Dokumentation der Regelversorgung und der anderen Professionen werden für das Teammeeting herangezogen.
Wenn stationärer Termin 2 vor-Ort **ausfällt** (POD 3 bis POD 7)	• Termin entfällt ohne weitere Kontaktaufnahme vor dem geplanten ambulanten Termin. • Der erste ambulante Termin findet wie im ambulanten Handbuch beschrieben statt.
Wenn beide stationären Termine vor-Ort **ausfallen**	• Es wird keine Edukation aus dem stationären Bereich in die ambulante Phase mitgenommen. • Das Vorgehen wird wie im ambulanten Handbuch beschrieben durchgeführt **mit Ausnahme der Evaluation der Zielformulierung** • Wenn auf Basis der Informationen aus der Dokumentation und der anderen Professionen ein Risiko deutlich (Teamsitzung) wird, wird eine frühzeitige Wiedereinbestellung bereits in Woche 6 empfohlen (siehe Handbuch stationär).
Wenn ambulanter Termin 1 vor-Ort ausfällt (postop. Woche 8)	• Kann bis post OP. Woche 12 stattfinden (ggf. telefonischer Kontakt) • Ein zweiter ambulanter Termin mit der Pflege findet nur statt bei Patienten mit **Pflegerischem Risikoprofil entsprechend der Befunde aus dem ersten ambulanten Assessment**
Wenn ambulanter Termin 2 vor-Ort ausfällt zwischen postop. Woche 18 und 24 (bei Pat. die stationär begleitet wurden)	• Keine weiteren Kontaktversuche • **Teilnahme an Teamsitzung** zur abschließenden Besprechung des Pat.

**Telefonische Kontaktierung: maximal 3 Versuche zu unterschiedlichen Tageszeiten*

2.2. TPS-Profession: Arzt/ Ärztin

Termine	Optionen für die weitere Betreuung durch die ärztliche TPS-Profession
Wenn prästationärer Termin vor-Ort **ausfällt** (kein Termin vor OP)	**Option 1:** • Versuch des telefonischen Kontakts* mit dem/r Patient/in bis zum Aufnahmetag resp. Tag vor OP und anschließend • Die stationären Termine finden wie vorgesehen statt.
	Option 2: • Termin fällt aus, Informationen werden aus der Regelversorgung (Dokumentation, siehe Handbuch vs 1.0 prästationär), sowie Dokumentation der anderen Professionen bezogen und • Die stationären Termine finden wie vorgesehen statt.
Wenn stationäre Termine vor-Ort **ausfallen**	**Option 1:** • Versuch des telefonischen Kontakts* mit dem/r Patient/in und anschließend • Der/die ambulante/n Termin/e findet/n wie vorgesehen statt.
	Option 2: • Termin fällt aus, Informationen werden aus der Regelversorgung (Dokumentation, siehe Handbuch vs 1.0 stationär), sowie Dokumentation der anderen Professionen bezogen und • Der/die ambulante/n Termin/e findet/n wie vorgesehen statt.
Wenn ambulanter Termin vor-Ort **ausfällt**	**Option 1:** • Versuch des telefonischen Kontakts* mit dem/r Patient/in und anschließend • zur abschließenden Besprechung des/r Patient/in
	Option 2: • Informationen werden aus ggf. vorhandenen Daten aus der Regelversorgung (Dokumentation), sowie aus der Dokumentation der anderen Professionen bezogen • **Teilnahme an Teammeeting** zur abschließenden Besprechung des/r Patient/in

**Telefonische Kontaktierung: maximal 3 Versuche zu unterschiedlichen Tageszeiten*

2.3. TPS-Profession: Psychologie

Termine	Optionen für die weitere Betreuung durch die/den TPS-Psycholog/in
Psychometrie liegt nicht vor zur prästationären Teamsitzung	• Teilnahme an Teamsitzung • die stationäre Intervention wird analog Handbuch vs 1.0 stationär geplant • die Teamdokumentation wird anhand der vorliegenden Informationen aus der Teamsitzung vervollständigt
Wenn stationärer Termin 2 vor-Ort **ausfällt**	• Findet stationär nur der 1. Termin persönlich statt, kann in dem einen Termin analog zum Handbuch vs 1.0 stationär das Mentale Kontrastieren und die Wenn-Dann-Pläne zusammen durchgeführt werden oder der 2. Termin (video-)telefonisch* umgesetzt werden. • Telefonische Durchführung der Wenn-Dann-Pläne muss bis spätestens 4-5 Wochen postoperativ vorgenommen werden, danach gelten die Wenn-Dann-Pläne als nicht durchgeführt. • Der ambulante Termin findet **nur** wie vorgesehen statt, wenn die Wenn-Dann-Pläne durchgeführt wurden.
Wenn alle stationären Termine vor-Ort **ausfällen**	• Findet stationär kein persönlicher Erstkontakt zwischen Patient/in und Psycholog/in statt, wird die **psychologische Intervention nicht fortgeführt** (keine weiteren ambulanten Termine). • Die psychometrischen Daten aus den bereits stattgefundenen wissenschaftlichen Befragungen der Patient/innen durch das Studienteam (CRF), , sowie aus der Dokumentation und dem Bericht der anderen Professionen werden für das Teammeeting herangezogen.
Wenn ambulanter Termin vor-Ort **ausfällt**	• Findet der ambulante Termin nicht persönlich statt, kann dieser Kontakt ersatzweise (video-)telefonisch* umgesetzt werden • Die psychometrischen Daten aus den bereits stattgefundenen wissenschaftlichen Befragungen der Patient/innen durch das Studienteam (CRF), sowie aus der Dokumentation und dem Bericht der anderen Professionen werden für das **Teammeeting** herangezogen.

**Telefonische Kontaktierung: maximal 3 Versuche zu unterschiedlichen Tageszeiten; Videotelefonie ist nur erlaubt, wenn es sich hierbei um ein standardisiertes Verfahren in der Klinik handelt*

2.4. TPS-Profession: Physiotherapeut/innen

Termine	Optionen für die weitere Betreuung durch die/den TPS-Physiotherapeut/in
Wenn prästationärer Termin vor-Ort **ausfällt** (kein Termin vor OP)	**Option 1**: • Versuch des telefonischen Kontakts* mit Patient/in bis zum Aufnahmetag, resp. Tag vor OP **Erhebung von:** PSFS, TSK-4, Bewegungsbezogene Förderfaktoren u. Barrieren, Differenzierung Schmerz ohne evozierte Schmerzüberempfindlichkeit • Die stationären Termine finden wie vorgesehen (lt. Handbuch vs 1.0) statt.
	Option 2: • Falls telefonischer Kontakt auch nicht möglich: entsprechende Dokumentation • Die stationären Termine findet wie vorgesehen (lt. Handbuch vs 1.0) statt.
Wenn stationäre Termine vor-Ort **ausfallen**	**Option 1**: • Versuch telefonischer Kontakt/e* mit Patient/in **Erhebung von:** 40 Min Aktivitätsanalyse und Aktivitätsberatung wenn möglich 20 Min Edukation zusätzlich (im selben Telefonat oder in einem zusätzlichen Telefonat) • Ambulanter Termin findet wie vorgesehen (lt. Handbuch vs 1.0) statt.
	Option 2: • Falls telefonischer Kontakt nicht möglich war: Entsprechende Dokumentation und • Ambulanter Termin findet **nicht** nach Handbuch statt, sondern **nur PSFS, TSK-4, Differenzierung Schmerz, Edukation (Inhalte je nach Situation der Patient/in)**
Wenn **ambulanter Termin** vor-Ort **ausfällt,** nachdem prästationäre und / oder stationäre Termine stattgefunden haben	Versuch telefonischer Kontakt/e* mit Patient/in laut Handbuch (Inhalte je nach ambulantem Termin) **Erhebung von:** PSFS, TSK-4, Differenzierung Schmerz ohne evozierte Schmerzüberempfindlichkeit **Durchführung von**: Reflexion Zielerreichung (GAS), Reflexion Umsetzung Aktivitätsplan und Aktualisierung Aktivitätsplan, ggf. Entwicklung Lösungsansätze und / oder Edukation zusätzlich
Wenn ambulanter Termin vor-Ort **ausfällt,** nachdem auch stationäre Termine ausgefallen sind (weder vor-Ort noch telefonisch)	• Keine weiteren Kontaktversuche • **Teilnahme an Teamsitzung** zur abschließenden Besprechung des Pat.

**Telefonische Kontaktierung: maximal 3 Versuche zu unterschiedlichen Tageszeiten*

Prozedere bei nicht-stattgefundenen TPS Patient/innen-Termine

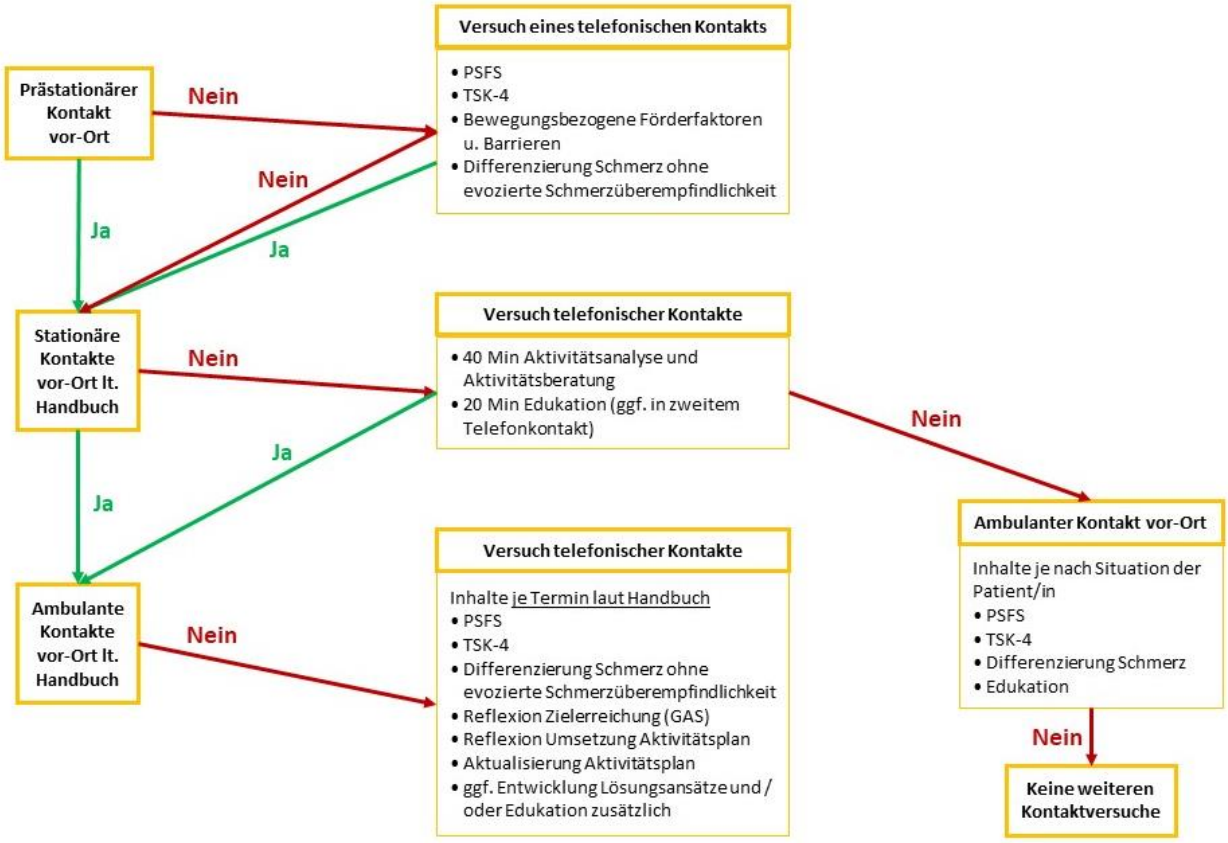


Abbildung 1: Grafische Darstellung der Handlungsanleitungen der TPS-Profession: Physiotherapeut/innen
Nein: Termin hat nicht stattgefunden; Ja: Termin hat stattgefunden