



SCHMERZKLINIK KIEL

Klinik für neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerztherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Hartmut Göbel

Heikendorfer Weg 9 -27

D - 24149 Kiel

Aufnahme- und Terminorganisation

Telefon 0431/20099-120

➔ Fax 0431/20099-129

Email: iv-netz@schmerzlinik.de

Internet: www.schmerzlinik.de

Ihre Ansprechpartnerinnen:

① Frau Sikora (- 120)

② Frau Schnoor (- 120)

③ Frau Ziegler (- 120)

④ Frau Mielke (- 400)

⑤ Frau Fromm (- 150)

Schmerzlinik Kiel Heikendorfer Weg 9 – 27 24149 Kiel

An die
Neurologisch-verhaltensmedizinische
Schmerzlinik Kiel / IV-Management
Heikendorfer Weg 9-27
D-24149 Kiel

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für die Einweisung. Wir bitten Sie zur Vorbereitung der Aufnahme um die nachfolgenden Informationen (**per Fax oder Email geht es schneller**):

Patientenname:	Geboren am:	①
Straße, PLZ, Ort:	Telefon:	②
Diagnosen:		③
Folgende Punkte müssen bitte vor Terminvergabe erledigt werden:		④
• Dieses Anschreiben, Aufnahme-Checkliste und MIDAS-Fragebogen zusenden	Erledigt Ja - Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Kopien relevanter Befunde, Röntgenbilder, Arztbriefe und Gutachten zusenden		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zahlreiche Krankenkassen haben eine integrierte Versorgung mit unserem Behandlungsnetz geregelt. Für Versicherte der AOK Nord-West, der AOK Rheinland-Hamburg, der AOK Hessen, der Techniker Krankenkasse, der Hanseatischen Krankenkasse HEK, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Schleswig-Holstein und Hamburg, der Knappschaft Bahn See, der BKK Gesundheit, der Taunus BKK, der BKK Fahr, der BKK vor Ort und der E.ON BKK erfolgt bei Vorliegen der Aufnahmebedingungen die Kostenübernahme, ohne dass ein weiterer Antrag erforderlich ist. Aktuelle Übersicht im Internet: www.schmerzlinik.de		
Für Versicherte anderer Krankenkassen oder Selbstzahler muss eine Kostenübernahmebestätigung der Krankenkasse oder der/des Patientin/en vorliegen.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wie hoch stufen Sie die Aufnahmepriorität ein:	<input type="checkbox"/> Höchstdringlich	<input type="checkbox"/> Dringlich <input type="checkbox"/> Mittel
Zur Termin- und Zimmerplanung erbitten wir folgende Angaben:		Ja - Nein
Es besteht eine Suizidgefährdung		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Psychologische Therapieverfahren werden abgelehnt		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es besteht eine komplexe psychiatrische Komorbidität		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es besteht eine Medikamentenabhängigkeit oder ein Medikamentenübergebrauch		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es besteht eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es bestehen ansteckende Krankheiten		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
♿ Ein Zimmer mit behindertengerechtem Bad, Toilette und Rollstuhl ist erforderlich		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pat. benötigt beim Waschen, Baden, Essen, Toilette etc. Unterstützung		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Beim Gehen und Treppensteigen ist Hilfe erforderlich		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es werden spezielle Hilfsmittel benötigt. Bitte ggf. erläutern		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre freundliche Kooperation. Nach Durchsicht der Unterlagen werden wir uns direkt mit Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten bzgl. des Aufnahmetermine in Verbindung setzen.

.....
Unterschrift/Stempel einweisende/r Ärztin/Arzt

Ihre Email-Adresse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Aufnahme-Checkliste

A. Die Diagnose der Schmerzerkrankung ist trotz wiederholter Untersuchungen in Zweifel:

- Es bestehen Schmerzen *seit mindestens sechs Monaten*, aber eine spezifische Ursache kann in den medizinischen Einzeldisziplinen nicht aufgedeckt werden.
- Die wiederholte Suche nach strukturellen Läsionen erbrachte keinen Befund, der die Intensität und Dauer der Schmerzen erklären kann und es besteht eine ständige Inanspruchnahme diagnostischer Maßnahmen.
- Es besteht ein komplexes biopsychosoziales Bedingungsgefüge für die chronische Schmerzerkrankung. Einzeldiagnostik in den verschiedenen Fächern führt nicht zu einer erfolgreichen Evaluation und Aufstellung einer effektiven Therapiestrategie.

B. Die Effektivität der Behandlung ist trotz wiederholter Behandlungsversuche unbefriedigend:

- Wiederholte fachspezifische Behandlungsversuche führten nicht zu einer Reduktion des chronischen Leidensdruckes.
- Ein intensives, ganzheitliches verhaltensmedizinisches Therapieprogramm ist erforderlich, welches im ambulanten Bereich für die spezielle Schmerzerkrankung nicht durchgeführt werden kann.
- Effektive stationäre Therapieprogramme, die für die interdisziplinäre Behandlung eines speziellen chronifizierten Schmerzproblems erforderlich sind, können durch stationäre Behandlung der Einzeldisziplinen nicht angeboten werden.
- Es besteht ein Schmerzstatus (z.B. Status migränosus, aktive Clusterperiode, chronische posttherpetische Neuralgie etc.), der durch nicht-spezialisierte Behandlung nur unzureichend behandelt werden kann.

C. Die chronische Schmerzkrankheit führt zu Medikamentenübergebrauch:

- Ambulante Entzugsversuche oder stationäre Versuche sind erfolglos geblieben.
- Aufgrund der wissenschaftlichen Literatur sind Umstellungsversuche in nicht-spezialisierten Kliniken ohne ausreichende Erfolgsaussicht (z.B. Übergebrauch von Analgetika plus psychotrope Wirkstoffe).
- Ein stationärer Aufbau eines Therapieprogrammes für die zukünftige Vorbeugung von Medikamentenübergebrauch ist erforderlich.

D. Komorbidität führt zu einer Komplizierung der Behandlung

- Physische Komorbidität (z.B. Myokardinfarkt, Medikamentenunverträglichkeiten etc.) erlauben nicht den Einsatz von möglichen effektiven Maßnahmen zur speziellen Schmerztherapie.
- Psychische Komorbidität (z.B. Depression, Schlafstörung, somatoforme Störung) führen im Zusammenhang mit der Schmerzerkrankung zur Therapieresistenz und erfordern ein spezielles stationäres interdisziplinäres Therapieprogramm.

E. Optional, wenn beide nachfolgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Schmerztherapeutischer Notfall (z.B. Ausbrechen einer aktiven Periode eines Clusterkopfschmerzes, plötzliche Therapieresistenz einer Trigeminusneuralgie nach primär langfristiger Effektivität etc.).
- Therapieresistenz in anderen ambulanten oder stationären Einrichtungen.

.....
Unterschrift/Stempel einweisende/r Ärztin/Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Bitte durch Patientin/Patient ausfüllen lassen

MIDAS Fragebogen

Anleitung: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über ALLE Schmerzattacken, die Sie in den letzten drei Monaten hatten. Füllen Sie das Kästchen neben jeder Frage mit der entsprechenden Zahl aus. Schreiben Sie 0, wenn die Antwort negativ ist.

1. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten sind Sie wegen Schmerzen nicht zur Arbeit oder zur Schule gegangen? Tage

2. An wie vielen Tagen war in den letzten drei Monaten Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 1 angaben, NICHT dazu) Tage

3. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten konnten Sie wegen Ihrer Schmerzen keine Hausarbeit verrichten? Tage

4. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 3 angaben, NICHT dazu) Tage

5. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Schmerzen nicht teilnehmen können? Tage

Ergebnis: Tage

A: An wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen? (Wenn die Schmerzen länger als einen Tag angehalten haben, zählen Sie jeden Tag): Tage

B Wie stark waren diese Schmerzen?
Bitte geben Sie die Schmerzintensität auf einer Skala von 0 - 10 an.
(0 = keine Schmerzen, 10 = sehr starke Schmerzen)

Bitte zählen Sie die Tage der Fragen 1- 5 zusammen, sobald Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. (Die Fragen A und B bitte NICHT dazuzählen)

Auswertung des MIDAS Fragebogens:

Grad	Definition	Punkte
I	wenig oder keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 0 - 5
II	geringe Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 6 - 10
III	mäßige Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 11 - 20
IV	schwere Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 21+