KEDOQ-Schmerz Kerndatensatz

Handbuch

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

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

Handbuch erstellt von:

Ad-hoc Kommission KEDOQ-Schmerz

Kerndokumentation und Qualitätssicherung in der spezialisierten Schmerztherapie (KEDOQ-Schmerz) ist eine Initiative der Deutschen Schmerzgesellschaft.

Ziel ist die Erstellung einer umfassenden Datenbank aus patientenbezogenen Merkmalen sowie diagnose- und therapierelevanten Daten, um eine externe Qualitätssicherung für die spezialisierte Schmerztherapie zu etablieren und unabhängige überregionale sowie sektorenübergreifende Auswertungen vornehmen zu können.

Diese Daten werden dringend benötigt, um die Situation von Schmerzpatienten adäquat beschreiben und den Versorgungsaufwand darstellen zu können. Immer noch haben Gesprächspartner bei Krankenkassen oder Politik nur eine vage Vorstellung über die biopsychosozialen Auswirkungen chronischer Schmerzen.

Mit der Teilnahme an KEDOQ-Schmerz

- setzen Sie einen Qualitäts-Maßstab für Ihre schmerztherapeutische Einrichtung
- wird Ihre Kommunikation mit den KVen erleichtert, da die Zusammenstellung und Auswertung Ihrer Daten den Anforderungen der QS-Kommissionen der KVen entsprechen
- legen Sie den Grundstein für eine gemeinsame überregionale, sektoren- und einrichtungsübergreifende Datenbasis und fachlich fundierte und qualitätsgesicherte Schmerztherapie in Deutschland

Welche Informationen patientenbezogen ausgewertet werden, ist im Kerndatensatz KEDOQ-Schmerz festgelegt, der von der Ad hoc Kommission KEDOQ-Schmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft erarbeitet wurde:

Bei Behandlungsbeginn:

- Ausgewählte Angaben aus dem Deutschen Schmerzfragebogen (DSF)
- Das Stadium der Schmerzchronifizierung (MPSS)
- Die Hauptschmerzlokalisation
- Die weiteren somatischen und psychologischen bzw. psychiatrischen Diagnosen (Komorbiditäten)
- Die medikamentöse Behandlung vor der speziellen Schmerztherapie.

Im Behandlungsverlauf

- veranlasste bzw. durchgeführte diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- Setting der Behandlung (ambulant, teil-/stationär)
- Veränderungen der Schmerzerkrankung (u.a. Schmerzintensität, schmerzbedingte Beeinträchtigung, gesundheitsbezogene Lebensqualität)
- Veränderungen im psychischen Distress (Depressivität, Angst, Stressbelastung)
- Veränderungen der beruflichen Situation
- Behandlungserfolg

Der Kerndatensatz wurde den Anbietern von edv-Dokumentationsprogrammen in der Schmerztherapie zur Verfügung gestellt. Inzwischen haben mehrere Programmanbieter diesen Datensatz in ihren Programmen umgesetzt und einen Vertrag mit der Deutschen Schmerzgesellschaft geschlossen (eine Liste der Anbieter finden Sie unter http://www.dgss.org/schmerzfragebogen/), der die Verwendung des Deutschen Schmerzfragebogens und die Unterstützung der Teilnahme an KEDOQ-Schmerz zusätzlich zu den jeweils unterschiedlichen Funktionalitäten der Programme umfasst.

Mit der Umsetzung von KEDOQ-Schmerz wurde von der Deutschen Schmerzgesellschaft das Institut CLARA (Klinische und Versorgungsforschung, Kleinmachnow; Fr. Dr. Lindena) treuhänderisch beauftragt (http://kedoq-schmerz.de).

KEDOQ-Schmerz sammelt die pseudonymisierten Daten und stellt sie den teilnehmenden Einrichtungen aufbereitet zur Verfügung. Zum Vergleich stehen anonymisierte Daten aus dem Gesamtpool der Daten aller beteiligten Einrichtungen zur Verfügung.

Um eine hohe, für die Qualitätssicherung und die Versorgungsforschung hinreichende Datenqualität zu erzielen sind im Kerndatensatz obligatorische Fragen definiert, ohne deren Beantwortung ein Datensatz nicht für den Export in die KEDOQ-Schmerz Datenbank geeignet ist. Für psychometrische Tests gilt die 5/7 Regel. Dies bedeutet, dass 5 der 7 psychometrischen Summenwerte (SBL, FW7, DASS-D, DASS-A, DASS-S, VR-12-MCS, VR-12-PCS) vorliegen müssen. Da bei postalisch oder elektronisch eingegangenen Verlaufsfragebögen in der Regel keine Prüfung der Vollständigkeit möglich ist, wird hier auf das Kriterium der Vollständigkeit als Voraussetzung für einen Export der Daten in die KEDO-Schmerz Datenbank verzichtet.

Die Programme weisen bei der Eingabe auf noch fehlende Angaben im Datensatz hin. Nur Datensätze, die die dargelegten Kriterien erfüllen, werden von den Programmen für den Export ausgewählt.

Erläuterungen zum Kerndatensatz

Obligate Fragen des Kerndatensatzes sind mit gelb, die 5/7 Fragen blau gekennzeichnet.

A. Angaben zur Strukturqualität der Einrichtung

Bei der Registrierung werden von CLARA einige zentrale Informationen zur anmeldenden Einrichtung erfragt. Weitere Angaben zur Struktur sollen von den Teilnehmern unter „Strukturdaten" angegeben und aktuell gehalten werden.

B. Daten zu Behandlungsbeginn (Screening und erster persönlicher Patientenkontakt)

B1. Datum des Behandlungsbeginns

Ist definiert als der erste persönliche Patientenkontakt

B2. Angaben aus dem Deutschen Schmerzfragebogen (DSF, Version 2019)

Um eine hohe Aussagekraft zu erreichen, wurden folgende Fragen des DSF als obligat definiert:

Ausfülldatum (um beim Screening den zeitlichen Abstand zum ersten Patientenkontakt zu erfassen); Alter (Frage 1); Geschlecht (Frage 2); Schmerzen seit wann (Frage 7a); Schmerzart (Frage 8a); Schmerzintensität (Frage 11); Schmerzbedingte Beeinträchtigung (Frage 12); Schwereindex Von Korff (errechnet aus den Fragen 11 und 12); Schulausbildung(Frage D-16) ; Aktuell berufstätig ? (Frage S-1)-> wenn ja: Arbeitsunfähigkeit (Fragen S3 und S4), wenn nein: aktueller sozialer Status (Frage S5); Rentenantrag (Frage S6)

Für die psychometrischen Tests gilt folgende Regel: 5 der 7 Summenwerte von SBL affektiv (Frage 10), FW7 (Frage 16), DASS-Depressivität, DASS-Stress, DASS-Angst (Frage 17), VR-12 MCS und VR-12 PCS (Modul L) müssen vorliegen.

B2.1 Aktualisierung des DSF bei Behandlungsbeginn (B2.1 – Version 2019)

Wenn der DSF als Screening Instrument mehr als 4 Wochen vor dem ersten Patientenkontakt ausgefüllt wurde, sowie bei einem Wechsel des Settings der Behandlung (ambulant -> teil-/stationär) sind zu Therapiebeginn folgende änderungssensitive Parameter neu zu erheben:

Schmerzintensität (Frage 3); Schmerzart (Frage 1a); Schmerzbedingte Beeinträchtigung (Frage 4); Schwereindex Von Korff (errechnet aus den Fragen 3 und 4); Aktuell berufstätig ? (Frage S-1)-> wenn ja: Arbeitsunfähigkeit (Fragen S3 und S4), wenn nein:

aktueller sozialer Status (Frage S5); Rentenantrag (Frage S6); SBL affektiv (Frage 2), FW7 (Frage 5), DASS-Depressivität, DASS-Stress, DASS-Angst (Frage 7), VR-12 MCS und VR-12 PCS (Modul L)

B3. Setting der begonnenen bzw. geplanten Behandlung
(ambulant; teil-/stationär; geplanter einmaliger Kontakt; ausschließlich Diagnostik; Gutachten)

ambulant:

- nach dem ersten Patientenkontakt wird eine ambulante Behandlung eingeleitet; eine (teil-)stationäre Therapie ist nicht geplant
- wird später doch eine (teil-)stationäre Behandlung innerhalb der Einrichtung erforderlich werden Verlaufsdaten C (T2) erhoben und im Status C3 ein Wechsel des Behandlungssetting kodiert

(**teil-)stationär:**

- nach dem ersten Patientenkontakt wird eine (teil-)stationäre Behandlung veranlasst
- Termine (z.B. Vorabdiagnostik, Verordnung von Medikamenten) bis zur Aufnahme werden schon der (teil-)stationären Therapie zugeordnet

Keine Therapie:

- Geplanter einmaliger Kontakt
- Ausschließlich Diagnostik
- Gutachten

Es werden nur die B-Daten, keine Verlaufsdaten C erhoben

B4. Ergänzende Informationen zum Schmerz
Fallmanager:

- hier hat jede Einrichtung die Möglichkeit, den für den Fall zuständigen Arzt mit einem nur der Einrichtung bekannten internen Schlüssel zu kodieren. Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung und der speziellen Schmerztherapie können so personenbezogen dokumentiert werden.

MPSS

- Die Bestimmung der Schmerzchronifizierung nach dem Mainzer Pain Staging System (MPSS) mit seinen 4 Achsen ist ärztliche Aufgabe. Grundlage sind die Angaben des Patienten im Anamnesegespräch. Eine Testanweisung zum MPSS finden Sie auf der Homepage des DRK Schmerz-Zentrum Mainz (http://www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/06_downloads/6-2_aerzte.php?navid=41)

Hauptschmerzlokalisation:

- Es soll nur dasjenige Schmerzbild kodiert werden, welches für die geplante Behandlung maßgeblich ist.
- Hierzu muss mindestens eine Lokalisation angegeben werden.
- Ein für den Patienten zusammengehöriges Schmerzbild kann durch Ankreuzen mehrerer Lokalisationen gekennzeichnet werden (z.B. Kopf und Gesicht, Nacken und Schulter oder Kreuz und Bein)

Hauptschmerzdiagnose:

- Hier wird die für den Hauptschmerz wesentliche medizinische Diagnose als ICD (ergänzt um CRPS I und II) angegeben; dies kann auch eine F-Diagnose (z.B. F45.41) sein.
- Hier ist nur eine Angabe möglich, weitere relevante Diagnosen können unter ‚weitere somatische Diagnosen' oder ‚psychologisch/psychiatrische Diagnosen' dokumentiert werden.

Weitere somatische Diagnosen:

- Keine oder ggf. weitere für die Behandlung der Schmerzerkrankung relevante somatische Erkrankungen als ICD werden hier kodiert
- Mehrfachangaben sind möglich

Psychologisch/Psychiatrische Diagnosen:

- Keine oder ggf. weitere für die Behandlung der Schmerzerkrankung relevante psychologisch/psychiatrische Diagnosen als ICD werden hier kodiert
- Mehrfachangaben sind möglich

B5. Ergänzende Informationen zur medikamentösen Behandlung vor Therapiebeginn

- Medikamentöse Behandlung
  - nein
  - ja -> zumindest eine der folgenden Medikamentengruppen: (NSAR, Coxibe; andere Nichtopioide; Mischpräparate; Triptane; WHO II; WHO III; Antidepressiva; Antikonvulsiva; Cannabinoide; Muskelrelaxantien; Benzodiazepine; Antiemetika; Laxantien; sonstige schmerzbezogene Substanzen) Mehrfachnennungen sind möglich

C. Verlaufsdaten

C1. Datum

hier ist der letzte persönliche Kontakt mit dem Patienten zu kodieren (Abschluss der ambulanten, teil-/stationären Behandlung, letzte Vorstellung des Patienten im Verlauf einer ambulanten Therapie). Findet im Follow-up kein Patientenkontakt mehr statt, gilt das Ausfülldatum im Verlaufsfragebogen als zeitlicher Bezug.

C2. Angaben aus dem Verlaufsfragebogen (VFB, Version 2019)
wie im DSF sind für eine hohe Datenqualität auch im VFB obligate Fragen definiert: Ausfülldatum; Schmerzen noch vorhanden (Frage 1) -> wenn nein sind die Fragen 3a, 4, 5 und 6 nicht zu beantworten; Schmerzart (Frage 3a); Schmerzintensität (Frage 4); Schmerzbedingte Beeinträchtigung (Frage 6); Schwereindex Von Korff (errechnet aus den Fragen 4 und 6); Änderungen der beruflichen Situation (Frage 11a und 11b); Behandlungserfolg (Frage 13).
Für die psychometrischen Tests gilt folgende Regel: 5 der 7 Summenwerte von SBL affektiv (Frage 5), FW7 (Frage 10), DASS-Depressivität, DASS-Stress, DASS-Angst (Frage 9), VR-12 MCS und VR-12 PCS (Modul L) müssen vorliegen.
Bestehen die Schmerzen nicht mehr (Frage 1), entfällt die Beantwortung von Schmerzintensität, schmerzbedingter Beeinträchtigung, Schwereindex nach von Korff, SBL affektiv und FW7. Gefordert werden dann noch 3 Summenwerte (DASS-Depressivität, DASS-Stress, DASS-Angst (Frage 9), VR-12 MCS und VR-12 PCS (Modul L).
WICHTIG! Diese Vollständigkeitsregeln sind für das Follow-Up (postalisch, elektronisch) außer Kraft gesetzt.

C2.1 Angaben aus dem Verlaufsfragebogen am Ende einer (teil-)stationären Behandlung (Version 2019)

Der Verlaufsfragebogen am Ende einer (teil-)stationären Behandlung (C2.1) ist um Fragen gekürzt, die während einer (teil-)stationären Therapie keinen Sinn ergeben.
Obligat sind hier folgende Fragen:
Schmerzen noch vorhanden (Frage 1) -> wenn nein sind die Fragen 2a, 3 und 4 nicht obligat; Schmerzart (Frage 2a); Schmerzintensität (Frage 4); Behandlungserfolg (Frage 6);
Für die psychometrischen Tests gilt folgende Regel: 3 der 4 Summenwerte SBL affektiv (Frage 3), DASS-Depressivität, DASS-Stress, DASS-Angst (Frage 7) müssen vorliegen. Bestehen die Schmerzen nicht mehr, entfällt die Beantwortung der SBL, aber weiterhin gefordert werden die 3 Summenwerte der DASS.

C3. Status (s. auch Abbildungen 1-3 zu den Erhebungszeitpunkten)

Abschluss der Behandlung

- Ende einer ambulanten (Abb. 1), teilstationären oder stationären Schmerztherapie (Abb. 2)
- Eine weitere regelmäßige Behandlung in der eigenen Einrichtung ist nicht geplant
- Weitere Betreuung, sofern erforderlich, durch den Hausarzt, Facharzt, oder einen anderen Schmerztherapeuten
- Erhoben werden die Verlaufsdaten zu T2 (Abb. 1 und 2)

Behandlungsabbruch

- Die ambulante (Abb. 1) oder (teil-)stationäre Behandlung (Abb. 2) wurde auf Wunsch des Patienten, durch Entscheidung der Einrichtung oder aufgrund anderer nicht die Schmerzerkrankung betreffenden Ereignisse (interkurrente Erkrankung, Unfall etc.) vorzeitig beendet
- Erhoben werden, wenn möglich die Verlaufsdaten T2 (Abb. 1 und 2)

Relevanter Symptomwechsel

- Während einer ambulanten (Abb. 1) oder (teil-)stationären Behandlung (Abb.2) wird durch einen qualitativen Wechsel der Schmerzsymptomatik eine Änderung der Therapie erforderlich (z.B. dringende OP-Indikation, Auftreten/Verschlimmerung anderer Schmerzen)
- Erhoben werden die Verlaufsdaten T2 (Abb. 1 und 2)

Wechsel des Behandlungssettings

- Wechsel der Funktionseinheit von ambulant zu (teil-)stationär innerhalb einer Einrichtung, wenn die ambulante Behandlung nicht hinreichend effektiv war (Abb.3)
- Erhoben werden die Verlaufsdaten T2 (Abb. 3)
- Ambulante Wiedervorstellungen nach einer (teil-)stationären Behandlung werden nicht als Wechsel des Settings kodiert. Art und Häufigkeit dieser Kontakte werden im Follow-up der (teil-)stationären Behandlung erfasst.
- Einrichtungen bzw. Praxen mit ausschließlich ambulanter Therapie kodieren keinen Behandlungswechsel, wenn ein Patient zwischenzeitlich stationär in einer anderen Einrichtung behandelt wurde. Erfasst wird diese Therapie in den Verlaufsdaten C6 sowie im Verlaufsfragebogen

In ambulanter Therapie

- Der Patient befindet sich in der eigenen Einrichtung in regelmäßiger ambulanter Behandlung
- Erhoben werden die Verlaufsdaten T3 - alle 3-6 Monate (Abb. 1)

Follow-up

- Der Patient befindet sich nicht mehr in regelmäßiger, fortlaufender ambulanter Behandlung bzw. eine (teil-)stationäre Therapie wurde vor 3-6 Monaten beendet
- Erhoben werden, wenn möglich die Verlaufsdaten T3 (Abb. 1-3)

Anderes

- Hier werden Patienten kodiert, die für weitere Befragungen nicht mehr zur Verfügung stehen (die einzelnen Arbeitslisten können entsprechend bereinigt werden); z.B. Pat. ist nicht zum ambulanten Termin erschienen; Pat. wurde für das Follow-up nicht erreicht; Pat. ist zwischenzeitlich verstorben

Je nach Setting der Behandlung wird noch folgendes dokumentiert:

- In ambulanter Therapie -> Anzahl der Kontakte seit der letzten Befragung
- Follow-up nach (teil-)stationärer Therapie -> Anzahl weiterer ambulanter Kontakte
- Ende einer (teil-) stationären Behandlung -> Anzahl der Behandlungstage

Abbildung 1: Erhebungszeitpunkte im Verlauf einer ambulanten Behandlung

Erhebungszeitpunkte		T0 Screening DSF	T1 Behandlungs-Beginn ambulante Therapie	T3 (a - xx) Verlauf ambulante Therapie (alle 3-6 Mo.)	T2 • Abschluss ambulant • Abbruch der Behandlung • Relevanter Symptom-wechsel	T3 (a-xx) Follow Up ambulante Therapie
Parameter						
B1	Datum Behandlungsbeginn		X			
B2	Deutscher Schmerzfragebogen (DSF)	X				
B2.1	Aktualisierung DSF (wenn DSF älter als 4 Wochen)		X			
B3	Setting der Behandlung		X			
B4	Ergänzende Informationen zum Schmerz		X			
B5	Ergänzende Informationen Medikamenteneinnahme		X			
C1	Datum Verlauf/Abschluss			X	X	X
C2	Verlaufsfragebogen (VFB)			X	X	X
C2.1	VFB am Ende einer (teil-)stationären Behandlung					
C3	Status der Behandlung			X	X	X
C4	Diagnostische Maßnahmen (durchgeführt, veranlasst)			X	X	X
C5	Medikamentöse Therapie (durchgeführt, veranlasst)			X	X	X
C6	Nichtmedikamentöse Therapie (durchgeführt, veranlasst)			X	X	X
C7	Unerwünschte Ereignisse			X	X	X

- Liegen zwischen dem Screening mit dem DSF und dem ambulanten Behandlungsbeginn mehr als 4 Wochen, sind die veränderungssensitiven Fragen des DSF (B2.1) zu aktualisieren
- Während einer ambulanten Therapie sollen alle 3-6 Monate Verlaufsdaten C erhoben werden
- Zum Abschluss oder bei Abbruch der ambulanten Therapie sowie bei relevantem Symptomwechsel werden ebenfalls die C-Verlaufsdaten erfasst.
- 3-6 Monate nach Ende der ambulanten Therapie werden die Verlaufsdaten C als Follow-up erfragt – mehrere Follow-up Befragungen sind möglich

Abbildung 2: Erhebungszeitpunkte im Verlauf einer (teil-)stationären Behandlung

Erhebungszeitpunkte		T0 Screening DSF	T1 Behandlungs-Beginn (teil-)stationär	T2 • Abschluss (teil-/stationär) • Abbruch der Behandlung • Relevanter Symptomwechsel	T3 (a-xx) Follow Up
Parameter					
B1	Datum Behandlungsbeginn		X		
B2	Deutscher Schmerzfragebogen (DSF)	X			
B2.1	Aktualisierung DSF (wenn DSF älter als 4 Wochen)		X		
B3	Setting der Behandlung		X		
B4	Ergänzende Informationen zum Schmerz		X		
B5	Ergänzende Informationen Medikamenteneinnahme		X		
C1	Datum Verlauf/Abschluss			X	X
C2	Verlaufsfragebogen (VFB)				X
C2.1	VFB am Ende einer (teil-)stationären Behandlung			X	
C3	Status der Behandlung			X	X
C4	Diagnostische Maßnahmen (durchgeführt, veranlasst)			X	X
C5	Medikamentöse Therapie (durchgeführt, veranlasst)			X	X
C6	Nichtmedikamentöse Therapie (durchgeführt, veranlasst)			X	X
C7	Unerwünschte Ereignisse			X	X

- Liegen zwischen dem Screening mit dem DSF und dem (teil-)stationären Behandlungsbeginn mehr als 4 Wochen sind die veränderungssensitiven Fragen des DSF (B2.1) zu aktualisieren
- Das Datum des ersten Patientenkontaktes (B1) wird als Behandlungsbeginn definiert, sofern dort die (teil-)stationäre Behandlung veranlasst und mit dem Patienten entsprechend kommuniziert wurde.
- Zum Abschluss oder bei Abbruch der (teil-)stationären Therapie sowie bei relevantem Symptomwechsel werden Verlaufsdaten C (VFB C2.1, Diagnostik- und Therapieverfahren) erhoben.
- Der Verlaufsfragebogen am Ende einer (teil-)stationären Behandlung (C2.1) ist um Fragen gekürzt, die im Rückblick auf eine (teil-)stationäre Therapie keinen Sinn ergeben.
- 3-6 Monate nach Ende der (teil-)stationären Therapie werden die Verlaufsdaten C mit dem vollständigen VFB als Follow-up erfragt – mehrere Follow-up Befragungen sind möglich.

Abbildung 3: Erhebungszeitpunkte bei einem Wechsel des Settings von ambulanter zu (teil-)stationärer Therapie innerhalb einer Therapieeinrichtung

Erhebungszeitpunkte		T0	T1	T2	T1	T2	T3
Parameter		Screening DSF	Behandlungsbeginn ambulant	Wechsel des Setting	Behandlungsbeginn (teil-)stationär	Abschluss (teil-)stationäre Therapie	Follow up (a-xx) (teil-)stationäre Therapie
B1	Datum Behandlungsbeginn		X		X		
B2	Deutscher Schmerzfragebogen (DSF)	X					
B2.1	Aktualisierung DSF (wenn DSF älter als 4 Wochen)		X		X		
B3	Setting der Behandlung		X		X		
B4	Ergänzende Informationen zum Schmerz		X		X		
B5	Ergänzende Informationen Medikamenteneinnahme		X		X		
C1	Datum Verlauf/Abschluss			X		X	X
C2	Verlaufsfragebogen (VFB)			X			X
C2.1	VFB am Ende einer (teil-)stationären Behandlung					X	
C3	Status der Behandlung			X		X	X
C4	Diagnostische Maßnahmen (durchgeführt, veranlasst)			X		X	X
C5	Medikamentöse Therapie (durchgeführt, veranlasst)			X		X	X
C6	Nichtmedikamentöse Therapie (durchgeführt, veranlasst)			X		X	X
C7	Unerwünschte Ereignisse			X		X	X

- Liegen zwischen dem Screening mit dem DSF und dem ambulanten Behandlungsbeginn mehr als 4 Wochen sind die veränderungssensitiven Fragen des DSF (B2.1) zu aktualisieren
- Bei Entscheidung zum Wechsel des Settings von der ambulanten zur (teil-)stationären Therapie werden die Verlaufsdaten C erfasst.

- Sofern mehr als vier Wochen zwischen der Entscheidung zum Wechsel des Setting (Erfassung der C-Daten) und dem Beginn der (teil-)stationären Therapie liegen, sind die veränderungssensitiven Fragen des DSF (B2.1) erneut zu aktualisieren.
- Zum Abschluss oder bei Abbruch der (teil-)stationären Therapie sowie bei relevantem Symptomwechsel werden erneut die Verlaufsdaten C erhoben.
- Der Verlaufsfragebogen am Ende einer (teil-)stationären Behandlung (C2.1) ist um Fragen gekürzt, die während einer (teil-)stationären Therapie keinen Sinn ergeben.
- 3-6 Monate nach Ende der (teil-)stationären Therapie werden die Verlaufsdaten C mit dem vollständigen VFB als Follow-up erfragt – mehrere Follow-up Befragungen sind möglich

C4 Seit der letzten Befragung selbst durchgeführte bzw. veranlasste diagnostische Maßnahmen

- keine
- ja -> dann mindestens eine der folgenden Maßnahmen angeben (Laboruntersuchungen, Bildgebende Verfahren, Neurophysiologische Testung (QST); Diagnostische Regionalanästhesie, Physiotherapeutische Befundung, Manuelle Diagnostik, Kurze psychologische Diagnostik (<1Std.), Ausführliche psychologische Exploration (>1 Std.), Psychometrische Testverfahren (über den DSF hinausgehend), weitere fachärztliche Zusatzuntersuchungen, Multimodales interdisziplinäres Assessment (OPS 1-910)- Mehrfachnennungen sind möglich

C5 Aktuelle medikamentöse Therapie

- keine
- ja -> zumindest eine der zumindest eine der folgenden Medikamentengruppen oral: (NSAR, Coxibe; andere Nichtopioide; Mischpräparate; Triptane; WHO II; WHO III; Antidepressiva; Antikonvulsiva; Cannabinoide; Muskelrelaxantien; Benzodiazepine; Antiemetika; Laxantien; sonstige schmerzbezogene Substanzen) oder der folgenden Therapieverfahren angeben (rektale medikamentöse Therapie; Infusionen, subkutane Medikamentengabe; Medikamentenentzug) – Mehrfachnennungen sind möglich; weitere Differenzierungen (siehe Kerndatensatz) wünschenswert

C6 Seit der letzten Befragung selbst durchgeführte bzw. veranlasste nicht-medikamentöse Therapien

- keine
- ja -> zumindest eine der folgenden Therapiemaßnahmen angeben (Physiotherapie / Ergotherapie / Physikalische Maßnahmen; Entspannungsverfahren / Biofeedback / Hypnose; Psychotherapie; TENS, Nicht operative Interventionen; Pumpensysteme; Stimulationsverfahren; Facettendenervationen; Neurodestruktive Verfahren; Operative Eingriffe zur Schmerztherapie; Komplementäre Verfahren; Akupunktur; Multimodale Schmerztherapie; sonstige; weitere fremd- oder durch den Patienten veranlasste Maßnahmen) – Mehrfachnennungen sind möglich; weitere Differenzierungen (siehe Kerndatensatz) wünschenswert

C7 Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse / Nebenwirkungen

- keine
- ja

  a) welche Therapie führte zu dem Ereignis (obige Therapieliste)

  b) Schweregrad (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)

  c) Maßnahmen (0 = keine, 1 = keine Änderung der Therapie, 2 = Behandlung-/Therapieänderung, 3 = Absetzen, 4 = intensive Behandlung)

  d) Kausalität (0 = keine, 1 = gesichert, 2 = wahrscheinlich, 3 = möglich, 4 = unwahrscheinlich, 5 = ausgeschlossen, 6 = unbeurteilt)

  e) Folgen (0 = keine, 1 = gering, 2 = Beeinträchtigung, 3 = Residuen, 4 = Tod, 5 = unbeurteilt)

Treten unerwünschte Ereignisse bzw. Nebenwirkungen auf, soll hier dokumentiert werden, welche Therapie mit dem Ereignis verknüpft ist. Zusätzlich wird nach dem Schweregrad, den erforderlichen Maßnahmen, der vermuteten Kausalität und den Folgen gefragt.