

Falldokumentation für die Zertifizierung
„Spezielle Schmerzpsychotherapie“
Stand 3.11.2025

Gliederungspunkte für die Gruppenbehandlung

Deckblatt

Name Behandler*in:

Chiffre Patient*in:

Behandlungszeitraum (TT.MM.JJJJ - TT.MM.JJJJ):

Anzahl Therapiestunden (Einzel- und Gruppe separat aufführen):

Anzahl Supervisionen:

Name Supervisor*in:

0. Angaben zu Rahmenbedingungen

0.1 Institutionelle Rahmenbedingungen

In welchem Setting hat die Therapie stattgefunden (ambulante Versorgung/Praxis, Akutklinik, Tagesklinik, Rehaklinik usw.)?

Welche Fachdisziplinen sind an der Behandlung beteiligt?

Welche Therapiebausteine werden von den Patient*innen üblicherweise durchlaufen?

Gibt es interdisziplinäre Kooperationen (z.B. Schmerzkonzferenz, Netzwerke mit Fachärzt*innen, anderen med. Abteilungen, Physio-/Ergotherapie usw.)?

Wie ist die therapeutische Ausrichtung des/der Behandler*in (u.a. VT, TP, PP) und gibt es sonstige Qualifikationen?

**Punkt 0.1 wird nur beim ersten Fallbericht aufgeführt, soweit sich alle Fälle auf diesen Arbeitshintergrund beziehen.*

0.2 Patientenbezogene Rahmenbedingungen

Angaben zu Alter, Beruf und Familienstand des/der Patient*in.

Wie ist der Kontakt zustande gekommen (Zuweisungsmodus)?

Gab es psychotherapeutische Vorerfahrungen des/der Patient*in?

1. Aktuelle Symptomatik

Beschreibung der aktuellen Schmerzsymptomatik (Lokalisation, Intensität, Frequenz, Haupt-/Nebenschmerz)

Beschreibung der schmerzbedingten affektiven und funktionalen Beeinträchtigungen?

Wie wird die Schmerzproblematik aktuell behandelt? Werden schmerzbezogene Medikamente eingenommen (Angaben zu Dosierung, Einnahmeverhalten, Wirkung)?

Gibt es relevante komorbide körperliche und/oder psychische Beschwerden?

2. Schmerzentwicklung unter Einbezug relevanter biographischer Angaben, soweit diese Informationen vorliegen

Angaben zu Beginn der Schmerzen, den Krankheitsverlauf und bisherige Behandlungsversuche.

Ab wann wurde der Schmerz als Problem wahrgenommen?

Gibt es komorbide Störungen und wie stehen diese im Zusammenhang mit der Schmerzerkrankung?

Gibt es biographische Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung?

Gibt es Ressourcen hinsichtlich der Krankheitsbewältigung?

3. Aktueller psychischer Befund

3.1 Psychopathologischer Befund entsprechend AMPD

3.2 Schmerzpsychologische Auffälligkeiten gemäß Achsen von MASK-P

3.3 Testdiagnostik (z.B. Deutscher Schmerzfragebogen, DASS, usw.)

3.4 Angaben zur Patientenmotivation

3.5 Gibt es Hinweise auf mögliche Zielkonflikte?

4. Relevante somatische Befunde

Liegen für die Schmerzerkrankung relevante somatische Aspekte/Vorerkrankungen vor?

5. Verhaltensanalyse/Psychodynamik, soweit dafür Informationen zur Verfügung stehen

Makro- und Mikroanalyse bzw. Psychodynamik bezogen auf Schmerz.

Einbezug von Bedingungsmodellen für Komorbidität nur, wenn diese wirklich relevant für das Schmerzgeschehen sind.

6. Hauptdiagnose/ Nebendiagnosen

Welche ICD-Diagnosen wurden Bestandteil des schmerzpsychologischen Handelns?

7. Therapieinhalte und --ziele des Gruppenangebotes

Welche Ziele werden formuliert?

Wie werden die Ziele verfolgt? Welche schmerzpsychologischen verfahrensspezifische Konzepte und Techniken kommen zur Anwendung?

Welche Inhalte haben die einzelnen Sitzungen?

8. Therapieverlauf und Behandlungsergebnisse

Beschreibung des Therapieprozesses: Was wurde wodurch erreicht – aus therapeutischer Sicht und aus Patientensicht?

Im Falle einer interdisziplinären stationären Behandlung: Was waren

Diskussionspunkte im interdisziplinären Team?

Wurden Zielkonflikte geklärt/behandelt?

Kam es zu einer Veränderung des Schmerzes? Kam es zu Veränderungen der schmerzbedingten funktionalen und/oder affektiven Beeinträchtigung

Spiegelten sich die Veränderungen in der Psychometrie wider?

Gab es Veränderungen hinsichtlich der schmerzbezogenen Medikation bzw. des Medikamenteneinnahmeverhaltens?

9. Kurzreflektion aus schmerzpsychologischer Sicht

Wie bewerten Sie den therapeutischen Erfolg/Misserfolg aus schmerzpsychologischer Sicht?

Inwiefern wurden Supervisionsinhalte aufgegriffen?

Was gibt es für therapeutische Prognosen, Perspektiven, Konsequenzen und/oder Empfehlungen?

Allgemeine Anmerkungen:

Bei Weiterbildung in einem Altersbereich sind sechs supervidierte Fälle mit Schmerz als Behandlungsschwerpunkt zu dokumentieren.

Mindestens vier der Falldokumentationen müssen sich auf Einzeltherapien beziehen.

Jeder dokumentierte Behandlungsfall muss mindestens 5 Behandlungseinheiten (mind. 5 Einzelsitzungen oder mind. 5 Gruppensitzungen) umfassen.

Die Falldokumentationen sollten möglichst unterschiedliche Schmerzbilder repräsentieren

Der Umfang einer Falldokumentation sollte 4 bis 5 Seiten betragen.

Die Beschreibung des Therapieverlaufs sollte besondere Beachtung finden.

Können auf Grund institutioneller Bedingungen nur Kurzinterventionen angeboten werden, ist die entsprechend verkürzte Ausführung einzelner Gliederungspunkte kurz zu begründen.

Auch die Darstellung unerwarteter oder ungünstiger Behandlungsverläufe ist wünschenswert, wenn dies im Fallbericht nachvollziehbar hergeleitet und kritisch reflektiert wird (z.B. bei Zielkonflikten).

Die eingereichten Fallberichte werden von 2 Gutachter*innen begutachtet. Die Prüfungskommission behält sich das Recht vor, unzureichende Falldokumentationen mit der Auflage zur Überarbeitung zurückzuweisen.