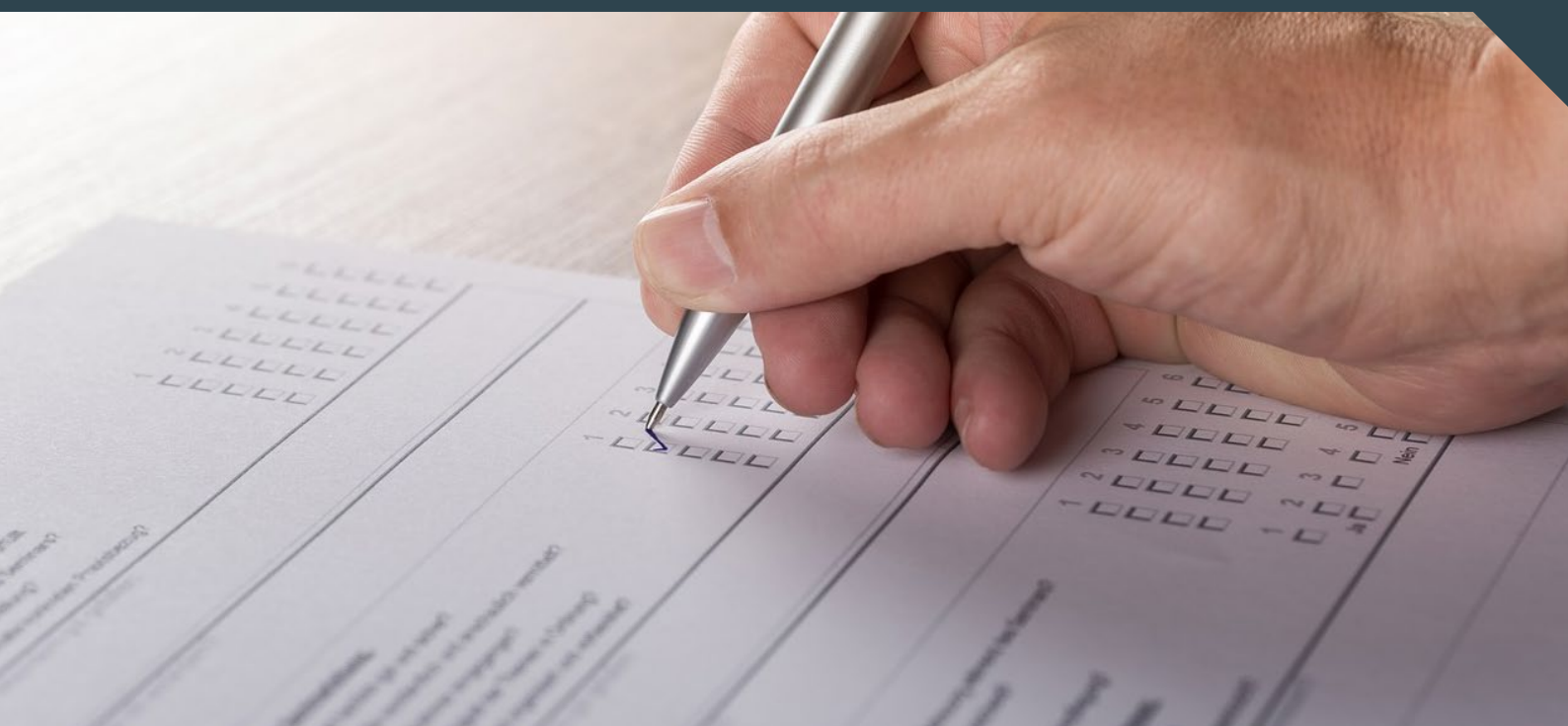


RehaTrain

Zeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Trainingstherapie



Scores

Schmerz
Wirbelsäule



EMS-HEALTHCARE

IMPULSE FÜR PRÄVENTION UND THERAPIE

mihabodytec
made in germany

EMS

ELEKTRO - MUSKEL - STIMULATION

Ganzkörper - EMS - Training mit miha bodytec ist eine sichere und hocheffektive Trainingsmethode deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien fortlaufend wissenschaftlich belegt wird.

Durch das einfache Handling und den geringen Platzbedarf lässt sich das miha bodytec System ideal als Erweiterung eines bestehenden Therapie- und/oder Trainingsangebotes einsetzen.

Jetzt Beratungstermin vereinbaren! Tel.: +49 821 45 54 92 - 0.

www.miha-bodytec.com

mihabodytec
made in germany



Inhaltsverzeichnis

Editorial	4
Scores Schmerz	
Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)	5
Graded Chronic Pain Scale (GCPS)	8
Impact of Event Scale (IES-R)	11
Neurophysiologie Schmerz Test	15
Pain Catastrophizing Scale (PCS)	17
Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS)	19
Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)	21
DN4 Fragebogen	23
Scores Wirbelsäule	
Oswestry Disability Index (ODI)	25
Neck Disability Index (NDI)	29
Roland and Morris Disability Questionnaire (RMDQ)	33
Lumbar Spine Instability Questionnaire (LSIQ)	35
Heidelberger Kurzfragebogen (HKF-R10)	37
Fragebogen zur Nachbehandlung der lumbalen Spinalkanalstenose	39

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

hier ist, wie im vergangenen Jahr bereits angekündigt, eine weitere Sonderausgabe mit Scores für Euch.

In dieser Ausgabe haben wir eine Sammlung von Scores aus den Bereichen *Schmerz* und *Wirbelsäule* zusammengestellt.

Unter der ersten Rubrik *Schmerz* findet Ihr Fragebögen zum angstbedingten Vermeidungsverhalten, zu chronischen Schmerzen, zur Neurophysiologie und neuropathischen Schmerzkomponenten.

Die Scores der *Wirbelsäule* beinhalten die Themen Nackenbeschwerden, lumbale Instabilität, Spinalkanalstenose und allgemeine Fragebögen bei Rückenbeschwerden vor allem den Alltag betreffend.

Die meisten dieser Scores findet Ihr auch auf unserer Homepage im Downloadbereich unter www.fomt.info.

Wir wünschen Euch einen tollen Sommer!

Viel Spaß beim Lesen!

Euer Team Fortbildungen für Orthopädische Medizin und Manuelle Therapie

Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)

(deutsche Version)

Hier sind ein paar Aussagen anderer Patienten über ihren Schmerz. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage eine Nummer zwischen 0 und 6 an. Bitte beurteilen Sie, inwieweit körperliche Betätigungen wie z.B. Vorneigen, Heben, Gehen oder Fahren ihren Rückenschmerz beeinflussen oder beeinflussen würden. Die Wertung „6“ entspricht einer vollen Zustimmung. Werten Sie mit „0“, dann stimmen Sie definitiv nicht zu. Die Zahlen im mittleren Bereich sind mit einer unentschiedenen Haltung gleichzusetzen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen gemäß Ihrem aktuellen Zustand. Sollten Sie momentan keine Beschwerden haben, dann bewerten Sie die Fragen entsprechend Ihrem Zustand in der vergangenen Woche.

Name: _____

Datum: _____

Aussage	Wertung						
1. Mein Schmerz wurde durch körperliche Betätigung verursacht.	0	1	2	3	4	5	6
2. Körperliche Betätigung verschlimmert meinen Schmerz.	0	1	2	3	4	5	6
3. Körperliche Betätigung könnte meinem Rücken schaden.	0	1	2	3	4	5	6
4. Ich sollte keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten).	0	1	2	3	4	5	6
5. Ich kann keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten).	0	1	2	3	4	5	6

Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie sich Ihre normale Arbeit auf Ihren Rücken auswirkt oder auswirken könnte.

Aussage	Wertung						
6. Mein Schmerz wurde durch meine Arbeit oder durch einen Unfall bei meiner Arbeit verursacht.	0	1	2	3	4	5	6
7. Meine Arbeit verstärkte meinen Schmerz.	0	1	2	3	4	5	6
8. Ich habe eine Forderung nach Schadensersatz bezüglich meines Schmerzes gestellt.	0	1	2	3	4	5	6
9. Meine Arbeit ist für mich zu schwer.	0	1	2	3	4	5	6

10. Meine Arbeit verstärkt (oder könnte) meine Schmerzen (verstärken).	0	1	2	3	4	5	6
11. Meine Arbeit schadet meinem Rücken.	0	1	2	3	4	5	6
12. Ich sollte meiner regulären Arbeit nicht mit meinen momentanen Schmerzen nachgehen.	0	1	2	3	4	5	6
13. Ich kann meine normale Arbeit nicht mit meinen momentanen Schmerzen ausführen.	0	1	2	3	4	5	6
14. Ich kann meine normale Arbeit nicht wieder aufnehmen, bis mein Schmerz behandelt wurde.	0	1	2	3	4	5	6
15. Ich denke nicht, dass ich innerhalb von 3 Monaten zu meiner normalen Arbeit zurückkehren kann.	0	1	2	3	4	5	6
16. Ich denke nicht, dass ich jemals wieder werde arbeiten können.	0	1	2	3	4	5	6

Auswertung:

- Dieser Fragebogen dient der Erfassung einer angstbedingten Vermeidungshaltung.
- Die Fragen 1 – 5 beziehen sich auf körperliche Aktivitäten, die Fragen 6 – 16 auf die Arbeit.
- **Körperliche Aktivität (FABQ – PA) = Items 2, 3, 4, 5**
 - o Dabei ergibt sich eine maximale Punktzahl von 24 Punkten. Ein hoher Wert und damit ein höheres Chronifizierungsrisiko besteht bei > 15.
 - o Die minimal messbare Veränderung beträgt 5,4 Punkte (Georg 2010).
- **Arbeitsbelastung (FABQ – W) = Items 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15**
 - o Hier können maximal 42 Punkte erreicht werden. Das erhöhte Chronifizierungsrisiko besteht bei > 34 Punkten.
 - o Die minimal messbare Veränderung beträgt 6,8 Punkte (Georg 2010).
- Die Fragen 1, 8, 13, 14 und 16 können zu Verzerrungen in der Aussage führen und werden nicht ausgewertet.

Quellen:

Chaory K, Fayad F, Rannou F, Lefèvre-Colau MM, Fermanian J, Revel M, Poiraudeau S. Validation of the french version of the fear-avoidance beliefs questionnaire. Spine. 2004; 29: 908-913.

Pfingsten M, Kroner-Herwig B, Leibing E, Kronshage U, Hildebrandt J. Validation of the German version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). European Journal of Pain. 2000; 4: 259-266.

Pfingsten M. Vermeidungsverhalten und Rückenschmerzen – Ansätze für neue therapeutische Wege? Phys. Med. Rehab. Kuror. 2003; 13: 276-282.

Staerke R, Mannion AF, Elfering A, Junge A, Semmer NK, Jacobshagen N, Grob D, Dvorak J, Boos N. Longitudinal validation of the fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) in a Swiss-German sample of low-back pain patients. European Spine Journal. 2004; 13: 332-340.

Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low-back pain. Pain. 1993; 52: 157-168.

George SZ, Valencia C, Beneciuk JM. A psychometric investigation of fear-avoidance model measures in patients with chronic low back pain. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2010; 40: 197.

RÜCKENTHERAPIE-CENTER

Segmentale Stabilisation

- Motorische Kontrolle der LWS
- Training der tiefliegenden Muskulatur

Mehr Info?

Fragen Sie – wir freuen uns!

Telefon +49 2932 47574-0

info@dr-wolff.de · www.dr-wolff.de



Dr. WOLFF®
SPORTS & PREVENTION

Graded Chronic Pain Scale (GCPS)

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Hauptschmerzen: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden sieben Fragen Ihre Hauptschmerzen betreffend!

FRAGE 1:

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 6 Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?

Tage: _____

In den folgenden Fragen 2 bis 4 geht es um **die Stärke Ihrer Schmerzen**. Sie können Ihre Schmerzen jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 bewerten: Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben. Der Wert 10 bedeutet, dass Ihre Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischenliegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

FRAGE 2:

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

keine Schmerzen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

FRAGE 3:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

keine Schmerzen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

FRAGE 4:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die durchschnittliche Stärke Ihrer Schmerzen einstufen?

keine Schmerzen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

Bei den folgenden Fragen 5 bis 7 geht es um **die Beeinträchtigung Ihrer Aktivitäten** durch Schmerzen. Sie können Ihre Beeinträchtigung jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 bewerten: Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Beeinträchtigung haben. Der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande waren/sind, irgendetwas zu tun. Mit den dazwischenliegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

FRAGE 5:

Inwieweit haben Sie Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten bei Ihren alltäglichen Beschäftigungen beeinträchtigt?

keine
Beeinträchtigung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ich war
außerstande,
irgendetwas
zu tun

FRAGE 6:

Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, an Familien- und Freizeitaktivitäten teilzunehmen?

keine
Beeinträchtigung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ich war
außerstande,
irgendetwas
zu tun

FRAGE 7:

Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/Hausarbeit zu verrichten?

keine
Beeinträchtigung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ich war
außerstande,
irgendetwas
zu tun

Auswertung:

1. Ermittlung der Beeinträchtigungspunkte (BP)

Frage 1:

Anzahl der Tage: _____ (a) = _____ BP

0-6 Tage = 0 BP

7-14 Tage = 1 BP

15-30 Tage = 2 BP

über 30 Tage = 3 BP

Fragen 5 + 6 + 7:

Subjektive Beeinträchtigung

() + () + () = / 3 x 10 = Punkte (b) = BP

0-29 = 0 BP

30-49 = 1 BP

50-69 = 2 BP

> 69 = 3 BP

Gesamtbeeinträchtigung:

(a + b) = BP

2. Ermittlung der charakteristischen Schmerzintensität

Fragen 2 + 3 + 4: () + () + () = / 3 x 10 = Schmerzintensität

Stadieneinteilung	Definition	Klinische Interpretation
Geringe Beeinträchtigung <ul style="list-style-type: none"> • Grad I Geringe Schmerzintensität • Grad II Hohe Schmerzintensität 	< 3 BP und < 50 Schmerzintensität und >= 50 Schmerzintensität	Funktionaler chronischer Schmerz
Starke Beeinträchtigung <ul style="list-style-type: none"> • Grad III Mäßige Einschränkung • Grad IV Hochgradige Einschränkung 	3-4 BP 5-6 BP unabhängig von Schmerzintensität	Dysfunktionaler chronischer Schmerz (Eine psychologische Schmerztherapie ist notwendig.)

Quelle:

Türp JC, Nilges P Diagnostik von Patienten mit orofazialen Schmerzen - Die deutsche Version des „Graded Chronic Pain Status“ in: Quintessenz. 2000; 51: 721-27.

Impact of Event Scale (IES-R) (revidierte deutsche Version)

Denken Sie bitte an den (traumatischen) Vorfall: _____ (bitte eintragen).

Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

Im Folgenden sind Aussagen aufgeführt, die Menschen nach belastenden Lebensereignissen formuliert haben. Bitte beantworten Sie diese Fragen im Bezug auf ihr belastendes Erlebnis. Lesen Sie jede Aussage durch und kreuzen Sie an, wie häufig sie innerhalb der letzten sieben Tage zutraf. Wenn ein solcher Vorfall während dieser Zeit nicht aufgetreten ist, kreuzen Sie bitte die Spalte „überhaupt nicht“ an. Beantworten Sie bitte jede Frage.

Item	Aussage	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1	Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.				
2	Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.				
3	Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.				
4	Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.				
5	Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.				
6	Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken.				
7	Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.				
8	Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.				
9	Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.				
10	Ich war leicht reizbar und schreckhaft.				

11	Ich versuchte nicht daran zu denken.				
12	Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.				
13	Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslösten, waren ein bisschen wie abgestumpft.				
14	Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.				
15	Ich konnte nicht einschlafen.				
16	Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.				
17	Ich versuchte, es (das Ereignis) aus meiner Erinnerung zu streichen.				
18	Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.				
19	Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.				
20	Ich träumte davon.				
21	Ich empfand mich selbst als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.				
22	Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.				

Auswertung:

Die Itemwerte werden traditioneller Weise wie folgt bewertet:

überhaupt nicht	= 0
selten	= 1
manchmal	= 3
oft	= 5

Subskalen:

Skala	Item-Nr.
Intrusion	1. 3. 6. 9. 14. 16. 20.
Vermeidung	5. 7. 8. 11. 12. 13. 17. 22.
Hyperarousal	2. 4. 10. 15. 18. 19. 21.

Subskalenwerte:

Die Subskalenwerte entstehen durch Addition entsprechender Itemwerte.

Verdachtsdiagnose auf PTB: (nach Maercker und Schützwohl 1998)

Nach der Formel: $X = (-0,02 \times \text{Intrusion}) + (0,07 \times \text{Vermeidung}) + (0,15 \times \text{Übererregung}) - 4,36$

Wenn $X > 0$ → Verdachtsdiagnose auf PTB

Quellen:

Horowitz M, Wilmer N, Alvarez W. Impact for Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine. 1979; 41: 209-218.

Hütter BO, Fischer G. Clinimetric evaluation of the German version of the Impact of Event Scale (IES). Proceedings of the 5th European Conference of Traumatic Stress. 1997

Maercker A, Schützwohl M. Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. Diagnostica. 1998; 44: 130-141.

Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale – Revised. In JP Wilson & TM Keane (eds) Assessing psychological trauma and PTSD (pp 399-411). New York: Guilford. 1996



Das EPTE® Inertial Concept ist ein multifunktionales Trainingsgerät, entwickelt für den Einsatz in der Rehabilitation und Prävention von Verletzungen.

Mit dem EPTE® Inertial Concept können effektiv funktionelle Übungen unter therapeutischer Anleitung durchgeführt werden.

Aufgrund der erhöhten exzentrischen Phase des Trainings, erlaubt das EPTE® Inertial Concept ein effizientes Krafttraining, während Verletzungen auf effektive Art und Weise vorgebeugt werden.

Mit seinen diversen Optionen, bietet das EPTE® Inertial Concept ein komplettes Ganzkörpertraining.

AUSZIEHBARE STANGE

Das System kann bis auf eine Höhe von 2 m eingestellt werden.

SCHWUNGRAD

Erhöht die Effektivität Ihres Krafttrainings und wird nicht von der Schwerkraft beeinflusst.

DOPPELRIEMENSCHLEIBE

Ermöglicht freie Bewegungen:
• horizontal: 90° positiv/negativ
• vertikal: 90° positiv/negativ

AUSTAUSCHBARER GEWICHTSCHLEIBE

mit unterschiedlichen Massen und Durchmessern

SPÜRE DIE KRAFT DER MASSENTRÄGHEIT!

mehr unter:
www.theralando.com

Neurophysiologie und Schmerzen

(deutsche Version)

Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir untersuchen, wie gut Sie über Schmerzen Bescheid wissen.

Bitte geben Sie an, ob die Aussagen korrekt oder nicht korrekt sind. Wenn Sie unentschieden sind, dann kreuzen Sie bitte die äußerste Spalte an.

Nomenklatur:

A: korrekt

B: nicht korrekt

C: unentschieden

Nr.	Frage	A	B	C
1	Nerven werden durch die Öffnung von Ionenkanälen aktiviert.			
2	Wenn Körperteile verletzt sind, übermitteln spezielle Schmerzrezeptoren die Schmerzmeldung zum Gehirn.			
3	Schmerz kann nur durch Verletzung entstehen.			
4	Die Schmerzintensität und das Auftreten des Schmerzes (Zeitpunkt) sind mit einer gleich hohen Aktivierung von Schmerzrezeptoren verbunden.			
5	Nerven müssen mit einem betroffenen Körperareal verbunden sein, um Schmerz zu melden.			
6	Bei chronischen Schmerzen wird das zentrale Nervensystem sensibler.			
7	Der Körper sagt dem Gehirn, wenn er schmerzt.			
8	Das Gehirn kann über absteigende Bahnen die Weiterleitung verstärken.			
9	Das Gehirn entscheidet, wann man Schmerz spürt.			
10	Die Leistungsfähigkeit von Nerven kann sich durch eine erhöhte Reizbarkeit verbessern.			
11	Chronische Schmerzen bedeuten, dass eine Verletzung nicht ausgeheilt ist.			
12	Die Leistungsfähigkeit von Nerven kann sich durch mehr Ionenkanäle verbessern.			
13	Große Verletzungen verursachen große Schmerzen.			
14	Die Leistungsfähigkeit von Nerven kann sich verbessern, wenn Ionenkanäle länger geöffnet bleiben.			
15	Die Weiterleitung von Nervensignalen wird von absteigenden Bahnen beeinflusst.			

16	Wenn man verletzt ist, dann hat die Umwelt keinen Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung.			
17	Es ist möglich Schmerz zu haben, ohne dass man etwas davon weiß.			
18	Wenn man verletzt ist, können chemische Substanzen Nerven sensibler machen.			
19	Bei chronischen Schmerzen können chemische Stoffe in Zusammenhang mit Stress Schmerzbahnen aktivieren.			

Auswertung:

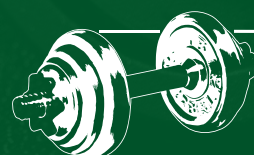
- Korrekt sind:
 - o 1,6,8,10,12,14,15, 18,19
- Nicht korrekt sind:
 - o 2,3,4,5,7,11, 13,16,17
- Nach Moseley (2003) erreichen instruierte Fachpersonen 80% nach 3h Ausbildung, ca. 60% erreichen instruierte Patienten.
- Je mehr Fragen korrekt beantwortet werden, desto höher ist der Wissensstand.
- Die Übersetzung stellt eine nicht validierte deutsche Version dar.

Quelle:

Moseley L. Unraveling the barriers to reconceptualization of the problem in chronic pain: the actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. J Pain. 2003; 4(4): 184-9.

Fortbildung in der Schweiz!

Wir unterhalten eine exklusive Kooperation mit dem Kursanbieter physiofobi und der Schulthess Klinik in der Schweiz. Unser Ziel ist es, qualitativ hochwertige Weiterbildungen in der Schweiz zu platzieren.



Pain Catastrophizing Scale (PCS)

(deutsche Version)

Name: _____ Alter: _____ Datum: _____

Hier finden Sie verschiedene Fragen vor. Bitte lesen Sie jeweils die Einleitung und füllen Sie alle nachfolgenden Fragen aus.

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...

Bewertung	0	1	2	3	4
Bedeutung	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_|

Auswertung:

Jede Aussage ist insgesamt mit einer 5-Punkte-Skala versehen. Je höher die Werte, desto größer wird das Katastrophisieren angesehen.

Das Ergebnis der PCS reicht von 0 bis 52 Punkte.

Die Werte der Subskalen ergeben sich aus der Summe der zugehörigen Aussagen und die Gesamtpunktzahl wird aus der Summe aller Aussagen berechnet.

Subskalen:

Hilflosigkeit: Aussagen 1-5; 12

Verstärkung: Aussagen 6,7,13

Grübeln: Aussagen 8-11

Reproduzierbarkeit der PCS:

	Standardfehler des Mittelwerts (SEM)	Minimal messbare Veränderung (MDC)
PCS-Hilflosigkeit	2,33	6,46
PCS-Verstärkung	1,45	4,02
PCS-Grübeln	1,82	5,06
PCS-Gesamtpunktzahl	4,61	12,79

Quelle:

Meyer K et. al. Cross-cultural adaption, reliability and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale. Journal of Psychosomatic Research 64. 2008; 469-478.

Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS)

(nicht validierte Version (eigene Übersetzung))

Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir untersuchen, wie Sie Ihre Schmerzen spüren.

- Bitte denken Sie darüber nach, wie sich die Schmerzen über die letzte Woche angefühlt haben. Bitte markieren Sie diejenigen Antworten, die am besten Ihre Schmerzen beschreiben.
- Unabhängig davon, wie stark Ihre Schmerzen sind, können die Beschreibungen zutreffen oder nicht zutreffen.
- Kreuzen Sie bitte nur die Antworten an, die Ihre Schmerzen beschreiben.

1. In dem Gebiet, in dem Sie die Schmerzen haben, verspüren Sie dort auch ungewöhnliche Gefühlsstörungen wie Ameisenlaufen, Kribbeln oder ein Gefühl wie Nadelstiche?

NEIN – Ich verspüre keine Gefühlsstörungen in dem Gebiet.	①
JA – Ich habe diese Gefühlsstörungen oft.	⑤

2. Verändert sich die Hautfarbe im schmerzhaften Gebiet (sieht sie vielleicht röter aus oder marmoriert/ gefleckt), wenn der Schmerz besonders stark ist?

NEIN – Die Schmerzen beeinflussen die Hautfarbe nicht.	①
JA – Mir ist aufgefallen, dass die Schmerzen dazu führen, dass die Hautfarbe anders aussieht als normal.	⑤

3. Reagiert die Haut im betroffenen Gebiet durch die Schmerzen ungewöhnlich empfindlich auf Berührung? Es kann zum Beispiel sein, dass leichte Berührung der Haut zu unangenehmen Gefühlen oder Schmerzen führt.

NEIN – Die Schmerzen machen meine Haut im betroffenen Gebiet nicht ungewöhnlich empfindlich auf Berührung.	①
JA – Meine Haut im betroffenen Gebiet ist besonders empfindlich auf Berührung.	③

4. Kommen Ihre Schmerzen plötzlich und ohne erkennbaren Grund, wenn Sie sich nicht bewegen? Beschreibungen für diese Art von Schmerz könnten z.B. sein: „anfallsartig“, „wie ein Stromschlag“ oder „vor Schmerz aufspringend“.

NEIN – Mein Schmerz fühlt sich eigentlich nicht so an.	①
JA – Diese Art von Empfindung habe ich oft.	②

5. Fühlt sich in dem Gebiet, in dem Sie Schmerzen haben, die Haut ungewöhnlich heiß an, wie ein brennender Schmerz?

NEIN – Ich habe keinen brennenden Schmerz.	①
JA – Ich habe oft brennenden Schmerz.	①

6. Reiben Sie vorsichtig eine Stelle im betroffenen, schmerzhaften Gebiet (das Sie oben angegeben haben) mit Ihrem Zeigefinger und reiben Sie dann ebenso eine Stelle in einem nicht-betroffenen Gebiet (z.B. eine Stelle weiter weg vom betroffenen Gebiet oder auf der gegenüberliegenden Seite des betroffenen Gebiets). Wie fühlt sich dieses Reiben im betroffenen Gebiet an?

Die Stelle im schmerzhaften Gebiet fühlt sich nicht anders an als die im nicht-schmerzhaften Gebiet.	①
Die Stelle im schmerzhaften Gebiet fühlt sich unangenehm an, wie Nadelstiche, Kribbeln oder Brennen, das Gefühl unterscheidet sich von der Stelle im nicht-schmerzhaften Gebiet.	⑤

7. Drücken Sie vorsichtig mit Ihrer Fingerspitze auf eine Stelle im betroffenen Gebiet und drücken Sie dann auf die gleiche Art auf die nicht-betroffene Stelle. Wie fühlt sich dieses Drücken im betroffenen Gebiet an?

Die Stelle im schmerzhaften Gebiet fühlt sich nicht anders an als die im nicht-schmerzhaften Gebiet.	①
Ich spüre eine Taubheit oder Empfindlichkeit im schmerzhaften Gebiet, die anders ist als im nicht-schmerzhaften Gebiet.	③

Auswertung:

- Für die Auswertung wird ca. 10 Minuten benötigt.
- Der Score kann zwischen 0-24 Punkten betragen.
- Ein Score von ≥ 12 steht für eine neuropathische Schmerzursache.
- Es wird empfohlen, das Gesamtergebnis zu verwenden. Einzelne Items sind nicht aussagekräftig.

Tampa Scale of Kinesiophobia

(validierte deutsche Version (TSK-GV, Rusu et al. 2014))

Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir untersuchen, wie Sie selbst zu Ihren Schmerzen stehen.

Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie mit den vorgegebenen Aussagen einverstanden sind. Für die Durchführung benötigen Sie ca. 5 Minuten. Bitte nehmen Sie sich die Zeit für die korrekte Beantwortung der Fragen. Sie können für den weiteren Behandlungsverlauf sehr wichtig sein.

Nomenklatur:

- A:** überhaupt nicht einverstanden
- B:** mehr oder weniger nicht einverstanden
- C:** mehr oder weniger einverstanden
- D:** völlig einverstanden

Item	Charakter	A	B	C	D
1	Ich habe Angst davor, dass ich mich möglicherweise verletze, wenn ich Sport treibe.	①	②	③	④
2	Wenn ich versuchen würde, mich über die Schmerzen hinweg zu setzen, würden sie noch schlimmer.	①	②	③	④
3	Mein Körper sagt mir, dass ich etwas sehr Schlimmes habe.	①	②	③	④
4	Mein Gesundheitszustand wird von anderen nicht ernst genug genommen.	①	②	③	④
5	Wegen des Schmerzproblems ist mein Körper für den Rest meines Lebens gefährdet.	①	②	③	④
6	Schmerz bedeutet immer, dass ich mich verletzt habe.	①	②	③	④
7	Die sicherste Art, zu verhindern, dass meine Schmerzen schlimmer werden, ist einfach darauf zu achten, dass ich keine unnötigen Bewegungen mache.	①	②	③	④
8	Ich hätte nicht so viel Schmerzen, wenn nicht etwas Bedenkliches in meinem Körper vor sich ginge.	①	②	③	④

9	Meine Schmerzen sagen mir, wann ich mit dem Training aufhören muss, um mich nicht zu verletzen.	①	②	③	④
10	Ich kann nicht all die Dinge tun, die gesunde Menschen machen, da ich mich zu leicht verletzen könnte.	①	②	③	④
11	Niemand sollte Sport treiben müssen, wenn er/sie Schmerzen hat.	①	②	③	④

Auswertung:

- Für die Auswertung wird ca. 5 Minuten benötigt.
- Ein hohes Ergebnis steht für eine große Kinesiophobie.
- Es wird empfohlen, das Gesamtergebnis zu verwenden. Einzelne Items sind nicht aussagekräftig.

Benutzung/Vervielfältigung:

- Die Lizenzbedingungen sind unter folgendem Link aufgeführt: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>

Quelle:

Rusu AC, Kreddig N, Hallner D et al. Fear of movement/(Re)injury in low back pain: confirmatory validation of a German version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. BMC Musculoskeletal Disorders. 2014; 15: 280.

PHYSIOFOBI

DN4 Fragebogen

Beantworten Sie bitte die folgenden vier Fragen.
Kreuzen Sie zu jedem Punkt nur eine Antwort an.

Befragung der Patientin/des Patienten

Frage 1: Weist der Schmerz eines oder mehrere der folgenden Merkmale auf?		
1. Brennen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Gefühl einer schmerzhaften Kälte	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Elektrische Schläge	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Frage 2: Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?		
4. Kribbeln	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Pieksen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Taubheitsgefühl	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Juckreiz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Untersuchung der Patientin/des Patienten

Frage 3: Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem die körperliche Untersuchung Folgendes zeigt?		
8. Hypoästhesie bei Berührung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Hypoästhesie bei Nadelreizen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Frage 4: Werden die Schmerzen ausgelöst oder verschlimmert durch:		
10. Reiben	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Auswertung:

Ja: 1 Punkt
Nein: 0 Punkte

Ergebnis von $\geq 4/10$: Neuropathischer Schmerz

TSK



VISUALIZE MOVEMENT

MOTIONGUIDANCE.COM



FOMT INTRODUCING MOTION GUIDANCE

WHY USE MOTION GUIDANCE WITH YOUR PATIENTS?



65% OF PEOPLE ARE VISUAL LEARNERS:
ADD VISUAL CUES TO REHAB!



EXTERNAL CUES ARE SUPERIOR TO INTERNAL
CUES FOR MOTOR LEARNING



ITS A GAME! PEOPLE ARE MORE ENGAGED
WITH REHAB WHEN THEY'RE HAVING FUN



RESEARCH IDENTIFIES A LACK OF POSITIONAL
AWARENESS IN PERSONS WITH PAIN OR INJURY



INTEGRATING VISUAL FEEDBACK ALLOWS FOR
ENHANCED MOTOR LEARNING



THE CLINICIAN KIT

Oswestry Disability Index (deutsche Version (Mannion et al. 2006))

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus. Er soll uns darüber informieren, wie Ihre Rücken- (oder Bein-) Probleme Ihre Fähigkeit beeinflussen, den Alltag zu bewältigen. Wir bitten Sie, jeden Abschnitt zu beantworten. Kreuzen Sie in jedem Abschnitt nur die Aussage an, die sie heute am besten beschreibt.

X	Schmerzstärke
	Ich habe momentan keine Schmerzen.
	Die Schmerzen sind momentan sehr schwach.
	Die Schmerzen sind momentan mäßig.
	Die Schmerzen sind momentan ziemlich stark.
	Die Schmerzen sind momentan sehr stark.
	Die Schmerzen sind momentan so schlimm wie nur vorstellbar.
	Körperpflege (Waschen, Anziehen, etc.)
	Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
	Ich kann meine Körperpflege normal durchführen, aber es ist schmerzhaft.
	Meine Körperpflege normal durchzuführen ist schmerzhaft und ich bin langsam und vorsichtig.
	Ich brauche bei der Körperpflege etwas Hilfe, bewältige das meiste aber selbst.
	Ich brauche täglich Hilfe bei den meisten Aspekten der Körperpflege.
	Ich kann mich nicht selbst anziehen, wasche mich mit Mühe und bleibe im Bett.
	Heben
	Ich kann schwere Gegenstände heben, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
	Ich kann schwere Gegenstände heben, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
	Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände vom Boden zu heben, aber es geht, wenn sie geeignet stehen (z.B. auf einem Tisch).
	Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände zu heben, aber ich kann leichte bis mittelschwere Gegenstände heben, wenn sie geeignet stehen.
	Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.
	Ich kann überhaupt nichts heben oder tragen.
	Gehen
	Schmerzen hindern mich nicht daran, so weit zu gehen, wie ich möchte.
	Schmerzen hindern mich daran, mehr als 1-2 km zu gehen.
	Schmerzen hindern mich daran, mehr als 0,5 km zu gehen.
	Schmerzen hindern mich daran, mehr als 100 m zu gehen.
	Ich kann nur mit einem Stock oder Krücken gehen.
	Ich bin die meiste Zeit im Bett und muss mich zur Toilette schleppen.

X	Sitzen
	Ich kann auf jedem Stuhl so lange sitzen, wie ich möchte.
	Ich kann auf meinem Lieblingsstuhl so lange sitzen, wie ich möchte.
	Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu sitzen.
	Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu sitzen.
	Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu sitzen.
	Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu sitzen.
	Stehen
	Ich kann so lange stehen, wie ich möchte, ohne dass die Schmerzen dadurch stärker werden.
	Ich kann so lange stehen, wie ich möchte, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
	Schmerzen hindern mich daran, länger als 1 Stunde zu stehen.
	Schmerzen hindern mich daran, länger als eine halbe Stunde zu stehen.
	Schmerzen hindern mich daran, länger als 10 Minuten zu stehen.
	Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu stehen.
	Schlafen
	Mein Schlaf ist nie durch Schmerzen gestört.
	Mein Schlaf ist gelegentlich durch Schmerzen gestört.
	Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 6 Stunden.
	Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 4 Stunden.
	Ich schlafe auf Grund von Schmerzen weniger als 2 Stunden.
	Schmerzen hindern mich daran, überhaupt zu schlafen.
	Sexualleben
	Mein Sexualleben ist normal und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
	Mein Sexualleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
	Mein Sexualleben ist nahezu normal, aber sehr schmerzhaft.
	Mein Sexualleben ist durch Schmerzen stark eingeschränkt.
	Ich habe auf Grund von Schmerzen fast kein Sexualleben.
	Schmerzen verhindern jegliches Sexualleben.
	Sozialleben
	Mein Sozialleben ist normal und die Schmerzen werden durch nicht stärker.
	Mein Sozialleben ist normal, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
	Schmerzen haben keinen wesentlichen Einfluss auf mein Sozialleben, außer dass sie meine eher aktiven Interessen, z.B. Sport, einschränken.
	Schmerzen schränken mein Sozialleben ein und ich gehe nicht mehr so oft aus.
	Schmerzen schränken mein Sozialleben auf mein Zuhause ein.
	Ich habe auf Grund von Schmerzen kein Sozialleben.

X	Reisen
	Ich kann überallhin reisen und die Schmerzen werden dadurch nicht stärker.
	Ich kann überallhin reisen, aber die Schmerzen werden dadurch stärker.
	Trotz starker Schmerzen kann ich länger als 2 Stunden unterwegs sein.
	Ich kann auf Grund von Schmerzen höchstens 1 Stunde unterwegs sein.
	Ich kann auf Grund von Schmerzen nur kurze notwendige Fahrten unter 30 Minuten machen.
	Schmerzen hindern mich daran, Fahrten zu machen, außer zur medizinischen Behandlung.

Auswertung:

- Die Aussagen jeder Kategorie werden mit einem Zahlenwert versehen:
 - o 0: keine Funktionseinschränkung (entspricht immer der ersten Aussage der jeweiligen Kategorie)
 - o 5: stärkste Funktionseinschränkung (entspricht immer der letzten Aussage in der jeweiligen Kategorie)
 - o 1-4: geringe-starke Funktionseinschränkung (Aussagen 2-5)
- Der Gesamtwert wird mit 2 multipliziert und üblicherweise in % angegeben.
 - o Je höher der Wert, desto größer ist die Funktionseinschränkung
- Klassifikation: Die Werte können nach Fairbank (2000) in 5 Schweregrade eingeteilt werden:
 - o 0-20%: minimale Funktionseinschränkung
 - o 21-40%: moderate Funktionseinschränkung
 - o 41-60%: starke Funktionseinschränkung
 - o 61-80%: sehr starke Funktionseinschränkung
 - o 81-100%: pflegebedürftig (bettlägerig) oder psychosozial extrem überlagert
- Test-Retest-Reliabilität: exzellent 0,96 (ICC)
- Standardisierter Messfehler:
 - o 3,4 oder 9,2% (Mannion et al. 2006)
 - o 4,24 (Johnsen 2013)
- MDC (95%):
 - o 9 Punkte (Mannion 2006)
 - o 13,47 Punkte (Monticone 2012)
 - o 11,75 (Johnsen 2013)
- MCID:
 - o 5-17 Punkte, 30-50% Reduktion (Schwind 2013)
 - o 12,8 Punkte (Park 2016, Johnsen 2013)

Quellen:

Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. Spine. 2000; 25: 2940.

Johnsen LG, Hellum C, Nygaard OP et al. Comparison of the SF6D, the EQ5D, and the oswestry disability index in patients with chronic low back pain and degenerative disc disease. BMC Musculoskeletal Disorders. 2013; 14: 148.

Mannion AF, Junge A, Fairbank JC et al. Development of a german version of the disability index. Part 1: cross-cultural adaption, reliability, and validity. European Spine Journal. 2006; 15: 55.

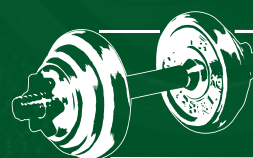
Monticone M, Baiardi P, Vanti C et al. Responsiveness of the Oswestry Disability Index and the Roland Morris Disability Questionnaire in Italian subjects with sub-acute and chronic low back pain. European Spine Journal. 2012; 21 :122.

Park P, Okonkwo DO, Nguyen S Can a Minimal Clinically Important Difference Be Achieved in Elderly Patients with Adult Spinal Deformity Who Undergo Minimally Invasive Spinal Surgery? World Neurosurgery. 2016; 86: 168.

Schwind J, Learman K. Different minimally important clinical difference (MCID) scores lead to different clinical prediction rules for the Oswestry disability index for the same sample of patients. Journal of Manual and Manipulative Therapy. 2013; 21: 71.

Bundesweite Zertifikatskurse in Manueller Therapie und Krankengymnastik am Gerät

- Osteopathieausbildung → Themenkurse in MTT und klinischer Orthopädie
- Cranio-mandibuläre Therapie → Inhouse-Schulungen → u.v.m.



Neck Disability Index

(validierte deutsche Version (Cramer 2014))

Der folgende Fragebogen dient der Erfassung von Beschwerden und Problemen bei alltäglichen Aktivitäten, die durch Ihre Halswirbelsäule verursacht werden.

Bitte beantworten Sie alle Fragen gemäß Ihrem aktuellen Zustand. Sollten Sie momentan keine Beschwerden haben, dann bewerten Sie die Fragen entsprechend Ihrem Zustand in der vergangenen Woche.

Sollten zwei Aussagen auf Ihren aktuellen Zustand zu treffen, kreuzen Sie bitte nur die Aussage an, die am ehesten zu trifft.

Nr.	Frage	A
1	Schmerzintensität	
	Momentan habe ich keine Schmerzen.	
	Ich habe im Moment sehr geringe Schmerzen.	
	Ich habe im Moment mäßige Schmerzen.	
	Ich habe im Moment ziemlich starke Schmerzen.	
	Ich habe im Moment sehr starke Schmerzen.	
	Ich habe im Moment die stärksten Schmerzen, die ich mir vorstellen kann.	
2	Persönliche Körperpflege (z.B. Waschen, Anziehen)	
	Ich kann meine Körperpflege erledigen, ohne dass dies zusätzliche Schmerzen verursacht.	
	Ich kann meine Körperpflege erledigen, aber es verursacht mir zusätzliche Schmerzen.	
	Das Erledigen der Körperpflege ist schmerzhaft und ich bin dabei langsam und vorsichtig.	
	Ich brauche etwas Hilfe, aber ich kann den größten Teil meiner Körperpflege selbst besorgen.	
	Ich brauche täglich Hilfe bei den meisten Verrichtungen meiner Körperpflege.	
	Ich ziehe mich nicht an, wasche mich nur mit Mühe und bleibe im Bett.	
3	Heben	
	Ich kann schwere Gegenstände ohne zusätzliche Schmerzen heben.	
	Ich kann schwere Gegenstände heben, aber dies verursacht zusätzliche Schmerzen.	
	Meine Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände vom Boden aufzuheben. Aber ich kann schwere Gegenstände heben, wenn sie günstig positioniert sind (z.B. auf dem Tisch).	
	Meine Schmerzen hindern mich daran, schwere Gegenstände vom Boden aufzuheben. Aber ich kann mittelschwere Gegenstände heben, wenn sie günstig positioniert sind.	
	Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.	
	Ich kann überhaupt nichts heben oder tragen.	

4	Lesen	
	Ich kann lesen soviel ich will, ohne Nackenschmerzen zu bekommen.	
	Ich kann lesen soviel ich will, aber ich bekomme davon leichte Nackenschmerzen.	
	Ich kann lesen soviel ich will, aber ich bekomme davon mäßige Nackenschmerzen.	
	Ich kann wegen mäßiger Nackenschmerzen nicht soviel lesen, wie ich will.	
	Ich kann wegen starker Nackenschmerzen kaum lesen.	
	Ich kann überhaupt nicht mehr lesen.	
5	Kopfschmerzen	
	Ich habe überhaupt keine Kopfschmerzen.	
	Ich habe leichte Kopfschmerzen, die unregelmäßig auftreten.	
	Ich habe mäßige Kopfschmerzen, die unregelmäßig auftreten.	
	Ich habe mäßige Kopfschmerzen, die regelmäßig auftreten.	
	Ich habe starke Kopfschmerzen, die regelmäßig auftreten.	
	Ich habe die meiste Zeit Kopfschmerzen.	
6	Konzentration	
	Ich kann mich, wenn ich will, ohne Schwierigkeiten voll konzentrieren.	
	Ich kann mich, wenn ich will, mit leichten Schwierigkeiten voll konzentrieren.	
	Ich habe ziemliche Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren, wenn ich es will.	
	Ich habe große Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren, wenn ich es will.	
	Ich habe sehr große Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren, wenn ich es will.	
	Ich kann mich überhaupt nicht konzentrieren.	
7	Arbeit	
	Ich kann soviel Arbeit erledigen, wie ich möchte.	
	Ich kann nur meine übliche Arbeit erledigen, aber nicht mehr.	
	Ich kann den größten Teil meiner üblichen Arbeit verrichten, aber nicht mehr.	
	Ich kann meine übliche Arbeit nicht erledigen.	
	Ich kann kaum eine Arbeit erledigen.	
	Ich kann überhaupt keine Arbeit erledigen.	
8	Auto fahren	
	Ich kann Auto fahren, ohne Nackenschmerzen zu bekommen.	
	Ich kann Auto fahren, so lange ich will, mit leichten Nackenschmerzen.	
	Ich kann Auto fahren, so lange ich will, mit mäßigen Nackenschmerzen.	
	Ich kann wegen mäßiger Nackenschmerzen nicht Auto fahren, so lange ich will.	
	Ich kann wegen starker Nackenschmerzen kaum Auto fahren.	
	Ich kann überhaupt nicht Auto fahren.	

9	Schlafen	
	Ich habe keine Schlafprobleme.	
	Mein Schlaf ist kaum gestört (weniger als 1 Stunde schlaflos).	
	Mein Schlaf ist leicht gestört (1-2 Stunden schlaflos).	
	Mein Schlaf ist mäßig gestört (2-3 Stunden schlaflos).	
	Mein Schlaf ist stark gestört (3-5 Stunden schlaflos).	
	Mein Schlaf ist komplett gestört (5-7 Stunden schlaflos).	
10	Freizeitaktivität (FA) - Erholung	
	Ich kann alle meine Freizeitaktivitäten ohne Nackenschmerzen ausüben.	
	Ich kann, wenn auch mit einigen Nackenschmerzen, alle meine Freizeitaktivitäten ausüben.	
	Wegen Nackenschmerzen kann ich die meisten, aber nicht alle meiner täglichen Freizeitaktivitäten ausüben.	
	Ich kann wegen meiner Nackenschmerzen nur einige meiner Freizeitaktivitäten ausüben.	
	Ich kann wegen meiner Nackenschmerzen kaum irgendwelche Freizeitaktivitäten ausüben.	
	Ich kann überhaupt keine Freizeitaktivitäten ausüben.	

Auswertung:

- Geringe Beschwerden werden mit 0, die stärksten Beschwerden mit maximal 5 Punkten bewertet. Die Maximalpunktzahl beträgt somit 50 Punkte.
- Die erreichte Punktzahl wird zunächst durch die mögliche Gesamtpunktzahl geteilt. Dieser Wert wird mit 100% multipliziert und ergibt den Score
 - o $(\text{Aktuelle Einschränkung} : 50) \times 100\% = \text{Score im NDI}$
- Der NDI kann sowohl in der Erstbefundung als auch in der Verlaufskontrolle verwendet werden.
- Ein Score von $\leq 8\%$ kennzeichnet Patienten mit einer geringen Symptomatik. Ein Score von > 40 kennzeichnet Patienten mit einer sehr schweren Symptomatik, der auch eine Chronifizierung begünstigt (zum Beispiel bei Patienten mit einem Beschleunigungstrauma)
- Die minimal messbare Veränderung beträgt 5 Punkte oder 10% der Gesamtpunktzahl (Vernon et al. 1991). Die minimal klinisch relevante Veränderung wird in Studien mit unterschiedlichen Werten angegeben und liegt zwischen 3,5-9,5 (Schellingerhout et al. 2012). Nach Jorritsma et al. (2012) sollte die Veränderung 8,4 Punkte für ein klinisch relevantes Ergebnis betragen.
- Die Nutzungsbedingungen sind unter <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> einzusehen.

Quellen:

Cramer H, Lauche R, Langhorst J et al. Validation of the German version of the Neck Disability Index (NDI). BMC Musculoskeletal Disorders. 2014; 15: 91.

Jorritsma W, Dijkstra PU, de Vries GE et al. Detecting relevant changes and responsiveness of Neck Pain and Disability Scale and Neck Disability Index. European Spine Journal. 2012; 21: 2550.

Schellingerhout JM, Verhagen JM, Heymans HM et al. Measurement properties of disease-specific questionnaires in patients with neck pain: a systematic review. Qual Life Res. 2012; 21: 659.

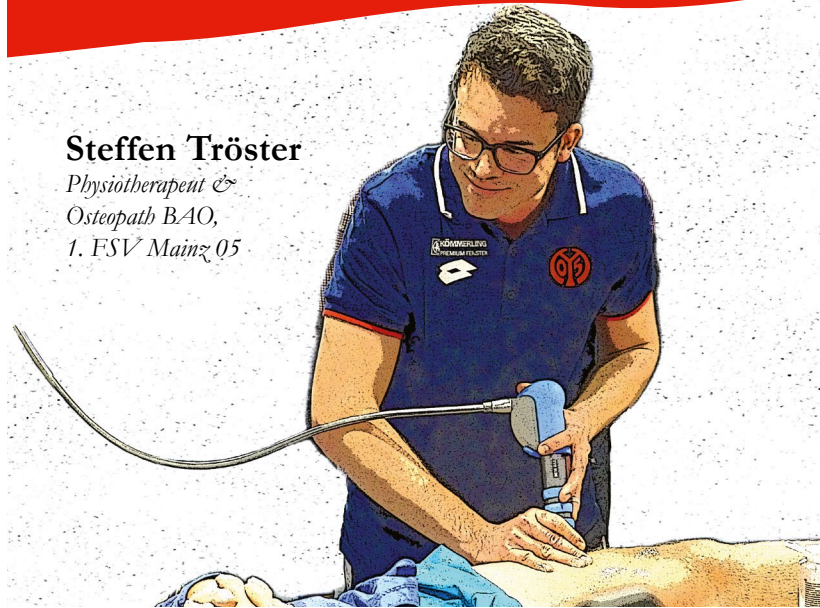
Vernon, H., & Mior, S., The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 1991; 14: 409.

Ritchie C, Hendrikz J, Kenardy J et al. Derivation of a clinical prediction rule to identify with chronic moderate/severe disability and full recovery following whiplash injury. Pain. 2013; 154: 2198.

STOSSWELLENTHERAPIE FÜR ÄRZTE, SPORTMEDIZINER UND PHYSIOTHERAPEUTEN

Steffen Tröster

Physiotherapeut &
Osteopath BAO,
1. FSV Mainz 05



“Die Erfahrungen der letzten Jahre machen die Stosswelle im täglichen Gebrauch unverzichtbar. Die Therapieerfolge sowohl bei den chronischen als auch bei den akuten Indikationen sprechen für sich. An dieser Methode führt kein Weg vorbei!”

SWISS
**DOLOR
CLAST®**
METHODE



EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS GmbH
Schatzbogen 86 | D-81829 München
Tel. +49 89 42 71 610
info@ems-ch.de | www.dolorclast.com
FACEBOOK → @EMS.dolorclast

Roland and Morris Disability Questionnaire (RMDQ)

(deutsche Version)

Sehr geehrter Patient, wenn Sie Rückenschmerzen haben, sind alltägliche Dinge oft schwer zu erledigen.

Diese Liste enthält Sätze, die Personen verwendet haben, um ihre Rückenschmerzen zu beschreiben. Wenn Sie die Liste durchlesen, fällt Ihnen auf, dass der eine oder andere Satz Ihre Beschwerden von heute am besten beschreibt. Denken Sie bitte nur an die Beschwerden von heute.

Trifft ein Satz für Ihre Beschwerden von heute zu, kreuzen Sie diesen Satz an. Falls ein Satz die Beschwerden nicht beschreibt, kreuzen Sie diesen Satz nicht an und gehen Sie zum nächsten Satz.

Nr.	Beschreibung der Tätigkeit	X
1.	Wegen meiner Rückenschmerzen bleibe ich den größten Teil des Tages zu Hause.	
2.	Ich wechsele häufig meine Körperhaltung, um meinen Rücken zu entlasten.	
3.	Ich gehe wegen meiner Rückenschmerzen langsamer als sonst.	
4.	Wegen meiner Rückenschmerzen erledige ich keine der Arbeiten, die ich sonst im Haushalt erledige.	
5.	Wegen meiner Rückenschmerzen halte ich mich beim Treppensteigen am Geländer fest.	
6.	Wegen meiner Rückenschmerzen lege ich mich häufiger als sonst zum Ausruhen hin.	
7.	Wegen meiner Rückenschmerzen muss ich mich an etwas abstützen, um aus einem Polstersessel hochzukommen.	
8.	Wegen meiner Rückenschmerzen bitte ich andere Menschen, etwas für mich zu erledigen.	
9.	Wegen meiner Rückenschmerzen brauche ich zum Ankleiden länger als sonst.	
10.	Wegen meiner Rückenschmerzen achte ich darauf, nur kurze Zeit zu stehen.	
11.	Wegen meiner Rückenschmerzen achte ich darauf, mich so wenig wie möglich zu bücken oder niederzuknien.	
12.	Wegen meiner Rückenschmerzen fällt es mir schwer, von einem Stuhl aufzustehen.	
13.	Ich leide den größten Teil des Tages/der Nacht unter Rückenschmerzen.	
14.	Meine Rückenschmerzen erschweren mir das Umdrehen im Bett.	
15.	Wegen meiner Rückenschmerzen ist mein Appetit nicht besonders gut.	
16.	Wegen meiner Rückenschmerzen habe ich Probleme beim Anziehen von Socken (oder Strümpfen/Strumpfhosen).	
17.	Wegen meiner Rückenschmerzen gehe ich nur kurze Strecken.	
18.	Wegen meiner Rückenschmerzen schlafe ich weniger als sonst.	
19.	Wegen meiner Rückenschmerzen brauche ich beim Ankleiden Hilfe.	
20.	Wegen meiner Rückenschmerzen verbringe ich den größten Teil des Tages sitzend.	
21.	Wegen meiner Rückenschmerzen versuche ich, schwere Arbeiten im Haushalt zu vermeiden.	
22.	Wegen meiner Rückenschmerzen bin ich reizbarer und übellauliger als sonst.	
23.	Wegen meiner Rückenschmerzen gehe ich Treppen langsamer hinauf als sonst.	
24.	Wegen meiner Rückenschmerzen verbringe ich den größten Teil des Tages im Bett.	

Auswertung:

- Der RMDQ-D kann grundsätzlich bei Rückenschmerzpatienten angewendet werden (akut – subakut – chronisch). Er evaluiert mit 24 spezifischen Fragen eine Reihe von Körperfunktionen und Aktivitäten. Lediglich die psychosoziale Funktion findet keine Beachtung.
- Der Patient wird aufgefordert die Aussagen anzukreuzen, die am heutigen Tage zutreffend sind. Es findet also eine Selbstbeurteilung statt. Der Zeitaufwand für das Ausfüllen beträgt ca. 5 Minuten, die Auswertung nimmt weitere 2 Minuten in Anspruch.
- Jede der Aussagen wird mit einem Punkt bewertet. Dies bedeutet, dass ein maximal schlechtes Ergebnis durch einen Score von 24 gekennzeichnet ist. Keine Einschränkung besteht bei einem Score von 0. Die minimale klinisch relevante Veränderung wird von diversen Autoren unterschiedlich angegeben und beträgt zwischen 2-8 Punkten. Es wird daher vorgeschlagen diese Grenze abhängig vom Behinderungsgrad zu bestimmen:
 - o Bei Patienten mit geringer Behinderung (<9): 1-2
 - o Bei Patienten mit großer Behinderung (>16): 8
 - o Bei nicht genauer bestimmten Patienten: 5
- Bei Werten unter 4 bzw. über 20 sind nur geringe Veränderungen zu erwarten und der Fragebogen ist entweder nicht aussagekräftig bzw. die minimal klinisch relevante Veränderung übersteigt den Ausgangswert.

Quellen:

Exner V, Keel P. Erfassung der Behinderung bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Validierung einer deutschen Version des „Roland & Morris disability questionnaire“ sowie verschiedener numerischer Ratingskalen. Schmerz. 2000; 14:392-400.

Roland MO, Morris RW. A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. Spine 1983; 8: 141-144.

Stratford PW, Binkley J, Solomon P. Defining the minimum level of detectable change for the Roland-Morris questionnaire. Physical Therapy. 1996; 76: 359.

Lumbar Spine Instability Questionnaire (LSIQ)

(nicht validierte deutsche Version)

Sehr geehrter Patient, der folgende Fragebogen dient der Erfassung von Beschwerden und Problemen, die durch Ihren Rücken verursacht werden.

Bitte identifizieren Sie alle genannten Aktivitäten und Haltungen, die Ihre Rückenbeschwerden beeinflussen. Markieren Sie bitte alle zutreffenden Faktoren mit „Ja“, nichtzutreffende Faktoren kennzeichnen Sie bitte mit „Nein“.

	Frage	Ja	Nein
1.	Ich fühle, dass mein Rücken nachgibt.		
2.	Ich fühle, dass ich meinen Rücken regelmäßig „knacken lassen muss“, um den Schmerz zu reduzieren.		
3.	Mein Schmerz tritt häufig über den Tag verteilt auf.		
4.	In der Vergangenheit blockierte mein Rücken bei Drehbewegungen der Wirbelsäule.		
5.	Beim Aufstehen oder Hinsetzen von einem Stuhl habe ich Schmerzen.		
6.	Ich habe starke Schmerzen, wenn ich mich nicht auf die korrekte Weise vom Liegen in den Sitz bewege.		
7.	Mein Schmerz verstärkt sich manchmal bei schnellen, kleinen, unerwarteten Bewegungen.		
8.	Beim Sitzen ohne eine Rückenlehne habe ich Beschwerden. Ich fühle mich besser mit einer unterstützenden Lehne.		
9.	Ich kann keine langanhaltenden, statischen Positionen tolerieren.		
10.	Es hat den Anschein, dass meine Beschwerden in der letzten Zeit schlechter werden.		
11.	Ich habe die Beschwerden schon sehr lange.		
12.	Manchmal habe ich eine Beschwerdelinderung, wenn ich ein Korsett oder eine Orthese benütze.		
13.	Meine (Rücken-) Muskeln verspannen sich häufig.		
14.	Ich habe wegen der Schmerzen manchmal Angst, mich zu bewegen.		
15.	Ich habe in der Vergangenheit eine Rückenverletzung gehabt.		

Auswertung:

- Es werden die mit Ja gekennzeichneten Fragen summiert.
- Je höher das Ergebnis, desto größer ist das subjektiv empfundene Instabilitätsgefühl (Cook et al. 2006).
- Ein Ergebnis ≥ 9 ist typisch für Patienten, die besser auf motorische Kontrollübungen bzw. koordinatives Training ansprechen (Macedo et al. 2014).

Quellen:

Cook C, Brismee JM, Sizer PS. Subjective and objective descriptors of clinical lumbar spine instability: a delphy study. *Manual Therapy*. 2006; 11: 11.

Macedo LG, Maher CG, Hancock MJ et al. Predicting response to motor control exercises and graded activity for patients with low back pain: preplanned secondary analysis of a randomized controlled trial. *Physical Therapy*. 2014; 94: 1543.

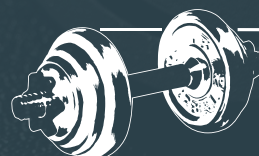
Osteopathieausbildung

inklusive möglicher Zertifikate:

- Manuelle Therapie
- Krankengymnastik am Gerät
- Vorbereitung auf die große Heilpraktikerprüfung

in München und Stuttgart

Fon +49 175 1202791
E-Mail info@digotor.info
Internet www.digotor.info



Fortbildungen für
Orthopädische Medizin
und Manuelle Therapie

Heidelberger Kurzfragebogen Rückenschmerz (HKF-R10)

Dieser Fragebogen hilft uns, Ihre Beschwerden richtig einzuschätzen. Nur so können wir die richtige Therapie für Sie finden.

Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie es **am besten** für Sie zutrifft.

1. Welches Geschlecht haben Sie?

- ₁ weiblich ₀ männlich

2. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- ₀ kein Abschluss ₂ Fachhochschulreife ₄ Universität
₀ Hauptschule ₃ Abitur ₄ Postgraduiert (Dr.)
₁ Mittlere Reife ₃ Fachhochschule

3. Haben Sie Ihre aktuellen Rückenschmerzen schon länger als 1 Woche?

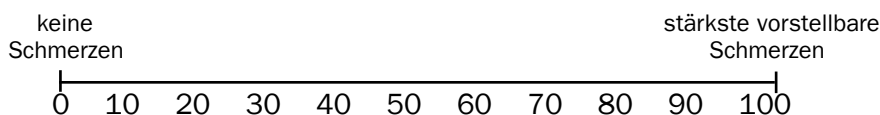
- ₀ Ja ₁ Nein

4. Haben Sie außer Rückenschmerzen noch **andere Schmerzen**?

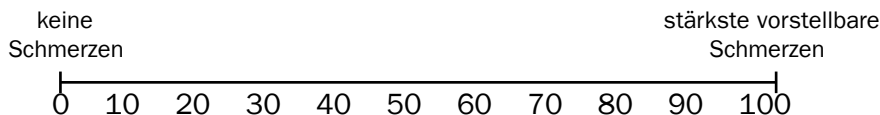
- ₁ nein ₀ ja, nämlich: _____

5. Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen **in der letzten Woche** durchschnittlich?

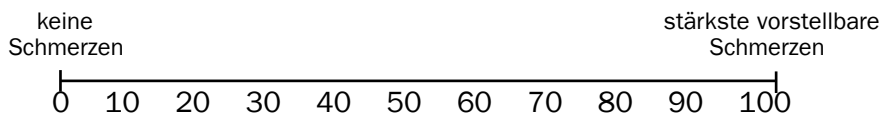
Machen Sie bitte entsprechend der Stärke Ihrer Schmerzen ein Kreuz auf der Stelle der Skala.



6. Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen **in der letzten Woche**, wenn es **am besten** war?



7. Wie stark dürften Ihre Beschwerden noch sein, wenn die **Behandlung erfolgreich** ist?



8. Hilft Ihnen - nach Ihrer bisherigen Erfahrung – **Massage**, Ihre Rückenschmerzen **zu lindern**?

- ₀ nein ₁ ja ₀ ich weiß nicht

9. Wenn Sie in den vergangenen 14 Tagen Ihre Schmerzen bewusst registriert haben, wie oft sind Ihnen die folgenden **Gedanken und Gefühle** durch den Kopf gegangen?

	nie	fast nie	selten	manchmal	oft	jedesmal meistens	
a. Was kann nur dahinter stecken?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
b. Warum muss ich nur diese schwere Last ertragen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
c. Ich glaube beinahe, die gehen überhaupt nicht wieder weg.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
d. Diese üblen Schmerzen verderben mir aber auch alles!	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
e. Was bedeutet das nur?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
f. Ich werde doch keinen Tumor haben?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
g. Bald ertrage ich es nicht mehr länger!	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
h. Ob ich die gleiche, schlimme Krankheit habe wie...	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
j. Ach, das wird überhaupt nicht besser.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
k. Hach, jetzt ist wieder der ganze Tag verdorben.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
l. Das Leben mit diesen Schmerzen ist kaum noch lebenswert!	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
m. Was mache ich nur, wenn sie jetzt wieder schlimmer werden?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
n. Wie lange muss ich diese Schmerzen noch ertragen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
o. Es wird doch keine schlimme Krankheit dahinterstecken?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

10. Wie war Ihr **Befinden** in den letzten 14 Tagen?

	nie/ selten	manchmal	oft	meistens/ immer
a. Ich fühle mich bedrückt, schwermütig und traurig.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Ich weine plötzlich oder mir ist oft zum Weinen zumute.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Ich kann nachts schlecht einschlafen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Ich bin unruhig und kann nicht stillhalten.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e. Ich tue Dinge, die ich früher tat, immer noch gern.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Osteopathieausbildung in Stuttgart und München!

Auch in diesem Herbst starten wir wieder eine Ausbildungsserie Osteopathie über 4 Jahre in Stuttgart an der Heimerer Akademie mit und ohne integrierter Manueller Therapie. Am 8. November geht es los mit dem 1. Modul.

Informiert Euch über unsere Homepage www.digotor.info oder ruft bei uns an. Wir beraten Euch gerne.

Auch in München wird es im Frühjahr 2020 mit Start am 20.03. wieder eine neue Ausbildungsserie geben.

Fragebogen zur Nachbehandlung der lumbalen Spinalkanalstenose (deutsche Version)

Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir untersuchen, wie sich Ihre Schmerzen durch die Behandlung entwickelt haben.

Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie mit den vorgegebenen Aussagen einverstanden sind. Für die Durchführung benötigen Sie ca. 5 Minuten. Bitte nehmen Sie sich die Zeit für die korrekte Beantwortung der Fragen. Sie können für den weiteren Behandlungsverlauf sehr wichtig sein.

1. Wie würden Sie ihre Schmerzen im letzten Monat vor der Operation bzw. konservativen Therapie beschreiben?

a. Die Schmerzen im Rücken, Gesäß und in den Beinen bzw. die Ausstrahlung in die Beine waren:

Keine	
Leicht	
Mäßig	
Stark	
Sehr Stark	

b. Wie oft hatten Sie Rücken-, Gesäß- oder Beinschmerzen?

Weniger als 1x pro Woche	
Einmal in der Woche	
Täglich, für mindestens 5 Minuten	
Täglich, für mehrere Stunden	
Täglich, jede Minute	

c. Die Schmerzen im Rücken waren:

Keine	
Leicht	
Mäßig	
Stark	
Sehr Stark	

d. Die Schmerzen in den Beinen und/oder Füßen waren:

Keine	
Leicht	
Mäßig	
Stark	
Sehr Stark	

Stenose Fragebogen

e. Hatten Sie ein Taubheitsgefühl oder Kribbeln in den Beinen oder Füßen?

Keine	
Leicht	
Mäßig	
Stark	
Sehr Stark	

f. Fühlten sich die Beine gefühllos oder kraftlos an?

Keine	
Leicht	
Mäßig	
Stark	
Sehr Stark	

g. Sind Probleme bei der Balance oder Standsicherheit aufgetreten?

Nein, keine Probleme	
Ja, manchmal	
Ja, oft	

2. Fragen zur körperlichen Leistungsfähigkeit (vor der Operation)

a. Wie weit waren Sie in der Lage zu laufen?

Mehr als 3,2 km	
Zwischen 2,5 km und 3,2 km	
Zwischen 1,5 km und 2,5 km	
Weniger als 1,5 km	

b. Haben Sie Spaziergänge außerhalb der Wohnung unternommen?

Ja, ohne Beschwerden	
Ja, aber manchmal mit Schmerzen	
Ja, aber immer mit Schmerzen	
Nein	

c. Haben Sie Einkäufe selbst erledigt?

Ja, ohne Beschwerden	
Ja, aber manchmal mit Schmerzen	
Ja, aber immer mit Schmerzen	
Nein	

d. Konnten Sie sich in der Wohnung frei bewegen?

Ja, ohne Beschwerden	
Ja, aber manchmal mit Schmerzen	
Ja, aber immer mit Schmerzen	
Nein	

e. Konnten Sie von Ihrem Schlafzimmer ins Badezimmer gehen?

Ja, ohne Beschwerden	
Ja, aber manchmal mit Schmerzen	
Ja, aber immer mit Schmerzen	
Nein	

3. Beurteilung der Zufriedenheit nach der konservativen Therapie, bzw. nach der Operation.

a. Ihr Gesamteindruck nach der konservativen Therapie/Operation?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	
Gar nicht zufrieden	

b. Verbesserung der Schmerzen nach der konservativen Therapie/Operation?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	
Gar nicht zufrieden	

c. Wie zufrieden waren Sie mit dem Gehen nach der konservativen Therapie/Operation?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	
Gar nicht zufrieden	

d. Wie zufrieden waren Sie mit der Fähigkeit, Haus- oder Gartenarbeit bzw. ihren Beruf wieder auszuüben?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	
Gar nicht zufrieden	

e. Wie zufrieden waren Sie mit der Kraft in Ihren Beinen, bzw. Füßen?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	
Gar nicht zufrieden	

f. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Balance/Standicherheit?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	
Gar nicht zufrieden	

Auswertung:

Die einzelnen Items werden mit einer Likert Skala
1-3,
1-4 oder
1-5 bewertet.

Ein geringerer Wert zeigt eine geringere Symptomatik an.

Je geringer der Score, desto geringer ist die Beeinträchtigung insgesamt.

Quelle:

Stucki G, Daltroy L, Liang MH, Lipson SJ, Fossel AH, Katz JN. Measurement Properties of a Self-Administered Outcome –Measure in Lumbar Spinal Stenosis. Spine. 1996; 21: 796-803.

Das Impressum

RehaTrain - Zeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Trainingstherapie

Herausgeber:

Fortbildungen für Orthopädische Medizin und Manuelle Therapie

DIGOTOR GbR

Austraße 30

74336 Brackenheim

Deutschland

ISSN 2566-6932 (Online)

ISSN 2512-8000 (Print)

Verlag:

RehaTrain, Selbstverlag

Austraße 30, 74336 Brackenheim Deutschland

Hauptverantwortliche Redakteurin:

Maike Heß (info@digotor.info)

Redaktion:

Volker Sutor (volker.sutor@digotor.info)

Frank Diemer (frank_diemer@web.de)

Nedeljko Goreta (nedi.goreta@digotor.info)

Stephanie Moers (stephaniemoers@googlemail.com)

Abonnement:

Die Zeitschrift RehaTrain erscheint viermal jährlich kostenlos als digitale Version und ist unter www.digotor.info bei Anmeldung zum Newsletter erhältlich.

Gebrauchsnamen:

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne Weiteres von jedermann benutzt werden dürfen; oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck (auch auszugsweise) ist nur mit schriftlicher Genehmigung und Quellenangabe gestattet. Der Verlag hat das Recht, den redaktionellen Beitrag in unveränderter oder bearbeiteter Form für alle Zwecke, in allen Medien weiter zu nutzen. Für unverlangt eingesandte Bilder und Manuskripte übernehmen Verlag und Redaktion keinerlei Gewähr. Die namentlich gekennzeichneten Beiträge stehen in der Verantwortung des Autors.



Therapie

WEITERBILDUNGEN 2019



Fortbildungen für
Orthopädische Medizin
und Manuelle Therapie

Fortbildungen für Orthopädische Medizin und Manuelle Therapie
DIGOTOR GbR

Austraße 30 · D-74336 Brackenheim

www.digotor.info