

# Deutscher Schmerzfragebogen (DSF)

Version 12/2024

## Handbuch



**Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.**

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

Handbuch erstellt 2006 von:

Michael Pfingsten, Bernd Nagel, Oliver Emrich, Hanne Seemann, Gabriele Lindena,  
unter Mitarbeit von Joachim Korb

Überarbeitung Version 2012:

Bernd Nagel, Michael Pfingsten, Gabriele Lindena, Paul Nilges

Überarbeitung Version 2015:

Bernd Nagel, Michael Pfingsten, Gabriele Lindena, Thomas Kohlmann

Überarbeitung Version 2020:

Frank Petzke, Michael Hüppe, Thomas Kohlmann, Sarah Kükenshöner, Gabriele Lindena, Michael  
Pfingsten, Bernd Nagel aus der KEDOQ-Schmerz-Kommission

Überarbeitung Version 12/2024:

Petzke F, Hüppe M, Kohlmann T, Meyer-Mooock S, Szczotkowski D, Lauff, S, Lindena G, Nagel B

Bitte zitieren Sie dieses Handbuch für den Deutschen Schmerzfragebogen wie folgend:

Petzke F, Hüppe M, Kohlmann T, Meyer-Mooock S, Szczotkowski D, Lauff  
S, Lindena G, Nagel B (2024) Handbuch Deutscher Schmerz-Fragebogen

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. VORBEMERKUNG</b> .....	<b>3</b>
<b>2. EINLEITUNG</b> .....	<b>3</b>
<b>3. ENTWICKLUNG DES DEUTSCHEN SCHMERZFRAGEBOGENS</b> .....	<b>5</b>
<b>4. RECHTLICHE ASPEKTE</b> .....	<b>6</b>
COPYRIGHT.....	6
<i>Zweck und Grundsatz</i> .....	6
<i>Bereitstellung und Kosten</i> .....	6
<i>Nutzungshinweise</i> .....	6
<i>Rechte und Pflichten der Einrichtungen</i> .....	7
<i>Urheberrecht (Copyright)</i> .....	7
<i>Digitale Nutzung: KEDOQ-Schmerzplattform (optional)</i> .....	7
<i>Wissenschaftliche Nutzung und Belegexemplar</i> .....	8
<i>Aktualität und Kommunikation</i> .....	8
DATENSCHUTZ.....	8
<b>5. DEUTSCHER SCHMERZFRAGBOGEN (B2.1)</b> .....	<b>9</b>
SCHMERZBESCHREIBUNG .....	9
1. <i>Schmerzzeichnung und verbale Beschreibung</i> .....	9
2. <i>Hauptschmerz</i> .....	10
3. <i>Schmerzdauer</i> .....	10
4. <i>Schmerzverlauf, Auftretenshäufigkeit und Dauer</i> .....	11
5. <i>Tageszeitliche Schmerzmaxima</i> .....	12
6. <i>Qualitative Schmerzbeschreibung (Schmerzbeschreibungsliste, SBL)</i> .....	12
7 & 8. <i>Schmerzintensität und -beeinträchtigung (Graded Chronic Pain Scale, GCPS)</i> .....	14
SUBJEKTIVES KRANKHEITSMODELL UND WOHLBEFINDEN .....	17
9. <i>Kausalattribution (Ursachen der Schmerzen)</i> .....	17
10 & 11. <i>Kontrollüberzeugung und schmerzverstärkende Faktoren</i> .....	17
12. <i>Allgemeines Wohlbefinden (Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden, MFHW)</i> -	18
PSYCHISCHES BEFINDEN .....	20
13. <i>Depressivität, Angst und Stress (Depression Anxiety Stress Scales, DASS)</i> .....	20
BISHERIGE BEHANDLUNGEN UND MEDIKATION .....	22
14 & 15. <i>Voruntersuchungen und Diagnosen</i> .....	22
16 & 17. <i>Therapeutische Vorerfahrungen</i> .....	23
18, 19 & 20. <i>Medikamentenanamnese</i> .....	24
KOMORBIDITÄT.....	26
21. <i>Weitere Erkrankungen</i> .....	26
SCHMERZBEZOGENE KOGNITIONEN.....	28
22. <i>Schmerz-Bewertungs-Skala (Pain Catastrophizing Scale, PCS)</i> .....	28

GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT .....	- 30 -
23. Veterans RAND 12 Item Health Survey (VR-12) .....	- 30 -
SOZIODEMOGRAPHIE UND SOZIALRECHTLICHE ASPEKTE .....	- 32 -
ERGÄNZENDE MODULE .....	- 35 -
Modul D: Demographische und administrative Daten (Kontaktdaten) .....	- 35 -
Modul V: Vorbehandlungen .....	- 35 -
<b>6. AKTUALISIERUNGS- UND VERLAUFSFRAGEBÖGEN .....</b>	<b>- 36 -</b>
AKTUALISIERUNGSBOGEN (B2.1) .....	- 36 -
VERLAUFSFRAGEBOGEN (C2) .....	- 37 -
VERLAUFSFRAGEBOGEN AM ENDE EINER (TEIL-)STATIONÄREN BEHANDLUNG (C2.1) .....	- 38 -
<b>7. KEDOQ-SCHMERZ: STANDARDISIERTE DOKUMENTATION UND QUALITÄTSSICHERUNG .....</b>	<b>- 39 -</b>
WAS IST KEDOQ-SCHMERZ? .....	- 39 -
ZIELE UND NUTZEN FÜR DIE VERSORGUNG .....	- 39 -
<b>ANHANG - DESKRIPTIVE STATISTIKEN AUS DEM KEDOQ-SCHMERZ REGISTER (2015-2022) .....</b>	<b>V</b>
DATENGRUNDLAGE UND STICHPROBENBESCHREIBUNG .....	V

## 1. Vorbemerkung

Dieses Handbuch soll den Nutzer:innen des Deutschen Schmerzfragebogens und der Verlaufsfragebögen (im Folgenden: DSF) dabei helfen, die Antworten der Patient:innen zu bewerten. Das gemeinsame Ziel aller Anstrengungen (und damit ist durchaus auch das von den Patient:innen z.T. ungeliebte Ausfüllen des Fragebogens gemeint) besteht letztlich darin, die Qualität der schmerztherapeutischen Versorgung zum Nutzen der Patient:innen zu verbessern. Der DSF erleichtert die Analyse der Schmerzsituation, die systematische Planung und Verlaufsbeurteilung der Schmerztherapie und bahnt damit den Therapieerfolg. Der DSF wurde von der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. in den Kerndatensatz KEDOQ-Schmerz eingebunden und ist so wesentliche Grundlage für die interne und externe Qualitätssicherung.

Eine Teilnahme an KEDOQ-Schmerz mit Übermittlung von Daten aus der Versorgung in die KEDOQ-Schmerz-Registerdatenbank ist über verschiedene Softwareanbieter und die die KEDOQ-Schmerz-Plattform der Deutschen Schmerzgesellschaft möglich. Bei der Teilnahme an KEDOQ-Schmerz werden vom Behandler:innen-Team noch zusätzliche Angaben aus der Diagnostik und dem Behandlungsverlauf erhoben. Diese digitalen Umsetzungen sind jedoch kostenpflichtige Softwarelösungen. Eine kurze Übersicht dazu gibt [Abschnitt 7](#).

## 2. Einleitung

Schmerzen stellen ein komplexes multidimensionales Phänomen dar, das gleichzeitig somatische, psychische und soziale Faktoren aufweist. Innerhalb eines bio-psycho-sozialen Modells des Schmerzes und insbesondere chronischer Schmerzen werden neben den körperlichen Befunden auch psychische und soziale modulierende Faktoren für das Erleben und Verhalten der Patient:innen mit Schmerzen einbezogen. Sie stellen ggf. auslösende, aufrechterhaltende und verstärkende Bedingungen für das Schmerzgeschehen dar. Daher ist ihre Erfassung unmittelbar nützlich und notwendig für die Therapieplanung. Der subjektive Bericht der Patient:innen über ihre Erkrankungen ist die Grundlage für alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Eine möglichst umfassende standardisierte Erhebung und Berücksichtigung der beitragenden Aspekte ist in der Schmerzdiagnostik daher zentral.

Der validierte Fragenkatalog des DSF nimmt Informationen über die Schmerzbedingungen, Funktionskapazitäten, Rollenfunktionen und das Befinden der Patient:innen mit Schmerzen auf und bereitet so die individuelle Schmerzanamnese durch die Therapeut:innen (Arzt/Ärztin, Psycholog:in, Physiotherapeut:in) vor.

Der DSF soll als standardisierter Fragenkatalog folgende Funktionen erfüllen:

- Vorab-Screening neu angemeldeter Patient:innen mit Schmerzen
- Informationsbasis für die erweiterten ärztliche, psychologische und physiotherapeutische Anamnese
- Datenbasis für Verlaufsuntersuchungen (Befragungen im Behandlungsverlauf und Follow-up)
- Grundlage einer internen und externen Qualitätssicherung (KEDOQ-Schmerz).

Der DSF steht zur Verfügung als:

- Als PDF-Download unter [Deutscher Schmerzfragebogen Version 12/2024](#)
- zur vereinfachten online-Dateneingabe und Verlaufsbefragung in der [KEDOQ-Schmerzplattform](#).
- zentraler Bestandteil mehrerer Softwareprogramme im Verbund mit der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. für KEDOQ-Schmerz

Der DSF enthält konkret folgende Fragebögen, die in diesem Handbuch vorgestellt werden sollen:

1. Eigentlicher Deutscher Schmerz-Fragebogen vor Beginn einer Behandlung (B2)
2. Aktualisierungsfragebogen (B2.1) bei längerer Wartezeit zum tatsächlichen Behandlungsbeginn
3. Fragebogen zum Ende einer teil-/stationären Behandlung (C2.1)
4. Verlaufsfragebogen (C2) für den (weiteren) Behandlungsverlauf, die ambulante Behandlung oder einen Follow-Up nach Abschluss einer Behandlung in der Einrichtung.

### 3. Entwicklung des Deutschen Schmerzfragebogens

Die Entwicklung des DSF ist das Ergebnis jahrzehntelanger klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Überprüfung. Die Arbeiten basierten stets auf den Erfahrungen von Kliniker:innen und berücksichtigten internationale Forschungsergebnisse. Im Fokus stand dabei immer die klinische Praktikabilität, eine für Patient:innen akzeptable Länge des Fragebogens und die Validierung aller Entwicklungsschritte.

Die wesentlichen Meilensteine der Entwicklung sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Zeitraum	Inhalte	Ergebnis
70er	Entwicklung eines Fragebogens zur vollständigen Erfassung der schmerzbezogenen Krankheitsgeschichte.	<b>Mainzer Fragebogen</b> , der die Grundlage für alle späteren Versionen bildete.
80er	Weiterentwicklung und erstmaliger Aufbau eines EDV-Programms zur Datenhaltung und statistischen Auswertung.	Göttinger Schmerzfragebogen.
90er	Einigung auf einen einheitlichen Fragebogen durch einen Arbeitskreis der DGSS. Überprüfung der Praktikabilität und Validität in mehreren Studien, u.a. in einer Multicenterstudie zur Lebensqualität.	Erste Version des Deutschen Schmerzfragebogens (DSF).
2000er	Umfassende Analysen zur Vollständigkeit und Praktikabilität unter Einbezug medizinischer (z.B. Komorbidität), psychologischer und psychosozialer Faktoren.	Aufnahme eines spezifischen Abschnitts zur Erfassung der <b>Komorbidität</b> .
2006	Vereinheitlichung der unterschiedlichen Fragebögen der Fachgesellschaften DGSS und DGS. Durchführung einer großen, multizentrischen Validierungsstudie.	<b>Erster gemeinsamer DSF</b> für alle Schmerzpatient:innen und Veröffentlichung des <b>ersten Handbuchs</b> .
2010	Initiierung des Qualitätssicherungsprojekts <b>KEDOQ-Schmerz</b> durch die Deutsche Schmerzgesellschaft.	Der DSF wird zur Grundlage des Kerndatensatzes für die Qualitätssicherung und Versorgungsforschung.
2015	Validierung und Implementierung der deutschen Version der DASS zur Erfassung von Depressivität, Angst und Stress.	<b>Implementierung der DASS</b> als Ersatz für die HADS; neue Version des Handbuchs.
2019	Implementierung eines lizenzfreien Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.	<b>Implementierung des VR-12</b> als Ersatz für den SF-12; neue Version des Handbuchs.
2021	Publikation von Referenzdaten für die deutsche Version des VR-12.	Veröffentlichung.
2023	Überarbeitung des Layouts und Aufnahme eines Instruments zur Erfassung schmerzbezogener Kognitionen.	Aufnahme der Schmerz-Bewertungs-Skala (PCS).

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die vorliegende Version des DSF. Handbücher zu früheren Versionen bleiben weiterhin über die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. verfügbar und enthalten Daten zur ursprünglichen Validierung des Fragebogens (Nagel et al., 2015; Petzke et al., 2020).

## 4. Rechtliche Aspekte

### Copyright

#### Zweck und Grundsatz

Der Deutsche Schmerzfragebogen (DSF) ist ein standardisiertes Instrument zur strukturierten Erfassung Patient:innenberichteter Informationen in der Schmerztherapie. Er unterstützt Diagnostik, Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung in allen Versorgungsbereichen (ambulant, teilstationär, stationär).

#### Bereitstellung und Kosten

Um die Versorgungspraxis niedrigschwellig zu unterstützen, stellt die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. den DSF weiterhin kostenfrei zur Verfügung. Diese Entscheidung folgt zahlreichen Rückmeldungen aus der Praxis und unterstreicht den Anspruch, Patient:innenwohl und Behandler:innenunterstützung in den Mittelpunkt zu stellen.

#### Nutzungshinweise

- Die Nutzung des DSF ist ausschließlich nicht-kommerziell gestattet.
- Die Unterlagen sind drei Kalenderjahre gültig. Danach ist eine erneute Anforderung erforderlich, um Aktualität und Qualität sicherzustellen.
- Inhaltliche Veränderungen (Texte, Skalen, Layout, Auswertungslogik) sind nicht gestattet.
- Logos der nutzenden Einrichtung dürfen nicht in den Vorlagen platziert werden.
- Eine Veröffentlichung auf Ihrer Website ist zulässig, sofern die Inhalte unverändert bleiben und zusätzlich eine einfache Verlinkung zur Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. an geeigneter Stelle erfolgt:  
<https://www.schmerzgesellschaft.de/kedoq-schmerz/dsf>
- Eine digitale Weiterverarbeitung (z. B. eigenständige Integration in Praxis-/Kliniksysteme, Datenbanken, Apps) ist nicht gestattet, sofern nicht ausdrücklich schriftlich genehmigt.
- Mit Bezug der Unterlagen erklären Sie sich einverstanden, zu relevanten Inhaltsänderungen oder Aktualisierungen kontaktiert zu werden.

## Rechte und Pflichten der Einrichtungen

### Pflichten

- Einsatz ausschließlich für die in diesem Handbuch beschriebenen Zwecke sowie gemäß den geltenden Datenschutz- und Einwilligungsregelungen.
- Keine Weitergabe an Dritte; keine Bearbeitung oder Ableitung eigener Versionen.
- Sicherstellung, dass alle beteiligten Mitarbeitenden über diese Nutzungsbedingungen informiert sind und sie einhalten.

### Rechte

- Kostenfreier Zugang zu den gültigen DSF-Unterlagen für die nicht-kommerzielle Versorgung.
- Nutzung in Praxis und Klinik zur standardisierten Dokumentation, Verlaufskontrolle und internen Qualitätssicherung.

### Urheberrecht (Copyright)

Copyright © Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

Alle Rechte vorbehalten.

Der DSF, seine Inhalte, Skalen, Begleitmaterialien, Auswertungslogik und Layouts sind urheberrechtlich geschützt. Jede Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Zugänglichmachung, Übersetzung, Bearbeitung oder Systemintegration bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

*Hinweis für Druck/PDF:* Der Deutsche Schmerzfragebogen ist urheberrechtlich geschützt.

### Digitale Nutzung: KEDOQ-Schmerzplattform (optional)

Ergänzend zur PDF-Version kann der DSF digital über die EDV-KEDOQ-Schmerzplattform eingesetzt werden. Funktionen u. a.:

- Online-Eingabe (per E-Mail-Link oder Tablet vor Ort)
- Druckausgabe der Fragebögen
- Grafische Verlaufsdarstellung und automatische psychometrische Auswertungen
- Exportfunktionen für Arztbriefe und Anbindungsmöglichkeiten an Praxissoftware
- Sektorenübergreifende Nutzung für Praxen und Kliniken
- Automatisierte Verlaufsbefragungen/Follow-ups per E-Mail
- Unterstützung der standardisierten Dokumentation gemäß KEDOQ-Schmerz

- Kostenfreie Teilnahme an KEDOQ-Schmerz; Zugriff auf eigene Auswertungen und anonyme Benchmarks (vorausgesetzt: entsprechende Einwilligungen der Patient\*innen und ergänzende ärztliche Dokumentation)
- Volle DSGVO-Konformität
- Betrieb als SaaS oder On-Premise möglich

Die hierfür anfallenden geringen Regiekosten decken ausschließlich technischen Betrieb, Wartung und Support. Informationen erhalten Sie hier: [KEDOQ@schmerzgesellschaft.de](mailto:KEDOQ@schmerzgesellschaft.de).

### **Wissenschaftliche Nutzung und Belegexemplar**

Bei Nutzung des DSF im Rahmen wissenschaftlicher Arbeiten oder Publikationen freuen wir uns über ein Belegexemplar.

### **Aktualität und Kommunikation**

Aktualisierungen (z. B. neue Versionen, methodische Anpassungen) werden den registrierten Einrichtungen automatisch bereitgestellt. Bitte stellen Sie sicher, dass Ihre Kontaktinformationen aktuell sind, damit Sie Änderungsmitteilungen zuverlässig erhalten.

### **Datenschutz**

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten über den Deutschen Schmerzfragebogen (DSF) erfolgt ausschließlich im Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie den einschlägigen landesrechtlichen Datenschutzvorschriften. Verantwortlich für die datenschutzkonforme Verarbeitung ist ausschließlich die nutzende Einrichtung. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. erhält keine Daten.



Als Ergänzung zur Zeichnung dient das nebenstehende Freitextfeld, in dem die Patient:innen ihre Schmerzen mit eigenen Worten beschreiben können. Dies liefert zusätzliche qualitative Informationen zum Schmerzerleben.

## 2. Hauptschmerz

**2.** Wegen welcher Schmerzen kommen Sie **hauptsächlich** zur Behandlung? Mehrfachantworten sind möglich.

Kopf / Gesicht .....	<input type="checkbox"/>	Nacken / Schultern .....	<input type="checkbox"/>
Arme / Hände .....	<input type="checkbox"/>	Oberer Rücken / Brustwirbelsäule .....	<input type="checkbox"/>
Unterer Rücken / Lendenwirbelsäule .....	<input type="checkbox"/>	Hüften / Gesäß .....	<input type="checkbox"/>
Beine / Füße .....	<input type="checkbox"/>	Bauchbereich (Ober- und Unterbauch) .....	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane / After .....	<input type="checkbox"/>	Schmerzen in einer Körperhälfte / im ganzen Körper .....	<input type="checkbox"/>

Im Anschluss an die freie Darstellung wird in **Frage 2** der Hauptschmerz systematisch erfasst, der den primären Behandlungsgrund darstellt. Die Patient:innen wählen aus einer Liste vordefinierter Körperregionen. Diese strukturierte Abfrage erleichtert die statistische Auswertbarkeit und fokussiert das Anamnesegespräch.

**Hinweis:** Bitte beziehen Sie sich bei allen folgenden Fragen auf Ihre Schmerzen, wegen derer Sie **hauptsächlich** zur Behandlung kommen.

Ein neuer, expliziter Hinweis unterhalb dieser Frage stellt sicher, dass sich alle nachfolgenden Fragen ausschließlich auf diesen Hauptschmerz beziehen. Dies soll Unklarheiten beim Ausfüllen, die in früheren Versionen auftraten, vermeiden und die Datenqualität erhöhen.

## 3. Schmerzdauer

**3a.** Seit wann bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat ...

1 Monat bis 1/2 Jahr ...

1/2 Jahr bis 1 Jahr .....

1 bis 2 Jahre .....

2 bis 5 Jahre .....

mehr als 5 Jahre .....

**3b.** Gibt es ein **genaues Datum**, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

ja .....  → und zwar:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tag		Monat		Jahr	

nein ....

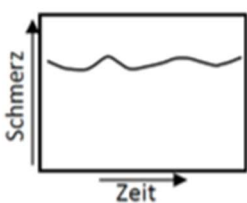
**Frage 3a** erfasst die Dauer des Hauptschmerzes. Die Angabe der Schmerzdauer ist ein zentrales Kriterium für die Unterscheidung zwischen akuten, subakuten und chronischen Schmerzzuständen.

**Frage 3b** fragt nach einem konkreten Datum des Schmerzbegins. Eine positive Antwort kann im Anamnesegespräch als Anknüpfungspunkt dienen, um einen möglichen Zusammenhang mit auslösenden Ereignissen (z.B. Unfällen) oder relevanten

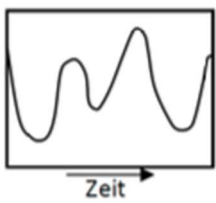
psychosozialen Belastungssituationen zu explorieren. Dies kann erste Einblicke in die Kausalattribution und das Krankheitsmodell der Patient:innen ermöglichen.

#### 4. Schmerzverlauf, Auftretenshäufigkeit und Dauer

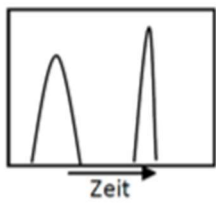
**4a.** Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen am besten zu?  
Bitte nur **eine** Angabe machen!



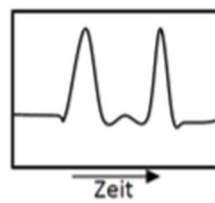
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



4) Dauerschmerzen, dazwischen zusätzliche Schmerzattacken

Falls Sie an **Schmerzattacken** leiden (d.h. wenn Sie Bild 3 oder Bild 4 angekreuzt haben), beantworten Sie bitte **zusätzlich** folgende Fragen:

**4b.** Wie oft treten die Attacken durchschnittlich auf?

mehrfach am Tag .....

einmal am Tag .....

mehrfach in der Woche .....

einmal in der Woche .....

mehrfach im Monat .....

einmal im Monat .....

seltener als einmal im Monat .....

**4c.** Wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?

Sekunden .....

Minuten .....

Stunden .....

bis zu drei Tage .....

länger als drei Tage ...

Der zeitliche Verlauf der Schmerzen hat für die Beurteilung der Symptomatik einen zentralen Stellenwert. Er besitzt zum einen eine wichtige differenzialdiagnostische Bedeutung (z. B. in der Kopfschmerzdiagnostik) und ist zum anderen ein wichtiger Indikator für den Grad der Chronifizierung.

**Frage 4a** erfasst den allgemeinen Schmerzverlauf der letzten vier Wochen mithilfe von vier grafischen Darstellungen. Dauerschmerzen mit nur geringen Schwankungen (Bild 1) können dabei ein Kennzeichen für einen hoch chronifizierten Verlauf sein. Bei Schmerzattacken ist es wesentlich zu unterscheiden, ob Patient:innen zwischen den Attacken vollständig schmerzfrei sind (Bild 3) oder ob ein Dauerschmerz mit zusätzlichen Attacken (Bild 4) vorliegt.

**Frage 4b und 4c**, die letztlich nur auswertbar sind, wenn Bild 3 oder 4 ausgewählt wurde, dienen der weiteren Spezifizierung von Schmerzattacken, indem sie deren durchschnittliche Häufigkeit und Dauer erfragen. Diese Angaben sind für die Klassifikation spezifischer Schmerzsyndrome, insbesondere bei Kopf- und Gesichtsschmerzen, von hoher diagnostischer Relevanz.

## 5. Tageszeitliche Schmerzmaxima

5. Sind Ihre Schmerzen zu **bestimmten Tageszeiten** besonders stark? Mehrfachantworten sind möglich.

ja .....  → wann? morgens ...  mittags ...  nachmittags ...  abends ...  nachts ...   
nein ...

**Frage 5** erfasst, ob die Schmerzen zu bestimmten Tages- oder Nachtzeiten besonders stark sind. Diese Information kann ebenfalls differenzialdiagnostische Hinweise geben, beispielsweise auf entzündliche Prozesse (typischerweise mit Nacht- oder Morgenschmerz) oder statisch bedingte Beschwerden (oft mit Zunahme über den Tag).

## 6. Qualitative Schmerzbeschreibung (Schmerzbeschreibungsliste, SBL)

6. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**. Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Ich empfinde meine Schmerzen als...	trifft genau zu	trifft weit- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0
... dumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... drückend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... klopfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... stechend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... heiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... brennend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... elend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schauerhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... scheußlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... furchtbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Frage 6** nutzt die **SBL** (Korb & Pflingsten, 2003), um das Schmerzerleben in seine sensorische und affektive Komponente zu differenzieren. Während die **sensorische Dimension** die spezifische Schmerzqualität beschreibt (z.B. 'stechend', 'brennend'), bildet die **affektiv-emotionale Dimension** den damit verbundenen Leidensdruck ab.

**Aufbau und Auswertung:** Die SBL besteht aus 12 Adjektiven. Die **ersten 8 Items** (dumpf bis brennend) beschreiben die **sensorische Schmerzkomponente**. Ihre Auswahl erfolgte unter pragmatisch-klinischen Gesichtspunkten, um in der Praxis häufige und für die Diagnostik relevanter Schmerzsyndrome (z.B. neuropathischer Schmerz, Kopfschmerz) bedeutsame Schmerzqualitäten abzubilden. Für diese Items wird keine Summenbildung vorgenommen; sie dienen der qualitativen Beschreibung. Die **letzten 4 Items** (elend, schauerhaft, scheußlich, furchtbar) bilden die **affektive Skala**. Für die Auswertung wird aus den Einzelbewertungen (jeweils 0 bis 3) dieser vier Items ein Summenwert gebildet (Range: 0-12). Ein hoher Wert auf der affektiven Skala kann auf eine hohe psychische Belastung durch den Schmerz hinweisen.

**Psychometrische Gütekriterien der affektiven Skala:** Die 4-Item-Skala zur Erfassung des affektiven Schmerzerlebens ist ein kurzes, aber psychometrisch solides Instrument.

- **Reliabilität (Zuverlässigkeit):** Die Skala weist eine gute interne Konsistenz auf (**Cronbachs Alpha = 0,834**), was bedeutet, dass die vier Items zuverlässig dasselbe Konstrukt messen. Die Test-Retest-Reliabilität ist mit **r = 0,793** ebenfalls zufriedenstellend, was auf eine stabile Messung über die Zeit hindeutet.
- **Validität (Gültigkeit):** Die Konstruktvalidität wurde faktorenanalytisch bestätigt. Die Analyse zeigte, dass die vier Items wie erwartet auf einen gemeinsamen Faktor "affektives Schmerzerleben" laden.

**Interpretation des affektiven Summenwerts:** Die Interpretation des Summenwerts erfolgt im Vergleich zu Referenzdaten aus großen Stichproben von Schmerzpatient:innen. In diesen Stichproben lagen die Medianwerte bei 5 bzw. 6.

- Als klinischer Grenzwert für ein erhöhtes affektives Schmerzerleben hat sich ein **Summenwert von 8 oder mehr** etabliert. Dieser Wert liegt im Bereich des obersten Viertels (über dem 75. Perzentil) der in schmerztherapeutischen Einrichtungen behandelten Patient:innen und sollte als klinisch auffällig bewertet werden.

Die Besprechung der Ergebnisse mit den Patient:innen, insbesondere bei einem erhöhten Wert, kann den Einstieg in ein Gespräch über psychologische Aspekte der Schmerzerkrankung erleichtern.



**8.** In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen **während der letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

8a. **An wie vielen Tagen** konnten Sie **in den letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten...  ... an allen Tagen nachgehen .

... an etwa   Tagen **nicht** nachgehen.

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

8b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

8c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

8d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

**Frage 8 (Schmerzbedingte Beeinträchtigung):** Quantifiziert die Beeinträchtigung in den letzten 3 Monaten. Erfasst werden die Anzahl der Tage, an denen übliche Aktivitäten nicht möglich waren (8a), sowie das Ausmaß der Beeinträchtigung im Alltag (8b), in der Freizeit (8c) und bei der Arbeit (8d).

**Psychometrische Eigenschaften:** Die GCPS ist ein psychometrisch gut untersuchtes Instrument.

- **Reliabilität:** Die Zuverlässigkeit der GCPS basiert auf der Verwendung von numerischen Rating-Skalen (NRS), die sich als reliable Instrumente zur Erfassung von Schmerzintensität und Beeinträchtigung erwiesen haben.
- **Validität:** Bereits in der Originalpublikation wurde die Validität des Instruments umfassend belegt. Die beiden Hauptkomponenten, Schmerzintensität und Beeinträchtigung, zeigten eine moderate Korrelation ( $r = 0,35$ ), was darauf hindeutet, dass sie verwandte, aber dennoch eigenständige Aspekte des Schmerzerlebens messen. Die prädiktive Validität ist besonders hoch: Die Einstufung im GCPS korrelierte signifikant mit der Anzahl der Tage mit Arbeitsunfähigkeit und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Folgejahr (Von Korff et al., 1992).

**Auswertung und Interpretation:** Aus den Antworten wird ein **Schmerzschweregrad von 0 (kein Schmerz) bis IV (hohe Beeinträchtigung, schwer limitierend)** berechnet. Die Berechnung ist mehrstufig und sollte idealerweise elektronisch erfolgen. Die nachfolgende Tabelle fasst die Berechnungsschritte zusammen.

Berechnung	Bewertung	Schweregrad
<b>Schmerzintensität</b>  Mittelwert aus (Frg. 7a,b,c) x 10	<b>Charakteristische Schmerzintensität</b>  bis 49 = gering ab 50 = hoch	<b>0</b> = keine Schmerzen  <b>I</b> = geringe Schmerzintensität und geringe Beeinträchtigung (<3 Disability-Punkte)
<b>2) Beeinträchtigung</b>  Mittelwert aus (Frg. 8b,c,d) x 10  <i>Disability-Score:</i> 0-29 = 0 30-49 = 1 50-69 = 2 70+ = 3	<b>Disability-Punkte:</b>  Summe aus: Disability-Score und Disability-Tagen (0-6 Punkte)	<b>II</b> = hohe Schmerzintensität und geringe Beeinträchtigung (<3 Disability-Punkte)  <b>III</b> = hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung, mäßig limitierend (3-4 Disability-Punkte)  <b>IV</b> = hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung, stark limitierend (5-6 Disability-Punkte)
<b>3) Tage mit Beeinträchtigung</b>  Antwort Frg. 8a  <i>Disability-Tage:</i> 0-3 = 0 4-7 = 1 8-15 = 2 16+ = 3		

**Klinische Einordnung:** Der Schweregrad nach von Korff hat sich als änderungssensitiv erwiesen und eignet sich daher gut für die Verlaufsbeurteilung im Rahmen einer Therapie. In spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen ist eine rechtschiefe Verteilung typisch, d.h. die Mehrheit der Patient:innen wird in die Schweregrade III und IV eingestuft.



**11.** Wissen Sie, **was** Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen **auslöst** oder **verschlimmert**?

ja .....

nein .....

Wenn ja, **was löst** Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen **aus** oder **verschlimmert** sie?

---



---

**Frage 11** dient der Identifikation von spezifischen **Triggern und schmerzverstärkenden Bedingungen**. Die Antworten können auf relevante physische oder psychosoziale Stressoren sowie auf maladaptive Verhaltensmuster wie Angst-Vermeidungsverhalten (engl. Fear-Avoidance Beliefs) hinweisen.

Die Antworten auf diese Fragen liefern wichtige qualitative Informationen, die als Grundlage für die weiterführende klinische Exploration der individuellen Schmerzverarbeitung dienen.

## 12. Allgemeines Wohlbefinden (Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden, MFHW)

**12.** Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der **letzten Woche** meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte **alle Aussagen**.

	trifft gar nicht zu		1	2	3	4	trifft vollkommen zu	
	0							5
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Frage 12** enthält den MFHW; ein validiertes Instrument zur Erfassung des allgemeinen Wohlbefindens (Herda et al., 1998). Er quantifiziert positive psychische Zustände und liefert damit Informationen, die über die reine Symptombelastung hinausgehen.

**Psychometrische Eigenschaften:** Der MFHW ist ein psychometrisch gut untersuchtes Instrument.

- **Reliabilität:** Die Skala weist eine sehr gute interne Konsistenz auf. In einer Stichprobe von Schmerzpatient:innen wurde ein **Cronbachs Alpha von 0,91** ermittelt (Basler, 1999).
- **Validität:** Die Validität des Instruments wird dadurch gestützt, dass es zwischen verschiedenen klinischen und nicht-klinischen Gruppen differenzieren kann. Moderate Korrelationen mit allgemeinen Gesundheitsfragebögen (wie dem SF-12) belegen, dass der MFHW ein eigenständiges, spezifisches Konstrukt des Wohlbefindens erfasst.
- **Änderungssensitivität:** Das Instrument hat sich als sensibel für therapeutische Veränderungen erwiesen, insbesondere in Bezug auf ressourcenorientierte psychologische Interventionen.

**Auswertung:** Die eindimensionale Skala besteht aus 7 Items, die auf einer Skala von 0 („trifft gar nicht zu“) bis 5 („trifft vollkommen zu“) bewertet werden. Es wird ein **Summenwert** gebildet (maximal 35 Punkte). Bei einer fehlenden Angabe kann diese durch den Mittelwert der anderen sechs Items ersetzt werden. Bei mehr als einer fehlenden Angabe kann kein Summenwert berechnet werden.

**Interpretation:** Ein höherer Summenwert korreliert mit einem größeren Wohlbefinden. Schmerzpatient:innen weisen im Vergleich zur Normalbevölkerung (Mittelwerte um 20) typischerweise signifikant niedrigere Werte auf. Die Mittelwerte in den großen DSF-Stichproben lagen bei 10,3 (Validierung 2006) und 12,0 (KEDOQ-Schmerz 2017).

Basierend auf diesen empirischen Daten wird ein **Summenwert von 10 oder weniger** als klinisch relevanter Wert interpretiert. Er deutet auf eine erhebliche Beeinträchtigung der allgemeinen kognitiv-affektiven Gestimmtheit hin.

## Psychisches Befinden

### 13. Depressivität, Angst und Stress (Depression Anxiety Stress Scales, DASS)

#### 13. Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

0 = Traf gar nicht auf mich zu

1 = Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal

2 = Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft

3 = Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

	0	1	2	3
1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich fand alles anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychische Komorbiditäten wie depressive Störungen oder Angststörungen sind bei Patient:innen mit chronischen Schmerzen prävalent und beeinflussen das Schmerzerleben sowie den Therapieerfolg maßgeblich. **Frage 13** enthält die DASS als Screening-Instrument zur Erfassung dieser Symptombereiche (Nilges & Essau, 2015). Dieses Selbstbeurteilungsinstrument erfasst mit 21 Items die drei Subskalen Depressivität, Angst und Stressbelastung.

**Psychometrische Eigenschaften:** Die deutsche Version der DASS wurde für den Einsatz bei Schmerzpatient:innen validiert und zeigt gute psychometrische Eigenschaften (Nilges & Essau, 2015).

- **Reliabilität:** Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) für die drei Subskalen sind gut bis sehr gut und liegen für Schmerzpatient:innen-Stichproben bei  $\alpha \approx .88$  (Depression),  $\alpha \approx .80$  (Angst) und  $\alpha \approx .87$  (Stress).
- **Validität:** Die DASS zeigt gute konvergente und diskriminante Validität. Studien zur Kriteriumsvalidität (ROC-Analysen) belegen eine gute bis sehr gute Fähigkeit der Skalen, klinisch diagnostizierte depressive Störungen und Angststörungen zu identifizieren, die mit etablierten Verfahren wie dem BDI-II oder BAI vergleichbar oder diesen überlegen ist (Nilges & Essau, 2015).

**Auswertung:** Jede der drei Skalen (Depression, Angst, Stress) umfasst 7 Items. Die Antworten werden von 0 („Traf gar nicht auf mich zu“) bis 3 („Traf sehr stark auf mich zu“) kodiert. Die Skalensummen werden durch einfache Addition der zugehörigen Item-Werte gebildet.

- **Skala D (Depression):** Items 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21
- **Skala A (Angst):** Items 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20
- **Skala S (Stress):** Items 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

Bei einem fehlenden Item pro Skala kann dieses durch den Mittelwert der übrigen 6 Items dieser Skala ersetzt werden. Bei mehr als einem fehlenden Item kann die betreffende Skala nicht ausgewertet werden.

**Interpretation und Cut-Off-Werte:** Überschreitet der Summenwert einer Skala den festgelegten Cut-Off-Wert, ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer klinisch relevanten Belastung im entsprechenden Bereich erhöht.

- **Skala D (Depression):** Ein Summenwert von  $\geq 10$  deutet auf eine relevante depressive Symptomatik hin.
- **Skala A (Angst):** Ein Summenwert von  $\geq 6$  deutet auf eine relevante Angstsymptomatik hin.
- **Skala S (Stress):** Ein Summenwert von  $\geq 10$  deutet auf eine relevante Stressbelastung hin.

Hierbei ist zu beachten, dass die DASS ein Screening-Instrument ist. Erreichte oder überschrittene Cut-Off-Werte stellen keine klinische Diagnose dar, sondern indizieren die Notwendigkeit einer weiterführenden, differenzierten psychologischen oder psychiatrischen Diagnostik.

## Bisherige Behandlungen und Medikation

Die Erfassung der bisherigen Behandlungs- und Krankheitsgeschichte ("Patient:innenkarriere") ist ein fundamentaler Bestandteil der Schmerzanamnese. Sie dient dazu, die bisherige Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nachzuvollziehen, Vorerfahrungen und Erwartungen der Patient:innen zu verstehen und die weitere Therapieplanung auf eine informierte Basis zu stellen, um beispielsweise Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

### 14 & 15. Voruntersuchungen und Diagnosen

Diese Fragen geben einen schnellen Überblick über den bisherigen diagnostischen Weg der Patient:innen.

**14.** Wurden Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits untersucht oder behandelt?  
ja .....  → bitte weiter bei Frage 15      nein .....  → bitte weiter bei Frage 17

**15a.** Kreuzen Sie bitte die Facharzt- bzw. Berufsgruppe an, die Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bisher aufgesucht haben (Mehrfachantworten sind möglich).

Hausärzt:in ..... <input type="checkbox"/>	Neurochirurg:in ..... <input type="checkbox"/>	Physiotherapeut:in ... <input type="checkbox"/>	Radiologe:in ..... <input type="checkbox"/>
Chirurg:in ..... <input type="checkbox"/>	Neurologe:in ..... <input type="checkbox"/>	Psychiater:in ..... <input type="checkbox"/>	Schmerztherapeut:in ... <input type="checkbox"/>
Internist:in ..... <input type="checkbox"/>	Orthopäde:in ..... <input type="checkbox"/>	Psychotherapeut:in ... <input type="checkbox"/>	Ergotherapeut:in ..... <input type="checkbox"/>
Andere _____			

**15b.** Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt?  
ja .....  → wenn ja, welche? \_\_\_\_\_      nein .....

**Frage 15a (Fachdisziplinen):** Die Liste der aufgesuchten Facharztgruppen visualisiert die diagnostische Odyssee und kann Hinweise auf mögliche Schwerpunktsetzungen (z.B. rein somatisch-orthopädisch) oder Lücken in der bisherigen Abklärung geben.

**Frage 15b (Schmerzdiagnose):** Die Angabe einer bereits gestellten Diagnose gibt Aufschluss über das aktuelle Krankheitsverständnis der Patient:innen und kann später mit der Einschätzung der Behandelnden abgeglichen werden.

## 16 & 17. Therapeutische Vorerfahrungen

**16.** Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten **Behandlungsmaßnahmen** Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

	Diese Maßnahmen erhalten?		Wurden die Schmerzen hierdurch gelindert?		
	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	ja	zeitweise	nein
Medikamente	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusionen	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes: _____	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Frage 16 (Therapiemaßnahmen):** Diese strukturierte Abfrage listet gängige konservative und interventionelle schmerztherapeutische Verfahren auf. Von besonderer Bedeutung ist die subjektive Bewertung des Erfolgs ("hierdurch gelindert?"). Negative Vorerfahrungen (z.B. mit Physiotherapie oder Psychotherapie) können die Adhärenz für erneute, ähnliche Therapieempfehlungen beeinträchtigen und sollten im Anamnesegespräch thematisiert werden, um mögliche Vorbehalte zu adressieren.

**17.** Hatten Sie schon einmal eine Operation, die **im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen** stand?  
ja .....  → Wie oft?   mal      nein .....  → weiter bei Frage 18

Wenn ja, welche? Bitte notieren Sie diese Operationen:

Art der Operation	Jahr der Operation
1. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Frage 17 (Operationen):** Die Anzahl und Art schmerzbezogener Operationen ist ein wichtiger Indikator für den Grad der Invasivität der bisherigen Behandlungen und kann Hinweise auf eine mögliche iatrogene Komponente der Schmerzsymptomatik geben.

## 18, 19 & 20. Medikamentenanamnese

Eine sorgfältige Medikamentenanamnese ist für die Patient:innensicherheit und die Therapieplanung unerlässlich.

**18. Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die Tabelle **alle Medikamente** ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (z.B. Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel).

	Ihre aktuellen Medikamente	Stärke	Form	Ich nehme das Medikament regelmäßig:				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf:	
				morgens	mittags	abends	zur Nacht	ja?	Ungefähr wie oft pro Monat?
Beispiel	Ibuprofen ret.	800mg	Tablette	1	0	0	1		
Beispiel	Fentanyl	25µg/Std	Pflaster	1 (alle 3 Tage)	0	0	0		
Beispiel	Novaminsulfon	500mg/ml	Tropfen					X	3-4x je 40 Trpf. an ca. 3 Tagen
Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:									

**Frage 18 (Aktuelle Medikation):** Die detaillierte Erfassung aller eingenommenen Medikamente ist entscheidend, um pharmakologische Wechselwirkungen zu erkennen, die aktuelle Schmerztherapie (z.B. im Hinblick auf Leitlinienkonformität) zu bewerten und einen möglichen Medikamentenübergebrauch (insbesondere bei Kopfschmerzen) zu identifizieren. Die Darstellung orientiert sich am bundeseinheitlichen Medikationsplan.

- 19. Frühere Schmerzmedikamente.** Bitte tragen Sie hier Ihre **Schmerzmedikamente** ein, die Sie **früher** genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

	Ihre früheren Schmerzmedikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen
		nein	etwas	ja	
Beispiel	<i>Tramadol</i>		X		<i>Übelkeit</i>

**Frage 19 (Frühere Schmerzmedikamente):** Diese Angaben sind zentral, um die weitere medikamentöse Strategie zu planen. Sie geben Aufschluss darüber, welche Wirkstoffklassen bereits ohne Erfolg eingesetzt wurden oder welche zu relevanten Nebenwirkungen führten.

- 20. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?**

ja .....

nein ....

Wenn ja, gegen welche?

---



---



---

**Frage 20 (Allergien):** Erfasst bekannte Medikamentenallergien zur Gewährleistung der Patient:innensicherheit.

## Komorbidität

### 21. Weitere Erkrankungen

- 21.** Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

	Beeinträchtigung im Alltag					nein
	ja	keine 0	1	2	starke 3	
<b>Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs</b> Welche Erkrankung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks</b> z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie, Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen der Atemwege</b> z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen von Herz oder Kreislauf</b> z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Magen-, Darmerkrankungen</b> z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit), Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels), Magen- oder Darmblutung Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse</b> z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane</b> z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Bläsenschwäche, Endometriose, Sexualstörung, Nierenkoliken, Nierensteine Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechsel-Erkrankungen</b> z.B. Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hauterkrankungen</b> z.B. Psoriasis (Schuppenflechte), Nesselsucht, Ekzeme Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes</b> z.B. Chronische Polyarthrit, M.Bechterew, rheumatische Muskelentzündung, Skoliose, Osteoporose, Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk, Bruch eines Wirbelkörpers Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Seelische Leiden</b> z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Andere Erkrankungen</b> Welche Erkrankung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Risikofaktoren</b> Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
<b>Unverträglichkeiten, Allergien</b> z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub Andere: _____	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

**Frage 21** erfasst systematisch das Vorliegen relevanter somatischer und psychischer Komorbiditäten. Diese können die Schmerzsymptomatik beeinflussen und müssen im Therapiekonzept berücksichtigt werden. Die zusätzliche Abfrage der durch die Komorbidität erlebten Beeinträchtigung im Alltag (Skala 0-3) erlaubt eine Gewichtung der Relevanz der Begleiterkrankungen aus Sicht der Patient:innen. In der Online-Version des Fragebogens werden die wichtigsten Diagnosen in den jeweiligen Kategorien zusätzlich differenziert erfragt, auch in Bezug auf das Ausmaß der Beeinträchtigung.

## Schmerzbezogene Kognitionen

### 22. Schmerz-Bewertungs-Skala (Pain Catastrophizing Scale, PCS)

**22.** Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben **verschiedene Gedanken und Gefühle**, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala eine Zahl bei jeder Frage, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

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

**Frage 22** ist die deutsche Version der **PCS** (Meyer et al., 2008; Sullivan et al., 1995). Dieses Instrument erfasst das "Katastrophisieren", einen maladaptiven kognitiv-affektiven Antwortstil auf Schmerz. Katastrophisieren ist definiert durch die Tendenz, eine Schmerzsituation als übermäßig bedrohlich zu bewerten, verbunden mit einer verminderten wahrgenommenen Fähigkeit, den Schmerz zu bewältigen.

**Psychometrische Eigenschaften:** Die deutsche Version der PCS weist eine exzellente interne Konsistenz (**Cronbachs Alpha = 0,92**) und eine gute Retest-Reliabilität auf. Die Validität wurde durch signifikante Korrelationen mit Schmerzintensität, Beeinträchtigung und Depressivität bestätigt (Meyer et al., 2008).

**Auswertung:** Die Skala besteht aus 13 Items (Bewertung 0-4). Für die klinische Praxis wird primär der **Gesamtsummenwert** durch Addition aller 13 Item-Werte (Range 0-52) verwendet. Zusätzlich können drei Subskalen berechnet werden:

- **Grübeln (Rumination):** Summe der Items 8, 9, 10, 11. Erfasst das zwanghafte Nachdenken über den Schmerz.
- **Verstärkung (Magnification):** Summe der Items 6, 7, 13. Beschreibt die Überbewertung der Bedrohlichkeit des Schmerzes.
- **Hilflosigkeit (Helplessness):** Summe der Items 1, 2, 3, 4, 5, 12. Erfasst das Gefühl, dem Schmerz ausgeliefert zu sein.

**Interpretation:** Ein hohes Ausmaß an Katastrophisieren ist ein robuster Prädiktor für höhere Schmerzintensität, stärkere Beeinträchtigung und schlechtere Behandlungsergebnisse. Es stellt daher einen wichtigen psychologischen Risikofaktor und ein zentrales Behandlungsziel dar.

- Der **Gesamtsummenwert** ist der primäre Interpretationsparameter. Ein Wert von  $\geq 30$  gilt als klinisch relevanter Cut-Off-Wert, der auf ein hohes und behandlungsbedürftiges Ausmaß an Katastrophisieren hinweist (Sullivan et al., 1995).
- Die **Subskalen** können zusätzliche qualitative Einblicke in das Denkmuster der Patient:innen geben und spezifische Ansatzpunkte für psychotherapeutische Interventionen aufzeigen.

## Gesundheitsbezogene Lebensqualität

### 23. Veterans RAND 12 Item Health Survey (VR-12)

**23.** In diesem Fragebogenabschnitt geht es um die Beurteilung **Ihres Gesundheitszustandes**. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und **wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten** ausüben können. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

- |  | ausgezeichnet            | sehr gut                 | gut                      | weniger gut              | schlecht                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- |  | ja, stark eingeschränkt  | ja, etwas eingeschränkt  | nein, überhaupt nicht eingeschränkt |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 2. <b>Mittelschwere</b> Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3. <b>Mehrere</b> Treppenabsätze steigen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

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

- |   | nie                      | selten                   | manchmal                 | meistens                 | immer                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- |   | nie                      | selten                   | manchmal                 | meistens                 | immer                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- |   | überhaupt nicht          | ein wenig                | mäßig                    | ziemlich                 | sehr                     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Inwieweit haben Schmerzen <b>in den vergangenen 4 Wochen</b> Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | Wie oft fühlten Sie sich <b>in den vergangenen 4 Wochen</b> ... | immer                    | meistens                 | ziemlich oft             | manchmal                 | selten                   | nie                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. ... ruhig und gelassen?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ... voller Energie?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ... entmutigt und traurig?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- |  | immer                    | meistens                 | manchmal                 | selten                   | nie                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <b>in den vergangenen 4 Wochen</b> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Frage 23** ist der **VR-12**, ein Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Selim et al., 2009)

**Psychometrische Eigenschaften:** Der VR-12 ist ein psychometrisch robustes und gut validiertes Instrument.

- **Reliabilität:** Die beiden Summenskalen weisen eine hohe interne Konsistenz auf, mit Cronbachs-Alpha-Werten, die typischerweise über **0,80** für die körperliche und psychische Skala liegen, was auf eine zuverlässige Messung hindeutet (Selim et al., 2009).
- **Validität:** Die Zwei-Faktoren-Struktur (körperliche vs. psychische Gesundheit) wurde in zahlreichen Studien bestätigt. Die Skalen zeigen erwartungsgemäß hohe Korrelationen mit anderen Maßen der körperlichen bzw. psychischen Gesundheit (konvergente Validität) und können gut zwischen Patient:innengruppen mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen differenzieren (Konstruktvalidität).

**Auswertung:** Aus den 12 Items werden die **Körperliche Summenskala (PCS-12)** und die **Psychische Summenskala (MCS-12)** berechnet. Die Berechnung ist komplex und sollte zwingend elektronisch erfolgen. Sie basiert auf einem spezifischen, für die deutsche Version validierten Algorithmus (Hüppe et al., 2022). Auf Anfrage an [KE-DOQ@schmerzgesellschaft.de](mailto:KE-DOQ@schmerzgesellschaft.de) kann eine Auswertungstabelle zur Verfügung gestellt werden.

**Interpretation:** Die Interpretation erfolgt durch Vergleich mit den Werten einer Normpopulation.

- **Normwerte:** Der Mittelwert der Allgemeinbevölkerung liegt bei **50**, die Standardabweichung bei **10**. Höhere Werte bedeuten eine bessere Lebensqualität.
- **Klinische Relevanz:** Ein Wert von 40 (eine Standardabweichung unter dem Mittelwert) stellt eine klinisch relevante Beeinträchtigung dar. Werte unter 30 deuten auf eine sehr schwere Beeinträchtigung hin.
- **Verlaufsbeurteilung:** Die Skalen sind änderungssensitiv und eignen sich zur Beurteilung von Therapieeffekten. Für eine präzise Einordnung stehen deutsche Referenzdaten zur Verfügung (Buchholz et al., 2017).

## Soziodemographie und Sozialrechtliche Aspekte

Dieser Abschnitt (Fragen 1-15) erfasst wesentliche soziodemographische, sozioökonomische und sozialrechtliche Rahmenbedingungen der Patient:innen. Diese Faktoren können die Schmerzerkrankung und deren Verarbeitung maßgeblich beeinflussen und sind für eine ganzheitliche Therapieplanung von Bedeutung.

**24.** Bitte beantworten Sie zum Abschluss noch die folgenden Fragen zu Ihrer Person.

1. Welches Geschlecht haben Sie?

männlich .....

weiblich .....

divers .....

2. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

3. Was ist Ihr Familienstand?

ledig .....

verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft .....

geschieden / getrennt lebend .....

verwitwet .....

4. Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

ja .....

nein .....

5. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Insgesamt   Personen

6. Welchen **höchsten Schulabschluss** haben Sie?

Haupt- / Volksschulabschluss .....

Realschulabschluss / Mittlere Reife / Polytechnische Oberschule (POS) .....

Fachhochschulreife .....

Abitur / Allgemeine Hochschulreife / Erweiterte Oberschule (EOS) .....

anderen Schulabschluss .....

keinen Schulabschluss .....

7. Welche **Berufsausbildung** haben Sie abgeschlossen? Mehrfachnennungen sind möglich.

Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung) .....

Fachschule / Fachakademie .....

Fachhochschule / Ingenieurschule .....

Universität / Hochschule .....

andere Berufsausbildung .....

keine Ausbildung .....

Ich befinde mich derzeit noch in beruflicher Ausbildung (Azubi, Praktikant:in, Student:in) ....

8. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie derzeit aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt?

\_\_\_\_\_

Ich war noch nie berufstätig .....

9. Was auf der folgenden Liste **trifft auf Sie zu?** Ich bin derzeit...

- in Vollzeit erwerbstätig .....
- in Teilzeit erwerbstätig .....
- geringfügig beschäftigt / Minijob .....
- in beruflicher Ausbildung / Lehre / Umschulung .....
- Hausfrau:Hausmann .....
- Schüler:in .....
- Student:in .....
- Rentner:in / pensioniert .....
- arbeitssuchend / arbeitslos .....
- sonstiges .....

**Fragen 1-9 (Demographie und beruflicher Status)** erfassen demographische Basisdaten (Geschlecht, Alter, Familienstand), den höchsten Bildungs- und Berufsabschluss sowie die aktuelle Erwerbssituation. Diese Informationen geben Aufschluss über das soziale Umfeld, mögliche Belastungsfaktoren und Ressourcen der Patient:innen.

10. An wie vielen Tagen waren Sie **in den letzten 3 Monaten** krankgeschrieben?

Ich war ... an keinem Tag krankgeschrieben .

... an ungefähr   Tagen krankgeschrieben.

11. Sind Sie **zurzeit** krankgeschrieben?

ja .....  → wenn ja, seit wann?   Tag   Monat     Jahr

→ wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können?

ja ....  nein ....

nein ....

**Fragen 10 & 11 (Arbeitsunfähigkeit):** Die Erfassung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie der subjektiven Einschätzung zur Rückkehr an den Arbeitsplatz sind von hoher prognostischer Relevanz. Eine lange Dauer der Krankschreibung (> 3-6 Monate) sowie eine negative Rückkehrprognose seitens der Patient:innen gelten als wichtige Risikofaktoren für eine Chronifizierung und eine erschwerte berufliche Wiedereingliederung.

**12. Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) gestellt?**

ja .....  → Der Antrag ... .. ist bewilligt worden. ....   
 ... ist noch nicht entschieden. ....   
 ... ist abgelehnt. ....   
 ... befindet sich im Widerspruchs- / Klageverfahren. ....

nein ....  → Überlegen Sie derzeit, einen solchen Antrag zu stellen?  
 ja ....       nein ....

**Frage 12 (Rentenverfahren):** Die Frage nach einem laufenden oder geplanten Rentenverfahren kann auf relevante Zielkonflikte der Patient:innen hindeuten. Ein laufendes Verfahren kann die Motivation für eine aktive Schmerztherapie beeinflussen, da die Symptomatik hier eine instrumentelle Funktion zur Erreichung externer Ziele (z.B. soziale Absicherung) erhalten kann. Diese Konstellation erfordert eine besonders sorgfältige Exploration der Therapieziele und -motivation.

**13. Wurde bei Ihnen ein durch das Versorgungsamt anerkannter Grad der Behinderung (GdB) festgestellt?**

ja .....  → wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung?

nein ....

**Frage 13 (Grad der Behinderung):** Der anerkannte Grad der Behinderung (GdB) liefert eine sozialrechtlich objektivierte Information über das Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung und kann mit der subjektiv erlebten Einschränkung korreliert werden.

**14. Sind Sie zurzeit gehfähig?** ja ....       nein ....

**15. Sind Sie für Ihre eigene Versorgung (Körperpflege, Anziehen, Essen) auf Hilfe angewiesen?** ja ....       nein ....

**Fragen 14 & 15 (Funktionsstatus und Hilfebedarf):** Erfassen die grundlegende Mobilität (Gehfähigkeit) und den Bedarf an Fremdhilfe bei alltäglichen Verrichtungen, was auf einen besonders hohen Grad der Beeinträchtigung hinweist.

## Ergänzende Module

Der modulare Aufbau des DSF erlaubt grundsätzlich eine individuelle Kombination des Basis-Fragebogens mit Erweiterungen, z.B. um syndromspezifisch zusätzliche Angaben erhalten zu können. Die beiden folgenden Module sind Teil des Dokuments, das Sie von der Deutschen Schmerzgesellschaft erhalten und routinemäßig in den digitalen Versionen des DSF umgesetzt.

### **Modul D: Demographische und administrative Daten (Kontaktdaten)**

Dieses Modul (Seite 15 im Fragebogen) erfasst administrative Daten, die für die Patient:innenverwaltung und die Kommunikation mit Zuweiser:innen und Kostenträgern notwendig sind. Dazu gehören u.a. Adress- und Kontaktdaten, Versicherungsstatus sowie Informationen zum überweisenden Arzt/zur überweisenden Ärztin.

Dieses Modul ist optional und kann entfallen, wenn die entsprechenden Daten routinemäßig elektronisch, beispielsweise über die elektronische Gesundheitskarte, in der Praxis- oder Kliniksoftware erfasst werden.

### **Modul V: Vorbehandlungen**

Dieses Modul (Seite 16 im Fragebogen) dient der detaillierten Erfassung des bisherigen Krankheits- und Behandlungsweges.

**Frage 1-3:** Erfassen schmerzbezogene ambulante, stationäre und rehabilitative Vorbehandlungen. Dies ermöglicht die Rekonstruktion der "Patient:innenkarriere" und gibt Aufschluss über bereits durchgeführte Therapien und deren subjektiven Erfolg.

**Frage 4:** Dient der Erfassung relevanter bildgebender Diagnostik.

Die hier gesammelten Informationen sind essenziell, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden und bei Bedarf gezielt Befundberichte von Vorbehandler:innen anzufordern.

## 6. Aktualisierungs- und Verlaufsfragebögen

### Aktualisierungsbogen (B2.1)

**Zweck und Anwendung:** In vielen schmerztherapeutischen Einrichtungen kommt es zu Wartezeiten zwischen der ersten Anmeldung der Patient:innen (und dem damit verbundenen Ausfüllen des DSF) und dem tatsächlichen Ersttermin. Liegt zwischen diesen beiden Zeitpunkten ein Zeitraum von **mehr als vier Wochen**, wird empfohlen den Aktualisierungsbogen einzusetzen.

Sein Ziel ist es, eine aktuelle und valide Datengrundlage für den Behandlungsbeginn zu schaffen, da sich der Zustand der Patient:innen in der Zwischenzeit verändert haben kann. Es wird auch empfohlen den Aktualisierungsbogen einzusetzen, wenn **eine teil-/stationären Behandlung mehr als zwölf Wochen** nach der ersten Vorstellung in der Einrichtung erfolgt.

**Aufbau und Inhalt:** Der Aktualisierungsbogen ist kein neues Instrument, sondern eine gezielte und verkürzte Zusammenstellung von Items aus dem Hauptfragebogen. Er konzentriert sich ausschließlich auf änderungssensitive Parameter, also solche, die sich kurzfristig verändern können. Statische Informationen, die bereits im Hauptfragebogen erfasst wurden, werden weggelassen und nicht erneut erfragt. Aufgrund der hohen Bedeutung für die Therapieplanung werden auch die Fragen zur Berufstätigkeit wiederholt.

**Auswertung und Interpretation:** Für alle aus dem Hauptfragebogen übernommenen Instrumente (SBL, GCPS, MFHW, DASS, VR-12) gelten die exakt gleichen Regeln für Auswertung und Interpretation, wie sie in den vorangegangenen Kapiteln dieses Handbuchs beschrieben sind.

**Wesentliche Unterschiede:** In der Abfrage der Schmerzintensität (Frage 4) entfällt die Frage nach der "erträglichen Schmerzstärke". Diese ist eine Zielsetzungsfrage, die sich auf den Beginn der Therapie bezieht und daher im Hauptfragebogen verbleibt. Am Ende des Fragebogens (Fragen 11-14) wird gezielt erfasst, welche Behandlungen die Patient:innen in der Zeit zwischen der Anmeldung und dem Ersttermin in Anspruch genommen haben. Dies ist eine wichtige Zusatzinformation, um die aktuelle Situation korrekt einschätzen zu können.

## Verlaufsfragebogen (C2)

**Zweck und Anwendung:** Der Verlaufsfragebogen (VFB) ist das zentrale Instrument zur Erfassung des Behandlungsverlaufs und zur Messung der Ergebnisqualität (Outcome-Messung). Er ermöglicht eine standardisierte Beurteilung von Veränderungen im Zeitverlauf. Die **Befragung erfolgt in der Regel 3 Monate nach der Erstvorstellung und anschließend in 6-monatigen Intervallen**, um mittel- bis langfristige Therapieeffekte abzubilden.

**Aufbau und Inhalt:** Ähnlich wie der Aktualisierungsbogen besteht der VFB aus einer gezielten Auswahl änderungssensitiver Items aus dem Hauptfragebogen. Eine zentrale Ergänzung im VFB sind zwei Fragen zur subjektiven Bewertung des Therapieerfolgs:

- **Frage 7:** Erfasst die prozentuale Schmerzabnahme in den letzten 3 Monaten.
- **Frage 8:** Erfasst die globale Beurteilung des bisherigen Behandlungserfolgs auf einer 5-stufigen Skala ("sehr gut" bis "schlecht").

Diese beiden Fragen sind essenziell für die Patient:innenberichtete Outcome-Messung (PROM).

**Auswertung und Interpretation:** Für alle aus dem Hauptfragebogen übernommenen Instrumente (SBL, GCPS, MFHW, DASS, PCS, VR-12) gelten die exakt gleichen Regeln für Auswertung und Interpretation, wie sie in den vorangegangenen Kapiteln dieses Handbuchs beschrieben sind. Die wiederholte Messung im Zeitverlauf ermöglicht die Quantifizierung von Veränderungen und damit die Beurteilung des individuellen Therapieerfolgs.

## Verlaufsfragebogen am Ende einer (teil-)stationären Behandlung (C2.1)

**Zweck und Anwendung:** Dieser Fragebogen ist eine spezifisch gekürzte Version des Verlaufsfragebogens, der ausschließlich zum **Abschluss einer teilstationären oder stationären schmerztherapeutischen Behandlung** eingesetzt wird. Sein Ziel ist es, den unmittelbaren Behandlungserfolg zu erfassen und den Zustand der Patient:innen zum Zeitpunkt der Entlassung zu dokumentieren.

**Aufbau und Inhalt:** Der Bogen konzentriert sich auf die Kernbereiche des Schmerzerlebens und des psychischen Befindens, die sich während einer intensiven Behandlungsphase verändern können. Die zentralen psychometrischen Skalen zur Erfassung des aktuellen Zustands umfassen: Hauptschmerz, Schmerzverlauf, SBL, DASS sowie die Fragen zur subjektiven Erfolgsbeurteilung.

Alle Fragen zur Schmerzintensität und zum Schmerzverlauf beziehen sich auf die **"letzte Woche"** anstatt auf die "letzten 4 Wochen" oder "letzten 3 Monate". Dies dient der präzisen Erfassung des Zustands unmittelbar am Ende der intensiven Behandlungsphase.

Die Items zur schmerzbedingten Beeinträchtigung im Alltag, in der Freizeit und bei der Arbeit (Fragen 6b-d des VFB) werden bewusst weggelassen. Da sich die Patient:innen in einem künstlichen, therapeutischen Setting befinden, sind diese Fragen zur Alltagsfunktionalität zu diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll zu beantworten. Eine valide Erfassung dieser Parameter ist erst nach der Rückkehr in den Alltag möglich und erfolgt daher im regulären 3-Monats-Verlaufsfragebogen. Die Instrumente zur Erfassung des Katastrophisierens (PCS), der Lebensqualität (VR-12) sowie die detaillierten sozialrechtlichen Fragen sind in dieser Kurzversion ebenfalls nicht enthalten, da der Fokus auf der unmittelbaren Symptomveränderung liegt.

**Auswertung und Interpretation:** Für die enthaltenen Instrumente (SBL, DASS, Schmerzintensität) gelten die **gleichen Regeln für Auswertung und Interpretation** wie im Hauptfragebogen. Die Ergebnisse dienen als wichtiger Endpunkt-Messwert für die abgeschlossene Behandlungs-Episode und als Ausgangswert für die nachfolgende ambulante Weiterbehandlung und die langfristige Verlaufsbeobachtung.

## 7. KEDOQ-Schmerz: Standardisierte Dokumentation und Qualitätssicherung

### Was ist KEDOQ-Schmerz?

KEDOQ-Schmerz (KErnDOKumentation und Qualitätssicherung in der Schmerztherapie) ist ein von der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. initiiertes Schmerzregister und Qualitätssicherungsprojekt. Das zentrale Ziel ist die Schaffung einer einheitlichen, bundesweiten und sektorenübergreifenden Standarddokumentation für die Schmerzmedizin.

Die in diesem Handbuch beschriebenen Fragebögen (DSF und Verlaufsfragebögen) bilden das Herzstück des **KEDOQ-Schmerz-Kerndatensatzes**. Dieser konsentiierte Datensatz legt fest, welche wesentlichen schmerzrelevanten Informationen zu Therapiebeginn, im Verlauf sowie im Follow-up standardisiert erfasst werden sollen. Die von den Patient:innen im DSF gemachten Angaben werden durch ärztliche bzw. therapeutische Informationen (z.B. Diagnosen, Chronifizierungsstadium) ergänzt.

### Ziele und Nutzen für die Versorgung

Durch die systematische und einheitliche Erfassung schafft KEDOQ-Schmerz eine breite Datenbasis, die mehreren Zwecken dient:

- **Externe Qualitätssicherung:** Teilnehmende Einrichtungen können ihre eigenen Behandlungsdaten anonymisiert mit denen anderer Einrichtungen vergleichen (Benchmarking). Dies ermöglicht eine datengestützte Reflexion und kontinuierliche Verbesserung der eigenen Versorgungsqualität.
- **Unabhängige Versorgungsforschung:** Der pseudonymisierte und aggregierte Datenpool steht der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung. Dies erlaubt hochwertige Analysen zur Versorgungsrealität in Deutschland, frei von Partikularinteressen. Die im Anhang dieses Handbuchs präsentierten deskriptiven Daten sind ein Beispiel für Auswertungen, die auf Basis des KEDOQ-Registers möglich sind.
- **Unterstützung im Versorgungsalltag:** Die Teilnahme an KEDOQ-Schmerz und die Nutzung der dazugehörigen Software (z.B. KEDOQ-Schmerzplattform) erleichtert die strukturierte Dokumentation, automatisiert die Verlaufsbefragungen und bereitet die erhobenen Daten grafisch auf. Dies unterstützt die Behandler:innen im klinischen Alltag und in der Kommunikation mit Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst.

Der gesamte KEDOQ-Schmerz-Prozess ist konform mit der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und erfordert eine explizite Einwilligung der Patient:innen. Weitere Informationen über KEDOQ-Schmerz finden Sie [hier](#) oder per Mail an [KEDOQ@schmerzgesellschaft.de](mailto:KEDOQ@schmerzgesellschaft.de).

## 8. Literatur

- Basler, H.-D. (1999). Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden. *Der Schmerz*, 13(6), 385-391.
- Buchholz, I., Kohlmann, T., & Buchholz, M. (2017). Vergleichende Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des SF-36/SF-12 vs VR-36/VR-12. *Report [VFFR-205]*, Greifswald, December.
- Carnes, D., Ashby, D., & Underwood, M. (2006). A systematic review of pain drawing literature: should pain drawings be used for psychologic screening? *The Clinical Journal of Pain*, 22(5), 449-457.
- Herda, C. A., Scharfenstein, A., & Basler, H.-D. (1998). *Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden*. Med. Zentrum für Methodenwiss. und Gesundheitsforschung.
- Hüppe, M., Schneider, K., Casser, H.-R., Knille, A., Kohlmann, T., Lindena, G., Nagel, B., Nelles, J., Pfingsten, M., & Petzke, F. (2022). Kennwerte und teststatistische Güte des Veterans RAND 12-Item Health Survey (VR-12) bei Patienten mit chronischem Schmerz. *Der Schmerz*, 36(2), 109-120.
- Korb, J., & Pfingsten, M. (2003). Der Deutsche Schmerzfragebogen—Implementierte Psychometrie. *Schmerz*, 17, S47.
- Meyer, K., Sprott, H., & Mannion, A. F. (2008). Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale. *JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH*, 64(5), 469-478.
- Nagel, B., Pfingsten, M., Lindena, G., & Kohlmann, T. (2015). Handbuch Deutscher Schmerz-Fragebogen.
- Nilges, P., & Essau, C. (2015). Die depressions-angst-stress-Skalen: Der DASS—ein Screeningverfahren nicht nur für Schmerzpatienten. *Schmerz*, 29, 649-657.
- Petzke, F., Hüppe, M., Kohlmann, T., Kükenshöner, S., Lindena, G., Pfingsten, M., & Nagel, B. (2020). Handbuch Deutscher Schmerz-Fragebogen. [https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/user\\_upload/DSF-Handbuch\\_2020.pdf](https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/user_upload/DSF-Handbuch_2020.pdf)
- Selim, A. J., Rogers, W., Fleishman, J. A., Qian, S. X., Fincke, B. G., Rothendler, J. A., & Kazis, L. E. (2009). Updated US population standard for the Veterans RAND 12-item Health Survey (VR-12). *Quality of life research*, 18(1), 43-52.
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524.

Von Korff, M., Ormel, J., Keefe, F. J., & Dworkin, S. F. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain*, 50(2), 133-149.

## Anhang - Deskriptive Statistiken aus dem KEDOQ-Schmerz Register (2015-2022)

Die folgenden Tabellen und Grafiken fassen die deskriptiven Statistiken einer Stichprobe von Patient:innen zusammen, deren Daten zwischen 2015 und 2022 im Rahmen des KEDOQ-Schmerz Projektes erfasst wurden.

### Datengrundlage und Stichprobenbeschreibung

Für die vorliegende Auswertung wurde der KEDOQ-Datensatz bereinigt. Insgesamt wurden 7.078 Datensätze ausgeschlossen. Der Hauptgrund für den Ausschluss war ein Behandlungsbeginn vor dem Stichtag im Jahr 2015 (73%). Weitere Ausschlüsse erfolgten aus Gründen der Datenqualität, wie das Vorliegen multipler IDs (20%), sowie bei minderjährigen Patient:innen (0.8%) oder unplausiblen Angaben. Im Falle des Vorliegens multipler IDs lagen Softwareseitige Eingabefehler vor, bei denen Fälle mehrfach angelegt, bzw. dieselbe ID mehrfach vergeben wurde. Bei Behandlungsanlass "Sonstiges" folgte keine Behandlung in der klinischen Routineversorgung.

Die Ergebnisse beruhen auch auf den in KEDOQ-Schmerz notwendigen Arztangaben, die auch in den entsprechenden Softwareprogrammen hinterlegt sind. Hier handelt es sich zum Beispiel um das Mainz Pain Staging System (MPSS oder Chronifizierungsstadium nach Gerbershagen), die Hauptschmerzdiagnosen und weiteren somatischen und psychischen Diagnosen (nach ICD10), die Hauptschmerzlokalisierung und Medikation nach Medikamentengruppen.

**Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien**

<b>Grund für Ausschluss</b>	<b>N = 7,078<sup>1</sup></b>
Behandlungsanlass: "Sonstiges"	460 (6.5%)
Multiple IDs	1,404 (20%)
Minderjährig	55 (0.8%)
Unplausible Angaben	5 (<0.2%)
Behandlungsbeginn vor 2015	5,154 (73%)

<sup>1</sup>n (%)

Die finale Analysestichprobe umfasst **N = 18.391** Patient:innen. Die Datensätze verteilen sich auf die drei Versorgungssektoren. Den größten Anteil machen mit 47% die Patient:innen aus, bei denen eine stationäre Behandlung geplant wurde, gefolgt von ambulanten (42%) und teilstationären (11%) Patient:innen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass in einigen Fällen nach der Festlegung der geplanten Behandlung eine Anpassung des Behandlungssettings erfolgte.

**Tabelle 2: Finale Analysestichprobe**

Behandlungsanlass	N = 18,391 <sup>1</sup>
Ambulant	7,745 (42%)
Stationär	8,579 (47%)
Teilstationär	2,067 (11%)

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 3** illustriert die Verteilung der Schmerzschweregrade gemäß der Graded Chronic Pain Scale (GCPS) über die verschiedenen Behandlungssettings hinweg. Insgesamt befand sich die Mehrheit der Gesamtstichprobe in der höchsten Schweregradkategorie IV (59%). Dieser Trend zur hohen Schmerzbelastung zeigte sich in allen Settings, war jedoch bei stationären Patient:innen am stärksten ausgeprägt, von denen 65% den Score IV erreichten. Niedrigere Schweregrade (Score 0–II) waren vergleichsweise selten und machten zusammen weniger als 20% der Gesamtstichprobe aus.

**Tabelle 3: Schweregrad der Schmerzen nach Graded Chronic Pain Scale (GCPS)**

v. Korff Score	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
0	23 (0.1%)	16 (0.2%)	6 (<0.1%)	1 (<0.1%)
1	798 (4.3%)	408 (5.3%)	256 (3.0%)	134 (6.5%)
2	2,446 (13%)	1,270 (16%)	935 (11%)	241 (12%)
3	4,182 (23%)	1,835 (24%)	1,829 (21%)	518 (25%)
4	10,942 (59%)	4,216 (54%)	5,553 (65%)	1,173 (57%)

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 4** stellt die Verteilung der Chronifizierungsstadien nach dem Mainzer Stadienmodell (MPSS) dar.

Analog zu den Ergebnissen der GCPS zeigt sich auch hier eine deutliche Tendenz zu höheren Chronifizierungsgraden über alle Settings hinweg. Das höchste Stadium (Score 3) bildete mit insgesamt 56% die größte Gruppe. Dieser Trend war erneut bei den stationären Patient:innen am stärksten ausgeprägt, von denen 64% dem höchsten Chronifizierungsstadium zugeordnet wurden. Im Vergleich dazu wiesen ambulante und teilstationäre Patient:innen etwas häufiger mittlere Chronifizierungsgrade (Score 2) auf.

Insgesamt bestätigen die MPSS-Daten das Bild der hohen Schmerzbelastung aus der GCPS, wobei beide Instrumente die schwerwiegendste Ausprägung bei gut der Hälfte der Gesamtstichprobe und insbesondere bei rund zwei Dritteln des stationären Klientels identifizieren.

**Tabelle 4: Mainzer Chronifizierungsstadium (MPSS)**

MPSS Score	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
1	1,361 (7.4%)	826 (11%)	358 (4.2%)	177 (8.6%)
2	6,740 (37%)	3,101 (40%)	2,709 (32%)	930 (45%)
3	10,290 (56%)	3,818 (49%)	5,512 (64%)	960 (46%)

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 5** fasst die soziodemographischen Merkmale der Patient:innen zusammen. Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe lag bei 56.0 Jahren (SD = 14.8). Während ambulante und stationäre Patient:innen ein ähnliches Altersprofil aufwiesen, waren teilstationäre Patient:innen mit durchschnittlich 47.2 Jahren (SD = 11.0) deutlich jünger. Über alle Behandlungssettings hinweg bildeten Frauen die Mehrheit (Gesamt: 66 %). Hinsichtlich des Bildungsniveaus verfügte der größte Teil der Gesamtstichprobe über einen Haupt- (39 %) oder Realschulabschluss (32 %). In der teilstationären Gruppe zeigte sich ein höheres Bildungsniveau mit einem vergleichsweise größeren Anteil an Patient:innen mit Abitur (26 %) gegenüber den anderen Settings (ca. 14–15 %).

**Tabelle 5: Soziodemographische Merkmale der Patient:innen**

Variable	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
<b>Alter</b>	56.0 ± 14.8	56.7 ± 14.9	57.4 ± 14.8	47.2 ± 11.0
<b>Geschlecht</b>				
Männlich	6,162 (34%)	2,678 (35%)	2,814 (33%)	670 (32%)
Weiblich	12,228 (66%)	5,066 (65%)	5,765 (67%)	1,397 (68%)
Divers	1 (<0.1%)	1 (<0.1%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Schulbildung</b>				
kein Abschluss	699 (3.8%)	376 (4.9%)	291 (3.4%)	32 (1.5%)
Hauptschule	7,211 (39%)	3,164 (41%)	3,487 (41%)	560 (27%)
Realschule	5,873 (32%)	2,328 (30%)	2,810 (33%)	735 (36%)
Fachhochschulreife	1,707 (9.3%)	742 (9.6%)	754 (8.8%)	211 (10%)
Abitur	2,901 (16%)	1,135 (15%)	1,237 (14%)	529 (26%)

<sup>1</sup>Mittelwert ± SD; n (%)

**Tabelle 6** schlüsselt die Lebenssituation der Patient:innen auf. Über alle Behandlungssettings hinweg bildete das Zusammenleben mit einem Ehe- oder Lebenspartner die häufigste Lebenssituation (Gesamt: 67%). Etwa ein Viertel der Gesamtstichprobe (25%) gab an, allein zu leben. Ein deutlicher Unterschied zeigte sich bei den teilstationären Patient:innen: Diese lebten häufiger mit Kindern zusammen (37%) als die Vergleichsgruppen (ca. 24–25 %), was mit dem zuvor festgestellten niedrigeren Durchschnittsalter dieser Gruppe korrespondiert.

**Tabelle 6: Lebenssituation**

Lebenssituation	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
ich lebe allein	4,315 (25%)	1,831 (25%)	2,094 (27%)	390 (21%)
(Schwieger-) Eltern	817 (4.8%)	365 (5.0%)	343 (4.4%)	109 (5.7%)
Kinder	4,495 (26%)	1,872 (25%)	1,914 (24%)	709 (37%)
Ehepartner/ Partner	11,473 (67%)	4,930 (67%)	5,226 (66%)	1,317 (69%)
Fehlend	1,272	397	704	171

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 7** gibt einen Überblick über die Hauptschmerzlokalisationen der Patient:innen. Über die Gesamtstichprobe hinweg war der Kreuz-Bein-Bereich die am häufigsten genannte Hauptschmerzregion (30 %). Diese Dominanz zeigte sich insbesondere in den stationären (34 %) und teilstationären (37 %) Settings. Auffällige Unterschiede zwischen den Settings zeigten sich im Nacken-Schulter-Arm-Bereich, der bei teilstationären Patient:innen mit 19 % wesentlich häufiger als Hauptschmerzort angegeben wurde als in den anderen Gruppen (6,7 % bzw. 9,4 %). Umgekehrt wiesen teilstationäre Patient:innen deutlich seltener Schmerzen in den Extremitäten auf (4,7 %) im Vergleich zu ambulanten und stationären Patient:innen (jeweils ca. 13 %). Ambulante

Patient:innen zeichneten sich durch einen vergleichsweise hohen Anteil in der Kategorie "Sonstige" aus (17 %).

**Tabelle 7: Hauptschmerzlokalisationen**

Lokalisation	Insgesamt	ambulant	stationär	teilstationär
	N = 18,391 <sup>1</sup>	N = 7,745 <sup>1</sup>	N = 8,579 <sup>1</sup>	N = 2,067 <sup>1</sup>
Kopf-Gesicht	758 (4.1%)	408 (5.3%)	271 (3.2%)	79 (3.8%)
Nacken-Schulter-Arm	1,711 (9.3%)	522 (6.7%)	806 (9.4%)	383 (19%)
Rücken-BWS	404 (2.2%)	151 (1.9%)	188 (2.2%)	65 (3.1%)
Kreuz-Bein	5,478 (30%)	1,812 (23%)	2,906 (34%)	760 (37%)
Extremitäten	2,228 (12%)	997 (13%)	1,133 (13%)	98 (4.7%)
Abdomen-Genital	215 (1.2%)	121 (1.6%)	88 (1.0%)	6 (0.3%)
Becken-Bein	682 (3.7%)	257 (3.3%)	339 (4.0%)	86 (4.2%)
Ausgedehnt	1,761 (9.6%)	727 (9.4%)	764 (8.9%)	270 (13%)
WS – mehrere Lokalisationen	2,035 (11%)	811 (10%)	1,053 (12%)	171 (8.3%)
≥ 4 Lokalisationen	262 (1.4%)	119 (1.5%)	129 (1.5%)	14 (0.7%)
Sonstige	1,709 (9.3%)	1,329 (17%)	340 (4.0%)	40 (1.9%)
keine Zuordnung	1,148 (6.2%)	491 (6.3%)	562 (6.6%)	95 (4.6%)

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 8** stellt die Hauptschmerzlokalisationen in Abhängigkeit vom Mainzer Chronifizierungsstadium (MPSS) dar. Über alle Stadien hinweg blieb der Kreuz-Bein-Bereich die am häufigsten genannte Lokalisation (ca. 25–32 %). Es zeigt sich jedoch eine deutliche Verschiebung von eher lokal begrenzten hin zu ausgebreiteteren Schmerzbildern mit zunehmendem Chronifizierungsgrad. Während Patient:innen im Stadium 1 vergleichsweise häufig umschriebene Schmerzen im Bereich "Kopf-Gesicht" (13 %) oder den "Extremitäten" (20 %) angaben, nahmen diese Anteile im Stadium 3 deutlich ab (auf 1,9 % bzw. 9,3 %). Umgekehrt stieg die Häufigkeit generalisierter Schmerzangaben mit der Chronifizierung stark an: Im Stadium 3 litten 14% der Patient:innen unter "ausgedehnten" Schmerzen und 13 % unter Schmerzen an mehreren Lokalisationen der Wirbelsäule (vergleichbare Werte in Stadium 1: 2,7% bzw. 5,3%).

**Tabelle 8: Mainzer Chronifizierungsstadium (MPSS); nach Schmerzlokalisation**

Lokalisation	Chronifizierungsstadium		
	1	2	3
	N = 1,361 <sup>1</sup>	N = 6,740 <sup>1</sup>	N = 10,290 <sup>1</sup>
Kopf-Gesicht	182 (13%)	383 (5.7%)	193 (1.9%)
Nacken-Schulter-Arm	163 (12%)	754 (11%)	794 (7.7%)
Rücken-BWS	48 (3.5%)	184 (2.7%)	172 (1.7%)
Kreuz-Bein	345 (25%)	2,146 (32%)	2,987 (29%)
Extremitäten	279 (20%)	991 (15%)	958 (9.3%)
Abdomen-Genital	34 (2.5%)	106 (1.6%)	75 (0.7%)
Becken-Bein	50 (3.7%)	275 (4.1%)	357 (3.5%)
Ausgedehnt	37 (2.7%)	315 (4.7%)	1,409 (14%)

<b>Lokalisation</b>	<b>Chronifizierungsstadium</b>		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	N = 1,361 <sup>1</sup>	N = 6,740 <sup>1</sup>	N = 10,290 <sup>1</sup>
WS – mehrere Lokalisationen	72 (5.3%)	575 (8.5%)	1,388 (13%)
≥ 4 Lokalisationen	6 (0.4%)	64 (0.9%)	192 (1.9%)
Sonstige	105 (7.7%)	583 (8.6%)	1,021 (9.9%)
keine Zuordnung	40 (2.9%)	364 (5.4%)	744 (7.2%)

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 9** zeigt die Verteilung der Hauptschmerzlokalisationen in Abhängigkeit vom Schweregrad der Schmerzen (GCPS). Ähnlich wie bei der Betrachtung nach Chronifizierungsstadien dominierte auch hier über alle relevanten Schweregrade (Grad 1–4) hinweg der Kreuz-Bein-Bereich als häufigste Schmerzlokalisation. Der Anteil der Patient:innen mit dieser Hauptlokalisation stieg dabei leicht von 26 % bei Grad 1 auf 31 % bei der schwersten Ausprägung (Grad 4) an. Mit zunehmender Schmerzbelastung zeigte sich zudem eine Verschiebung in den Lokalisationen: Während Schmerzen im Kopf-Gesicht-Bereich sowie im Nacken-Schulter-Arm-Bereich bei höheren Schweregraden relativ seltener als Hauptschmerz angegeben wurden (Rückgang von 8,1 % auf 3,1 % bzw. von 13 % auf 8,2 % zwischen Grad 1 und 4), nahm der Anteil an „ausgedehnten“ Schmerzbildern deutlich zu (Anstieg von 5,6 % bei Grad 1 auf 10 % bei Grad 4).

**Tabelle 9: Graded Chronic Pain Scale (GCPS); nach Hauptschmerzlokalisation**

Lokalisation	Schweregrad der Schmerzen				
	0 N = 23 <sup>1</sup>	1 N = 798 <sup>1</sup>	2 N = 2,446 <sup>1</sup>	3 N = 4,182 <sup>1</sup>	4 N = 10,942 <sup>1</sup>
Kopf-Gesicht	2 (8.7%)	65 (8.1%)	137 (5.6%)	212 (5.1%)	342 (3.1%)
Nacken-Schulter-Arm	1 (4.3%)	106 (13%)	290 (12%)	415 (9.9%)	899 (8.2%)
Rücken-BWS	1 (4.3%)	29 (3.6%)	56 (2.3%)	89 (2.1%)	229 (2.1%)
Kreuz-Bein	2 (8.7%)	206 (26%)	659 (27%)	1,231 (29%)	3,380 (31%)
Extremitäten	5 (22%)	105 (13%)	255 (10%)	479 (11%)	1,384 (13%)
Abdomen-Genital	1 (4.3%)	18 (2.3%)	45 (1.8%)	39 (0.9%)	112 (1.0%)
Becken-Bein	3 (13%)	30 (3.8%)	92 (3.8%)	140 (3.3%)	417 (3.8%)
Ausgedehnt	1 (4.3%)	45 (5.6%)	194 (7.9%)	374 (8.9%)	1,147 (10%)
WS - mehrere Lokalisationen	2 (8.7%)	76 (9.5%)	302 (12%)	475 (11%)	1,180 (11%)
≥ 4 Lokalisationen	0 (0%)	8 (1.0%)	38 (1.6%)	59 (1.4%)	157 (1.4%)
Sonstige	4 (17%)	59 (7.4%)	215 (8.8%)	401 (9.6%)	1,030 (9.4%)
keine Zuordnung	1 (4.3%)	51 (6.4%)	163 (6.7%)	268 (6.4%)	665 (6.1%)

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 10** illustriert die Schmerzdauer der Patient:innen zum Zeitpunkt der Erhebung. Über alle Behandlungssettings hinweg zeigte sich ein sehr hoher Chronifizierungsgrad: Fast die Hälfte der Gesamtstichprobe (45 %) gab an, bereits seit über 5 Jahren unter Schmerzen zu leiden. Weitere 21 % nannten eine Dauer von 2 bis 5 Jahren. Akute Schmerzen von weniger als einem Monat spielten mit unter 1 % kaum eine Rolle. Im Vergleich der Settings wiesen teilstationär behandelte Patient:innen einen etwas geringeren Anteil in der höchsten Dauerkategorie auf (39 % gegenüber 46 % ambulant und 44 % stationär), zeigten dafür jedoch leicht erhöhte Werte in den mittleren Laufzeiten (z. B. 11 % bei einer Dauer von 1 bis 6 Monaten).

**Tabelle 10: Schmerzdauer**

Schmerzdauer	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
<1 Monat	172 (0.9%)	81 (1.0%)	77 (0.9%)	14 (0.7%)
1 Mon-1/2 Jahr	1,462 (7.9%)	592 (7.6%)	649 (7.6%)	221 (11%)
1/2Jahr-1Jahr	2,105 (11%)	840 (11%)	996 (12%)	269 (13%)
1-2Jahre	2,511 (14%)	998 (13%)	1,202 (14%)	311 (15%)
2-5 Jahre	3,952 (21%)	1,670 (22%)	1,841 (21%)	441 (21%)
>5Jahre	8,189 (45%)	3,564 (46%)	3,814 (44%)	811 (39%)

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 11** stellt den zeitlichen Verlauf der Schmerzsymptomatik dar. Die Mehrheit der Patient:innen litt unter dauerhaften Schmerzen. Am häufigsten wurde dabei ein Dauerschmerz mit starken Schwankungen angegeben (37 % der Gesamtstichprobe), gefolgt von Dauerschmerz mit leichten Schwankungen (28 %). Schmerzverläufe, die durch Attacken mit zwischenzeitlicher Schmerzfreiheit gekennzeichnet sind, bildeten mit insgesamt 13 % die kleinste Gruppe. Auffällig ist die Homogenität der Ergebnisse über die verschiedenen Versorgungssettings hinweg: Sowohl ambulante, stationäre als auch teilstationäre Patient:innen wiesen nahezu identische Verteilungsmuster auf, wobei teilstationäre Patient:innen tendenziell etwas häufiger (16 %) von Phasen der Schmerzfreiheit berichteten als die stationäre Vergleichsgruppe (12 %).

**Tabelle 11: Schmerzverlauf**

Schmerzverlauf	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
DS leichte Schwankung	5,063 (28%)	2,213 (29%)	2,278 (27%)	572 (28%)
DS starke Schwankung	6,882 (37%)	2,830 (37%)	3,306 (39%)	746 (36%)
Schmerzattacken teilweise schmerzfrei	2,445 (13%)	1,110 (14%)	1,012 (12%)	323 (16%)
Schmerzattacken immer Schmerzen	4,001 (22%)	1,592 (21%)	1,983 (23%)	426 (21%)

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 12** fasst die Angaben der Patient:innen zur Schmerzintensität zusammen. Die berichtete Schmerzintensität war in der Gesamtstichprobe hoch. Die durchschnittliche Schmerzstärke der letzten vier Wochen lag bei einem Median von 7.0 [IQR 3.0], die größte Schmerzstärke erreichte einen Median von 9.0 [IQR 1.0]. Im Vergleich der Settings wiesen die teilstationären Patient:innen tendenziell die niedrigsten Medianwerte auf, sowohl bei der durchschnittlichen (Median = 6.0) als auch bei der größten Schmerzstärke (Median = 8.0). Die als erträglich eingestufte Schmerzstärke (Gesamt-Median = 3.0) lag settingübergreifend deutlich unter der erlebten durchschnittlichen Intensität.

**Tabelle 12: Schmerzintensität**

Characteristic	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
Momentane Schmerzstärke	6.0 [3.0]	6.0 [4.0]	6.0 [3.0]	6.0 [3.0]
Durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen	7.0 [3.0]	7.0 [3.0]	7.0 [2.0]	6.0 [3.0]
Größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen	9.0 [1.0]	9.0 [2.0]	9.0 [2.0]	8.0 [2.0]
Erträgliche Schmerzstärke	3.0 [2.0]	3.0 [2.0]	3.0 [2.0]	2.0 [2.0]
Fehlend	4	0	0	4

<sup>1</sup>Median [IQR]

**Tabelle 13** zeigt die Verteilung der Summenwerte der affektiven Items aus der SBL. Für die Gesamtstichprobe lag der mittlere Summenwert bei  $M = 5.7$  ( $SD = 3.8$ ), bei einem Median von 6.0 (auf einer Skala von 0–12). Die Verteilung der affektiven Schmerzkomponente war über alle Settings hinweg sehr homogen, wobei sich die Mittelwerte und Standardabweichungen kaum unterschieden. Stationäre Patient:innen wiesen mit einem Median von 6.0 die tendenziell höchsten Werte auf, während ambulante und teilstationäre Patient:innen einen Median von 5.0 erreichten.

**Tabelle 13: Schmerzbeschreibungsliste (SBL) - Summenwert der affektiven Items**

Affektive Summe	Insgesamt N = 18,391	ambulant N = 7,745	stationär N = 8,579	teilstationär N = 2,067
Mean ± SD	5.7 ± 3.8	5.6 ± 3.8	5.8 ± 3.8	5.5 ± 3.6
Min – Max	0.0 – 12.0	0.0 – 12.0	0.0 – 12.0	0.0 – 12.0
Q1	3.0	3.0	3.0	3.0
Median	6.0	5.0	6.0	5.0
Q3	9.0	9.0	9.0	8.0
Fehlend	284	49	129	106

**Tabelle 14** fasst die schmerzbedingten Beeinträchtigungen (NRS) und die Dauer der Beeinträchtigung (Tage) zusammen. Die Patient:innen berichteten über eine hohe Belastung, die sich am stärksten als Beeinträchtigung während der Arbeit (Median = 8.0) manifestierte, gefolgt von der Freizeit (Median = 7.0). Im Setting-Vergleich zeigten die stationären Patient:innen die höchsten Beeinträchtigungswerte (z. B. Alltag Median = 7.0) und gaben mit durchschnittlich 45.9 Tagen (SD = 36.5) auch die längste Beeinträchtigungsdauer an. Die teilstationären Patient:innen wiesen bei den Beeinträchtigungstagen den niedrigsten Mittelwert auf (M = 37.5, SD = 33.8).

**Tabelle 14: Beeinträchtigung im Alltag (Numerischen Rating-Skalen) mit Arbeitsunfähigkeit (in Tagen) aus der Graded Chronic Pain Scale**

	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
Beeinträchtigung im Alltag	6.0 [4.0]	6.0 [4.0]	7.0 [3.0]	6.0 [3.0]
Beeinträchtigung während der Arbeit	8.0 [4.0]	7.0 [4.0]	8.0 [3.0]	7.0 [4.0]
Beeinträchtigung in der Freizeit	7.0 [4.0]	7.0 [4.0]	7.0 [3.0]	7.0 [3.0]
Tage beeinträchtigt	42.0 ± 37.0	39.0 ± 37.9	45.9 ± 36.5	37.5 ± 33.8

<sup>1</sup>Mean ± SD; Median [IQR]

**Tabelle 15** fasst die Kennwerte des Marburger Fragebogens zum habituellen Wohlbefinden (MFHW) zusammen. Das Wohlbefinden der Gesamtstichprobe war niedrig, mit einem Median von 10.0 (auf einer Skala von 0–35). Ein Wert von unter 10 wird als klinisch auffällig interpretiert. In der Gesamtstichprobe fielen 47 % der Patient:innen in diesen klinisch auffälligen Bereich. Im Setting-Vergleich zeigten die stationären Patient:innen das geringste Wohlbefinden (Median = 10.0; M = 10.8, SD = 8.2). Konsequenterweise lag hier auch der Anteil der klinisch auffälligen Patient:innen mit 50 % am höchsten.

**Tabelle 15: Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden (MFHW) - Mittelwert und statistische Kennwerte**

	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
<b>Habituelles Wohlbefinden</b>				
Mean ± SD	11.3 ± 8.3	11.7 ± 8.5	10.8 ± 8.2	11.9 ± 7.5
Min – Max	0.0 – 35.0	0.0 – 35.0	0.0 – 35.0	0.0 – 35.0
Q1	5.0	5.0	4.0	6.0
Median	10.0	11.0	10.0	11.0
Q3	17.0	18.0	16.0	17.0
Fehlend	52	15	20	17
<b>MFHW Score ≤ 10</b>	8,649 (47%)	3,514 (45%)	4,272 (50%)	863 (42%)
Fehlend	52	15	20	17

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 16** präsentiert die Kennwerte der Depression Angst Stress Skala (DASS). Die Ergebnisse deuten auf eine erhebliche psychische Belastung in der Gesamtstichprobe hin. Die Stress-Skala wies dabei die höchsten Werte auf (Median = 9.0; M = 9.7, SD = 5.1). 42 % der Patient:innen überschritten hier den Grenzwert (> 10) für klinisch relevante Symptome. Für die Skala Depression (Median = 8.0) lag der Anteil klinisch auffälliger Patient:innen bei 35 % (Werte > 10), ein identischer Anteil (35 %) fand sich bei der Angst-Skala (Median = 4.0; Werte > 6). Im Setting-Vergleich zeigten stationäre Patient:innen die höchste Prävalenz bei Depression (36 %) und Angst (36 %). Bei der Stressbelastung fiel der Anteil in der teilstationären Gruppe (48 %) am höchsten aus, gefolgt von der stationären Gruppe (44 %).

**Tabelle 16: Kennwerte der Depression Angst Stress Skala (DASS)**

	<b>Insgesamt</b> N = 18,391	<b>ambulant</b> N = 7,745	<b>stationär</b> N = 8,579	<b>teilstationär</b> N = 2,067
<b>DASS: Depression</b>				
Mean ± SD	8.5 ± 5.5	8.4 ± 5.5	8.7 ± 5.6	8.1 ± 5.2
Min – Max	0.0 – 21.0	0.0 – 21.0	0.0 – 21.0	0.0 – 21.0
Q1	4.0	4.0	4.0	4.0
Median	8.0	8.0	8.0	7.0
Q3	13.0	12.0	13.0	12.0
Werte ≥ 10	6,354 (35%)	2,610 (34%)	3,117 (36%)	627 (32%)
Fehlend	123	6	8	109
<b>DASS: Angst</b>				
Mean ± SD	5.4 ± 4.6	5.4 ± 4.5	5.6 ± 4.7	5.0 ± 4.4
Min – Max	0.0 – 21.0	0.0 – 21.0	0.0 – 21.0	0.0 – 20.0
Q1	2.0	2.0	2.0	1.0
Median	4.0	4.0	4.0	4.0
Q3	8.0	8.0	8.0	8.0
Werte ≥ 6	6,327 (35%)	2,657 (34%)	3,054 (36%)	616 (31%)
Fehlend	124	5	9	110
<b>DASS: Stress</b>				
Mean ± SD	9.7 ± 5.1	9.4 ± 5.0	9.9 ± 5.2	10.3 ± 4.9
Min – Max	0.0 – 21.0	0.0 – 21.0	0.0 – 21.0	0.0 – 21.0
Q1	6.0	6.0	6.0	7.0
Median	9.0	9.0	9.0	10.0
Q3	13.0	13.0	14.0	14.0
Werte ≥ 10	7,749 (42%)	3,070 (40%)	3,745 (44%)	934 (48%)
Fehlend	128	6	11	111

**Tabelle 17** listet die Verteilung der Hauptschmerzdiagnosen der Patient:innen auf. Über die Gesamtstichprobe hinweg dominierten zwei Diagnosegruppen deutlich: Rückenschmerzen (41 %) und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.41, 27 %). Diese beiden Diagnosen machten zusammen mehr als zwei Drittel (68 %) der Gesamtstichprobe aus. Im Setting-Vergleich zeigten sich bedeutsame Unterschiede. Rückenschmerzen waren die mit Abstand häufigste Diagnose in der teilstationären Gruppe (58 %), gefolgt von der stationären Gruppe (43 %). Die Diagnose F45.41 war hingegen in der ambulanten Kohorte am häufigsten (30 %), bei teilstationären Patient:innen jedoch am seltensten (19 %). Ebenfalls auffällig war, dass neuropathische Schmerzen zwar bei 6,5 % der stationären Patient:innen, aber bei nahezu keinen teilstationären Patient:innen (0,3 %) als Hauptdiagnose vorlagen.

**Tabelle 17: Hauptschmerzdiagnosen**

Hauptschmerzdiagnose	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
Kopf/ Gesicht	808 (4.7%)	416 (5.8%)	283 (3.5%)	109 (5.3%)
Rückenschmerzen	7,035 (41%)	2,370 (33%)	3,477 (43%)	1,188 (58%)
Gelenkschmerzen	733 (4.2%)	344 (4.8%)	332 (4.1%)	57 (2.8%)
MS/ Bindegewebe	961 (5.6%)	442 (6.2%)	395 (4.9%)	124 (6.1%)
Ganzkörper/ FMS	520 (3.0%)	201 (2.8%)	254 (3.1%)	65 (3.2%)
Neuropathische Schmerzen	922 (5.3%)	395 (5.5%)	521 (6.5%)	6 (0.3%)
chronischer Schmerz onS	1,248 (7.2%)	676 (9.4%)	518 (6.4%)	54 (2.6%)
F45.41	4,694 (27%)	2,135 (30%)	2,169 (27%)	390 (19%)
Psych. Verhaltensstörung	176 (1.0%)	86 (1.2%)	56 (0.7%)	34 (1.7%)
Tumorschmerz	25 (0.1%)	20 (0.3%)	5 (<0.1%)	0 (0%)
Sonstige	18 (0.1%)	12 (0.2%)	6 (<0.1%)	0 (0%)
Brust/ Thorax	39 (0.2%)	16 (0.2%)	16 (0.2%)	7 (0.3%)
Abdomen	52 (0.3%)	33 (0.5%)	17 (0.2%)	2 (<0.1%)
Urogenital	62 (0.4%)	40 (0.6%)	19 (0.2%)	3 (0.1%)
Fehlend	1,098	559	511	28

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 18** listet die Kennwerte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (VR12) auf, unterteilt in den körperlichen und den psychischen Summenwert. Beide Scores fielen in der Gesamtstichprobe niedrig aus, was auf eine starke Beeinträchtigung der Lebensqualität hinweist. Die körperliche Beeinträchtigung (Gesamt: M = 28.2, SD = 8.7) war dabei deutlich stärker ausgeprägt als die psychische Belastung (Gesamt: M = 37.4, SD = 12.7). Im Setting-Vergleich wiesen die stationären Patient:innen in beiden Dimensionen die geringste Lebensqualität auf (Körperlich: M = 27.4; Psychisch: M = 36.9). Umgekehrt erreichten die teilstationären Patient:innen die höchsten Werte (Körperlich: M = 30.7; Psychisch: M = 38.0).

**Tabelle 18: Vetrans-Rand 12 Scores (VR12)**

	<b>Insgesamt</b> N = 18,391 <sup>1</sup>	<b>ambulant</b> N = 7,745 <sup>1</sup>	<b>stationär</b> N = 8,579 <sup>1</sup>	<b>teilstationär</b> N = 2,067 <sup>1</sup>
<b>Körperlicher Summenwert</b>				
Mean ± SD	28.2 ± 8.7	28.4 ± 8.9	27.4 ± 8.3	30.7 ± 8.6
Min – Max	0.0 – 61.0	0.0 – 59.5	4.6 – 59.9	3.9 – 61.0
Q1	22.1	22.1	21.5	24.7
Median	27.7	27.8	26.8	30.3
Q3	33.7	34.0	32.6	36.5
Fehlend	4,493	2,122	2,187	184
<b>Psychischer Summenwert</b>				
Mean ± SD	37.4 ± 12.7	37.7 ± 12.8	36.9 ± 12.6	38.0 ± 12.3
Min – Max	0.0 – 77.0	0.0 – 72.8	2.2 – 77.0	8.3 – 68.8
Q1	27.9	28.1	27.4	29.2
Median	36.5	36.9	35.9	37.0
Q3	46.5	47.1	45.8	46.8
Fehlend	4,493	2,122	2,187	184

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 19** beleuchtet die arbeitsbezogene Situation der Patient:innen. Insgesamt war die Stichprobe hinsichtlich der Berufstätigkeit nahezu hälftig geteilt (48 % berufstätig). Es zeigten sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Settings: Während in der ambulanten und stationären Kohorte 44 % der Patient:innen angaben, berufstätig zu sein, lag dieser Anteil in der teilstationären Gruppe mit 76 % wesentlich höher. Über alle Gruppen hinweg waren 26 % der Patient:innen aktuell arbeitsunfähig gemeldet. Dieser Anteil war bei den teilstationären Patient:innen (30 %) leicht erhöht im Vergleich zu den ambulanten (25 %) und stationären (26 %) Gruppen. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit lag bei den stationären und teilstationären Patient:innen am höchsten (M = 30.7 Tage).

**Tabelle 19: Arbeitsunfähigkeit der Patient:innen**

	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
<b>Sind Sie zur Zeit berufstätig?</b>				
Nein	9,635 (52%)	4,358 (56%)	4,787 (56%)	490 (24%)
Ja	8,756 (48%)	3,387 (44%)	3,792 (44%)	1,577 (76%)
<b>Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig?</b>				
Nein	13,593 (74%)	5,788 (75%)	6,365 (74%)	1,440 (70%)
Ja	4,798 (26%)	1,957 (25%)	2,214 (26%)	627 (30%)
<b>Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Tagen</b>				
Fehlend	28.5 ± 37.6	25.7 ± 37.4	30.7 ± 38.2	30.7 ± 35.5
	6,591	2,553	3,548	490

<sup>1</sup>n (%); Mean ± SD

Tabelle 20 analysiert die Gründe für die Erwerbslosigkeit jener 9.644 Patient:innen, die angaben, nicht berufstätig zu sein. In der Gesamtstichprobe war der mit Abstand häufigste Grund die bereits erfolgte Berentung (67 %). Dieser Wert war in der ambulanten (68 %) und der stationären (70 %) Kohorte am höchsten. Ein gänzlich anderes Bild zeigte sich bei den teilstationären Patient:innen: In dieser Gruppe war der Hauptgrund für die Nichterwerbstätigkeit die Arbeitslosigkeit (41 %), während nur 31 % bereits berentet waren. Dieses Muster korrespondiert mit dem signifikant jüngeren Durchschnittsalter dieser Gruppe (vgl. Tabelle 5).

**Tabelle 20: Gründe für Erwerbslosigkeit**

Nicht erwerbstätige Personen gaben an:	Insgesamt N = 9,644 <sup>1</sup>	ambulant N = 4,363 <sup>1</sup>	stationär N = 4,788 <sup>1</sup>	teilstationär N = 493 <sup>1</sup>
Arbeitslos / erwerbslos	1,758 (18%)	783 (18%)	772 (16%)	203 (41%)
Bereits berentet	6,466 (67%)	2,961 (68%)	3,353 (70%)	152 (31%)
Hausfrau/ Hausmann	1,153 (12%)	497 (11%)	565 (12%)	91 (18%)
Schüler*in/ Student*in	267 (2.8%)	122 (2.8%)	98 (2.0%)	47 (9.5%)

<sup>1</sup>n (%)

**Tabelle 21** schlüsselt die Angaben der Patient:innen zur Berentung auf. Es zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Behandlungssettings. Während in der stationären Kohorte 40 % der Patient:innen bereits Rente bezogen (Gesamtstichprobe: 33 %), traf dies auf die teilstationäre Gruppe (6,6 %) kaum zu. Dieses Bild bestätigt sich bei der Art der Rente: Die Altersrente (Gesamt: 17 %) war bei stationären (22 %) und ambulanten (16 %) Patient:innen stark vertreten, spielte in der teilstationären Kohorte (1,5 %) jedoch fast keine Rolle. Dieses Muster korrespondiert mit dem signifikant jüngeren Altersschnitt (vgl. Tabelle 5) und der geringeren Berentungsquote (vgl. Tabelle 20) der teilstationären Patient:innen. Über die Gesamtstichprobe hinweg gaben zudem 10 % eine Rentenabsicht an, während 5,9 % bereits einen Antrag gestellt hatten.

**Tabelle 21: Angaben zur Rente**

Characteristic	Insgesamt N = 18,391 <sup>1</sup>	ambulant N = 7,745 <sup>1</sup>	stationär N = 8,579 <sup>1</sup>	teilstationär N = 2,067 <sup>1</sup>
<b>Rentenabsicht</b>	1,834 (10.0%)	725 (9.4%)	907 (11%)	202 (9.8%)
<b>Antrag auf Rente gestellt</b>	1,088 (5.9%)	503 (6.5%)	509 (5.9%)	76 (3.7%)
<b>Beziehen Sie derzeit Rente?</b>	5,429 (33%)	2,120 (32%)	3,177 (40%)	132 (6.6%)
Auf Zeit	618 (3.7%)	273 (4.1%)	314 (3.9%)	31 (1.5%)
endgültig	4,121 (25%)	1,735 (26%)	2,300 (29%)	86 (4.3%)
Fehlend	1,779	1,101	613	65
<b>Berentung Welcher Art?</b>				
Altersrente	2,822 (17%)	1,078 (16%)	1,713 (22%)	31 (1.5%)
Berufsunfähigkeit	189 (1.1%)	76 (1.1%)	107 (1.3%)	6 (0.3%)
Erwerbsunfähigkeit	619 (3.7%)	258 (3.9%)	347 (4.4%)	14 (0.7%)
Teilerwerbsminderung	173 (1.0%)	51 (0.8%)	106 (1.3%)	16 (0.8%)
Unfallrente	107 (0.6%)	31 (0.5%)	73 (0.9%)	3 (0.1%)
Vollerwerbsminderung	753 (4.5%)	342 (5.1%)	377 (4.7%)	34 (1.7%)
vorgezogenes Altersruhegeld	407 (2.5%)	157 (2.4%)	237 (3.0%)	13 (0.6%)
Witwen-, Waisenrente	296 (1.8%)	105 (1.6%)	180 (2.3%)	11 (0.5%)
Fehlend	1,779	1,101	613	65

<sup>1</sup>n (%)