

Anhang

A)

SF- 36™

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben ?

Ausgezeichnet	1
Sehr gut	2
Gut	3
Weniger gut	4
Schlecht	5

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben ?

Viel besser	1
Etwas besser	2
Etwa wie vor einem Jahr	3
Etwas schlechter	4
Viel schlechter	5

3. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt ? Wenn ja, wie stark ?

a) anstrengende Tätigkeiten, wie z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben ?
b) mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golfspielen ?
c) Einkaufstaschen heben oder tragen ?
d) mehrere Treppenabsätze steigen ?
e) einen Treppenabsatz steigen?
f) Sich beugen, knien, bücken
g) mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen ?
h) mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen ?
i) eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen?
j) Sich baden oder anziehen?

Fragen	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a)	1	2	3
b)	1	2	3
c)	1	2	3
d)	1	2	3
e)	1	2	3
f)	1	2	3
g)	1	2	3
h)	1	2	3
i)	1	2	3
j)	1	2	3

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen Alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause ?

Fragen	Ja	Nein
a) Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b) Ich habe weniger geschafft als ich vorhatte	1	2
c) Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2
d) Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung	1	2

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten ?

Fragen	Ja	Nein
a) Ich konnte nicht solange wie üblich tätig sein	1	2
b) Ich habe weniger geschafft als ich vor hatte	1	2
c) Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt ?

Überhaupt nicht	1
Etwas	2
Mäßig	3
Ziemlich	4
Sehr	5

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen ?

Keine Schmerzen	1
Sehr leichte	2
Leichte	3
Mäßig	4
Stark	5
Sehr stark	6

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert ?

Überhaupt nicht	1
Ein bisschen	2
Mäßig	3
Ziemlich	4
Sehr	5

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Wie oft waren sie in den vergangenen 4 Wochen

a) ...voll in Schwung?
b) ...sehr nervös?
c) ...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheutern konnte

d) ...ruhig und gelassen?
e) ...voller Energie?
f) ...entmutigt und traurig?
g) ...erschöpft?
h) ...glücklich?
i) ...müde?

Fragen	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
a)	1	2	3	4	5	6
b)	1	2	3	4	5	6
c)	1	2	3	4	5	6
d)	1	2	3	4	5	6
e)	1	2	3	4	5	6
f)	1	2	3	4	5	6
g)	1	2	3	4	5	6
h)	1	2	3	4	5	6
i)	1	2	3	4	5	6

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten uns.) beeinträchtigt ?

Immer	1
Meistens	2
Manchmal	3
Selten	4
Nie	5

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu ?

a) Es scheint als erkrankte ich leichter als andere.
b) Ich bin genauso gesund wie alle anderen.
c) Ich erwarte das meine Gesundheit nachlässt.
d) Meine Gesundheit ist hervorragend.

Fragen	Trifft ganz zu	Trifft zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
a)	1	2	3	4	5
b)	1	2	3	4	5
c)	1	2	3	4	5
d)	1	2	3	4	5

Anhang B)

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

Bitte schätzen Sie Ihre Fähigkeiten ein, wie Sie folgende Tätigkeiten in der vergangenen Woche durchgeführt haben, indem Sie die entsprechende ankreuzen.

Keine Schwierigkeiten	1
Geringe Schwierigkeiten	2
Mäßige Schwierigkeiten	3
Erhebliche Schwierigkeiten	4
Nicht möglich	5

1. Ein neues oder festverschlossenes Glas zu öffnen?
2. Schreiben?
3. Einen Schlüssel umdrehen?
4. Eine Mahlzeit zubereiten?
5. Eine schwere Tür aufstoßen?
6. Einen Gegenstand über Kopfhöhe auf ein Regal stellen?
7. Schwere Hausarbeit (z.B. Fenster putzen, Boden wischen)?
8. Garten- oder Hofarbeit?
9. Betten machen?
10. Eine Einkaufstasche oder einen Aktenkoffertragen?
11. Einen schweren Gegenstand tragen (über 5kg, z.B. Sprudelkiste)?
12. Eine Glühbirne über Ihrem Kopf auswechseln?
13. Ihre Haare waschen oder fönen?
14. Ihren Rücken waschen?
15. Einen Pullover anziehen?
16. Ein Messer benutzen, um Lebensmittel zu schneiden?
17. Freizeitaktivitäten, die wenig körperliche Anstrengung verlangen (z.B. Karten spielen, Stricken, etc.)?
18. Freizeitaktivitäten, bei denen auf Ihren Arm, Schulter oder Hand Druck oder Stoß ausgeübt wird (z.B. Golf, Tennis, Hämmern etc.)?
19. Freizeitaktivitäten, bei denen Sie Ihren Arm frei bewegen (z.B. Badminton, Frisbee)?
20. Mit Fortbewegungsmitteln zurecht kommen (um von einem Platz zum anderen zu gelangen)?
21. Sexuelle Aktivitäten?

22. In welchem Ausmaß haben Ihre Schulter-, Arm- oder Handprobleme Ihre normalen sozialen Aktivitäten mit

Familie, Freunden, Nachbarn oder anderen Gruppen während der vergangenen Woche beeinträchtigt ?

Überhaupt nicht	1
Ein wenig	2
Mäßig	3
Ziemlich	4
Sehr	5

23. Waren sie in der vergangenen Woche durch Ihre Schulter-, Arm- oder Handproblemen in Ihrer Arbeit oder

anderen täglichen Aktivitäten eingeschränkt

Überhaupt nicht eingeschränkt	1
Ein wenig eingeschränkt	2
Mäßig eingeschränkt	3
Sehr eingeschränkt	4
Nicht möglich	5

Bitte schätzen Sie die Schwere der folgenden Beschwerden der letzten Woche ein

Keine	1
-------	---

Leichte	2
Mäßige	3
Starke	4
Sehr starke	5

24. Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand?

25. Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand während der Ausführung einer bestimmten Tätigkeit?

26. Kribbeln (Nadelstiche) in Schulter, Arm oder Hand?

27. Schwächegefühl in Schulter, Arm oder Hand?

28. Steifheit in Schulter, Arm oder Hand?

29. Wie groß waren Ihre Schlafstörungen in der letzten Woche aufgrund von Schmerzen im Schulter-, Arm- oder Handbereich ?

Keine Schwierigkeiten	1
Geringe Schwierigkeiten	2
Mäßige Schwierigkeiten	3
Erhebliche Schwierigkeiten	4
Nicht möglich	5

30. Aufgrund meiner Probleme im Schulter-, Arm- oder Handbereich empfinde ich meine Fähigkeiten als eingeschränkt, ich habe weniger Selbstvertrauen oder ich fühle, dass ich mich weniger nützlich machen kann.

Stimme überhaupt nicht zu	1
Stimme nicht zu	2
Weder Zustimmung noch Ablehnung	3
Stimme zu	4
Stimme sehr zu	5

C)

CONSTANT SCORE

subjektive Parameter :

Schmerz (max. 15 Punkte)

kein	15
wenig	10
mäßig	5
stark	0

ADL (max. 10 Punkte)

Voll arbeitsfähig	4
+ Freizeitaktivitäten bzw. Sport uneingeschränkt	2
+ ungestörter Schlaf	2

Reichweite der Hand* (max. 10 Punkte)

Über Kopf hinaus	10
Bis zum Scheitel	8
Bis zum Hals	6
Bis zum Xyphoid	4
Bis zum Xyphoid	2

*hier kann jeweils nur eine der 5 angegebenen Positionen zutreffen

objektive Parameter:

Anteversion (schmerzfrei; max.10 Punkte)

0-30°	0
31-60°	2
61-90°	4
91-120°	6
121-150°	8
151-180°	10

Abduktion (schmerzfrei; max. 10 Punkte)

0-30°	0
31-60°	2
61-90°	4
91-120°	6
121-150°	8
151-180°	10

Außenrotation (schmerzfrei ; max. 10 Punkte)	volle Elevation	10
	Hand auf Kopf+Ellenbogen zurück	8
	Hand auf Kopf + Ellenbogen vorne	6
	Hand im Nacken+Ellenbogen zurück	4
	Hand im Nacken+Ellenbogen vorne	2

Innenrotation (schmerzfrei; max. 10 Punkte)	Hand interscapular	10
	TH 12	8
	Taille	6
	Lumbosacral	4
	Gesäß	2

Kraft (max. 25 Punkte)	Abduktion, isometrisch	11,25kg/ 25 lbs	25
	Abduktion, isometrisch	9,00kg/20 lbs	20
	Abduktion, isometrisch	6,75kg/15 lbs	15
	Abduktion, isometrisch	4,50kg/ 10 lbs	10
	Abduktion, isometrisch	2,25kg/ 5lbs	5
	Abduktion, isometrisch	0kg/ 0lbs	0

Summe max.	100
-------------------	------------