

Name:	Vorname:	Geburtstag:	Datum: _____
_____	_____	_____	Gewicht: ____ kg Grösse: ____ cm

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Gesunde körperliche, psychische und soziale Voraussetzungen helfen Schmerzen zu lindern. Um Ihre aktuellen Schmerzen für die Behandlung und den weiteren Verlauf besser einschätzen zu lassen, können Sie folgende Fragen beantworten und mit Ihren behandelnden Ärzt:innen besprechen:

ALLGEMEINE FRAGEN

a) In welchem der folgenden Körperteile hatten Sie in den letzten zwei Wochen Schmerzen?

[Mehrfachantwort möglich]

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Kiefer links | ☐ Oberarm rechts | ☐ Hüfte / Gesäss links |
| ☐ Kiefer rechts | ☐ Unterarm / Hand links | ☐ Hüfte / Gesäss rechts |
| ☐ Kopf | ☐ Unterarm / Hand rechts | ☐ Oberschenkel / Knie links |
| ☐ Nacken | ☐ Brustbereich | ☐ Oberschenkel / Knie rechts |
| ☐ Schultergürtel links | ☐ Bauch | ☐ Unterschenkel / Fuss links |
| ☐ Schultergürtel rechts | ☐ oberer Rücken | ☐ Unterschenkel / Fuss rechts |
| ☐ Oberarm links | ☐ unterer Rücken | ☐ Beckenbereich |

b) Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

- | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| ☐ < 3 Monate | ☐ 3 Monate bis 1 Jahr | ☐ > 1Jahr |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|

c) Nehmen Sie regelmässig Schmerzmittel ein (mehr als 10 Tage im Monat)?

- | | | |
|-----------------------------|---|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein aber früher | ☐ Nein |
|-----------------------------|---|-------------------------------|

d) Wie stark waren Ihre Schmerzen im Durchschnitt betrachtet in den letzten zwei Wochen? (0 = keine Schmerzen und 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

e) Hatten Sie in den letzten 3 Monaten regelmässig Schlafprobleme (z. B. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, nicht-erholsamer Schlaf, Schnarchen, Tagesschläfrigkeit) und fühlten sich dadurch im Alltag beeinträchtigt?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

f) Haben sie eine längere Arbeitsunfähigkeit als 1 Monat wegen der Schmerzen?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Swiss Pain Screening Questionnaire

Seite 2

Ultrakurzscreening UKS – Schmerzprävention

(auf der Basis PHQ 4 und UKS Küch et al., 2015)

Name:	Vorname:	Geburtstag:	Datum:

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3. Nervosität, Ängstlichkeit, Gereiztheit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4. nicht in der Lage, Ihr Grübeln zu unterbrechen oder zu kontrollieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5. starke oder sehr starke körperliche Schmerzen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6. körperliche Schmerzen hinderten Sie, ein normales Leben zu führen (Haushalt, Freizeit, Beruf, u.a.)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Familiäre oder private Belastungen	Überhaupt nicht	etwas	eher mehr	stark oder sehr stark
7. Leiden Sie gegenwärtig unter besonderen familiären bzw. privaten Belastungen oder Konflikten?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Berufliche Belastungen	Überhaupt nicht	eher weniger	eher mehr	stark oder sehr stark
8. Leiden Sie gegenwärtig unter besonderem beruflichem Stress (Zeitdruck, Überforderung, Konflikte, Angst um Arbeitsplatz, Unzufriedenheit mit Arbeit, anderes)?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Psychosoziale Betreuung in der Behandlung	nicht wichtig	wenig wichtig	eher wichtig	besonders wichtig
9. Wie wichtig sind Ihnen in der aktuellen Situation psychologische oder soziale Unterstützungsangebote?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

EMPFEHLUNGEN für behandelnde Ärzt:innen

Allgemeine Fragen:

Konsultation von Schmerzspezialist:in falls bei

- Frage a mehr als 6 Körperteile angekreuzt wurden oder
- Frage b «drei Monate bis 1 Jahr» oder «> 1Jahr» angekreuzt wurde oder
- Frage c «Ja» angekreuzt wurde oder
- Frage d eine Zahl ab 5 angekreuzt wurde

Schlafmedizinische Beratung falls bei

- Frage e «Ja» angekreuzt wurde

Sozialberatung falls bei

- Frage f «Ja» angekreuzt wurde

UKS:

Konsultation von Schmerzspezialist:in (SPS) oder Spezialist:in für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) bei Gesamtscore ab 4 Punkten

Verweisung an Psychologische Beratung, Kliniksozialdienst oder sozialarbeiterische Beratungsstelle, wenn Frage 9 mit «eher wichtig» oder «besonders wichtig» beantwortet wurde.

UKS-Gesamtwert zur Patientenselektion		
Der Gesamtscore «psychosoziale Belastung» erfolgt durch Summenbildung über alle 4 Bereiche, ergibt einen Gesamtwert zwischen 0 und 12.		
1. Psychische Komorbidität		
Item 1-4 aufaddiert und geteilt durch 4		= Wert 0-3
2. Schmerzen		
Item 5-6 aufaddiert und geteilt durch 2		= Wert 0-3
3. Familiäre Belastung		
Item 7		= Wert 0-3
4. Berufliche Belastung		
Item 8		= Wert 0-3
UKS-Gesamtscore		
Punkte	Interpretation	Ampelschema mit Farben
0 Punkte	Keine psychosoziale Belastung	Ganz oder eher unauffällig
1-3 Punkte	Geringfügige psychosoziale Belastung	
4-9 Punkte	Moderat ausgeprägte psychosoziale Belastung	Risiko
10-12 Punkte	Stark oder sehr stark ausgeprägte psychosoziale Belastung	Starke Belastung

Die Auswertung des UKS dient dazu für Patientinnen und Patienten mit anhaltenden Schmerzen bereits früh psychosoziale Risikofaktoren für chronische Schmerzen zu erkennen und ggf. entsprechende Fachpersonen mit einzubeziehen.

Die Empfehlungen sind klinische Heuristiken und ersetzen *keinesfalls* eine eingehende klinische Diagnostik und Beurteilung durch eine qualifizierte Fachperson.

Weiterführende Informationen und Links zu Fachpersonen gibt es unter www.wegweiserschmerz.ch