

VERLAUF

Name

Termin



DEUTSCHER  
SCHMERZFRAGEBOGEN  
FÜR KINDER  
UND JUGENDLICHE



BOGEN Verlauf  
FÜR JUGENDLICHE



Deutsches Kinderschmerzzentrum  
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
Universität Witten/Herdecke  
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5  
45711 Datteln

Fon: 023 63 / 975 -180  
Fax: 023 63 / 975 -181

E-Mail: [info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de](mailto:info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de)  
Web: [www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de](http://www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de)  
[www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum](https://www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum)

DSF-KJ Jugendliche Verlauf, Version 3.0

© Prof. Dr. B. Zernikow, Datteln

Gestaltung: Dirk Pleyer, 1:BEIDE, Bochum  
Layout: RDN Agentur für PR, Recklinghausen



Hallo,

dieser Fragebogen soll uns helfen zu erfahren,  
wie es Dir seit unserem letzten Treffen ergangen  
ist.

Alles klar? Sonst frage uns einfach.

1. HEUTIGES DATUM:

2. DEIN NAME:



## DEINE SCHMERZTHERAPIE

3. HAT SICH DEINE SCHMERZSITUATION IM VERGLEICH ZU UNSEREM LETZTEN TREFFEN VERÄNDERT? BITTE LIES DIR ALLE BESCHREIBUNGEN DURCH UND KREUZE DANACH AN, WAS AUF DEINE SCHMERZEN ZUTRIFFT!

a) Ich hatte ...

- im letzten Monat Schmerzen
- seit mehr als einem Monat keine Schmerzen mehr

Seit wann genau hast Du keine Schmerzen mehr?

Wenn du **keine Schmerzen** mehr hast, ist nur noch ein Teil der nachfolgenden Fragen auszufüllen.

- Seit 1–2 Monaten Bitte beantworte noch die Fragen 4 bis einschließlich 8.
- Seit 2–3 Monaten Bitte beantworte noch die Fragen 4 bis einschließlich 8.
- Länger als 3 Monate Bitte beantworte noch die Frage 4.

Wenn Du noch Schmerzen hast, beantworte bitte alle weiteren Fragen.

b) Im Vergleich zu unserem letzten Treffen habe ich ...

- viel seltener Schmerzen  etwas seltener Schmerzen
- Schmerzen gleich häufig wie bei unserem letzten Treffen
- etwas häufiger Schmerzen  viel häufiger Schmerzen

c) Im Vergleich zu unserem letzten Treffen habe ich ...

- viel schwächere Schmerzen  etwas schwächere Schmerzen
- Schmerzen gleich stark wie bei unserem letzten Treffen
- etwas stärkere Schmerzen  viel stärkere Schmerzen







6. HABEN DICH DEINE SCHMERZEN WÄHREND DER **LETZTEN 3 MONATE** VON DINGEN ABGEHALTEN, DIE DU TUN WOLLTEST (ZUM BEISPIEL IN DEN URLAUB FAHREN ODER REITEN)?

- Ja  Nein

Falls ja, was war das?

.....

.....

.....

7. HABEN DICH DIE SCHMERZEN IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN** VOM SCHULBESUCH ABGEHALTEN?

- Nein  Ja, nämlich an ..... Tagen ging ich gar nicht in die Schule

8. HABEN DIE SCHMERZEN IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN** DAZU GEFÜHRT, DASS DU VORZEITIG DEN UNTERRICHT VERLASSEN MUSSTEST ODER SPÄTER ZUM UNTERRICHT KAMST?

- Nein  Ja, nämlich an ..... Tagen verließ ich vorzeitig den Unterricht/konnte ich erst später gehen

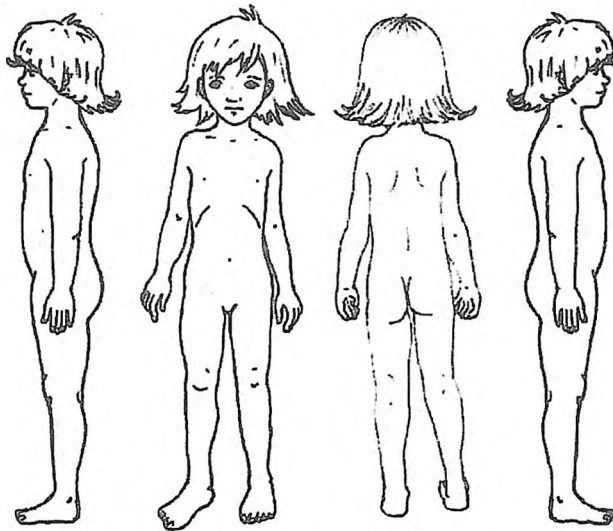
Wenn Du **keine Schmerzen** mehr hast, musst Du die folgenden Fragen nicht mehr beantworten.

## INFORMATIONEN ÜBER DEINEN SCHMERZ DEINE SCHMERZEN – JETZT

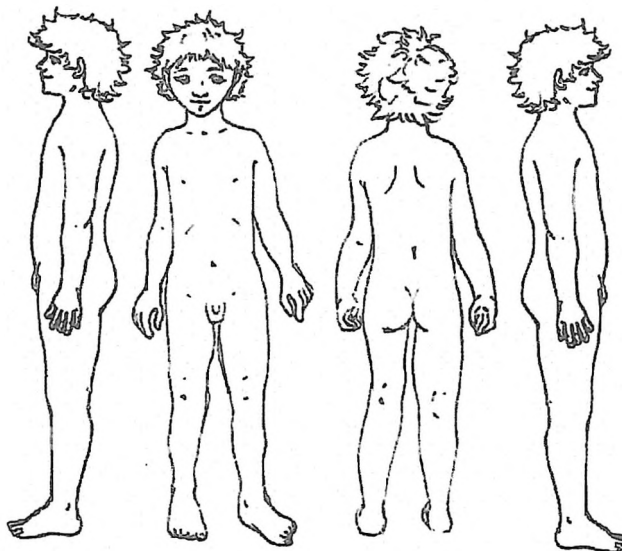
9. BITTE KREUZE („X“) DIE STELLEN AN, AN DENEN DU SCHMERZEN HAST.

10. BITTE ZEICHNE ZUSÄTZLICH EINEN KREIS (○) AN DIE STELLE, AN DER DEINE HAUPTSCHMERZEN SIND.

MÄDCHEN



JUNGEN



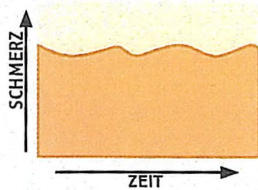


11. WIE HÄUFIG HAST DU DEINE HAUPTSCHMERZEN (DIE MIT DEM KREIS ○)?

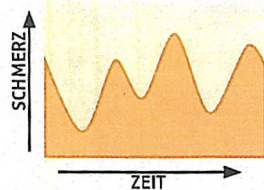
- einmal pro Jahr
- einmal pro Monat
- einmal pro Woche
- einmal täglich
- dauernd
- mehrmals pro Jahr
- mehrmals pro Monat
- mehrmals pro Woche
- mehrmals täglich

12. WELCHES BILD PASST AM BESTEN ZU DEINEN HAUPTSCHMERZEN IN DEN LETZTEN 7 TAGEN?

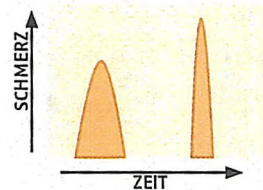
Bitte lies Dir alle Beschreibungen genau durch und kreuze dann an, was auf Deine Schmerzen am besten zutrifft.



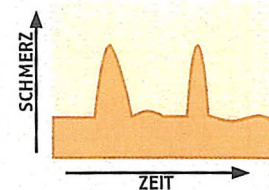
- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Die Stärke der Schmerzen ist immer ziemlich gleich und schwankt nur wenig.



- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Die Stärke meiner Schmerzen ist sehr unterschiedlich und schwankt sehr stark.



- Meine Schmerzen sind manchmal da und manchmal weg. Zwischendurch habe ich auch Zeiten, in denen ich keine Schmerzen habe.



- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Zwischendurch habe ich sehr starke Schmerzen, die wie zusätzliche Attacken auftreten.

13. WIE LANGE DAUERN DEINE HAUPTSCHMERZEN MEISTENS AN?

- Minuten, nämlich etwa ..... Minuten
- Stunden, nämlich etwa ..... Stunden
- Tage, nämlich etwa ..... Tage
- Dauernd



Im Folgenden möchten wir gerne ein bisschen mehr über Deine **Hauptschmerzen** erfahren, d.h. die Schmerzen die Du in der Körperabbildung mit einem Kreis markiert hast.

Mit den Zahlen kannst Du angeben, wie stark Deine Schmerzen sind. **0** bedeutet, dass Du keine Schmerzen hast. Bei **1** beginnt ein leichter Schmerz und der wird bei den folgenden Zahlen immer stärker bis hin zur **10**. **10** bedeutet, dass Du die stärksten Schmerzen hast.

BITTE DENKE BEI DEN NÄCHSTEN DREI FRAGEN AN DIE **LETZTEN 4 WOCHEN**.

**14. WIE STARK WAREN DEINE STÄRKSTEN SCHMERZEN IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN?**

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

**15. WIE STARK WAREN DEINE SCHMERZEN MEISTENS, WENN DU IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN SCHMERZEN HATTEST?**

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

**16. HATTEST DU IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN DAUERND SCHMERZEN (DAS HEISST, DEINE SCHMERZEN WAREN IMMER DA UND NIE WEG)?**

- Ja, meine Schmerzen waren immer da und nie weg
- Nein, meine Schmerzen waren manchmal da und manchmal weg



BITTE DENKE BEI DEN NÄCHSTEN DREI FRAGEN AN DIE LETZTEN 7 TAGE:

17. WIE STARK WAREN DEINE STÄRKSTEN SCHMERZEN IN DEN LETZTEN 7 TAGEN?

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR EINE ZAHL AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

18. WIE STARK WAREN DEINE SCHMERZEN MEISTENS, WENN DU IN DEN LETZTEN 7 TAGEN SCHMERZEN HATTEST?

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR EINE ZAHL AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

19. HATTEST DU IN DEN LETZTEN 7 TAGEN DAUERND SCHMERZEN  
(DAS HEISST, DEINE SCHMERZEN WAREN IMMER DA UND NIE WEG)?

- Ja, meine Schmerzen waren immer da und nie weg
- Nein, meine Schmerzen waren manchmal da und manchmal weg

20. WAS TUST DU, WENN DU SCHMERZEN HAST? WIE GUT HILFT DIR DAS?

.....

.....

.....

.....

21. GIBT ES AUCH IRGENDETWAS, WODURCH DEINE SCHMERZEN SCHLIMMER WERDEN?

- Ja                       Nein

Falls ja, wodurch werden Deine Schmerzen schlimmer?

.....

.....

.....

.....

.....



22. MIT DER FOLGENDEN LISTE VON EIGENSCHAFTSWÖRTERN KANNST DU GENAUER BESCHREIBEN, WIE DU DEINE SCHMERZEN EMPFINDEST. BITTE LASS KEINE DER BESCHREIBUNGEN AUS UND MACH IN JEDER ZEILE EIN KREUZ, INWIEWEIT DIE AUSSAGE FÜR DICH ZUTRIFFT.

ICH EMPFINDE MEINE SCHMERZEN ALS...				
	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
grausam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mörderisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
marternd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unerträglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hämmernd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pulsierend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## DIE AUSWIRKUNGEN DER SCHMERZEN AUF DICH UND DEINEN ALLTAG

23. WENN DU SCHMERZEN HAST, WIE OFT STÖRTEN SIE DICH IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN BEI DEN FOLGENDEN BESCHÄFTIGUNGEN? UMKREISE BITTE DIE ZAHL, DIE DEINER MEINUNG NACH AM BESTEN PASST.

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/meinen Appetit	1	2	3	4	5
Freunde treffen	1	2	3	4	5
Sport	1	2	3	4	5
Schlafen	1	2	3	4	5
Fernsehen	1	2	3	4	5
Lesen	1	2	3	4	5
Hausaufgaben	1	2	3	4	5
Schulbesuch	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen	1	2	3	4	5
Lieblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

FÄLLT DIR NOCH ETWAS ANDERES EIN, WOBEI DICH DEINE SCHMERZEN STÖREN? ODER MÖCHTEST DU EINEN PUNKT ETWAS AUSFÜHRLICHER BESCHREIBEN? HIER KANNST DU ES AUFSCHREIBEN.

.....

.....

.....



24. HABEN DICH DIE SCHMERZEN WÄHREND DER LETZTEN 7 TAGE VON ANSTRENGENDEN KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL RENNEN, RADFAHREN, HEBEN SCHWERER GEGENSTÄNDE ODER DER TEILNAHME AN ANSTRENGENDEN SPORTARTEN?

Nein  Ja, nämlich ca. an ..... Tagen

25. HABEN DICH DIE SCHMERZEN WÄHREND DER LETZTEN 7 TAGE VON GEMÄSSIGTEN KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL MEHRERE ETAGEN TREPPENSTEIGEN, BÜCKEN, SCHNELLES GEHEN ODER HEBEN?

Nein  Ja, nämlich ca. an ..... Tagen

26. HABEN DICH DIE SCHMERZEN WÄHREND DER LETZTEN 7 TAGE VON LEICHTEN KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL GEHEN, SITZEN ODER STEHEN?

Nein  Ja, nämlich ca. an ..... Tagen







## DEUTSCHES KINDERSCHMERZZENTRUM

VESTISCHE KINDER- UND JUGENDKLINIK DATTELN  
UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE

Die Kinderschmerzambulanz an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke besteht seit Oktober 2002. Seit Januar 2012 ist sie ein wichtiger Teil des Deutschen Kinderschmerzzentrums.

Das Deutsche Kinderschmerzzentrum bietet Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen eine umfassende medizinisch-psychologische Versorgung, bestehend aus

- > medizinischer und psychologischer Schmerzdiagnostik
- > individuell ausgearbeiteten Therapieplänen
- > integrativen Schmerztherapieverfahren wie transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Biofeedback etc.

Für die Mitarbeiter des Deutschen Kinderschmerzzentrums ist eine enge Zusammenarbeit mit

- > niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten sowie Hausärzten,
- > allen Fachbereichen der Kinderheilkunde (z.B. Gastroenterologie, Neurologie, Rheumatologie),
- > weiterführenden Fachdisziplinen (Orthopädie, Anästhesie etc.),
- > unterschiedlichen Berufsgruppen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Physiotherapeuten, Diätassistenten etc.) und komplementär-medicinischen Therapeuten (Homöopathie, Akupunktur etc.)

fester Bestandteil der Arbeit.

Neben der ambulanten Schmerztherapie bietet das Deutsche Kinderschmerzzentrum auch eine stationäre Behandlung für Kinder und Jugendliche mit sehr stark beeinträchtigenden chronischen Schmerzen auf der Station „Leuchtturm“ an. Dort werden Kinder und Jugendliche von einem interdisziplinären Team bestehend aus Ärzten, Psychologen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Erziehern, Sozialarbeitern und weiteren Therapeuten betreut. Die Kinder und Jugendlichen lernen auf der Station im Rahmen eines meist 3-wöchigen Behandlungsprogramms Schmerzbewältigungsstrategien. Spezielle Angebote, wie z. B. Krankengymnastik, Psychomotorik, Kunst- und Musiktherapie, begleitete Hospitationen der Familie im Klinikalltag, Belastungsproben sowie der Besuch der klinikeigenen Schule, komplettieren das stationäre therapeutische Konzept.


Im Juli 2008 wurde der „Vodafone Stiftungslehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin“ an der Universität Witten/Herdecke eingerichtet. Hier werden zahlreiche Forschungsarbeiten zu chronischen Schmerzen im Kindes- und Jugendalter durchgeführt.

### KONTAKT:

Deutsches Kinderschmerzzentrum  
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5  
45711 Datteln

Fon: 02363/975-180  
Fax: 02363/975-181

E-Mail: [info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de](mailto:info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de)

 [www.facebook.com/  
deutscheskinderschmerzzentrum](https://www.facebook.com/deutscheskinderschmerzzentrum)

[WWW.DEUTSCHES-KINDERSCHMERZZENTRUM.DE](http://WWW.DEUTSCHES-KINDERSCHMERZZENTRUM.DE)



Deutsches Kinderschmerzzentrum  
Du hast den Schmerz im Griff!  
Ich habe kein noch Kopfschmerzen. Der Alltag ist wieder normal. Und [...] ich hab wieder angefangen Lego zu bauen.  
Für Eltern  
Für Kinder  
Für Ärzte und Therapeuten





Deutsches  
Kinderschmerzzentrum



Vestische Kinder- und  
Jugendklinik Datteln  
Universität Witten/Herdecke



universität  
Witten/Herdecke



TRÄGER:  
VESTISCHE CARITAS-KLINIKEN GMBH



Name, Vorname .....

Datum: .....

## P-PDI SELBSTAUSKUNFT

### DIE AUSWIRKUNGEN DER SCHMERZEN AUF DICH UND DEINEN ALLTAG

WENN DU SCHMERZEN HAST, WIE OFT STÖRTEN SIE DICH IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN BEI DEN FOLGENDEN BESCHÄFTIGUNGEN? UMKREISE BITTE DIE ZAHL, DIE DEINER MEINUNG NACH AM BESTEN PASST.

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/meinen Appetit	1	2	3	4	5
Freunde treffen	1	2	3	4	5
Sport	1	2	3	4	5
Schlafen	1	2	3	4	5
Fernsehen	1	2	3	4	5
Lesen	1	2	3	4	5
Hausaufgaben	1	2	3	4	5
Schulbesuch	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen	1	2	3	4	5
Liebblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

Fällt Dir noch etwas anderes ein, wobei Dich Deine Schmerzen stören? Oder möchtest Du einen Punkt etwas ausführlicher beschreiben? Hier kannst Du es aufschreiben:

.....

.....

.....



Name, Vorname .....

Datum: .....

## DEUTSCHE FASSUNG DES PAEDIATRIC PAIN COPING INVENTORY (PPCI-REVISED)<sup>1</sup>

HIER IST EINE LISTE VON DINGEN, DIE KINDER MANCHMAL TUN, WENN SIE SCHMERZEN HABEN ODER IHNEN ETWAS WEH TUT. KREUZE BITTE JEDES MAL AN, OB DU DIESE BESCHRIEBENEN DINGE FAST NIE, MANCHMAL ODER HÄUFIG TUST. ACHE BITTE DARAUF, DASS DU NEBEN JEDEM SATZ NUR EIN KREUZ MACHST.

Wenn ich Schmerzen habe oder mir etwas weh tut,	FAST NIE	MANCHMAL	OFT
1. gehe ich ins Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. frage ich nach Medikamenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. möchte ich in den Arm genommen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. suche ich jemanden, der meine Schmerzen versteht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. weine oder schreie ich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. reibe ich mir die schmerzende Stelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ermutige ich mich selbst, tapfer zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. sitzen meine Mutter, mein Vater, ein Freund oder eine Freundin bei mir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. versuche ich, nicht an den Schmerz zu denken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. atme ich tief durch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. denke ich an schöne Dinge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. rede ich mit jemandem darüber, was ich den Tag über gemacht habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. wünsche ich mir, dass die Schmerzen weggehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. hoffe ich, dass meine Schmerzen nicht schlimmer werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. stelle ich mir in Gedanken vor, wie ich selbst die Schmerzen vertreibe oder verschwinden lasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. sage ich mir selbst, dass es mir bald wieder gut geht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. lege ich mich hin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. sage ich meiner Mutter oder meinem Vater Bescheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. bitte ich jemanden, bei mir zu bleiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. weiß ich, dass ich um etwas bitten kann, das die Schmerzen verringert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. bitte ich jemanden, mir zu erklären, warum ich Schmerzen habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. tue ich etwas Kaltes oder etwas Warmes auf die schmerzende Stelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. schlafe ich bis die Schmerzen weggehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. drücke ich die Hand einer anderen Person oder etwas anderes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. bitte ich jemanden, mir zu erzählen, dass die Schmerzen weggehen und es mir besser gehen wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>1</sup>englische Originalversion Paediatric Pain Coping Inventory (PPCI) von Varni et al. Pain, 1996

Auswertung

PaSchm

SuSoz

PosSel