

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

ODQ

Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire - deutsche Fassung

Gaul, C., Mette, E., Schmidt, T. & Grond, S. (2009)

Gaul, C., Mette, E., Schmidt, T. & Grond, S. (2009). ODQ. Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire - deutsche Fassung [Verfahrensdokumentation und Fragebogen]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.6560>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

<https://www.testarchiv.eu/de/test/9005982>

Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei dem/den Autor/en.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-NC-ND 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und den damit erzielten Ergebnissen informieren.

Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s).

By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

ODQ - Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire
(Gaul et al., 2008)

1. Dauer der Schmerzen

Seit wann haben Sie Rückenschmerzen?

Seit.....Jahren.....Monaten.....Wochen

Seit wann haben Sie Schmerzen im Bein/in den Beinen?

Seit.....Jahren.....Monaten.....Wochen

Bei den folgenden Aussagen bitten wir Sie die Antwortmöglichkeit durch Ankreuzen zu markieren, die am ehesten für Sie zutrifft! Bitte markieren Sie immer nur eine Antwort und gehen dabei von einem Tag mit durchschnittlicher Schmerzintensität in den letzten vier Wochen aus.

2. Ausmaß der Schmerzen/Schmerzstärke

☐ Ich kann die Schmerzen dulden, ohne dass ich Schmerztabletten nehmen muss.

☐ Die Schmerzen beeinträchtigen mich, aber ich kann sie ohne Schmerztabletten ertragen.

☐ Mit Schmerztabletten kann ich eine vollständige Schmerzreduktion erlangen.

☐ Mit Schmerztabletten kann ich eine mittelgradige Schmerzreduktion erlangen.

☐ Mit Schmerztabletten kann ich nur eine geringe Schmerzreduktion erlangen.

☐ Schmerztabletten haben keinen Einfluss auf meine Schmerzen und ich nehme auch keine.

3. Persönliche Versorgung (z. B. Anziehen, Körperpflege)

☐ Ich kann meine persönliche Versorgung bewältigen, ohne dass dadurch zusätzliche Schmerzen entstehen.

☐ Ich kann meine persönliche Versorgung bewältigen, aber dadurch entstehen zusätzliche Schmerzen.

☐ Die Erledigung meiner persönlichen Versorgung ist für mich schmerzhaft, deshalb bin ich dabei langsam und vorsichtig.

☐ Ich brauche etwas Hilfe bei meiner persönlichen Versorgung, kann aber das meiste selbstständig erledigen.

☐ Ich brauche täglich Hilfe bei der Erledigung der meisten meiner persönlichen Bedürfnisse.

☐ Ich kann mich noch nicht mal mehr selbstständig ankleiden, Waschen ist schwierig und ich bleibe im Bett.

4. Heben und Tragen

☐ Ich kann schwere Dinge ohne zusätzliche Schmerzen heben.

☐ Ich kann schwere Dinge heben, aber es verursacht zusätzliche Schmerzen.

☐ Wegen der Schmerzen kann ich keine schweren Gegenstände vom Boden anheben, aber ich kann es schaffen, wenn sich die Dinge in einer günstigen Position befinden (z. B. auf dem Tisch).

☐ Wegen der Schmerzen kann ich keine schweren Gegenstände anheben, aber leichte oder mittelschwere Gegenstände kann ich heben, wenn sie sich in einer günstigen Position befinden.

☐ Ich kann nur sehr leichte Gegenstände heben.

☐ Ich kann gar nichts heben oder tragen.

5. Gehen

☐ Ich kann ohne Einschränkung der Streckenlänge gehen.

☐ Ich kann aufgrund der Schmerzen nicht weiter als 1500 m gehen.

☐ Ich kann aufgrund der Schmerzen nicht weiter als 800 m gehen.

☐ Ich kann aufgrund der Schmerzen nicht weiter als 400 m gehen.

☐ Ich kann nicht ohne Stock oder Unterarmstützen gehen.

☐ Ich liege die meiste Zeit im Bett und muss zur Toilette krabbeln.

6. Sitzen

- ☐ Ich kann auf jedem Stuhl solange sitzen wie ich will.
- ☐ Ich kann nur auf meinem Lieblingsstuhl solange wie ich will sitzen.
- ☐ Ich kann aufgrund der Schmerzen nicht länger als eine Stunde sitzen.
- ☐ Ich kann aufgrund der Schmerzen nicht länger als eine halbe Stunde sitzen.
- ☐ Ich kann aufgrund der Schmerzen nicht länger als zehn Minuten sitzen.
- ☐ Die Schmerzen hindern mich überhaupt am Sitzen.

7. Stehen

- ☐ Ich kann, ohne dass dies zu zusätzliche Schmerzen führt, so lange stehen wie ich will.
- ☐ Ich kann so lange Stehen wie ich will, aber es verursacht zusätzliche Schmerzen.
- ☐ Die Schmerzen halten mich davon ab länger als eine Stunde zu stehen.
- ☐ Die Schmerzen halten mich davon ab länger als 30 Minuten zu stehen.
- ☐ Die Schmerzen halten mich davon ab länger als 10 Minuten zu stehen.
- ☐ Die Schmerzen halten mich davon ab überhaupt zu stehen.

8. Schlafen

- ☐ Die Schmerzen halten mich nicht davon ab gut zu schlafen.
- ☐ Ich kann gut nur gut schlafen, wenn ich Tabletten nehme.
- ☐ Auch wenn ich Tabletten nehme schlafe ich weniger als sechs Stunden.
- ☐ Auch wenn ich Tabletten nehme schlafe ich weniger als vier Stunden.
- ☐ Auch wenn ich Tabletten nehme schlafe ich weniger als zwei Stunden.
- ☐ Die Schmerzen halten mich davon ab überhaupt zu schlafen.

9. Sexualität

- ☐ Mein Sexualleben ist normal (wie vor Beginn meiner Rückenschmerzen) und verursacht keine zusätzlichen Schmerzen.
- ☐ Mein Sexualleben ist normal, aber es verursacht zusätzliche Schmerzen.
- ☐ Mein Sexualleben ist fast normal, aber es verursacht deutliche Schmerzen.
- ☐ Mein Sexualleben ist durch die Schmerzen deutlich eingeschränkt.
- ☐ Mein Sexualleben ist aufgrund der Schmerzen nahezu nicht mehr vorhanden.
- ☐ Die Schmerzen halten mich von jeglichem Sexualleben ab.

10. Soziale Kontakte, Teilhabe am sozialen Leben

- ☐ Mein Sozialleben ist normal (wie vor Beginn meiner Rückenschmerzen) und verursacht keine zusätzlichen Schmerzen.
- ☐ Mein Sozialleben ist normal, aber verstärkt die Schmerzen.
- ☐ Die Schmerzen haben keinen deutlichen Einfluss auf mein Sozialleben, abgesehen von anstrengenderen Aktivitäten (z. B. Tanzen).
- ☐ Die Schmerzen schränken mein Sozialleben ein, ich gehe nicht mehr häufig aus.
- ☐ Die Schmerzen schränken mein Sozialleben auch zu Hause ein.
- ☐ Aufgrund der Schmerzen habe ich kein Sozialleben.

11. Reisen

- ☐ Ich kann überall ohne zusätzliche Schmerzen hinreisen.
- ☐ Ich kann überall hinreisen, aber es verursacht zusätzliche Schmerzen.
- ☐ Ich habe Schmerzen, aber ich kann höchstens bis zu zwei Stunden reisen.
- ☐ Die Schmerzen schränken meine Reisen auf weniger als eine Stunde ein.
- ☐ Die Schmerzen beschränken mich auf notwenige Reisen von nicht mehr als 30 Minuten.
- ☐ Die Schmerzen halten mich davon ab, andere Wege als zum Arzt oder ins Krankenhaus zu machen.