WOSI – Score
Western Ontario Shoulder Instability Index
(deutsche Fassung, nach Drerup et al. 2010)

Name: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____ Untersucher: _____

Abschnitt A: Körperliche Symptome

Die folgenden Fragen beziehen sich auf körperliche Symptome, die aufgrund Ihrer Schulterproblematik aufgetreten sind. Geben Sie für alle Fragen die Stärke Ihrer Symptome in der vergangenen Woche an. Bitte markieren Sie die jeweils zutreffende Antwort auf der Skala von 0 – 10.

1. Wie stark empfinden Sie Schmerzen in Ihrer Schulter bei Überkopftätigkeiten?

Keine Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schmerzen

2. Wie stark empfinden Sie Schmerzen oder Klopfen in Ihrer Schulter?

Keine Schmerzen/ Kein Klopfen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schmerzen/ Extremes Klopfen

3. Wie stark empfinden Sie Schwäche oder Kraftverlust in Ihrer Schulter?

Keine Schwäche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schwäche

4. Wie stark empfinden Sie Ermüdung oder Mangel an Ausdauer in Ihrer Schulter?

Keine Ermüdung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Ermüdung

5. Wie stark empfinden Sie „Klicken“, Knacken oder Schnappen in Ihrer Schulter?

Klein „Klicken“	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremes „Klicken“

6. Wie stark empfinden Sie Steifheit in Ihrer Schulter?

Keine Steifheit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Steifheit

7. Wie stark empfinden Sie Beschwerden in Ihrer Nackenmuskulatur aufgrund Ihrer Schulter?

Keine Beschwerden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Beschwerden

8. Wie stark empfinden Sie Instabilität oder Lockerung in Ihrer Schulter?

Keine Instabilität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Instabilität

9. Wie stark gleichen Sie mit anderen Muskeln Ihre Schulterproblematik aus?

Gar nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extrem

10. Wie stark ist der Verlust an Bewegungsumfang in Ihrer Schulter?

Kein Verlust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremer Verlust

Abschnitt B: Sport/Freizeit/Arbeit

Der folgende Abschnitt bezieht sich darauf, wie Ihre Schulterproblematik Ihre Arbeit, Sport oder Freizeitaktivitäten in der vergangenen Woche beeinflusst hat. Bitte markieren Sie die Antwort für jede Frage auf der Skala von 0 bis 10.

11. In welchem Ausmaß hat Ihre Schulter die Teilnahme an Sport oder Freizeitaktivitäten eingeschränkt?

Keine Einschränkung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Einschränkung

12. Wie stark hat Ihre Schulter die Ausführung bestimmter Bewegungen beeinflusst, die für Sie beim Sport oder bei der Arbeit notwendig sind? (Wenn Ihre Schulter beide Bereiche, Sport und Arbeit, betrifft, beziehen Sie sich bitte auf den am meisten betroffenen Bereich.)

Kein Einfluss	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremer Einfluss

13. Wie stark empfinden Sie das Bedürfnis, Ihren Arm bei Tätigkeiten zu schützen?

Gar nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extrem

14. Wie stark empfinden Sie Schwierigkeiten beim Heben von schweren Gegenständen unter Schulterhöhe?

Keine Schwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schwierigkeiten

Abschnitt C: Lebensgewohnheiten

Der folgende Abschnitt bezieht sich darauf, wie sehr Ihre Schulter Ihre Lebensgewohnheiten beeinflusst oder verändert hat. Bitte markieren Sie wieder die entsprechende Antwort für die vergangene Woche auf der Skala von 0 – 10.

15. Wie stark ist Ihre Angst, auf Ihre Schulter zu stürzen?

Keine Angst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Angst

16. Wie viel Schwierigkeiten haben Sie, Ihr gewünschtes Fitnessniveau aufrecht zu erhalten?

Keine Schwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schwierigkeiten

17. Wie viele Schwierigkeiten haben Sie beim „Toben oder Herumtollen“ mit der Familie oder Freunden?

Keine Schwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schwierigkeiten

18. Wie viele Schwierigkeiten haben Sie beim Schlafen aufgrund Ihrer Schulter?

Keine Schwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schwierigkeiten

Abschnitt D: Empfinden

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Empfinden in der vergangenen Woche mit Bezug auf Ihre Schulterproblematik. Bitte markieren Sie die entsprechende Antwort auf der Skala von 0 – 10.

19. Wie stark nehmen Sie Ihre Schulter wahr?

Keine Wahrnehmung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Wahrnehmung

20. Wie besorgt sind Sie, dass sich Ihre Schulterproblematik verschlimmern könnte?

Keine Sorge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Sorge

21. Wie stark ist das Gefühl der Frustration aufgrund Ihrer Schulter?

Keine Frustration	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Frustration

Quelle:

Drerup S, Angst F, Griffin S, Flury MP, Simmen BR, Goldhahn J. Western Ontario shoulder instability index (WOSI): translation and cross-cultural adaptation for use by German speakers. Orthopäde. 2010 Jul; 39(7): 711-8.

DIGOTOR GmbH
Fortbildungen für Orthopädische Medizin und Manuelle Therapie
Frank Diemer · Nedeljko Goreta · Volker Sutor
Austraße 30 · D-74336 Brackenheim
info@digotor.info www.digotor.info www.facebook.com/digotor.info www.instagram.com/digotor.fortbildungen