

## SSS-8

### Fragebogen für Patient:innen

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 7 Tage durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

#### 1. Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden

<input type="checkbox"/>				
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

#### 2. Rückenschmerzen

<input type="checkbox"/>				
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

#### 3. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken

<input type="checkbox"/>				
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

#### 4. Kopfschmerzen

<input type="checkbox"/>				
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

#### 5. Schmerzen im Brustbereich oder Kurzatmigkeit

<input type="checkbox"/>				
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

## 6. Schwindel

<input type="checkbox"/>				
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

## 7. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

<input type="checkbox"/>				
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

## 8. Schlafstörungen

<input type="checkbox"/>				
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

**Gesamtwert:** \_\_\_\_

## **Auswertung SSS-8**

### **Somatic Symptom Scale 8**

Es wird die Gesamtsumme der Items gebildet. Der Gesamtwert kann zwischen 0 und 32 liegen. Der Fragebogen gibt Hinweise darauf, ob und wie stark Patient:innen von einzelnen somatischen Symptomen betroffen sind.

#### **Interpretation:**

- 0-3 unauffällig
- 4-7 gering
- 8-11 mittel
- 12-15 hoch
- 16-32 sehr hoch

**Originalarbeit:** Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, & Löwe B. (2014). The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399–407