

ND-OEC

Diagnoseoffener Overload- und Erschöpfungsscheck

ADAPTIVE WEBFASSUNG v0.2

26 Kernfragen

ca. 4-6 Minuten

Dieser Check untersucht anhaltende Erschöpfung und akute Überlastung. Nach 26 Kernfragen erscheinen nur die Vertiefungen, die zu deinen Antworten passen.

Name oder Code (optional): _____

Datum: _____

Du kannst jede Frage überspringen oder „nicht beurteilbar“ wählen.

Zeitverlauf

Wähle jeweils die Antwort, die am ehesten passt.

1. Wie lange besteht die aktuelle deutliche Veränderung oder Erschöpfung schon?	☐ Weniger als 24 Stunden ☐ 1 bis 6 Tage ☐ 1 bis 3 Wochen ☐ 4 bis 11 Wochen	☐ 3 bis 6 Monate ☐ Länger als 6 Monate ☐ Unklar
2. Wie verläuft das Problem am ehesten?	☐ Einzelne klar abgrenzbare Episoden ☐ Wiederkehrende Episoden mit Erholung dazwischen ☐ Anhaltender Zustand ohne klare Erholung	☐ Anhaltender Zustand plus akute Episoden ☐ Unklar
3. Wie weit kommst du zwischen Belastungsspitzen zu deinem vorherigen stabilen Zustand zurück?	☐ Weitgehend oder vollständig ☐ Nur teilweise ☐ Gar nicht oder kaum	☐ Keine klaren Episoden ☐ Unklar

Veränderungen in den letzten vier Wochen

Vergleiche dich mit deiner letzten relativ stabilen Phase.

4. Ich war geistig erschöpfter.	☐ Nicht staerker/schwerer ☐ Etwas ☐ Deutlich	☐ Sehr stark oder kaum moeglich ☐ Nicht beurteilbar
5. Ich war körperlich erschöpfter.	☐ Nicht staerker/schwerer ☐ Etwas ☐ Deutlich	☐ Sehr stark oder kaum moeglich ☐ Nicht beurteilbar
6. Schlaf, Pausen oder freie Tage brachten weniger Erholung als früher.	☐ Nicht staerker/schwerer ☐ Etwas ☐ Deutlich	☐ Sehr stark oder kaum moeglich ☐ Nicht beurteilbar
7. Klares Denken und das Abrufen bekannter Informationen waren schwieriger.	☐ Nicht staerker/schwerer ☐ Etwas ☐ Deutlich	☐ Sehr stark oder kaum moeglich ☐ Nicht beurteilbar
8. Entscheidungen, Priorisieren und das Ordnen von Arbeitsschritten waren schwieriger.	☐ Nicht staerker/schwerer ☐ Etwas ☐ Deutlich	☐ Sehr stark oder kaum moeglich ☐ Nicht beurteilbar

Veränderungen in den letzten vier Wochen - weitere Fragen

9. Meine Toleranz für Reize wie Geräusche, Licht, Berührung oder Menschenmengen war geringer.	☐ Nicht staerker/schwerer ☐ Etwas ☐ Deutlich	☐ Sehr stark oder kaum moeglich ☐ Nicht beurteilbar
10. Gefühle zu regulieren oder Frust auszuhalten war schwieriger.	☐ Nicht staerker/schwerer ☐ Etwas ☐ Deutlich	☐ Sehr stark oder kaum moeglich ☐ Nicht beurteilbar
11. Essen, Körperpflege, Haushalt, Einkaufen oder Termine waren schwieriger.	☐ Nicht staerker/schwerer ☐ Etwas ☐ Deutlich	☐ Sehr stark oder kaum moeglich ☐ Nicht beurteilbar
12. Arbeit, Studium, Familie, Care-Arbeit oder andere Pflichten waren schwieriger.	☐ Nicht staerker/schwerer ☐ Etwas ☐ Deutlich	☐ Sehr stark oder kaum moeglich ☐ Nicht beurteilbar

Belastungskontext

13. Die Anforderungen waren höher als meine verfügbare Kraft und Steuerungsfähigkeit.	☐ Ueberhaupt nicht ☐ An einzelnen Tagen ☐ An mehr als der Haelfte der Tage	☐ Beinahe jeden Tag ☐ Nicht beurteilbar
14. Zwischen Anforderungen gab es zu wenig verlässliche Erholungszeit.	☐ Ueberhaupt nicht ☐ An einzelnen Tagen ☐ An mehr als der Haelfte der Tage	☐ Beinahe jeden Tag ☐ Nicht beurteilbar
15. Ich musste Bedürfnisse, Symptome oder selbstregulierendes Verhalten verbergen oder kompensieren.	☐ Ueberhaupt nicht ☐ An einzelnen Tagen ☐ An mehr als der Haelfte der Tage	☐ Beinahe jeden Tag ☐ Nicht beurteilbar
16. Die Umgebung war sensorisch schwer anpassbar.	☐ Ueberhaupt nicht ☐ An einzelnen Tagen ☐ An mehr als der Haelfte der Tage	☐ Beinahe jeden Tag ☐ Nicht beurteilbar
17. Unterbrechungen, Aufgabenwechsel, Planung oder Zeitdruck überforderten meine Steuerungsfähigkeit.	☐ Ueberhaupt nicht ☐ An einzelnen Tagen ☐ An mehr als der Haelfte der Tage	☐ Beinahe jeden Tag ☐ Nicht beurteilbar
18. Soziale oder kommunikative Erwartungen erforderten unverhältnismässig viel Anpassung und Kraft.	☐ Ueberhaupt nicht ☐ An einzelnen Tagen ☐ An mehr als der Haelfte der Tage	☐ Beinahe jeden Tag ☐ Nicht beurteilbar

Auswirkungen

19. Wie stark waren Selbstversorgung und Gesundheitspflege beeinträchtigt?	☐ Nicht staerker/schwerer ☐ Etwas ☐ Deutlich	☐ Sehr stark oder kaum moeglich ☐ Nicht beurteilbar
20. Wie stark waren Arbeit, Studium, Haushalt, Beziehungen, Familie oder Care-Aufgaben beeinträchtigt?	☐ Nicht staerker/schwerer ☐ Etwas ☐ Deutlich	☐ Sehr stark oder kaum moeglich ☐ Nicht beurteilbar

Mögliche zusätzliche Bereiche

Bei Ja oder Unsicher folgen nur zu diesem Bereich einige kurze Fragen.

21. Gab es zuletzt deutlich weniger Freude, Hoffnung oder Interesse als sonst?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher
22. Waren Sorgen, Anspannung, Panik oder innere Alarmbereitschaft zuletzt auffällig?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher
23. Gab es zuletzt deutliche Schlafprobleme oder starke Tagesschläfrigkeit?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher
24. Begannen oder verschlechterten sich die Beschwerden nach Infekt, COVID-19, Operation oder körperlicher Erkrankung?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher
25. Gab es einen zeitlichen Zusammenhang mit Medikamenten- oder Substanzveränderungen?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher
26. Bestehen neue, ungewöhnliche oder zunehmende körperliche Beschwerden?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher

Adaptive Vertiefungen

Die folgenden Abschnitte werden auf der Webseite nur angezeigt, wenn der jeweilige Kernhinweis mit Ja oder Unsicher beantwortet wurde. Sie gehören nicht automatisch zum Frageumfang.

Akute Overload-Episode

Beziehe dich auf die letzte oder typischste Episode.

Nur bei einzelnen, wiederkehrenden oder gemischten Episoden.

A1. Ich fühlte mich durch Reize, Informationen, soziale Situationen oder Gefühle überwältigt.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar
A2. Es entstand ein kaum aushaltbarer innerer Druck oder sehr starke Gefühle.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar
A3. Klares Denken, Erinnern oder Abwägen brach vorübergehend deutlich ein.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar
A4. Ich musste stark um Kontrolle ringen oder fühlte mich vorübergehend nicht wie ich selbst.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar
A5. Es kam sichtbar oder innerlich zu Entladen, Weinen, Schreien oder heftigen Bewegungen.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar
A6. Es kam zu Erstarren, starkem Rückzug oder dem Gefühl, innerlich offline zu gehen.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar
A7. Sprechen, Reagieren oder zielgerichtetes Handeln war vorübergehend stark eingeschränkt.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar

Vertiefung Stimmung

Nur bei Ja oder Unsicher zu Kernfrage 21.

B1. Wie oft fiel es dir schwer, Interesse oder Freude an Dingen zu empfinden, die dir sonst etwas bedeuten?

- ☐ Ueberhaupt nicht
- ☐ An einzelnen Tagen
- ☐ An mehr als der Haelfte der Tage

- ☐ Beinahe jeden Tag
- ☐ Nicht beurteilbar

B2. Wie oft fühltest du dich über längere Zeit gedrückt, mutlos oder ohne Zuversicht?

- ☐ Ueberhaupt nicht
- ☐ An einzelnen Tagen
- ☐ An mehr als der Haelfte der Tage

- ☐ Beinahe jeden Tag
- ☐ Nicht beurteilbar

Vertiefung Angst und Sorgen

Nur bei Ja oder Unsicher zu Kernfrage 22.

C1. Wie oft waren Körper oder Gedanken anhaltend in Anspannung oder Alarmbereitschaft?

- ☐ Ueberhaupt nicht
- ☐ An einzelnen Tagen
- ☐ An mehr als der Haelfte der Tage

- ☐ Beinahe jeden Tag
- ☐ Nicht beurteilbar

C2. Wie oft liefen Sorgen weiter, obwohl du sie unterbrechen wolltest?

- ☐ Ueberhaupt nicht
- ☐ An einzelnen Tagen
- ☐ An mehr als der Haelfte der Tage

- ☐ Beinahe jeden Tag
- ☐ Nicht beurteilbar

Schlaf

Nur bei Ja oder Unsicher zu Kernfrage 23.

D1. An wie vielen Nächten pro Woche hattest du ein Schlafproblem?	☐ Keine ☐ 1 Nacht ☐ 2 Nächte	☐ 3 Nächte ☐ 4 Nächte ☐ 5 bis 7 Nächte	
D2. Wie stark belastete dich der schlechte Schlaf?	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar	
D3. Wurden lautes Schnarchen, Atemaussetzer oder nächtliches Luftschnappen beobachtet?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher

Vertiefung Belastungsverschlechterung

Nur bei Ja oder Unsicher zu Kernfrage 24.

E1. Schon geringe körperliche oder geistige Anstrengung verschlechterte die Beschwerden deutlich.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar
E2. Die Verschlechterung begann erst Stunden später oder am Folgetag.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar
E3. Die Verschlechterung hielt länger als 24 Stunden an.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar
E4. Nach Belastung nahmen Erschöpfung, Denken, Schmerzen, Schlaf- oder grippeähnliche Beschwerden zu.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar
E5. Ich musste Aktivitäten deutlich reduzieren, um solche Verschlechterungen zu vermeiden.	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Deutlich	☐ Sehr stark ☐ Nicht beurteilbar

Medikamente

Nur bei Ja oder Unsicher zu Kernfrage 25.

F1. Beginn die Veränderung nach Start, Absetzen oder Dosisänderung eines Medikaments?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher
F2. Beginn sie nach deutlicher Veränderung von Alkohol, Cannabis, Stimulanzien oder Beruhigungsmitteln?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher

Vertiefung körperliche Hinweise

Nur bei Ja oder Unsicher zu Kernfrage 26.

G1. Bestehen ungeklärter Gewichtsverlust, anhaltendes Fieber/Nachtschweiss oder auffällige Blutungen?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher
G2. Bestehen neu starker Durst, deutlich häufigeres Wasserlassen oder ungewöhnliche Kreislaufprobleme?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher
G3. Bestehen neue oder zunehmende Schmerzen, Muskelschwäche, Taubheit oder andere körperliche Beschwerden?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher
G4. Könnte Schwangerschaft, eine Geburt im letzten Jahr oder eine hormonelle Umstellung relevant sein?	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unsicher

Optionale Angaben für die Forschung

Diese Angaben gehören nicht zur unmittelbaren Hinweisauswertung und dürfen übersprungen werden.

• Altersgruppe	☐ 18-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-54	☐ 55-64 ☐ 65+ ☐ keine Angabe	
• Neurodivergenz (Mehrfachauswahl)	☐ Autismus ☐ ADHS ☐ Legasthenie/Dyskalkulie ☐ Dyspraxie	☐ Tourette/Tics ☐ andere ☐ unsicher ☐ keine	
• Einordnung	☐ fachlich diagnostiziert ☐ selbstidentifiziert	☐ beides ☐ keine Angabe	
• Vermutest du aktuell selbst einen Burnout?	☐ Ja	☐ Nein	☐ Unsicher
• Akute Überlastungs-/Meltdown-/Shutdown-Episode in den letzten 14 Tagen?	☐ Ja	☐ Nein	☐ Unsicher

Freitext: Was hilft? Was verschlechtert?

Danke für deine Teilnahme.

Die Auswertung zeigt getrennte, vorläufige Hinweise. Die Formulierungen sind eigenständig; es werden keine Fragen oder Grenzwerte fremder Testverfahren übernommen.