

**Reha-Beginn**

**Indikatoren des Reha-Status – IRES  
Version 3.1**

---

**Fragebogen**

***Gesundheit  
in Beruf und Alltagsleben***

**+**

---

Alle Rechte der Fragebogengestaltung:  
Dr. N. Gerdes, Dr. B. Bührlen, Prof. Dr. W.H. Jäckel  
Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung,  
Bergseestr. 61, D-79713 Bad Säckingen

●

# Wie wird's gemacht?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen. ◆
- Bitte machen Sie pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen! Entscheiden Sie sich bitte für eine der Antwortmöglichkeiten!
- Wenn Sie Anmerkungen zu den Fragen haben, können Sie diese auf der letzten Seite des Fragebogens notieren.

Beispiel:

	Meis- tens	Ziem- lich oft	Manch- mal	Selten	Nie
<b>Richtig:</b> Ich konnte schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Falsch!:</b> Ich konnte schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Manchmal ist es auch erforderlich, Zahlen einzutragen:

Beispiel:      Wie alt sind Sie?      52 Jahre

- Gehen Sie der Reihe nach vor, Frage für Frage. Lassen Sie dabei keine Frage aus, außer Sie werden ausdrücklich dazu aufgefordert!

Beispiel:

Sind Sie Raucher?

Nein  
  
↓

Ja

Weiter mit Frage ...!

- Füllen Sie alle Unterpunkte einer Frage aus, auch wenn sie auf Sie nicht zutreffen!

Beispiel:

+  
Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?

	Stark	Ziem- lich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- Wir würden gerne wissen, wie lange Sie zum Ausfüllen des Fragebogens brauchen. Bitte schauen Sie jetzt auf die Uhr und notieren Sie die Zeit. Die Zeit, die Sie für das Ausfüllen benötigt haben, können Sie dann am Ende des Bogens eintragen.●

Aktuelle Uhrzeit:

# Ihre Gesundheit

1. Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

Sehr stark

1

Stark

2

Ziemlich

3

Etwas

4

Wenig

5

Gar nicht

6

1



2. Wie viel kann man Ihrer Meinung nach tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern?

Sehr viel

1

Viel

2

Einiges

3

Etwas

4

Wenig

5

Nichts

6

2

3. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

Sehr gut

1

Gut

2

Zufrieden-  
stellend

3

Weniger gut

4

Schlecht

5

Sehr schlecht

6

3

4. Wegen welcher Krankheit sind Sie hauptsächlich zur Rehabilitation gekommen?

4

5. Wie viel wiegen Sie ohne Bekleidung?

Kilogramm

5

6. Wie groß sind Sie?

Zentimeter

6

7. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten so krank, dass Sie das Bett hüten mussten?

An keinem Tag

0

**oder:** An ca.  Tagen

7



8. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. als schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren.

Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht		
Rauchen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	
Übergewicht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	
Falsche Ernährung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	
Bewegungsmangel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	
Stress und Hektik .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	
Alkoholkonsum .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	
	1	2	3	4	5		
◆	Stark erhöht	Ziemlich erhöht	Mäßig erhöht	Ein wenig erhöht	Gar nicht erhöht	Weiß nicht	
Cholesterin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Blutzucker (Diabetes) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
Blutdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
	1	2	3	4	5	6	

9. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter Schmerzen gelitten?

So gut wie nie	Selten	Manchmal	Ziemlich oft	Meistens	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6
↓	↓	↓	↓	↓	↓

Bitte weiter mit Frage 14!

Weiter mit der nächsten Frage!

Frage 10 bis Frage 13 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!

10. Wo hatten Sie diese Schmerzen?

**11. Wie stark waren diese Schmerzen?**

19

Ich hatte keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
◆ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

**12. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?**

20

Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Etwas beeinträchtigt	Ziemlich beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt	Sehr stark beeinträchtigt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

**13. An wie vielen Tagen in den letzten 7 Tagen hatten Sie starke oder störende Schmerzen?**

21

An  Tagen in den letzten 7 Tagen

**Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!**

**14. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

**Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen...**

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
... beim Treppensteigen in normalem Schritt ein Stockwerk hoch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
... beim bergan Gehen oder beim schnellen Gehen auf ebener Strecke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
+	1	2	3	4	5	

**15. Wie stark haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz!*

**Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...**

+	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
... beim Aufstehen nach längerem Sitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
... bei längerem Gehen (ca. eine halbe Stunde lang).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
	1	2	3	4	5	

**16. Wie häufig haben Sie in den letzten 4 Wochen unter den folgenden Schwierigkeiten gelitten?**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz!*

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich habe Namen von Personen vergessen, die mir eigentlich bekannt sind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
Ich konnte mich nicht besonders gut konzentrieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
Ich habe ab und zu Erledigungen vergessen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
Ich hatte das Gefühl, komplizierte Dinge nur langsam zu begreifen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
Ich konnte mir neue Dinge nicht besonders gut einprägen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
	1	2	3	4	5	

# Familie, Freunde und Bekannte

**17. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?  
Zählen Sie dabei bitte auch die Kinder mit!**

Insgesamt  Person(en)

Davon  Person(en) unter 18 Jahren

■

35

36

**18. Wie ist Ihr Familienstand?**

- **Ledig**  
  
1
- Verheiratet**  
  
2
- Geschieden /  
getrennt lebend**  
  
3
- Verwitwet**  
  
4

37

**Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?**

- Nein**  
  
1
- Ja**  
  
2

38

**19. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit in der letzten Zeit folgende Aussagen auf Sie zutrafen:**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Trifft voll zu	Trifft weit- gehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu
● Es gibt kaum jemanden, der mir Arbeit abnimmt, wenn ich einmal Hilfe brauche .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über persönliche Dinge kann ich eigentlich mit kaum jemand sprechen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

39

40

41

42

◆

**20. Inwieweit machen Sie sich zurzeit über folgende Dinge Sorgen?**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	+
Wegen meiner Krankheit kann ich mich nicht mehr genügend um meine Familie und meine Freunde kümmern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
Mein Gesundheitszustand geht anderen „auf die Nerven“ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
Wegen meines Gesundheitszustands bleibt mir weniger Zeit für Familie und Bekannte ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45
Durch meine Krankheit belaste ich die Menschen, die mir nahe stehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
	1	2	3	4	5	

**Alltägliche Sorgen und Probleme**

**21. Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie in den letzten 4 Wochen folgende Gefühle hatten:**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich war innerlich gespannt und habe mich nervös gefühlt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
Ich hatte das Gefühl, dass es mir schwer fällt, mich zu beruhigen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
Ich fühlte mich rastlos, musste ständig in Bewegung sein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
	1	2	3	4	5	

**22. Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen:**

**Wie stark hat Sie Ihr Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben in Beruf oder Haushalt eingeschränkt?**

Sehr stark	Stark	Ziemlich	Etwas	Wenig	Gar nicht	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	2	3	4	5	6	

**23. Wie häufig fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen ...■**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
... völlig erschöpft?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
... lustloser als früher? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53
... unruhig und abgespannt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
... wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
	1	2	3	4	5	

**24. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl ...**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
... dass Sie sich zu nichts entschließen können?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56
... dass Ihnen nichts mehr Spaß macht? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57
... dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58
... ohne Schwung zu sein?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59
	1	2	3	4	5	

**25. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie zurzeit folgenden Aussagen zustimmen:■**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Trifft voll zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu	
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62
	1	2	3	4	5	







**26. ♦ Wenn Sie an die letzten 4 Wochen denken: Wie schätzen Sie sich selbst ein?**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich habe bei manchen Aufgaben versagt und hätte vieles besser machen können .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63
Ich habe mir gewünscht, ich hätte mehr Selbstvertrauen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64
Ich fand, dass ich mich zu leicht von anderen einschüchtern lasse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65
	1	2	3	4	5	

**27. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Völlig unzufrieden							Völlig zufrieden	
<b>Wie zufrieden waren Sie ...■</b>									
... mit Ihrer Wohnsituation?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66
... mit Ihrer finanziellen Lage?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67
... mit Ihrer Freizeit?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68
... mit Ihrer Gesundheit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69
... mit Ihrer familiären Situation? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70
... mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71
<b>Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen ...●</b>							♦		
Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen dann insgesamt mit Ihrem Leben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72
	1	2	3	4	5	6		7	

# Gesundheit und Krankheit im alltäglichen Leben

Die folgenden Fragen nach alltäglichen Tätigkeiten beziehen sich auf die Zeit vor Beginn Ihrer derzeitigen Behandlung. Bitte beachten Sie jeweils den Zeitraum, der in den einzelnen Fragen angesprochen ist.

Falls Sie gerade einen stationären Krankenhausaufenthalt (z.B. wegen einer Operation) hinter sich haben, beziehen Sie die Fragen bitte auf die Zeit davor. ●

## 28. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Unmöglich	Große Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Ohne Schwierigkeiten	
Körperlich schwere Arbeiten verrichten (z.B. schwere Gegenstände heben).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
Sich strecken, um ein Buch von einem hohen Regal zu holen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74
Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75
Zu einer kulturellen Veranstaltung oder einem Fest gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76
Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen (z.B. Mineralwasserkasten) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77
Eine halbe Stunde körperlich arbeiten (wie z.B. Staub saugen, Rasen mähen) ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78
Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt (z.B. Joggen, Skilaufen, Bergwandern) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79
	1	2	3	4	5	■

## 29. ♦ Wie gut sind Sie über Ihre Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten informiert?

Sehr gut	Gut	Zufriedenstellend	Weniger gut	Schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

**30. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten gehabt hätten, folgendes zu tun:●**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Unmöglich	Große Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Ohne Schwierigkeiten	
Eine Tageswanderung machen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81
30 Minuten lang ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82
Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83
Eine Zugreise unternehmen, die länger als 8 Stunden dauert .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84
	1	2	3	4	5	+

**31. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zurzeit auf Sie zutreffen:**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Trifft voll zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu	
Wenn man sich ein bisschen umstellt, kann man trotz der Krankheit ganz gut im Alltag zurecht kommen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85
Ich komme innerlich mit der Krankheit ganz gut zurecht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86
Trotz meiner Krankheit kann ich alle Dinge tun, die mir wirklich wichtig sind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87
◆	1	2	3	4	5	

**32. Ich weiß, wie ich mich verhalten muss, um meine Krankheit positiv zu beeinflussen.**

Stimmt voll und ganz

1

Stimmt weitgehend

2

Stimmt ziemlich

3

Stimmt etwas

4

Stimmt kaum

5

Stimmt überhaupt nicht

6

88

**33. Ich schaffe es, mein Wissen über die Krankheit in alltägliches Verhalten umzusetzen.**

◆

Stimmt voll und ganz

1

Stimmt weitgehend

2

Stimmt ziemlich

3

Stimmt etwas

4

Stimmt kaum

5

Stimmt überhaupt nicht

6

89

34. Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen (z.B. Herzgruppe, Rheumagruppe o.ä.)?

90

Nie

Ein einziges Mal

Ein paar Mal, aber unregelmäßig

Einmal in jedem Monat

In jedem Monat mehrmals

Einmal pro Woche oder öfter

1

2

3

4

5

6

■

## Angaben zur Person

35. Wie alt sind Sie?

91

 Jahre

■

36. Ihr Geschlecht?

92

Männlich

1

Weiblich

2

●

37. Ihre Staatsangehörigkeit?

93

Deutsch

1

Andere

2

38. Wie lange waren Sie in den letzten 5 Jahren insgesamt arbeitslos gemeldet?

94

Nie

1

Bis zu 6 Monate

2

6-12 Monate

3

Länger als 12 Monate

4

39. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

95

Nein

1

Beantragt

2

Ja

3



Mit welchem Behinderungsgrad?  
Bitte hier die Zahl eintragen:

96

+

■

**40. Welche berufliche Stellung haben Sie? Wenn Sie nicht mehr oder zurzeit nicht berufstätig sind, nennen Sie bitte die letzte Stellung.**

(Bei den männlichen Bezeichnungen sind selbstverständlich auch Frauen gemeint!)

**Bitte nur eine Angabe!**

**Arbeiter / Arbeiterin**

Un- oder angelernter Arbeiter .....  1

Gelernter Arbeiter, Facharbeiter .....  2

Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier .....  3

**Angestellter / Angestellte**

Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist).....  4

Angestellter mit schwieriger Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter) .....  5

Angestellter mit leitender Tätigkeit (z.B. wissenschaftlicher Angestellter, Abteilungsleiter) .....  6

Angestellter mit umfassenden Tätigkeiten (z.B. Direktor, Geschäftsführer) .....  7

**Beamter / Beamtin** (einschließlich Richter und Berufssoldaten)

Beamter im einfachen Dienst.....  8

Beamter im mittleren Dienst.....  9

Beamter im gehobenen Dienst .....  10

Beamter im höheren Dienst .....  11

**Selbständiger / Selbständige** (einschließlich mithelfende Familienangehörige)

Selbständiger Landwirt / Genossenschaftsbauer.....  12

Akademiker in freiem Beruf (z.B. Arzt, Rechtsanwalt, Steuerberater).....  13

Selbständiger im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung .....  14

☛ Mithelfender Familienangehöriger .....  15

**Sonstiges** (z.B. Auszubildender, Schüler, Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Praktikant) ...  16

**Noch nie berufstätig gewesen** .....  17

**41. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**

98

- Volksschul- oder Hauptschulabschluss.....  1
- Mittlere Reife, Realschulabschluss .....  2
- Polytechnische Oberschule .....  3
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule).....  4
- Abitur / Hochschulreife.....  5
- Anderen Schulabschluss .....  6
- ☛ Keinen Schulabschluss.....  7

**42. Sind Sie erwerbstätig?**

(Als erwerbstätig gilt auch, wer zurzeit arbeitsunfähig oder krankgeschrieben ist.)

Ja, ich bin erwerbstätig ..... <sub>1</sub> →

**Bitte weiter mit Frage 43**

99

Nein, ich bin nicht erwerbstätig..... <sub>2</sub>

sondern ...

**Bitte nur eine Angabe!**

... Hausfrau / Hausmann ..... <sub>1</sub> →

... in Ausbildung oder Umschulung ..... <sub>2</sub> →

... arbeitslos gemeldet..... <sub>3</sub> →

... im vorzeitigen Ruhestand..... <sub>4</sub> →

... **befristet** in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente ..... <sub>5</sub> →

... **unbefristet** in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente ..... <sub>6</sub> →

... **ganz** in Altersrente / pensioniert ..... <sub>7</sub> →

... in Teilrente (z.B. Altersteilzeit) ..... <sub>8</sub> → ... mit  % →

■ ... Sonstiges ..... <sub>9</sub> →

**Bitte weiter mit Frage 53**

100

101

**Frage 43 bis Frage 52 bitte nur ausfüllen, wenn Sie erwerbstätig sind!  
Alle Anderen können diese Fragen überspringen und mit Frage 53 weitermachen!**

# Ihre Berufstätigkeit

**43. Wie viele Stunden arbeiten Sie zurzeit durchschnittlich in der Woche in Ihrem Beruf?** 102

Bitte rechnen Sie dabei auch regelmäßig anfallende Überstunden ein.

Stunden in der Woche

**44. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit ihrer beruflichen Situation?** 103

Völlig unzufrieden

Völlig zufrieden










1

2

3

4

5

6

7

**45. Wie sehr fühlen Sie sich durch folgende Bedingungen in Ihrer Berufstätigkeit belastet?**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

Ich fühle mich belastet durch ...	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
Überstunden, lange Arbeitszeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperlich anstrengende Arbeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangenehme einseitige körperliche Beanspruchung oder Körperhaltung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andauerndes oder fast andauerndes Stehen ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Störungen und Unterbrechungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwang zu schnellen Entscheidungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeitsleistung wird streng kontrolliert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**46. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?**

113

An keinem Tag   
0

**oder:** An ca.  Tagen

**47. Sicherlich haben Sie bestimmte Erwartungen und Wünsche an den Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung. Kreuzen Sie bitte an, wie wichtig Ihnen folgende Erwartungen sind.**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

**Ich erwarte / ich hoffe, dass...**

	Sehr wichtig	Ziemlich wichtig	Mäßig wichtig	Wenig wichtig	Gar nicht wichtig
... man mir bei einer Rentenantragstellung hilft ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... man mir bei Problemen am Arbeitsplatz hilft ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

114

115

116

**48. Wie schätzen Sie derzeit Ihre berufliche Tätigkeit ein?**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Stimmt voll und ganz	Stimmt weitgehend	Stimmt ziemlich	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht
Meine Arbeit macht mir Freude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meiner Arbeit komme ich gut zurecht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch meine Arbeit überlastet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass die Arbeit meine Gesundheit beeinträchtigt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Leistungsanforderungen in meinem Beruf sind einfach zu hoch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann meine Talente und Fähigkeiten voll einbringen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Firma herrscht ein angenehmes Arbeitsklima.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bezahlung ist für die von mir verrichtete Tätigkeit angemessen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

117

118

119

120

121

122

123

124

**49. Wie stark haben Sie sich in den letzten 4 Wochen Gedanken darüber gemacht, dass Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in Zukunft ...\***

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... weniger verdienen könnten, z.B. weil Sie Ihre Arbeitszeit reduzieren müssen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... arbeitslos werden könnten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in Ihrem Beruf nicht mehr so gut vorankommen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Berufstätigkeit ganz aufgeben müssen und vorzeitig berentet werden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

125

126

127

128

**50. Wenn Sie einmal an die Zukunft denken:  
Glauben Sie, dass Sie in einem Jahr noch berufstätig sein werden?**

Ich halte das für ...

Sehr wahrscheinlich	Ziemlich wahrscheinlich	Eher wahrscheinlich	Eher unwahrscheinlich	Ziemlich unwahrscheinlich	Sehr unwahrscheinlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

129

**51. Wie wird Ihre Situation vermutlich in einem Jahr sein?**

**Bitte nur eine Angabe!**

In etwa einem Jahr werde ich vermutlich ...

voll erwerbstätig sein (mind. 35 Std. pro Woche)	teilzeit-erwerbstätig sein	Hausfrau / Hausmann sein	in Ausbildung oder Umschulung sein	arbeitslos sein	im vorzeitigen Ruhestand sein	in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente sein	in Altersrente / pensioniert sein	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

130

**52. Haben Sie einen Antrag auf Frühberentung (Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente) gestellt, der noch nicht entschieden ist?**

Nein  
  
1

Ja  
  
2

131

**Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!**

**53. Sicherlich haben Sie bestimmte Erwartungen und Wünsche an den Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung. Kreuzen Sie bitte an, wie wichtig Ihnen folgende Erwartungen sind.**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

Ich erwarte / ich hoffe, dass...	Sehr wichtig	Ziemlich wichtig	Mäßig wichtig	Wenig wichtig	Gar nicht wichtig	+
... ich Abstand vom Alltag gewinne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132
... man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133
... bestätigt wird, dass meine Leistungsfähigkeit vermindert ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134
... man mir eine genaue Diagnose mitteilt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135
... man mich darüber berät, wie ich personelle oder finanzielle Unterstützung erhalten kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	136
... ich meine körperliche Leistungsfähigkeit erhöhen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	137
+	1	2	3	4	5	

**54. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt?**

138

Das Nettoeinkommen ist die Summe aus Lohn / Gehalt / Einkommen usw., jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben.

Diese Angabe ist für statistische Zwecke sehr hilfreich, jedoch nicht unbedingt erforderlich.

**Bitte nur eine Angabe!**

bis unter 500 € .....	<input type="checkbox"/>	1
500 bis unter 1.000 € .....	<input type="checkbox"/>	2
1.000 bis unter 1.500 € .....	<input type="checkbox"/>	3
1.500 bis unter 2.000 € .....	<input type="checkbox"/>	4
2.000 bis unter 2.500 € .....	<input type="checkbox"/>	5
2.500 bis unter 3.000 € .....	<input type="checkbox"/>	6
3.000 bis unter 3.500 € .....	<input type="checkbox"/>	7
3.500 € und mehr.....	<input type="checkbox"/>	8

**54a. Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?**

**Ich lebe ....**

- |  |                          |   |     |
|--|--------------------------|---|-----|
| .....in eigener bzw. gemieteter Wohnung/Haus | <input type="checkbox"/> | 1 | 139 |
| .....bei meinen Kindern bzw. Verwandten      | <input type="checkbox"/> | 2 | 140 |
| .....im Betreuten Wohnen                     | <input type="checkbox"/> | 3 | 141 |
| .....in einem Alten-/Pflegeheim              | <input type="checkbox"/> | 4 | 142 |
| ■ .....anderes, nämlich .....                |                          | 5 | 143 |

**54b. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte wählen Sie jeweils die Antwortmöglichkeit aus, die angibt, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen und wie Sie reagieren:**

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	
■ Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a_1
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a_2
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a_3
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a_4
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a_5
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a_6
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a_7
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a_8
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a_9
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a_10
	1	2	3	4	

SWE (Jerusalem & Schwarzer, 1999)

54c. Im Folgenden sind einige Situationen aufgeführt, die mögliche Lebensereignisse beschreiben. Bitte beantworten Sie für jedes Ereignis, ob es im letzten halben Jahr aufgetreten ist oder nicht. Geben Sie bitte für jedes eingetretene Ereignis an, wie stark Sie das Ereignis belastete.

■	Im letzten halben Jahr...	...trat <u>nicht</u> auf	...trat auf und belastete mich				
			gar nicht	etwas	ziemlich	sehr	
	... Wechsel der Arbeitsstelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	144
	... Ehescheidung/Trennung vom Partner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	145
	... Arbeitslosigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	146
	... Unfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	147
	... Tod des Ehepartners/Partners.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	148
	... Tod eines anderen nahestehenden Menschen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	149
	... Erkrankung naher Angehöriger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150
	... Krankenhausaufenthalt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	151
	... Kinder verließen das Elternhaus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	152
	... Streit bzw. Auseinandersetzung mit den Kindern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	153
	... Wohnungswechsel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	154
	... Umzug in ein Alten-/Pflegeheim .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	155
	... Pflege naher Angehöriger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	156
▲	... Finanzielle Schwierigkeiten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	157
		1	2	3	4	5	

**54d. Wie oft waren Sie in den letzten 6 Monaten bei einem Arzt (auch Hausbesuche)?**

158

▲ Hausarzt/Allgemeinarzt ca.  mal  überhaupt nicht  
 Facharzt ca.  mal  überhaupt nicht

**Wie oft wurden Sie in den letzten 6 Monaten stationär in einem Krankenhaus aufgenommen und behandelt?**

159

mal  überhaupt nicht

**Wie oft haben Sie in den letzten 6 Monaten folgende Leistungen erhalten (bitte geben Sie die Anzahl Ihrer Termine an)?**

160

Krankengymnastik	ca.	<input type="text"/>	Termine	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht
Massage	ca.	<input type="text"/>	Termine	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht
psychologische Betreuung oder Therapie	ca.	<input type="text"/>	Termine	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht
pflegerische Leistungen (z.B. ambulanter Pflegedienst)	ca.	<input type="text"/>	Termine	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht
Heilpraktiker / alternative Heilmethoden	ca.	<input type="text"/>	Termine	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht
Sonstiges:	ca.	<input type="text"/>	Termine		

**An wie vielen Tagen in den letzten 6 Monaten hatten Sie eine von Renten-, Kranken- oder Pflegeversicherung bezahlte Haushaltshilfe?**

161

An ca.  Tagen  gar nicht ▼

**54e. Im Folgenden finden Sie eine Auflistung von möglichen Reha-Zielen. Einige davon werden für Sie persönlich sehr wichtig sein und andere weniger wichtig.**

**Bitte lesen Sie die Liste sorgfältig durch und wählen Sie dann maximal 5 für Sie persönlich besonders wichtige Ziele aus, die Sie durch den Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung erreichen möchten. Markieren Sie diese mit einem Kreuz.**



Ich möchte eine Besserung meiner Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	Z_01
Ich möchte eine Besserung meiner Gelenk- oder Muskelschmerzen (z.B. Rückenschmerzen).....	<input type="checkbox"/>	Z_02
Ich möchte eine Besserung meiner sonstigen Schmerzen.....	<input type="checkbox"/>	Z_03
Ich möchte zu Hause und in der Freizeit aktiver sein können (z.B. körperlich arbeiten, Sport treiben, Ausgehen können).....	<input type="checkbox"/>	Z_04
Ich möchte mich in meiner Alltagsumgebung besser fortbewegen können (z.B. Treppensteigen, lange Zugreise unternehmen können) .....	<input type="checkbox"/>	Z_05
Ich möchte in meinem Beruf besser zurechtkommen.....	<input type="checkbox"/>	Z_06
Ich möchte weniger niedergeschlagen sein.....	<input type="checkbox"/>	Z_07
Ich möchte weniger ängstlich sein.....	<input type="checkbox"/>	Z_08
Ich möchte wieder Kraft auftanken, um mit Belastungen (Stress) besser fertig zu werden)	<input type="checkbox"/>	Z_09
Ich möchte mein Selbstvertrauen stärken.....	<input type="checkbox"/>	Z_10
Ich möchte meine Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen verbessern.....	<input type="checkbox"/>	Z_11
Ich möchte die Beziehung zu meinen Familienangehörigen verbessern.....	<input type="checkbox"/>	Z_12
Ich möchte lernen, wieder mehr Kontakt und besseren Umgang mit anderen Menschen zu haben.....	<input type="checkbox"/>	Z_13
Ich möchte mehr über meine Erkrankung wissen.....	<input type="checkbox"/>	Z_14
Ich möchte lernen, was ich selbst tun kann, um meine Erkrankung positiv zu beeinflussen.....	<input type="checkbox"/>	Z_15
Ich möchte lernen, mit meiner Erkrankung besser zu leben und umzugehen.....	<input type="checkbox"/>	Z_16
Ich möchte mein Leben in den Griff bekommen.....	<input type="checkbox"/>	Z_17
Ich möchte mehr über technische Hilfen (z.B. Blutdruck-, Blutzuckermessgeräte, Bandagen, Schuheinlagen etc.) erfahren, um meine Erkrankung selbst besser in den Griff zu bekommen.....	<input type="checkbox"/>	Z_18
Ich möchte eine Besserung unerwünschter Behandlungsfolgen (z.B. nach Operation/ Bestrahlung/Medikamente).....	<input type="checkbox"/>	Z_19



Wir möchten gerne herausfinden, wie ~~Sie~~ **Sie** Ihrer Gelenkverletzung oder Gelenkerkrankung ~~der letzten Woche~~ **der letzten Woche** zurecht gekommen sind. Wir würden gerne die Probleme kennenlernen, die Sie durch Ihre Gelenkverletzung / Gelenkerkrankung im ~~täglichen~~ **täglichen** Leben haben.

Diese Fragen sollen feststellen, wieviel Schwierigkeiten ~~Sie~~ **Sie** in dieser Woche bei Ihren alltäglichen Tätigkeiten ~~wegen~~ **wegen** Ihrer Gelenkerkrankung / Gelenkverletzung möglicherweise haben.

Z

1. Wieviel Schwierigkeiten haben Sie, sich in einem tiefen Stuhl zu setzen oder aus einem tiefen Stuhl aufzustehen?				
Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	<del>Mäßig</del> <b>Mäßig</b> schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
2. Wie schwierig ist es für Sie, eine Medikamentenfläschchen (z. B. Hustensaft) oder Gläser zu öffnen?				
Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	<del>Mäßig</del> <b>Mäßig</b> schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
3. Wie schwierig ist es für Sie, Lebensmittel oder anderes einzukaufen?				
Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	<del>Mäßig</del> <b>Mäßig</b> schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
4. Wie schwierig ist es für Sie, Treppen zu steigen?				
Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	<del>Mäßig</del> <b>Mäßig</b> schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
5. Wie schwierig ist es für Sie, einen kraftvollen Faustschluss auszuführen?				
Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	<del>Mäßig</del> <b>Mäßig</b> schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
6. Wie schwierig ist es für Sie, in Dusche oder Badewanne hinein oder heraus zu steigen?				
Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	<del>Mäßig</del> <b>Mäßig</b> schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
7. Wie schwierig ist es für Sie, eine bequeme Einschlafposition zu finden?				
Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	<del>Mäßig</del> <b>Mäßig</b> schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
8. Wie schwierig ist es für Sie, sich zu bücken oder hinzuknien?				
Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	<del>Mäßig</del> <b>Mäßig</b> schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
9. Wie schwierig ist der Gebrauch von Knöpfen, Reißverschlüssen, Druckknöpfen oder Haken für Sie?				
Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	<del>Mäßig</del> <b>Mäßig</b> schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>

«

i

10. Wie schwierig ist es für Sie, die Fingernägel zu schneiden?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

11. Wie schwierig ist es für Sie, sich anzuziehen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

12. Wie schwierig ist es für Sie, zu gehen

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

13. Wie schwierig ist es für Sie, in Bewegung zu kommen, nachdem Sie gegessen haben oder gelegen waren?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

14. Wie schwierig ist es für Sie, alleine auszugehen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

15. Wie schwierig ist es für Sie, Auto zu fahren?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

16. Wie schwierig ist die Körperhygiene auf der Toilette?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

17. Wie schwierig ist es für Sie, Knöpfe zu drehen oder Hebel zu bedienen

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

18. Wie schwierig ist es für Sie, mit der Hand oder Maschine zu schreiben?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

19. Wie schwierig ist es für Sie, sich zu drehen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

20. Wie schwierig ist es für Sie, Ihren normalerFreizeittätigkeiten, wie Radfahren, Joggen oder Spaziergehen nachzugehen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

21. Wie schwierig ist es für Sie, Ihren normalerFreizeittätigkeiten, Hobbies, Gartenarbeit, Kartenspielen, Basteln oder Ausgehen mit Freunden nachzugehen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

x

î

22. Wieviel Schwierigkeiten haben Sie mit Ihrer Sexualleben?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

23. Wie schwierig ist die Ausführung von leichter Haus- oder Gartenarbeit wie Staubwischen, Geschirrspülen oder Blumengießen für Sie?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

24. Wie schwierig ist die Ausführung von schwerer Haus- oder Gartenarbeit wie Bodenwischen, Staubsaugen und Rasenmähen für Sie?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

25. Wie schwierig ist die Erledigung Ihrer normalen Arbeit (Berufs-/Erwerbstätigkeit, Hausarbeit oder ehrenamtliche Tätigkeiten) für Sie?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

<sup>TM</sup> Diese Fragen erkundigen sich, wie oft Sie Probleme wegen der Gelenkerkrankung oder Gelenkverletzung in dieser Woche haben.

26. Wie oft hinken Sie beim Gehen?

Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Meistens <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------

27. Wie oft vermeiden Sie den Gebrauch Ihres schmerzhaften Armes, Beines oder Rückens?

Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Meistens <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------

28. Wie oft blockiert Ihr Bein oder knickt Ihnen das Bein weg?

Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Meistens <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------

29. Wie oft haben Sie Probleme mit der Konzentration?

Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Meistens <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------

30. Wie oft tun Sie an einem Tag zuviel und sind am nächsten Tag hiervon noch beeinträchtigt?

Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Meistens <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------

31. Wie oft reagieren Sie auf Ihre Umgebung gereizt, z. B. schnauzen Leute an, geben spitze Antworten oder kritisieren andere leicht?

Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Meistens <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------

32. Wie oft sind Sie müde?

Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Meistens <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------

33. Wie oft fühlen Sie sich behindert?

Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Meistens <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------

34. Wie oft fühlen Sie sich verärgert oder frustriert, dass Sie diese Gelenkverletzung / Gelenkerkrankung haben?

Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Meistens <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------

Diese Fragen behandeln, wie sehr Sie durch Probleme beeinträchtigt sind, die Sie in dieser Woche wegen Ihrer Gelenkverletzung oder Gelenkerkrankung haben. Wie sehr sind Sie beeinträchtigt durch...

	Gar nicht beeinträchtigt	Ein wenig beeinträchtigt	Mäßig beeinträchtigt	Sehr beeinträchtigt	Äußerst beeinträchtigt
35. Probleme beim Gebrauch Ihrer Hände, Arme oder Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Probleme mit Ihrem Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Probleme bei Haus- und Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Probleme mit dem Baden, Anziehen, sich zurechtmachen oder anderer Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Probleme beim Schlafen und Ruhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Probleme mit Freizeit- oder Erholungstätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Probleme mit Ihren Freunden, Familie oder anderen wichtigen Personen in Ihrem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Probleme mit dem Denken, Konzentrieren oder Erinnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Probleme bei der Bewältigung Ihrer Gelenkerkrankung/ -verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Probleme bei der täglichen Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Probleme mit Abhängigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Probleme mit Steifigkeit und Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

»

Bitte umblättern...

