

Reha-Beginn

„INDIKATOREN DES REHA-STATUS“ - KURZVERSION (IRES-24)

Fragebogen

Gesundheit in Beruf und Alltagsleben

Alle Rechte der Fragebogengestaltung:
Dr. N. Gerdes, Dr. M. Wirtz, Prof. Dr. W.H. Jäckel, Prof. J. Bengel, Dr. E. Farin
Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
Abt. Rehabilitationspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg



<p>1. Wie häufig haben Sie <u>in der letzten Zeit</u> unter Schmerzen gelitten?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>So gut wie nie</td> <td>Selten</td> <td>Manchmal</td> <td>Ziemlich oft</td> <td>Meistens</td> <td>Immer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	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	1
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														
<p>2. Wie stark waren diese Schmerzen?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ich hatte keine Schmerzen</td> <td>Sehr leicht</td> <td>Leicht</td> <td>Mäßig</td> <td>Stark</td> <td>Sehr stark</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	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	2
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														
<p>3. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nicht beeinträchtigt</td> <td>Wenig beeinträchtigt</td> <td>Etwas beeinträchtigt</td> <td>Ziemlich beeinträchtigt</td> <td>Stark beeinträchtigt</td> <td>Sehr stark beeinträchtigt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	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	3
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														

<p>4. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie <u>in den letzten 4 Wochen</u> unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:</p> <p>Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen...</p> <p><i>Bitte in jede Zeile ein Kreuz !</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Stark</td> <td>Ziemlich</td> <td>Mäßig</td> <td>Ein wenig</td> <td>Gar nicht</td> </tr> </table>		Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht							
	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht								
<p>... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke.....</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5		4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
1	2	3	4	5									
<p>... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5		5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
1	2	3	4	5									

<p>5. Wie stark haben Sie <u>in den letzten 4 Wochen</u> unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?</p> <p>Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...</p> <p><i>Bitte in jede Zeile ein Kreuz !</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Stark</td> <td>Ziemlich</td> <td>Mäßig</td> <td>Ein wenig</td> <td>Gar nicht</td> </tr> </table>		Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht							
	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht								
<p>... beim Aufstehen nach längerem Sitzen.....</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5		6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
1	2	3	4	5									
<p>... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen.....</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5		7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
1	2	3	4	5									
<p>... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.....</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5		8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
1	2	3	4	5									

6. 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"/>	9
... dass Ihnen nichts mehr Spaß macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
... dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
... völlig erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
... lustloser als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
... wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Ich war innerlich gespannt und habe mich nervös gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
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"/>	16
	1	2	3	4	5	

7. 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"/>	17
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"/>	18
Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
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"/>	20
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"/>	21
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"/>	22
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"/>	23
Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
	1	2	3	4	5	

8. Wie stark leiden Sie unter folgenden Beeinträchtigungen?	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
Probleme beim Schlucken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
Sehstörungen (z.B. Gesichtsfeld- einschränkungen, Doppelbilder).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
Probleme beim Sprechen (z.B. Aussprache, Wortfindungen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
Weinen (z.B. Sie weinen schneller als sonst/ Wenn Sie etwas tun, weinen Sie leicht.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
Lähmungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
Schwindelgefühl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
Missempfindungen (z.B. Taubheit, Überempfindlichkeit, Kribbeln der Haut)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
Merkstörungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
Kommunikationsstörungen (z.B. Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme, Gesprächsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
Leichte Ermüdbarkeit / geringes Durchhaltevermögen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
	1	2	3	4	5	



9. Bei welchen der folgenden Tätigkeiten benötigen Sie Hilfe?¹

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|---|----|
| beim Essen und Trinken ? | <input type="checkbox"/> | 0 | Ich bin völlig auf fremde Hilfe angewiesen | 35 |
| | <input type="checkbox"/> | 5 | Ich benötige Unterstützung, z.B. beim Zurechtschneiden des Essens | |
| | <input type="checkbox"/> | 10 | Ich benötige <u>keine</u> Hilfe | |
| ... beim Umsetzen aus einem Stuhl ins Bett und zurück? | <input type="checkbox"/> | 0 | Ich bin völlig auf fremde Hilfe angewiesen | 36 |
| | <input type="checkbox"/> | 5 | Ich benötige Unterstützung | |
| | <input type="checkbox"/> | 15 | Ich benötige <u>keine</u> Hilfe | |
| ... bei der Körperpflege (z.B. Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)? | <input type="checkbox"/> | 0 | Ich benötige Hilfe | 37 |
| | <input type="checkbox"/> | 5 | Ich benötige <u>keine</u> Hilfe | |
| ... bei der Toilettenbenutzung (z.B. beim An- und Auskleiden, der Körperreinigung und Wasserspülung)? | <input type="checkbox"/> | 0 | Ich bin völlig auf fremde Hilfe angewiesen | 38 |
| | <input type="checkbox"/> | 5 | Ich benötige Unterstützung | |
| | <input type="checkbox"/> | 10 | Ich benötige <u>keine</u> Hilfe | |
| ... beim Baden oder Duschen ? | <input type="checkbox"/> | 0 | Ich benötige Hilfe | 39 |
| | <input type="checkbox"/> | 5 | Ich benötige <u>keine</u> Hilfe | |

Benutzen Sie einen Rollstuhl?

1 Nein

2 Ja

↓ (Bitte beantworten Sie folgende Frage!)

↓ (Bitte beantworten Sie folgende Frage!)

Benötigen Sie Hilfe beim Gehen auf ebenen Grund?

- | | | |
|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | 0 | Ich bin völlig auf fremde Hilfe angewiesen |
| <input type="checkbox"/> | 10 | Ich benötige Unterstützung |
| <input type="checkbox"/> | 15 | Nein, ich kann mich selbständig bewegen |

Benötigen Sie Hilfe bei der Benutzung ihres Rollstuhls, um sich auf ebene Grund fortzubewegen?

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 0 | Ich benötige Hilfe |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Nein, ich kann mich selbständig mit meinem Rollstuhl bewegen |

¹ In Anlehnung an Barthel-Index.

▶
Benötigen Sie Hilfe

...beim **Treppen** auf- oder absteigen?

0 Ich bin völlig auf fremde Hilfe angewiesen 42

5 Ich benötige Unterstützung

10 Ich benötige keine Hilfe

...beim **An- und Ausziehen**
(einschließlich Schuhe binden und
Knöpfe schließen)

0 Ich bin völlig auf fremde Hilfe angewiesen 43

5 Ich benötige Unterstützung

10 Ich benötige keine Hilfe

Haben Sie Kontrolle über Ihren
Stuhlgang?

0 Nein 44

5 Gelegentliche Abgänge

10 Ja

Können Sie das **Wasserlassen**
kontrollieren?

0 Nein 45

5 Gelegentliche Abgänge

10 Ja





Abschließend möchten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person bitten.

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

46

11. Wie viel wiegen Sie ohne Bekleidung?

Kilogramm

47

12. Wie groß sind Sie?

Zentimeter

48

13. 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

49

14. Wie alt sind Sie?

Jahre

50





15. Ihr Geschlecht?	Männlich	Weiblich	51
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	2	

16. Ihre Staatsangehörigkeit?	Deutsch	Andere	52
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	2	

•

17. Welchen <u>höchsten</u> Schulabschluss haben Sie?	Volksschul- oder Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	1	53
	Mittlere Reife, Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	2	
	Polytechnische Oberschule	<input type="checkbox"/>	3	
	Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)	<input type="checkbox"/>	4	
	Abitur / Hochschulreife	<input type="checkbox"/>	5	
	Anderen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	6	
	Keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	7	



x

18. Erwerbstätigkeit und Rente

54

Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Rentner/in, im Vorruhestand, Pensionär/in | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Hausfrau/Hausmann..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Berufstätig mit _____ Stunden pro Woche... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Berufstätig, aber zur Zeit krank geschrieben | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Arbeitslos..... | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Anderes, nämlich _____ | <input type="checkbox"/> | 6 |



19. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

55

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Ich selbst | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Ein Verwandter | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Medizinisches Personal (z.B. Schwester, Pfleger, Arzt) | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Jemand anderes, nämlich:
..... | | 4 |

20. Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

56

Anregend,
aufschlussreich

1

Ziemlich
langweilig

2

Eher lästig

3

Richtig
unangenehm

4

21. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

57

Etwa Minuten

*



22. Wenn Sie Bemerkungen, Anregungen und Hinweise zum Inhalt des Fragebogens haben, können Sie die an dieser Stelle notieren:

58



Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

**Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch
und überprüfen Sie Ihre Angaben auf Vollständigkeit.**