

--	--	--	--

## FRAGEBOGEN ZUR EVALUATION DER ORTHOPÄDISCHEN REHABILITATION

### 1. Befragung

Sehr geehrte Damen und Herren,  
wir bitten Sie herzlich um Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung zur Qualität in der orthopädischen Rehabilitation. Sie dient der Beurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen und deren Nachsorge aus Ihrer persönlichen Sicht. Dazu benötigen wir einige Angaben, z. B. zu Ihrem Gesundheitszustand. Stellen Sie uns bitte einige Minuten Ihrer Zeit zur Verfügung und beantworten Sie unsere Fragen. Die Befragung erfolgt freiwillig und anonym unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen, d. h. Ihre personenbezogenen Angaben verbleiben allein im WIGG.

Die Untersuchung umfasst insgesamt drei Befragungen zu verschiedenen Zeitpunkten. Wir bitten Sie, jetzt zu Beginn Ihrer Rehabilitationsmaßnahme, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Sie erhalten am Ende der Rehabilitationsmaßnahme und drei Monate nach deren Beendigung jeweils einen weiteren Fragebogen. Eine Auswertung kann nur erfolgen, wenn wir **alle drei** Fragebögen ausgefüllt von Ihnen zurück erhalten. Ihre Meinung und Beurteilung sind wichtig!

### Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen und Aussagen dazu, wie Sie Ihren Gesundheitszustand, Ihre Lebensqualität, die Ziele und Erwartungen der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme sowie deren Erfüllung beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen ohne fremde Hilfe.** Es werden Ihnen zum Teil verschiedene Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Jede Antwort kann durch Ankreuzen des dazugehörigen Kästchens markiert werden. Kreuzen Sie bei jeder Antwort das Kästchen an, deren Antwortmöglichkeit Ihren Vorstellungen am nächsten kommt. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen.

So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, wie Sie selbst Ihre eigene Lebensqualität einschätzen. Wenn Sie Ihrer Einschätzung nach eine gute Lebensqualität haben, kreuzen Sie bitte das Kästchen „gut“ an.

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie nach Ihrer Einschätzung in der letzten Zeit überhaupt keine Lebensqualität mehr haben, kreuzen Sie bitte das Feld „sehr schlecht“ an.

**Bitte lesen Sie jede Frage und überlegen Sie, wie Sie sich in dem jeweils gefragten Zeitraum gefühlt haben. Kreuzen Sie immer nur ein Kästchen mit dem Inhalt an, der für Sie am ehesten zutrifft.**

## Patientenfragebogen zur Evaluation in der orthopädischen Rehabilitation

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurecht kommen.  
Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten diejenige ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

### 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

(Markieren Sie durch das Kreuz, inwieweit Sie sich gesund oder krank fühlen)

gesund                  krank

2. Sind Sie durch Ihren Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Mittelschwere Tätigkeit, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlen)?	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
5. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen ergangen ist. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
...ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	immer	meistens	manchmal	selten	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den nun folgenden Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihrer Lebensqualität. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.  
Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung an Ihr Leben in den vergangenen 4 Wochen.

8. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde und / oder Familie?	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wie zufrieden sind Sie mit der Situation an Ihrem Arbeitsplatz?	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden	nicht beurteilbar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden finden Sie Fragen zu möglichen Erwartungen und Zielen an die gerade von Ihnen begonnene Rehabilitationsbehandlung. Bitte entscheiden Sie jeweils, ob die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht.  
Wenn ja, kreuzen Sie bitte an wie stark (von „ein wenig“ bis „sehr stark“).  
Wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei „überhaupt nicht“.

17. Wie stark, glauben Sie, wird die gerade von Ihnen begonnene Heilbehandlung zur Besserung Ihrer momentanen Beschwerden führen?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie sehr würden Ihnen die folgenden Aspekte der ärztlichen Betreuung und Behandlung helfen?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
• Gründliche Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gespräche mit dem Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Medizinische Vorträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Medikamentöse Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alternative Behandlungsmethoden (Homöopathie, Akupunktur,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie sehr würden Ihnen die folgenden Aspekte der psychologischen Betreuung helfen?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
• Psychologische Einzelgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychologische Gruppengespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie sehr würden Ihnen die folgenden Aspekte der psychologischen Betreuung helfen?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
• Schmerzbewältigungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Entspannungstherapie erlernen (z. B. Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kreative Therapie (z. B. Kunst-, Musiktherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20. Wie sehr würden Ihnen die folgenden Aspekte des Sozialen Dienstes helfen?</b>					
• Vermittlung von Kontaktmöglichkeiten zu Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beratung in Rentenfragen bzw. beruflicher Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21. Wie sehr würden Ihnen die folgenden Aspekte der Heilbehandlung helfen?</b>					
• Betreuung durch Therapeuten (z. B. Krankengymnasten, Masseur, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Betreuung durch das Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beratung und Schulung über eine gesündere Lebensführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gute Verpflegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• (Angenehme) Unterkunft und Umgebung in der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angebote der Klinik zur Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Entlastung / Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Verbinden Sie mit der Maßnahme folgende Ziele?	ja	nein
• Wieder zu Kräften kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mich entspannen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ein aktiveres Leben führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Körperlich fit werden für den Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Meine Schmerzen besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Meine körperlichen Beschwerden und Einschränkungen vermindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mein Gewicht optimieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Meine Arbeitsfähigkeit wieder herstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Meine Schmerzen reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Meine Niedergeschlagenheit bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in meinem Körper wohl fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Die Angst vor meiner Krankheit bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beschwerdefrei sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrem persönlichen Umfeld.  
Bitte beantworten Sie jede einzelne Frage mit ja oder nein**

	ja	nein
<b>23. Werden Sie bezüglich Ihrer gesundheitlichen Situation durch Ihre(n) Familie / PartnerIn / Freundeskreis unterstützt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24. Haben Sie in Ihrer Familie / Partnerschaft jemanden, mit dem Sie ganz offen über alle persönlichen Probleme sprechen können?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25. Machen Sie sich häufig Sorgen über:</b>		
• Ihre finanzielle Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eines Ihrer Familienmitglieder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26. Welche Probleme entstehen Ihnen in Verbindung mit Ihrer Krankheit durch Ihre bisherige Wohnsituation?</b>		
• Schlechter Anschluss an öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schlechte Einkaufsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fehlender Aufzug / Fahrstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eingeschränkte Bewegungsfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ungünstige (Arbeits-)Bedingungen in Küche und Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abschließend benötigen wir noch ein paar allgemeine Angaben von Ihnen**

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht:       männlich               weiblich

Familienstand:       ledig                       verheiratet               verwitwet

Wohn-/ Lebenssituation:       allein lebend               getrennt lebend               mit Partner lebend

Art der durchgeführten Maßnahme:       allgemeines Heilverfahren  
 Anschlussheilbehandlung

Staatsangehörigkeit:       deutsch                       andere, wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Höchster Bildungsabschluss:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> kein Abschluss            | <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss             |
| <input type="checkbox"/> mittlere Reife            | <input type="checkbox"/> Fach- / Hochschulreife (Abitur) |
| <input type="checkbox"/> Fach-/ Hochschulabschluss | <input type="checkbox"/> Postgraduiert (Dr. / MBA)       |
| <input type="checkbox"/> anderer _____             |  |

Berufsstatus:       Selbständiger / Freiberufler               Angestellter / Beamter  
 Arbeiter                       Azubi, Schüler, Student  
 ohne Berufsausbildung               Hausfrau  
 arbeitslos                       Rentner altershalber  
 Rentner gesundheitshalber

**Wir danken Ihnen für die Beantwortung unserer Fragen. Gegen Ende der Maßnahme erhalten Sie den zweiten Fragebogen. Wir bitten Sie, diesen ebenfalls zu beantworten. Für Ihre Zukunft wünschen wir Ihnen eine baldige Genesung und alles Gute.**