Wolfsburger Institut
für Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung e. V.

WIGG

Die neue Gesundheit
DeutscheBKK

FRAGEBOGEN ZUR EVALUATION DER ORTHOPÄDISCHEN REHABILITATION

2. Befragung

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

Die Untersuchung umfasst noch zwei Befragungen. Wir bitten Sie, jetzt am Ende Ihrer Rehabilitationsmaßnahme, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Sie erhalten in drei Monaten einen letzten 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?	☐	☐	☐	☒	☐

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?	☒	☐	☐	☐	☐

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 derzeitigen 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	☐	☐	☐
Mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐

3. Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei alltäglichen Tätigkeiten?	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	☐	☐

4. Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei alltäglichen Tätigkeiten (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlen)?	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	☐	☐

	überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
5. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in der vergangenen Woche bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten behindert?	☐	☐	☐	☐	☐

6. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der vergangenen Woche ergangen ist. Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche...	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
...ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
7. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in der vergangenen Woche Kontakte zu anderen Menschen beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

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 der vergangenen Woche.

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
8. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
9. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
10. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
12. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
13. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
14. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde und / oder Familie?	☐	☐	☐	☐	☐

	niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer
15. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	☐	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden finden Sie Fragen, inwieweit sich Ihre Erwartungen und Ziele in der gerade von Ihnen durchgeführten Rehabilitationsbehandlung erfüllt haben. 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“.

Wenn einzelne Aspekte nicht Bestandteil der Rehabilitation waren, kreuzen Sie bitte „nicht erhalten“ an.

	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
16. Wie stark, glauben Sie, hat die gerade von Ihnen durchgeführte Heilbehandlung zur Besserung Ihrer Beschwerden geführt?	☐	☐	☐	☐	☐

17. Wie sehr haben Ihnen die folgenden Aspekte der ärztlichen Betreuung und Behandlung geholfen?	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	nicht erhalten
• Gründliche Untersuchungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Gespräche mit dem Arzt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Medizinische Vorträge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Medikamentöse Schmerzbehandlung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Alternative Behandlungsmethoden (Homöopathie, Akupunktur,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Wie sehr haben Ihnen die folgenden Aspekte der psychologischen Betreuung geholfen?						
• Psychologische Einzelgespräche	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Psychologische Gruppengespräche	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Schmerzbewältigungstraining	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Entspannungstherapie erlernen (z. B. Autogenes Training)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Kreative Therapie (z. B. Kunst-, Musiktherapie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Wie sehr haben Ihnen die folgenden Aspekte des Sozialen Dienstes geholfen?	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	nicht erhalten
• Vermittlung von Kontaktmöglichkeiten zu Selbsthilfegruppen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Beratung in Rentenfragen bzw. beruflicher Wiedereingliederung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Wie sehr haben Ihnen die folgenden Aspekte der Heilbehandlung geholfen?						
• Bäder und Massagen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Krankengymnastik	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Training der Arbeits- und Alltagsbewegungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Betreuung durch das Pflegepersonal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Beratung und Schulung über eine gesündere Lebensführung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Begrüßungsvortrag und Rundgänge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Gute Verpflegung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• (Angenehme) Unterkunft und Umgebung in der Klinik	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Angebote der Klinik zur Freizeitgestaltung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Entlastung / Ruhe	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Wie beurteilen Sie die während der Maßnahme erhaltenen Anwendungen hinsichtlich...	sehr gut	gut	befrie-digend	aus-reichend	mangel-haft	ungenü-gend
• ...zeitlichem Umfang	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• ...der Organisation des Ablaufes	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	ja	nein
22. Haben Sie während Ihres Aufenthaltes Verhaltensempfehlungen erhalten, die Ihnen bei der Bewältigung Ihres Alltages helfen können?	☐	☐

23. Wurden Ihnen während des Aufenthaltes Ansprechpartner benannt, die Ihnen an Ihrem Wohnort Beratung und Hilfestellung bei der Bewältigung Ihres Alltages geben können?	☐	☐

24. Was hat Sie während der Maßnahme besonders gestört?

	ja	nein
Wurde jemand von Ihnen darauf angesprochen?	☐	☐

Wenn ja, wie war die Reaktion?

Bitte entscheiden Sie im Folgenden jeweils, ob die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht.
Wenn ein Ziel voll verwirklicht ist, kreuzen Sie bitte „vollständig“ an.
Wenn eine Aussage nicht zu Ihren Zielen gehörte, kreuzen Sie bitte „war nicht mein Ziel“ an.

25. Inwieweit haben sich Ihre Ziele verwirklicht?	überhaupt nicht	teilweise	vollständig	war nicht mein Ziel
• Ich bin wieder zu Kräften gekommen	☐	☐	☐	☐
• Ich habe alte, mir schadende Gewohnheiten abgelegt	☐	☐	☐	☐
• Ich habe mich entspannen können	☐	☐	☐	☐
• Ich habe ein aktiveres Leben geführt	☐	☐	☐	☐
• Ich bin körperlich fit für den Alltag geworden	☐	☐	☐	☐
• Ich kann meine Schmerzen jetzt besser bewältigen	☐	☐	☐	☐
• Ich konnte meine körperlichen Beschwerden und Einschränkungen vermindern	☐	☐	☐	☐
• Ich konnte mein Gewicht optimieren	☐	☐	☐	☐
• Ich konnte meine Arbeitsfähigkeit wiederherstellen / erhalten	☐	☐	☐	☐
• Ich konnte meine Schmerzen reduzieren	☐	☐	☐	☐
• Ich konnte meine Niedergeschlagenheit bewältigen	☐	☐	☐	☐
• Ich fühle mich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in meinem Körper wohl	☐	☐	☐	☐
• Ich konnte die Angst vor meiner Krankheit bewältigen	☐	☐	☐	☐
• Ich bin beschwerdefrei	☐	☐	☐	☐

Wir danken Ihnen für die erneute Beantwortung unserer Fragen. In ca. drei Monaten übersenden wir Ihnen den letzten Fragebogen dieser Umfrage. Wir bitten Sie dann ein letztes Mal, unsere Fragen zu beantworten. Für Ihre Zukunft wünschen wir Ihnen weiterhin eine baldige Genesung und alles Gute.