

Reha-Ende

**Indikatoren des Reha-Status – IRES
Version 3.2**

Fragebogen

***Gesundheit
in Beruf und Alltagsleben***

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:

Richtig:

Ich konnte schlecht einschlafen

Meis- tens	Ziem- lich oft	Manch mal	Selten	Nie
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falsch!:

Ich konnte schlecht einschlafen

Ich konnte schlecht einschlafen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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. 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"/>	4	
Übergewicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	
Falsche Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	
Stress und Hektik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	
	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"/>	10
Blutzucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
	1	2	3	4	5	6	

5. Wie viel wiegen Sie ohne Bekleidung?

13

Kilogramm

6. Wie groß sind Sie?

14

Zentimeter

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

15

So gut wie nie

1



Selten

2



Manchmal

3



Ziemlich oft

4



Meistens

5



Immer

6



Bitte weiter mit
Frage 12!

Weiter mit der nächsten Frage!

Frage 8 bis Frage 11 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!

8. Wo hatten Sie diese Schmerzen?

16

9. Wie stark waren diese Schmerzen?

17

Ich hatte keine
Schmerzen

1

Sehr leicht

2

Leicht

3

Mäßig

4

Stark

5

Sehr stark

6

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

18

Nicht
beeinträchtigt

1

Wenig
beeinträchtigt

2

Etwas
beeinträchtigt

3

Ziemlich
beeinträchtigt

4

Stark
beeinträchtigt

5

Sehr stark
beeinträchtigt

6

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

19

An Tagen in den letzten 7 Tagen

Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!

12. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in der letzten Woche 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"/>	20
... 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"/>	21
... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
	1	2	3	4	5	

13. Wie stark haben Sie in der letzten Woche 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"/>	24
... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
... bei längerem Gehen (ca. eine halbe Stunde lang).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
	1	2	3	4	5	

14. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter den folgenden Schwierigkeiten gelitten?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meis- tens	Ziemlich oft	Manch- mal	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"/>	28
Ich konnte mich nicht besonders gut konzentrieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
Ich habe ab und zu Erledigungen vergessen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
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"/>	31
Ich konnte mir neue Dinge nicht besonders gut einprägen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
	1	2	3	4	5	

Alltägliche Sorgen und Probleme

15. Wie häufig fühlten Sie sich in der letzten Woche ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meis- tens	Ziemlich oft	Manch- mal	Selten	Nie	
... völlig erschöpft?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
... lustloser als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
... unruhig und abgespant?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
... wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
	1	2	3	4	5	

16. Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie in der letzten Woche folgende Gefühle hatten:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meis- tens	Ziemlich oft	Manch- mal	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"/>	37
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"/>	38
Ich fühlte mich rastlos, musste ständig in Bewegung sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
	1	2	3	4	5	

17. Wie oft hatten Sie in der letzten Woche das Gefühl ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meis- tens	Ziemlich oft	Manch- mal	Selten	Nie	
... dass Sie sich zu nichts entschließen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
... dass Ihnen nichts mehr Spaß macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
... dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
... ohne Schwung zu sein?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
	1	2	3	4	5	

18. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie zurzeit folgenden Aussagen zustimmen:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft voll zu	Trifft weitge- hend 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"/>	45
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"/>	46
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"/>	47
	1	2	3	4	5	

19. Wenn Sie an die letzte Woche denken: Wie schätzen Sie sich selbst ein?








Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meis- tens	Ziemlich oft	Manch- mal	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"/>	48
Ich habe mir gewünscht, ich hätte mehr Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
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"/>	50
	1	2	3	4	5	

20. Wie zufrieden waren Sie in der letzten Woche mit Ihrer Gesundheit?

Völlig unzu-
frieden

Völlig
zufrieden

						
<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

51

Gesundheit und Krankheit im alltäglichen Leben

Die folgenden Fragen nach alltäglichen Tätigkeiten beziehen sich auf Ihre momentane Situation. Bitte beachten Sie jeweils den Zeitraum, der in den einzelnen Fragen angesprochen ist.

21. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in der letzten Woche Schwierigkeiten gehabt hätten, folgendes zu tun:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Unmög- lich	Große Schwie- rigkeiten	Mäßige Schwie- rigkeiten	Geringe Schwie- rigkeiten	Ohne Schwie- rigkeiten
Eine Tageswanderung machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Zugreise unternehmen, die länger als 8 Stunden dauert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

52

53

54

55

22. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zurzeit auf Sie zutreffen.

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft voll zu	Trifft weitge- hend 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"/>
Ich komme innerlich mit der Krankheit ganz gut zurecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	1	2	3	4	5

56

57

58

23. Wie gut sind Sie über Ihre Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten informiert?

59

Sehr gut

1

Gut

2

Zufrieden-
stellend

3

Weniger gut

4

Schlecht

5

Sehr schlecht

6

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

60

Stimmt
voll und ganz

1

Stimmt
weitgehend

2

Stimmt
ziemlich

3

Stimmt
etwas

4

Stimmt
kaum

5

Stimmt über-
haupt nicht

6

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

61

Stimmt
voll und ganz

1

Stimmt
weitgehend

2

Stimmt
ziemlich

3

Stimmt
etwas

4

Stimmt
kaum

5

Stimmt über-
haupt nicht

6

Angaben zur Person

26. Wie alt sind Sie?

62

Jahre

27. Ihr Geschlecht?

63

Männlich

1

Weiblich

2

28. Sind Sie erwerbstätig?

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

Ja, ich bin erwerbstätig ₁ →

Bitte weiter mit Frage 29

Nein, ich bin nicht erwerbstätig..... ₂

sondern ...

Bitte nur eine Angabe!

... Hausfrau / Hausmann ₁ →

... in Ausbildung oder Umschulung ₂ →

... arbeitslos gemeldet..... ₃ →

... im vorzeitigen Ruhestand..... ₄ →

... **befristet** in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente ₅ →

... **unbefristet** in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente ₆ →

... **ganz** in Altersrente / pensioniert ₇ →

... in Teilrente (z.B. Altersteilzeit) ₈ → ... mit % →

... Sonstiges ₉ →

Bitte weiter mit Frage 33

Frage 29 bis Frage 32 bitte nur ausfüllen, wenn Sie erwerbstätig sind!

Ihre Berufstätigkeit

29. 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

30. Wie stark haben Sie sich in der letzten Woche 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"/>	68
... arbeitslos werden könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69
... in Ihrem Beruf nicht mehr so gut vorankommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70
... Ihre Berufstätigkeit ganz aufgeben müssen und vorzeitig berentet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71
	1	2	3	4	5	

31. 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"/>	72
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

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

Nein

1

Ja

2

Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!

Und nun noch einige letzte Fragen

33. Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

74

Anregend,
aufschlussreich

1

Ziemlich
langweilig

2

Eher lästig

3

Richtig
unangenehm

4

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

75

Etwa Minuten

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

76

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

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