DGUV
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

Evaluationsbogen

(bitte mit in die EAP-Einrichtung nehmen)

Von der Rehabilitationseinrichtung auszufüllen

Messzeitpunkt: ☐ T1 ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4

Name: _____ Untersuchungsdatum: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Alter: _____ Jahre Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Aktueller Erwerbsstatus: ☐ berufstätig ☐ arbeitsunfähig ☐ berentet ☐ arbeitslos

Medikation (pulmonal): _____

Raucherstatus: ☐ Raucher ☐ Nichtraucher: _____ Zigaretten/Tag

Relevante Komorbiditäten: _____

6-min.-Gehtest:

Gehstrecke in Metern: _____ m

Herzfrequenz – vor Beginn: _____ Schläge/min I – bei Ende: _____ Schläge/min

Ermüdung nach BORG: _____ (s. Skala) Dyspnoe nach BORG: _____ (s. Skala)

Maximaler Handkrafttest (Dynamometrie):

Dominanter Arm: _____ kg Nicht-dominanter Arm: _____ kg

Nur in T2: Teilnahmeumfang EAP-Termine

Woche 1-8: ____/ 16 Terminen Woche 9-16: _____/ 8 Terminen

Nur in T2: geplante Sport- und Bewegungstherapie nach der EAP

☐ Teletherapie ☐ Rehasport ☐ Sportverein ☐ Fitnesszentrum ☐ Eigeninitiative

☐ sonstiges: _____

☐ keine Sport- u. Bewegungstherapie gewünscht

Nur in T3: durchgeführte Sport- und Bewegungstherapie in den letzten 6 Monaten

☐ Teletherapie ☐ Rehasport ☐ Sportverein ☐ Fitnesszentrum

☐ Eigeninitiative: _____

☐ sonstiges: _____

Wenn ja, wie häufig: _____ mal/Woche für jeweils _____ Stunden

☐ keine Sport- u. Bewegungstherapie durchgeführt

Nur in T3: geplante Sport- und Bewegungstherapie nach T3

☐ Teletherapie ☐ Rehasport ☐ Sportverein ☐ Fitnesszentrum

☐ Eigeninitiative: _____

☐ sonstiges: _____

☐ keine Sport- u. Bewegungstherapie gewünscht

Nur in T4: durchgeführte Sport- und Bewegungstherapie in den letzten 12 Monaten

☐ Teletherapie ☐ Rehasport ☐ Sportverein ☐ Fitnesszentrum

☐ Eigeninitiative: _____

☐ sonstiges: _____

Wenn ja, wie häufig: _____ mal/Woche für jeweils _____ Stunden

☐ keine Sport- u. Bewegungstherapie durchgeführt

Nur in T4: geplante Sport- und Bewegungstherapie nach T4

☐ Teletherapie ☐ Rehasport ☐ Sportverein ☐ Fitnesszentrum

☐ Eigeninitiative: _____

☐ sonstiges: _____

☐ keine Sport- u. Bewegungstherapie gewünscht

Von den Versicherten auszufüllen (Fragebogen 1 und 2)

Bitte bearbeiten Sie im Folgenden die beiden Fragebögen zur Lebensqualität unter Berücksichtigung a) Ihrer allgemeinen Gesundheit und b) Ihrer Atemwegs- und Lungenerkrankung.

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an Ihr Rehateam.

a) Fragebogen zur Lebensqualität unter Berücksichtigung Ihrer allgemeinen Gesundheit

In diesem Fragebogen geht es darum, wie Sie Ihre allgemeine Gesundheit **der vergangenen Woche** beurteilen.

Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

Frage / Aussage	ausge-zeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	☐	☐	☐	☐	☐

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

Frage / Aussage	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	☐	☐	☐
3. mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

Frage / Aussage	nie	selten	manch-mal	meistens	immer
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	☐	☐	☐	☐	☐

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

Frage / Aussage	nie	selten	manch-mal	meistens	immer
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	☐	☐	☐	☐	☐

Frage / Aussage	über-haupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen in der vergangenen Woche Ihre normale Arbeit (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in der vergangenen Woche gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

Frage / Aussage	immer	meistens	ziemlich oft	manch-mal	selten	nie
9. Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Frage / Aussage	immer	meistens	manch-mal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre Kontakte zu anderen Menschen (z. B. Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen (VR-12). 1-Wochen-Version. Entwickelt auf Grundlage des MOS RAND 36 Version 1.0 mit Unterstützung des US Department of Veterans Affairs. © Kazis LE et al., Journal of Ambulatory Care Management 2004;27:70–83. Deutsche Version: Ines Buchholz & Thomas Kohlmann 2015.

b) Fragebogen zur Lebensqualität unter Berücksichtigung Ihrer Atemwegs- und Lungenerkrankung

Mit diesem Fragebogen möchten wir mehr darüber erfahren, welche Beschwerden Ihnen Ihre Atmung bereitet und wie diese sich auf Ihr Leben auswirken. Wir möchten dadurch herausfinden, was Ihnen an Ihrer Erkrankung aus Ihrer Sicht die meisten Probleme bereitet, und nicht, was die Ärzte und das Pflegepersonal dazu meinen.

Lesen Sie bitte die Anleitung sorgfältig durch und fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen. Denken Sie nicht zu lange über Ihre Antworten nach.

Frage / Aussage	sehr gut	gut	mäßig	schlecht	sehr schlecht
Bevor Sie den restlichen Fragebogen ausfüllen: Bitte kreuzen Sie die Beschreibung an, die nach Ihrer Beurteilung Ihrem jetzigen Gesundheitszustand entspricht.	☐	☐	☐	☐	☐

1.1 TEIL 1 · Atemwegsbeschwerden

Diese Fragen beziehen sich auf die Häufigkeit Ihrer Atemwegsbeschwerden in den vergangenen 3 Monaten. Bitte kreuzen Sie für jede Frage 1 Kästchen an:

Frage / Aussage	an den meisten Tagen der Woche	an mehreren Tagen der Woche	an ein paar Tagen im Monat	nur bei Infektionen der Atemwege	gar nicht
1. Während der letzten 3 Monate habe ich gehustet.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Während der letzten 3 Monate habe ich Schleim (Auswurf) ausgehustet.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Während der letzten 3 Monate war ich kurzatmig.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Während der letzten 3 Monate hatte ich Anfälle von Keuchen oder Pfeifen beim Atemholen (Atemgeräusch).	☐	☐	☐	☐	☐

Frage / Aussage	mehr als 3 Anfälle	3 Anfälle	2 Anfälle	1 Anfall	keine Anfälle
5. Wie viele schwere oder sehr unangenehme Anfälle von Atemwegsbeschwerden hatten Sie in den vergangenen 3 Monaten?	☐	☐	☐	☐	☐

Frage / Aussage	1 Woche oder länger	3 Tage oder länger	1 oder 2 Tage	weniger als einen Tag
6. Wie lange dauerte der schlimmste Anfall von Atemwegsbeschwerden? (Wenn Sie keine schweren Anfälle hatten, gehen Sie bitte weiter zu Frage 7.)	☐	☐	☐	☐

Frage / Aussage	kein Tag war gut	1 oder 2 gute Tage	3 oder 4 gute Tage	fast jeder Tag war gut	jeder Tag war gut
7. Wie viele gute Tage (d. h. Tage mit wenig Atembeschwerden) hatten Sie in einer durchschnittlichen Woche in den vergangenen 3 Monaten?	☐	☐	☐	☐	☐

Frage / Aussage	Nein	Ja
8. Wenn Sie pfeifend atmen oder keuchen, ist es morgens schlimmer?	☐	☐

1.2 TEIL 2 · Auswirkungen der Atemwegsbeschwerden

1.3 Abschnitt 1

Frage / Aussage	das wichtigste Problem, das ich habe	bereitet mir ziemlich viele Probleme	bereitet mir ein paar Probleme	bereitet mir keine Probleme
Wie würden Sie Ihr Atemleiden beschreiben? Bitte nur 1 Kästchen ankreuzen.	☐	☐	☐	☐

Frage / Aussage	Ich habe wegen meiner Atemwegs-beschwerden ganz aufgehört zu arbeiten.	Meine Atemwegs-beschwerden beeinträchtigen mich bei der Arbeit oder haben mich veranlasst, meinen Beruf/meine Stelle zu wechseln.	Meine Atemwegs-beschwerden wirken sich nicht auf meine Arbeit aus.
Wenn Sie berufstätig sind oder waren, kreuzen Sie bitte eines der Kästchen an.	☐	☐	☐

1.4 Abschnitt 2

Diese Fragen beziehen sich darauf, bei welchen Tätigkeiten Sie derzeit für gewöhnlich in Atemnot geraten. Bitte geben Sie in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft, indem Sie „richtig“ oder „falsch“ ankreuzen:

Frage / Aussage	richtig	falsch
still sitzen oder ruhig liegen	☐	☐
sich waschen oder anziehen	☐	☐
im Haus herumgehen	☐	☐
draußen auf ebenen Wegen gehen	☐	☐
einen Treppenabsatz hinaufgehen	☐	☐
bergauf gehen	☐	☐
Sport treiben	☐	☐

1.5 Abschnitt 3

Nun folgen weitere Fragen zu Ihrem derzeitigen Husten und Ihrer derzeitigen Kurzatmigkeit. Bitte geben Sie in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft, indem Sie „richtig“ oder „falsch“ ankreuzen:

Frage / Aussage	richtig	falsch
Mein Husten tut weh.	☐	☐
Mein Husten macht mich müde.	☐	☐
Ich gerate außer Atem, wenn ich rede.	☐	☐
Ich gerate außer Atem, wenn ich mich vornüber beuge.	☐	☐
Mein Husten oder mein Atmen stören meinen Schlaf.	☐	☐
Ich bin schnell erschöpft.	☐	☐

1.6 Abschnitt 4

Bei diesen Fragen geht es um weitere Auswirkungen, die Ihre Atemwegsbeschwerden derzeit möglicherweise auf Sie haben. Bitte geben Sie in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft, indem Sie „richtig“ oder „falsch“ ankreuzen:

Frage / Aussage	richtig	falsch
Mein Husten oder mein Atmen ist mir in der Öffentlichkeit peinlich.	☐	☐
Meine Atemwegsbeschwerden sind lästig für meine Familie, meine Freunde oder Nachbarn.	☐	☐

Wenn ich keine Luft kriege, bekomme ich Angst oder gerate in Panik.	☐	☐
Ich habe das Gefühl, meine Atemwegsbeschwerden nicht im Griff zu haben.	☐	☐
Ich rechne nicht damit, dass es mit meinen Atemwegsbeschwerden besser wird.	☐	☐
Durch meine Atemprobleme bin ich anfällig oder invalide geworden.	☐	☐
Es ist für mich riskant, mich sportlich zu betätigen.	☐	☐
Alles erscheint mir zu mühsam.	☐	☐

1.7 Abschnitt 5

Diese Fragen betreffen Ihre Medikamente. Wenn Sie keine Medikamente nehmen, gehen Sie bitte gleich zu Abschnitt 6 weiter. Bitte geben Sie in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft, indem Sie „richtig“ oder „falsch“ ankreuzen:

Frage / Aussage	richtig	falsch
Meine Medikamente helfen mir nicht viel.	☐	☐
Es ist mir peinlich, meine Medikamente in der Öffentlichkeit zu benutzen.	☐	☐
Meine Medikamente verursachen mir unangenehme Nebenwirkungen.	☐	☐
Meine Medikamente beeinträchtigen mein Leben erheblich.	☐	☐

1.8 Abschnitt 6

Bei diesen Fragen geht es darum, wie sich Ihr Atemleiden möglicherweise auf Ihre Aktivitäten auswirkt. Bitte kreuzen Sie bei jedem Satz „richtig“ an, wenn darin eine oder mehrere Feststellungen aufgrund Ihres Atemleidens auf Sie zutreffen. Sonst kreuzen Sie bitte „falsch“ an:

Frage / Aussage	richtig	falsch
Ich brauche lange, um mich zu waschen oder anzuziehen.	☐	☐
Ich kann kein Bad bzw. keine Dusche nehmen, oder ich brauche zu lange dazu.	☐	☐
Ich gehe langsamer als andere, oder ich halte an, um mich auszuruhen.	☐	☐
Aufgaben wie Haushalt dauern sehr lange, oder ich muss mich zwischendurch ausruhen.	☐	☐

Wenn ich einen Treppenabsatz hinaufgehe, muss ich langsam gehen oder zwischendurch anhalten.	☐	☐
Wenn ich mich beeile oder schnell gehe, muss ich danach anhalten oder langsamer gehen.	☐	☐
Wegen meines Atemleidens fällt es mir schwer, bergauf zu gehen, etwas die Treppen hoch zu tragen, leichte Gartenarbeit zu verrichten wie Unkrautjäten, zu tanzen, Bowling oder Golf zu spielen.	☐	☐
Wegen meines Atemleidens fällt es mir schwer, schwere Lasten zu tragen, den Garten umzugraben oder Schnee zu schippen, zu joggen oder schnell zu gehen (8 km/Stunde), Tennis zu spielen oder zu schwimmen.	☐	☐
Wegen meines Atemleidens fällt es mir schwer, sehr schwere körperliche Arbeit zu verrichten, zu laufen, Rad zu fahren, schnell zu schwimmen oder anstrengenden Sport zu treiben.	☐	☐

1.9

1.10 Abschnitt 7

Wir wüssten gerne, wie Ihre Atemwegsbeschwerden normalerweise Ihr tägliches Leben beeinflussen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage „richtig“ oder „falsch“ an.

(Bitte denken Sie daran, dass „richtig“ nur auf Sie zutrifft, wenn Sie etwas aufgrund Ihrer Atemwegsbeschwerden nicht tun können.)

Frage / Aussage	richtig	falsch
Ich kann keinen Sport treiben.	☐	☐
Ich kann nicht ausgehen, um mich zu unterhalten oder zu erholen.	☐	☐
Ich kann das Haus nicht verlassen, um einkaufen zu gehen.	☐	☐
Ich kann keine Hausarbeit verrichten.	☐	☐
Ich kann mich nicht weit von meinem Bett oder meinem Stuhl entfernen.	☐	☐

Es folgt eine Liste von weiteren Tätigkeiten, die Sie wegen Ihrer Atemwegsbeschwerden möglicherweise nicht ausüben können.

(Sie brauchen diese nicht anzukreuzen. Die Liste soll Ihnen nur helfen, sich daran zu erinnern, wie Ihre Kurzatmigkeit Sie möglicherweise einschränkt.)

• Spazierengehen oder den Hund spazieren führen

• etwas im Haus oder im Garten erledigen

• in die Kirche gehen oder an einen Ort, an dem Unterhaltung geboten wird

• bei schlechtem Wetter nach draußen gehen oder verrauchte Räume betreten

• Familie oder Freunde besuchen oder mit Kindern spielen

Bitte notieren Sie, welchen anderen wichtigen Tätigkeiten Sie möglicherweise wegen Ihrer Atemwegsbeschwerden nicht nachgehen können:

_____

_____

_____

_____

_____

Frage / Aussage	Sie hindern mich nicht daran, das zu tun, was ich gerne tun möchte.	Sie hindern mich an ein oder zwei Dingen, die ich gerne tun möchte.	Sie hindern mich an den meisten Dingen, die ich gerne tun möchte.	Sie hindern mich an allem, was ich gerne tun möchte.
Wir möchten Sie nun bitten, die Feststellung (nur eine) anzukreuzen, die am besten beschreibt, wie sich Ihre Atemwegsbeschwerden auf Sie auswirken.	☐	☐	☐	☐

Quelle SGRQ:
P. W. Jones, PhD FRCP
Professor of Respiratory Medicine
St George's Hospital Medical School
Jenner Wing
Cranmer Terrace
London SW17 ORE, UK
pjones@sghms.ac.uk
Copyright reserved.