

7 Anhang

7.1 Abbildungen


<p>Per FAX:</p> <p>Herrn Chefarzt Dr. J. Schmidt Beratender Arzt</p>		<p>VBG Verwaltungs- Berufsgenossenschaft die Berufsgenossenschaft der Banken, Versicherungen, Verwaltungen, freien Berufe und besonderer Unternehmen</p>												
<p>MANAGEMENT HAND- UND MIKROCHIRURGIE</p>														
<p>Sehr geehrter Herr Dr. Schmidt,</p> <p>bitte nehmen Sie im Rahmen des vereinbarten Pilotprojektes zu dem in Kopie beigefügten D-Bericht Stellung.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen Im Auftrag</p>														
<hr/>														
<p>Per Fax: 0361 – 2236 109</p> <p>Zurück an VBG, BV Erfurt</p>														
<p>Versicherte(r):</p>	<p>geb.:</p>	<p>UT:</p>												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <th colspan="2" style="padding: 5px;"> Management Handverletzungen Stellungnahme beratender Arzt Chefarzt Dr. Schmidt </th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="padding: 5px;">Diagnose gesichert / Überweisung in klinische Einrichtung Handchirurgie nicht erforderlich</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">Unzureichende Befunde / Bitte WV mit Ergänzungsbericht D (H) 13 e</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">Angaben nach AO erforderlich / fehlen</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">WV wenn Arbeitsfähigkeit länger als Wochen</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">Vorstellung in Handsprechstunde wird empfohlen</td> </tr> </table>			Management Handverletzungen Stellungnahme beratender Arzt Chefarzt Dr. Schmidt			Diagnose gesichert / Überweisung in klinische Einrichtung Handchirurgie nicht erforderlich		Unzureichende Befunde / Bitte WV mit Ergänzungsbericht D (H) 13 e		Angaben nach AO erforderlich / fehlen		WV wenn Arbeitsfähigkeit länger als Wochen		Vorstellung in Handsprechstunde wird empfohlen
Management Handverletzungen Stellungnahme beratender Arzt Chefarzt Dr. Schmidt														
	Diagnose gesichert / Überweisung in klinische Einrichtung Handchirurgie nicht erforderlich													
	Unzureichende Befunde / Bitte WV mit Ergänzungsbericht D (H) 13 e													
	Angaben nach AO erforderlich / fehlen													
	WV wenn Arbeitsfähigkeit länger als Wochen													
	Vorstellung in Handsprechstunde wird empfohlen													

Abbildung I: Fax-Vorlage an den beratenden Handchirurgen - Seite 1

Versicherte(r):

Maßnahme	Ja	Nein	Dauer	ab	x-mal wöchentl.	Art
1. BGSW						
2. EAP						
3. Krankengymnastik						
4. Ergotherapie						
5. Hilfsmittel						
6. Belastungserprobung						
7. Behandlungsdauer / voraus. Eintritt d. Arbeitsfähigkeit						
8. Berufshilfe						
9. Wiedervorlagetermin						
10. Sonstiges	_____					

Gebühr nach Ziffer 140 des Vertrages Ärzte/UV-Träger xx,xx €
Apotheker- und Ärztebank, BLZ: 100 906 03, Konto-Nr.:

Datum, Unterschrift

Abbildung I: Fax-Vorlage an den beratenden Handchirurgen - Seite 2

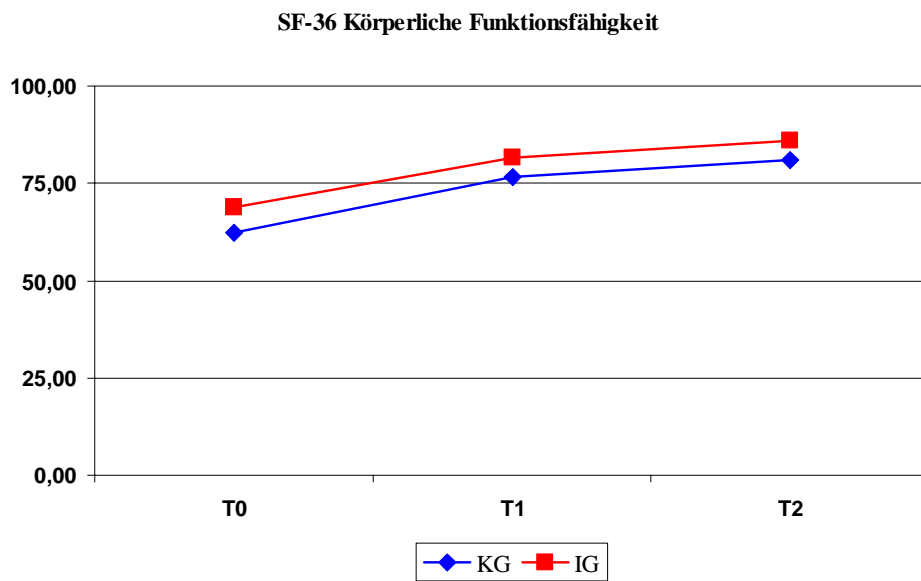


Abbildung II: Longitudinale Entwicklung der körperlichen Funktionsfähigkeit in KG und IG

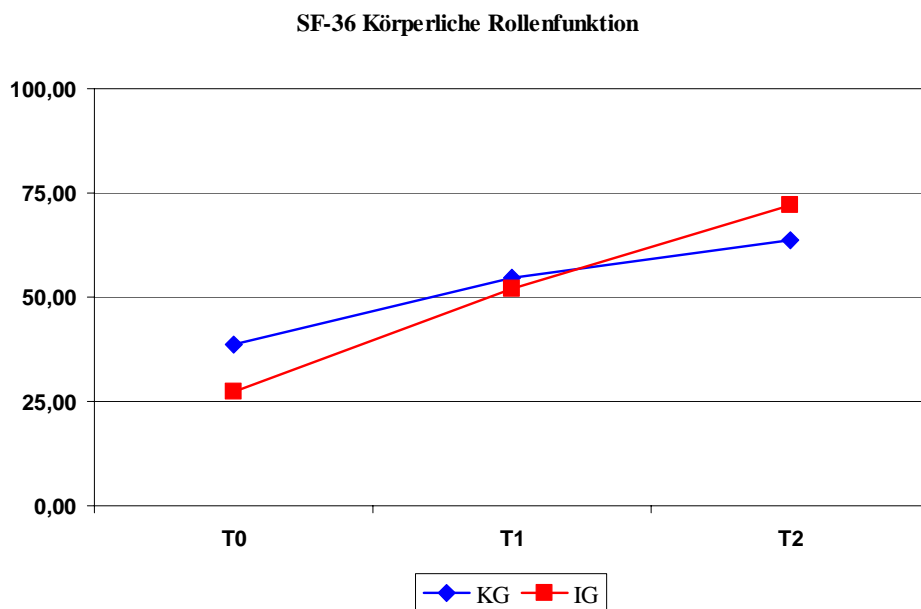


Abbildung III: Longitudinale Entwicklung der körperlichen Rollenfunktion in KG und IG

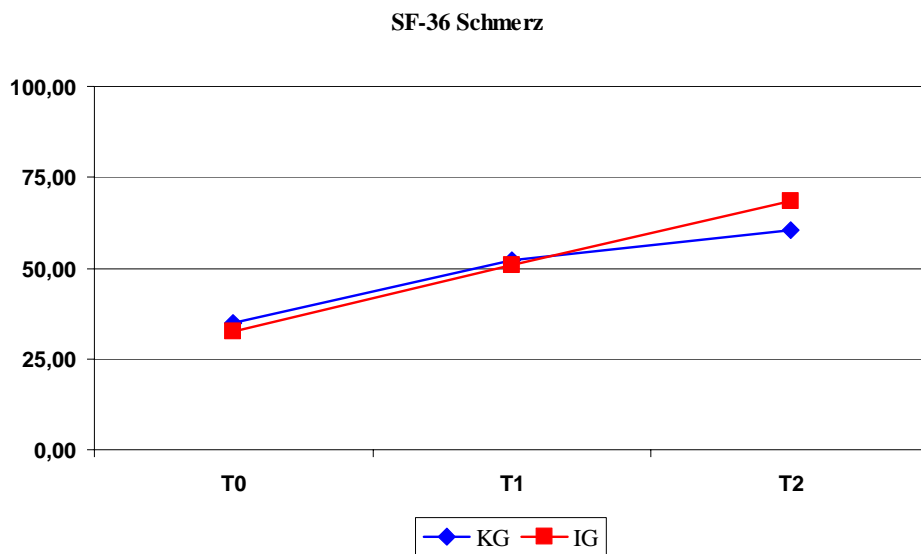


Abbildung IV: Longitudinale Entwicklung der Wahrnehmung von Schmerz in KG und IG

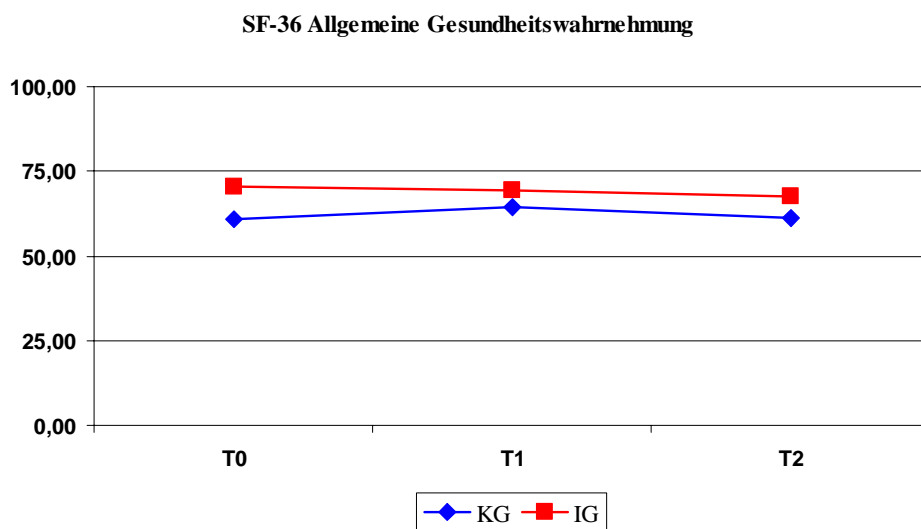


Abbildung V: Longitudinale Entwicklung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung in KG und IG

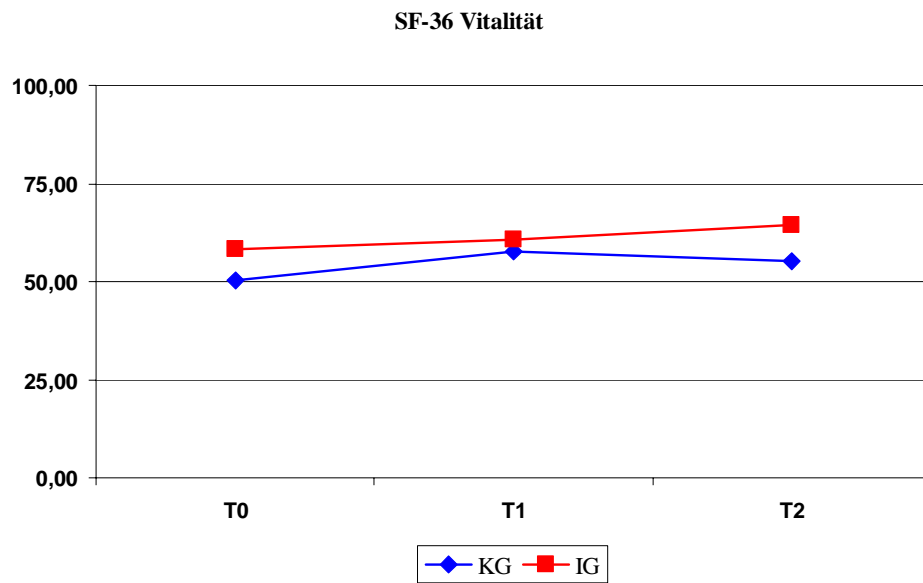


Abbildung VI: Longitudinale Entwicklung der Vitalität
in KG und IG

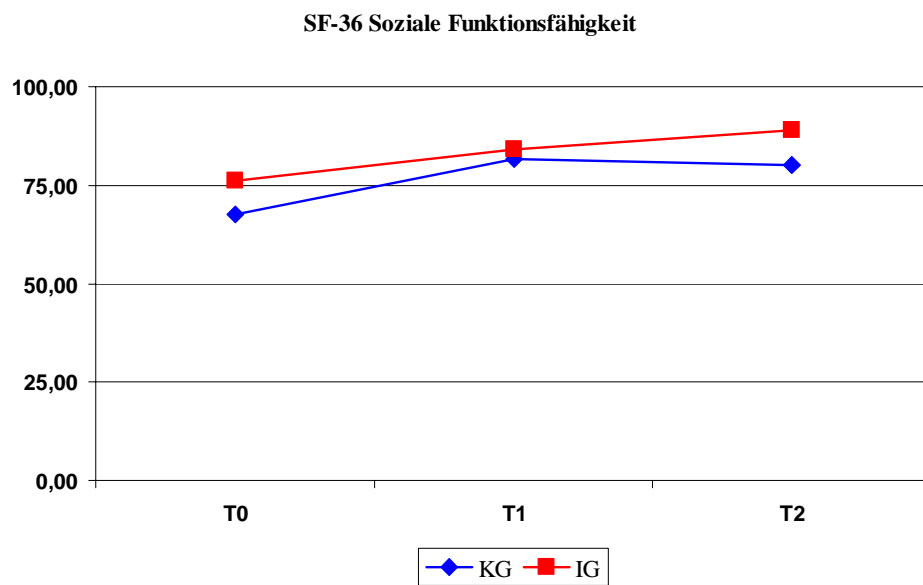


Abbildung VII: Longitudinale Entwicklung der sozialen
Funktionsfähigkeit in KG und IG

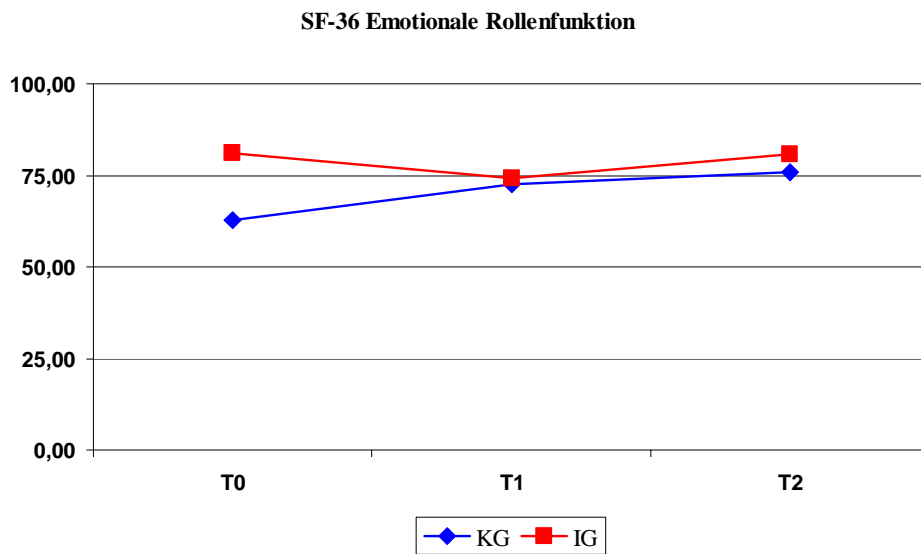


Abbildung VIII: Longitudinale Entwicklung der emotionalen Rollenfunktion in KG und IG

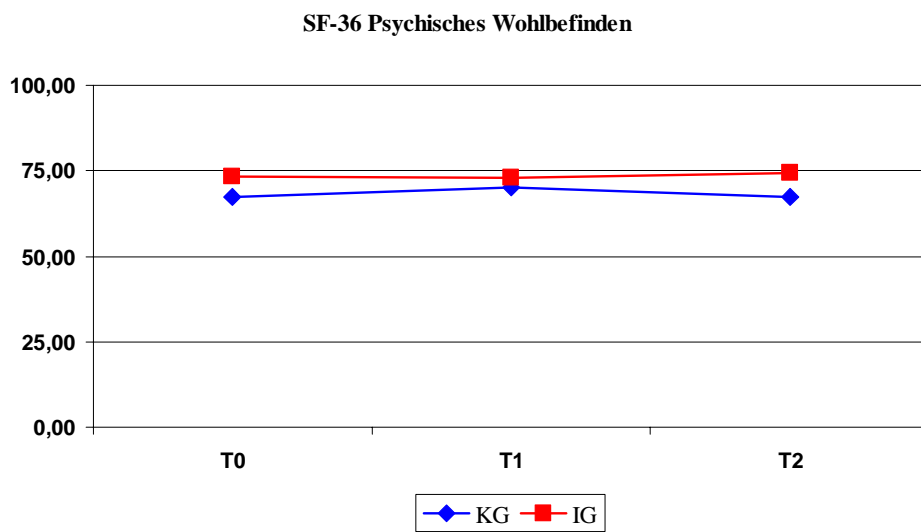


Abbildung IX: Longitudinale Entwicklung des psychischen Wohlbefindens in KG und IG

7.2 Tabellen

Tabelle I: soziodemographische Merkmale der IG und KG

		IG		KG	
		N	in %	N	in %
Fester Partner	Nein	31	27,2	19	22,9
	Ja	83	72,8	64	77,1
Familienstand	ledig	26	23,2	23	27,4
	verheiratet	63	56,3	51	60,7
	geschieden	12	10,7	6	7,2
	getrennt				
	lebend	5	4,5	2	2,4
	verwitwet	6	5,4	2	2,4
Personenanzahl im Haushalt	1	21	18,4	14	16,9
	2	47	41,2	41	49,4
	3	25	21,9	20	24,1
	4	17	14,9	6	7,23
	5	4	3,5	1	1,2
	6	0	0	1	1,2
	Fehlende Werte			1	

Tabelle II: Bildungsniveau, berufliche Stellung und Nettoeinkommen in der
IG und KG

		IG		KG		
		N	in %	N	in %	
Höchster Schulabschluss	Keinen Schulabschluss	0	0	1	1,2	
	Haupt-/Volksschule	28	24,6	5	6,0	
	Realschule/Mittlere Reife	18	15,8	16	19,1	
	Polytechn. Oberschule	46	40,4	40	47,6	
	Fachhochschulreife	6	5,3	7	8,3	
	Abitur	15	13,2	14	16,7	
	Anderen Schulabschluss	1	0,9	1	1,2	
	Berufsausbildung	Keine	13	11,5	3	3,6
		Lehre	63	55,8	52	61,9
Fachschule		15	13,3	8	9,5	
Fachhochschule		5	4,4	2	2,4	
Ingenieurschule		5	4,4	10	11,9	
Universität/Hochschule		8	7,1	7	8,3	
Andere Ausbildung		4	3,5	2	2,4	
Fehlende Werte		1				
Berufliche Stellung		Arbeiter	47	42,0	33	40,2
	Angestellter	52	46,4	43	52,4	
	Selbstständig	5	4,5	2	2,4	
	Sonstiges	8	7,1	4	4,9	
	Fehlende Werte	2		2		
Monatl. Nettoeinkommen	unter 500	7	6,3	2	2,6	
	bis unter 1.000	14	12,6	21	27,3	
	bis unter 1.500	28	25,2	20	26,0	
	bis unter 2.000	23	20,7	11	14,3	
	bis unter 2.500	18	16,2	12	15,6	
	bis unter 3.000	9	8,1	5	6,5	
	bis unter 3.500	8	7,2	3	3,9	
	mehr als 3.500	4	3,6	3	3,9	
	Fehlende Werte	3		7		

Tabelle III, Seite 1: Longitudinale Veränderungen in den Subskalen
des SF-36

		T0	T1	T2
Körperliche Funktionsfähigkeit				
KG	Mittelwert	62,4	76,6	80,9
	Std.-Abw.	17,6	19,7	18,4
IG	Mittelwert	68,8	81,6	86,0
	Std.-Abw.	14,1	17,7	16,8
	p-Wert	0,005	0,063	0,046
Körperliche Rollenfunktion				
KG	Mittelwert	38,6	54,8	63,7
	Std.-Abw.	32,6	24,3	27,2
IG	Mittelwert	27,2	52,1	72,1
	Std.-Abw.	26,2	23,4	24,1
	p-Wert	0,007	0,430	0,024
Schmerz				
KG	Mittelwert	34,8	52,1	60,4
	Std.-Abw.	23,2	23,0	26,9
IG	Mittelwert	32,6	50,9	68,4
	Std.-Abw.	21,4	18,9	24,2
	p-Wert	0,488	0,691	0,031
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung				
KG	Mittelwert	60,9	64,4	61,3
	Std.-Abw.	17,8	18,3	19,2
IG	Mittelwert	70,3	69,3	67,7
	Std.-Abw.	16,1	17,5	18,9
	p-Wert	0,000	0,054	0,026

Tabelle III, Seite 2: Longitudinale Veränderungen in den Subskalen
des SF-36

		T0	T1	T2
		Vitalität		
KG	Mittelwert	50,2	57,8	55,2
	Std.-Abw.	16,5	15,7	16,9
IG	Mittelwert	58,4	60,7	64,4
	Std.-Abw.	20,2	18,7	16,3
	p-Wert	0,003	0,261	<0,001
		Soziale Funktionsfähigkeit		
KG	Mittelwert	67,5	81,7	80,3
	Std.-Abw.	29,3	20,7	24,4
IG	Mittelwert	76,2	84,2	89,1
	Std.-Abw.	26,2	21,1	17,1
	p-Wert	0,029	0,398	0,003
		Emotionale Rollenfunktion		
KG	Mittelwert	62,8	72,4	75,7
	Std.-Abw.	35,7	28,2	26,6
IG	Mittelwert	81,1	74,3	80,9
	Std.-Abw.	30,0	28,2	25,5
	p-Wert	<0,001	0,635	0,168
		Psychisches Wohlbefinden		
KG	Mittelwert	67,4	70,0	67,5
	Std.-Abw.	18,5	17,4	18,5
IG	Mittelwert	73,2	73,0	74,3
	Std.-Abw.	18,7	18,9	18,9
	p-Wert	0,034	0,271	0,015

7.3 Selbstbeurteilungsinstrumente

7.3.1 SF-36 Fragebogen



SF - 36
(deutsche Version 2.0)

Fragebogen zum Gesundheitszustand

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, in dem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an!)

- Ausgezeichnet: 1
Sehr gut: 2
Gut: 3
Weniger gut: 4
Schlecht: 5

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an!)

- Derzeit viel besser als vor einem Jahr: 1
Derzeit etwas besser als vor einem Jahr: 2
Etwa so wie vor einem Jahr: 3
Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr: 4
Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr: 5

3

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an!)

TÄTIGKEITEN	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a) anstrengende Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
b) mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
c) Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
d) mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
e) einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
f) sich beugen, knien, bücken	1	2	3
g) mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
h) mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
i) eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3
j) sich baden oder anzuziehen	1	2	3

4. 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? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an!)

SCHWIERIGKEITEN	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
a) Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2	3	4	5
b) Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2	3	4	5
c) Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2	3	4	5
d) Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. Ich mußte mich besonders anstrengen)	1	2	3	4	5

4

5. 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 fühlten)?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an!)

SCHWIERIGKEITEN	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
a) Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2	3	4	5
b) Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2	3	4	5
c) Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2	3	4	5

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme **in den vergangenen 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunde, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?
(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an!)

Überhaupt nicht: 1
 Etwas: 2
 Mäßig: 3
 Ziemlich: 4
 Sehr: 5

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den vergangenen 4 Wochen**?
(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an!)

Ich hatte keine Schmerzen: 1
 Sehr leicht: 2
 Leicht: 3
 Mäßig: 4
 Stark: 5
 Sehr stark: 6

5

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeit zu Hause und im Beruf behindert?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an!)

- Überhaupt nicht: 1
 Ein bißchen: 2
 Mäßig: 3
 Ziemlich: 4
 Sehr: 5

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht!) Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

BEFINDEN	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
a) ... voller Schwung?	1	2	3	4	5
b) ... sehr nervös?	1	2	3	4	5
c) ... so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern konnte?	1	2	3	4	5
d) ... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5
e) ... voller Energie?	1	2	3	4	5
f) ... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5
g) ... erschöpft?	1	2	3	4	5
h) ... glücklich?	1	2	3	4	5
i) ... müde?	1	2	3	4	5

6

10. Wie häufig haben Ihre **körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen** Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an!)

- Immer: 1
 Meistens: 2
 Manchmal: 3
 Selten: 4
 Nie: 5

11. Inwieweit trifft **jede** der folgenden Aussagen auf Sie zu?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an!)

AUSSAGEN	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
a) Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5
b) Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
c) Ich erwarte, daß mein Gesundheit nachläßt	1	2	3	4	5
d) Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

7.3.2 DASH-Fragebogen

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

THE DASH

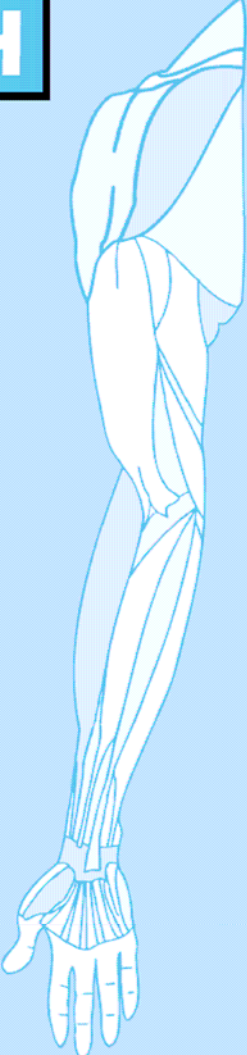
ANLEITUNG

Dieser Fragebogen beschäftigt sich sowohl mit Ihren Beschwerden als auch mit Ihren Fähigkeiten, bestimmte Tätigkeiten auszuführen.

Bitte beantworten Sie *alle Fragen* gemäß Ihrem Zustand in der vergangenen Woche, indem Sie einfach die entsprechende Zahl ankreuzen.

Wenn Sie in der vergangenen Woche keine Gelegenheit gehabt haben, eine der unten aufgeführten Tätigkeiten durchzuführen, so wählen Sie die Antwort aus, die Ihrer Meinung nach *am ehesten* zutreffen würde.

Es ist nicht entscheidend, mit welchem Arm oder welcher Hand Sie diese Tätigkeiten ausüben. Antworten Sie Ihrer Fähigkeit entsprechend, ungeachtet, wie Sie die Aufgaben durchführen konnten.



DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

Bitte schätzen Sie Ihre Fähigkeit ein, wie Sie folgende Tätigkeiten in der vergangenen Woche durchgeführt haben, indem Sie die entsprechende Zahl ankreuzen.

	Keine Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Erhebliche Schwierigkeiten	Nicht möglich
1. Ein neues oder festverschlossenes Glas öffnen	1	2	3	4	5
2. Schreiben	1	2	3	4	5
3. Einen Schlüssel umdrehen	1	2	3	4	5
4. Eine Mahlzeit zubereiten	1	2	3	4	5
5. Eine schwere Tür aufstoßen	1	2	3	4	5
6. Einen Gegenstand über Kopfhöhe auf ein Regal stellen	1	2	3	4	5
7. Schwere Hausarbeit (z. B. Wände abwaschen, Boden putzen)	1	2	3	4	5
8. Garten- oder Hofarbeit	1	2	3	4	5
9. Betten machen	1	2	3	4	5
10. Eine Einkaufstasche oder einen Aktenkoffer tragen	1	2	3	4	5
11. Einen schweren Gegenstand tragen (über 5kg)	1	2	3	4	5
12. Eine Glühbirne über Ihrem Kopf auswechseln	1	2	3	4	5
13. Ihre Haare waschen oder föhnen	1	2	3	4	5
14. Ihren Rücken waschen	1	2	3	4	5
15. Einen Pullover anziehen	1	2	3	4	5
16. Ein Messer benutzen, um Lebensmittel zu schneiden	1	2	3	4	5
17. Freizeitaktivitäten, die wenig körperliche Anstrengung verlangen (z. B. Karten spielen, Stricken, usw.)	1	2	3	4	5
18. Freizeitaktivitäten, bei denen auf Ihren Arm, Schulter oder Hand Druck oder Stoß ausgeübt wird (z.B. Golf, Hämmern, Tennis, usw.) ¹	1	2	3	4	5
19. Freizeitaktivitäten, bei denen Sie Ihren Arm frei bewegen (z. B. Badminton, Frisbee)	1	2	3	4	5
20. Mit Fortbewegungsmitteln zurecht zukommen (um von einem Platz zum anderen zu gelangen)	1	2	3	4	5
21. Sexuelle Aktivität	1	2	3	4	5

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND					
22. In welchem Ausmaß haben Ihre Schulter-, Arm- oder Handprobleme Ihre normalen sozialen Aktivitäten mit Familie, Freunden, Nachbarn oder anderen Gruppen während der <u>vergangenen Woche</u> beeinträchtigt? (Bitte reuzen Sie die entsprechende Zahl an)					
	Oberhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr
	1	2	3	4	5
23. Waren Sie in der <u>vergangenen Woche</u> durch Ihre Schulter-, Arm- oder Handprobleme in Ihrer Arbeit oder anderen alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt? (Bitte reuzen Sie die entsprechende Zahl an)					
	Oberhaupt nicht eingeschränkt	Ein wenig eingeschränkt	Mäßig eingeschränkt	Sehr eingeschränkt	Nicht möglich
	1	2	3	4	5
Bitte schätzen Sie die Schwere der folgenden Beschwerden während der <u>letzten Woche</u> ein. (Bitte reuzen Sie in jeder Zeile die entsprechende Zahl an)					
	Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Sehr starke
24. Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand	1	2	3	4	5
25. Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand während der Ausführung einer bestimmten Tätigkeit	1	2	3	4	5
26. Kribbeln (Nadelstiche) in Schulter, Arm oder Hand	1	2	3	4	5
27. Schwächegefühl in Schulter, Arm oder Hand	1	2	3	4	5
28. Steifheit in Schulter, Arm oder Hand	1	2	3	4	5
29. Wie groß waren Ihre Schlafstörungen in der <u>letzten Woche</u> aufgrund von Schmerzen im Schulter-, Arm- oder Handbereich? (Bitte reuzen Sie die entsprechende Zahl an)					
	Keine Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Erhebliche Schwierigkeiten	Nicht möglich
	1	2	3	4	5
30. Aufgrund meiner Probleme im Schulter-, Arm- oder Handbereich empfinde ich meine Fähigkeiten als eingeschränkt, ich habe weniger Selbstvertrauen oder ich fühle, dass ich mich weniger nützlich machen kann. (Bitte reuzen Sie die entsprechende Zahl an)					
	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Weder Zustimmung noch Ablehnung	Stimme zu	Stimme sehr zu
	1	2	3	4	5
Auswertung DASH: Addieren Sie die angekreuzten Antworten (Nr. 1 bis 30); subtrahieren Sie 30; dividieren Sie durch 1,2 = DASH-Wert. Falls Antworten fehlen, beachten Sie die detaillierten Anweisungen					

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

SPORT- UND MUSIK-MODUL (OPTIONAL)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Einfluss Ihres Schulter-, Arm- oder Handproblems auf das Spielen Ihres Musikinstrumentes oder auf das Ausüben Ihres Sports oder auf beides.
Wenn Sie mehr als ein Instrument spielen oder mehr als eine Sportart ausüben (oder beides), so beantworten Sie bitte die Fragen in bezug auf das Instrument oder die Sportart, die für Sie am wichtigsten ist.
Bitte geben Sie dieses Instrument bzw. diese Sportart hier an:

Ich treibe keinen Sport oder spiele kein Instrument (Sie können diesen Bereich auslassen).

Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die Ihre körperlichen Fähigkeiten in der vergangenen Woche am besten beschreibt. Hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten:

	Keine Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Erhebliche Schwierigkeiten	Nicht möglich
1. In der üblichen Art und Weise Ihr Musikinstrument zu spielen oder Sport zu treiben?	1	2	3	4	5
2. Aufgrund der Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand Ihr Musikinstrument zu spielen oder Sport zu treiben?	1	2	3	4	5
3. So gut Ihr Musikinstrument zu spielen oder Sport zu treiben wie Sie es möchten?	1	2	3	4	5
4. Die bisher gewohnte Zeit mit dem Spielen Ihres Musikinstrumentes oder mit Sporttreiben zu verbringen?	1	2	3	4	5


ARBEITS- UND BERUFS-MODUL (OPTIONAL)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Einfluss Ihres Schulter-, Arm- oder Handproblems auf Ihre Arbeit (einschließlich Haushaltsführung, falls dies Ihre Hauptbeschäftigung ist).
Bitte geben Sie Ihre/n Arbeit/Beruf hier an:


Ich bin nicht berufstätig (Sie können diesen Bereich auslassen).


Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die Ihre körperlichen Fähigkeiten in der vergangenen Woche am besten beschreibt. Hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten:

	Keine Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Erhebliche Schwierigkeiten	Nicht möglich
1. In der üblichen Art und Weise zu arbeiten?	1	2	3	4	5
2. Aufgrund der Schmerzen in Schulter, Arm oder Hand Ihre übliche Arbeit zu erledigen?	1	2	3	4	5
3. So gut zu arbeiten wie Sie es möchten?	1	2	3	4	5
4. Die bisher gewohnte Zeit mit Ihrer Arbeit zu verbringen?	1	2	3	4	5




INSTITUTE FOR WORK & HEALTH
INSTITUT DE RECHERCHE SUR LE TRAVAIL ET LA SANTÉ





A
A
COMSS
S



Deutsche Verein: Gunter Gernann, Angela Harth, Gerhard Wind, Ethan Demir
 Netz für Hand-, Plattsche und Rekonstruktive Chirurgie
 - Schroeder-Institut für Arbeit und Gesundheit
 BG-Universität Ludwigshafen
 Netz für Schulter- und Handchirurgie
 der Universität Heidelberg

© BWH & AACS & COMSS 1997

7.3.3 EQ-5D-Fragebogen

Gesundheitsfragebogen EQ-5D	
Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz (☒) in ein Kästchen jeder Gruppe machen.	
Beweglichkeit/Mobilität	
Ich habe keine Probleme herumzugehen	<input type="checkbox"/>
Ich habe einige Probleme herumzugehen	<input type="checkbox"/>
Ich bin ans Bett gebunden	<input type="checkbox"/>
Für sich selbst sorgen	
Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen	<input type="checkbox"/>
Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)	
Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="checkbox"/>
Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="checkbox"/>
Schmerzen / Körperliche Beschwerden	
Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Angst / Niedergeschlagenheit	
Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	<input type="checkbox"/>
Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	<input type="checkbox"/>
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	<input type="checkbox"/>
Verglichen mit meinem allgemeinen Gesundheitszustand während der vergangenen 12 Monate ist mein heutiger Gesundheitszustand	
besser	<input type="checkbox"/>
im großen und ganzen etwa gleich	<input type="checkbox"/>
schlechter	<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Bitte markieren Sie das entsprechende Kästchen. </div>	

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

Best-denkbare Gesundheitszustand

Ihr heutiger Gesundheitszustand

Schlechtest denkbare Gesundheitszustand