Leitlinien zur ambulanten Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates:

VI. Qualitätskriterien für die Auswahl von möglichen Anbietern: Obligatorische Dokumentationsstandards für eine permanente Ergebnisbeobachtung

Guidelines for the outpatient orthopaedic rehabilitation

VI. Quality criterion to choose adequate clinic companies: obligatory documentation standards for a continuous follow-up of therapy results

Thomas M1, Busse M2

Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universität Leipzig¹ (Direktor: Prof. Dr. med. G. von Salis-Soglio) Institut für Sportmedizin/Sportmedizinische Ambulanz und Rehabilitationszentrum der Universität Leipzig² (Direktor: Prof. Dr. med. M. W. Busse)

Zusammenfassung:

Thomas M, Busse M. Leitlinien zur ambulanten Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates: VI. Qualitätskriterien für die Auswahl von möglichen Anbietern: Obligatorische Dokumentationsstandards für eine permanente Ergebnisbeobachtung. Klinische Sportmedizin/Clinical Sports Medicine – Germany (KCS) 2002, 3(4): 68-115.

Intraindividuelle therapeutische Effizienz kann allein durch quantifizierende Messung der betroffenen Körperfunktionen nachgewiesen werden. Dies hat in Relation zu entsprechenden Normalwerten bzw. Scores zu geschehen. Um mögliche Therapiefehler möglichst frühzeitig zu erkennen, ist eine permanente, tägliche Quantifizierung erforderlich. Diese wiederum erfordert standardisierte Messkriterien. Entsprechendes gilt für die Bewertung der therapeutischen Effizienz einer Rehabilitationseinrichtung insgesamt bzw. für den Vergleich unterschiedlicher Rehabilitationseinrichtungen. Es werden für 3 Hauptindikationsbereiche entsprechende standardisierte Untersuchungs- und Bewertungsbögen beispielhaft präsentiert.

Schlüsselwörter: Ambulante Rehabilitation, Sozialversicherung, Sozialversicherungsträger

Summary:

Thomas M, Busse M. Guidelines for the outpatient orthopaedic rehabilitation: VI. Quality criterion to choose adequate clinic companies: obligatory documentation standards for a continuous follow-up of therapy results. Klinische Sportmedizin/Clinical Sports Medicine – Germany (KCS) 2002, 3(4): 68-115.

To demonstrate therapeutic efficiency, a quantitative analysis of the functions of the injured regions is necessary. Reference values or score systems should be the basis of comparison. To identify therapeutic errors early, a daily quantification of therapeutic results is necessary. This demands standard criterions. This also yields for the survey of the therapeutic efficiency of rehabilitation centers. For three main indications respective standardized examination and evaluation checklists are presented.

Keywords: outpatient rehabilitation, social insurance, social assurances

Ein grundsätzliches Problem der AOTR besteht in der Polypragmasie der Verfahren und in der fehlenden rehabilitationsbegleitenden Dokumentation anamnestischer und klinischer Daten. Bei entsprechenden Befragungen in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen hörten wir zur Verfahrensfrage wiederholt Argumente wie: "...ich weiß am besten, was ich tue....", "...ich mache das in jedem Einzelfall anders....", "....was in Büchern steht, ist dummes Zeug, ich richte mich nach meinem Gefühl.....", "....eine quantifizierende Überprüfung ist ganz schlecht, damit verwirre ich den Patienten nur.....". Wie Artikel II der Leitlinien-Serie und die Anlagen zeigen, ist insbesondere die postoperative AHB eine an engen medizinischen Kriterien ausgerichtete Therapieform, die ebenso exakten Regeln zu folgen hat wie die vorangegangene Operation. Eine permanente Ergebnisbeobachtung setzt obligatorisch zwei Punkte voraus:

Durchführung der Therapie auf der Basis vorgegebener Richtlinien zum zeitlichen und inhaltlichen Ablauf. Derartige Richtlinien sind in Artikel II der vorliegenden Serie (Klinische Sportmedizin 2002,1(3),S. 4-29) erstmalig in der deutschen Literatur dargestellt. Insgesamt handelt es sich bei den im Folgenden genannten Punkten um Qualitätskontrollen, wie sie im ambulant-niedergelassenen Bereich seit langem selbstverständlich sind und denen sich u.E. auch alle Rehabilitationskliniken zu stellen haben.

Rehabilitationsbegleitende Erfassung anamnestischer und klinischer Daten. Der Behandlungserfolg spiegelt sich für alle genannten Einschlussindikationen zur ambulanten Rehabilitation an letztlich drei Größen wider:

Klinische Parameter des Heilungsprozesses (z.B. bildgebende Diagnostik, Reaktionslage des Wundareals); sind Wiederherstellung der objektiven klinischen Funktionsparameter sowie subjektive, schmerzarme bzw. –freie Funktion

nach Reha-Abschluss zu mehreren Zeitpunkten: AU-Zeiten als gemischter Parameter sozialmedizinischer und klinischer Einflüsse.

Hieraus leiten sich folgende Erfassungszeitpunkte ab:

vor OP	(optional)
vor Reha-Beginn	(obligatorisch)
Reha-begleitend täglich	(obligatorisch)
nach Reha-Abschluss	(obligatorisch)
6 Monate nach Reha	(obligatorisch)
12 Monate nach Reha	(obligatorisch)
	vor Reha-Beginn Reha-begleitend täglich nach Reha-Abschluss 6 Monate nach Reha

Überprüfung der richtlinienorientierten Therapiedurchführung:

Alle sowohl hier im Text wie auch in den Tabellen dargestellten zeitlichen und inhaltlichen Angaben zum Heilungsgeschehen beruhen auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft in Form fremder und eigener Ergebnisse. Vertragszentren darf hier kein Spielraum zur eigenen Gestaltung vermeintlich hocherfolgreicher Inhalte gegeben werden. Die Beurteilung des Therapieerfolges und mögliche Änderungsstrategien bei fehlendem Erfolg setzen, der Operationslehre entsprechend, zwingend ein einheitliches, nur im engen Spielraum des individuellen Heilungsprozesses variierendes Therapiekonzept voraus. Diese Variationen, die in jedem Fall klinisch durch den verantwortlichen Arzt zu begründen sind, dürfen allenfalls zeitliche Abweichungen, aber keinesfalls inhaltliche Abweichungen beinhalten. Dies erfordert

- strenge Beachtung der in dieser Serie angegebenen Richtlinien durch alle Rehabilitations-
- in jedem Einzelfall das Vorliegen eines ärztlichen Rehabilitationsplanes, der sich exakt an den Vorgaben in Absatz zwei und den genannten Anlagen orientiert, mit detaillierten Begründungen für etwaige zeitliche Abweichungen
- soweit erforderlich eine rehabilitationsbegleitende zeitliche (nicht inhaltliche!) Korrektur des Planes anhand des jeweiligen Status quo
- stichprobenartige, unangekündigte Überprüfungen zur Einhaltung dieser Vorgaben durch eine beauftragte Stelle; hierzu ist im Vertrag mit der Einrichtung das Einverständnis zu unterzeichnen

Erfassung und Dokumentation anamnestischer und klinischer Therapiegrößen:

Vor und nach Rehabilitation sowie während des folgenden Jahres sind hier neben den klinischen und klinischanamnestischen Fragen auch sozialmedizinische und andere Parameter relevant. Diese werden im Wesentlichen durch den SF36-Bogen (Tabelle 1) international als hinreichend erfassbar bewertet (s. folgende Erfassungsbögen). Rehabilitationsbegleitend sind zumindest für die isokinetischen Seilzugübungen in Zusammenhang mit dem subjektiven Schmerzempfinden tägliche Erhebungen mit entsprechender Auswertung durchzuführen (s. folgende Erfassungsbögen). Für die Hauptindikationen Schulter, Wirbelsäule, Hüfte und Knie sind entsprechende Bögen detailliert erarbeitet. Die letztendliche Form ist nach

Absprache festzulegen und wird dann für alle Indikationen in separaten Formblättern herausgegeben. Diese Bögen wurden so ausgearbeitet, dass sich bei vollständiger Beantwortung zugleich die bedeutendsten internationalen Scores erheben lassen und in der Folge erstmals auch eine Ergebnisabstimmung mit Rehabilitationsverfahren anderer Länder möglich sein wird.

Erläuterungen zum Gebrauch sind den einzelnen Bögen vorangestellt.

Diese Erhebung auf der obligatorischen Basis einheitlicher Therapieschemata erlaubt zusammenfassend folgende Aussagen:

Für die Rehabilitationseinrichtung:

- Verpflichtung zur einheitlichen Gestaltung des Therapieablaufs nach dem aktuellen, international standardisierten Stand der Wissenschaft
- Gestaltung eines einheitlichen Heimtherapieprogrammes auf der Basis der überwachten Therapie entsprechend den beigefügten Richtlinien und damit eine Erhöhung des effektiven Therapieumfangs um ca. 30-50%.
- Kontinuierliche individuelle Prozessbeobachtung mit der Möglichkeit, frühzeitig auf Störungen oder Verzögerungen des Heilungsprozesses reagieren
- Motivationsaufbau für den Patienten durch quantitatives Miterleben der eigenen Behandlungsfortschritte bei gleichzeitig kontinuierlicher Anpassung der Inhalte des Heimtherapieprogrammes
- Vergleich der mittleren Therapieeffizienz des Rehazentrums im Vergleich zu Orientierungvorgaben (Inhalte eines möglichen Auftrags zur kontinuierlichen externen medizinischen und betriebswirtschaftlichen Prozessevaluation, s. u.)

Für die Krankenkasse:

- Unter der Voraussetzung einer entsprechenden Datenerfassung permanenten Prozessbeobachtung aller in allen Vertragszentren stattfindenden Einzelmaßnahmen sowie deren mittlerer Ergebnisse
- Effizienzbeurteilung der Reha-Zentren und ggf. stationärer Einrichtungen in Hinsicht auf medizinische Effizienz (in Relation zu "Sollzahlen" sowie der mittleren Effizienz aller Einrichtungen)
- betriebswirtschaftliche Effizienz (in Relation zu "Sollzahlen" sowie der mittleren Effizienz aller Einrichtungen)
- sozialmedizinische Effizienz (AU-Zeiten, Häufigkeit von Folge-AU, relative Einsparungen gegenüber stationärer Maßnahme (in Relation zu "Sollzahlen" sowie der mittleren Effizienz aller Einrichtungen)

Konzept zur Beobachtung der Struktur-, Prozeßund Ergebnisgualität

Im Zusammenhang mit früheren Gutachten und wissenschaftlichen Studien, aber auch mit dem aktuellen Projekt wurde versucht, Evaluationen zur Effizienz für unter-

schiedliche Rehabilitationsträger und Rehabilitationskonzepte einzuholen. Im Effekt lässt sich feststellen, dass bei allen Kostenträgern derartige Überprüfungen bislang praktisch nicht existieren und lediglich für die Zukunft avisiert sind.

Unabhängig von diesen Planungen sollte in allen Reha-Vertragszentren unverzüglich ein automatisiertes Evaluations- und Prüfverfahren etabliert werden. Dieses beinhaltet die folgenden Komponenten:

- Prüfung von Indikation und Therapieplan
- Rehabilitationsbegleitende Evaluation und Kontrolle der therapeutischen Individualergebnisse (Rehabegleitende Datenerfassung klinisch-objektiver und anamnestisch-subjektiver Daten)
- Post-rehabilitative Evaluation klinischer, anamnes-3. tischer und sozialmedizinischer Daten (v.a. AU-Zeiten)
- Erfassung der Gesamteffizienz der Rehabilitationseinrichtung in Hinsicht auf klinische und anamnestische Effizienz (durchschnittliche Ergebnisse in Hinsicht auf klinische Sollparameter, Patientenzufriedenheit und sozialmedizinische Effizienz, v.a. AU-Zeiten und Rezidiverkrankungen)

Hieraus leitet sich eine lückenlose Überprüfung ab, die als entscheidenden Zusatzeffekt Aussagen über die Gesamteffizienz der ambulanten Rehabilitation ermöglichen wird. Anzustreben ist dabei eine Implementierung dieser Prüfund Evaluationsverfahren in die stationäre Rehabilitation, so dass erstmalig quantitativ vergleichende Aussagen möglich sind.

Zu 1. Prüfung von Indikation und Therapieplan

Die in Artikel II dieser Serie dargestellten Indikationen sind so ausgewählt, dass bereits die entsprechende Diagnose als Indikation zur ambulanten Rehabilitation dient. Weitergehende Prüfungen sind, entsprechende Gegebenheiten auf Seiten der Patienten vorausgesetzt, nicht erforderlich. Ungeachtet dessen empfehlen wir eine kurze Prüfung des ärztlichen Therapieplanes mit Darstellung der klinischen Ausgangssituation. Dies wird die nötige Sorgfalt bei den Vertragszentren auf Dauer sichern.

Die Indikation bei primär konservativem Vorgehen ist, wie oben erwähnt, in jedem Einzelfall zu prüfen. Wir empfehlen, diese Prüfung von vornherein nur in Kombination mit dem Behandlungsplan vorzunehmen.

Zu 2. Rehabilitationsbegleitende Evaluation und Kontrolle der therapeutischen Individualergebnisse (Reha-begleitende Datenerfassung klinisch-objektiver und anamnestisch-subjektiver Daten)

In den o.a. Therapie-Dokumentationsbögen sind die Möglichkeiten einer kontinuierlichen Evaluation aufgezeigt. Die Daten sind täglich, zusammen mit den anamnestischen Befunden, in ein entsprechendes Erfassungsprogramm einzugeben ggf. an eine zentrale Evaluationsstelle einzusenden oder entsprechend selber auszuwerten. Die Auswertung geschieht unter folgenden Kautelen:

- Individueller Therapieverlauf mit vergleichender Beobachtung des Therapieerfolgs in Relation einem mittleren Soll-Ergebnis.
- Die Befunde werden in angemessenen Zeitabständen mit Normalverläufen verglichen, bei deutlicher Abweichung wird das Reha-Zentrum zur Stellungnahme aufgefordert. Entsprechende Sollkurven liegen uns für die Hauptindikationen vor, Prüfbögen und eine Auswertungslogistik können bei den Autoren bezogen werden.

Zu 3: Post-rehabilitative Evaluation klinischer, anamnestischer und sozialmedizinischer Daten (v.a. AU-

Es liegen bislang praktisch keine Daten zur klinischen und sozialmedizinischen Effizienz von Reha-Verfahren vor. Die RV-Träger registrieren zwar bei Entlassung die theoretische Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit, eine Erhebung der entsprechenden Effektivdaten findet jedoch nicht statt. Es ist im Effekt nicht nachvollziehbar, daß ein Hauptziel der Rehabilitation Berufstätiger, die Wiederaufnahme des Berufs, trotz jahrzehntelanger Existenz der Maßnahmen bislang nicht in einer relevanten Studie überprüft wurde. Es ist gleichfalls nicht nachvollziehbar, daß die Krankenkassen als eigentlich Betroffenene langer AU-Zeiten hier gleichfalls bislang jede Initiative haben missen lassen. Bis zum Vorliegen solcher Daten wird jede Aussage darüber, ob und in welcher Hinsicht Rehabilitation überhaupt sinnvoll ist, d.h. der Sinn der Investition jährlich mehrerer Milliarden Mark, rein spekulativ bleiben.

Zu 4: Erfassung der Gesamteffizienz der Rehabilitationseinrichtung in Hinsicht auf klinische und anamnestische Effizienz (durchschnittliche Ergebnisse in Hinsicht auf klinische Sollparameter, Patientenzufriedenheit und sozialmedizinische Effizienz, v.a. AU-Zeiten und Rezidiverkrankungen)

Dieser Punkt betrifft im Wesentlichen die eben genannten Aspekte. Die Evaluation überprüft die gemittelte medizinische und sozialmedizinische Effizienz der Rehabilitationseinrichtung. Negativabweichungen werden im Verhältnis zur gemittelten Effizienz aller Einrichtungen und zur theoretischen Soll-Effizienz als relative Belastung des Kostenträgers ausgedrückt. Bei längerer, nicht begründbarer Dauer dieser Belastung ist die Zulassung zu entziehen.

Med. Gelenkspalt

Lat. Gelenkspalt

(+)>4 mm

(+)>4 mm

(0) normal

(0) normal

(+++) < 2mm

(+++) < 2mm

I

(++)2-4 mm

(++)2-4 mm

(http://klinische-sportmedizin.de)

2002, 3(4): 68-115

	ng eines Untersuchungsb oder	Normal (0) unauffällig	fast normal (+) gering	abnormal (++) markant	(stark) abnormal (+++) (sehr) markant	A I	3 (. D
	RGELENK							
Bewegungsumfa		400 000 4	4.108	**	21.15.264	A I	3 (. D
Außenrotation nnenrotation	(Fingerspitze bis)	(0) Th4	(+)C7 (+)Tb12	(++)Nacken	(+++)Ohr (+++)Gesäß seitl			
nnenrotation Abduktion	(Knöchel bis) (passiv)	(0) Th7 (0)>120°	(+)Th12 (+)90-120°	(++)L5 (++)60-90°	(+++)Gesäß seitl. (+++)<60°			
Abduktion	(passiv) (aktiv)	(0)>120° (0)>120°	(+)90-120° (+)90-120°	(++)60-90°	(+++)<60°			
Flexion	(passiv)	(0)>120° (0)>120°	(+)90-120°	(++)60-90°	(+++)<60°			
leaton	(aktiv)	(0)>120°	(+)90-120°	(++)60-90°	(+++)<60°			
WIRBELS	ÄHLE (Die dem S	chweregrad ents	sprechenden Meßv	verte aaf, hitte se	albet zuordnen)			_
Beweglichkeit	ACLE (Die dem 5	enweregrau ents	spreenenden men	wer te ggi. Ditte se	inst zuorunen;	A I	3 (<u> </u>
	er-Boden-Abstand)	(0)cm	(+)cm	(++)cm	(+++)cm			
Beugung (TH1-	S1)	(0)cm	(+)cm	(++)cm	(+++)cm			
Beugung (TH1-		(0)cm	(+)cm	(++)cm	(+++)cm			
Beugung (thor.		(0)°	(+)°	(++)°	(+++)°			
Beugung (Schol		(0) 15 cm	(+)13-14cm	(++) 12 cm	(+++) 11 cm			
	stiert, thor.+lumb.)	(0)°	(+)°	(++)°	(+++)°			
	H1/S1 zur Vertikalen)	(0)	(')	()	(+++)			
Rotation Lasegue		(0)°	()	(++)°	(+++)° (+++) °			
Lasegue Lasegue (gekreu	ızt)	(0)°	(+)°	(++)°	(+++) <u> </u>			
Neurologischer .	Befund					A I	3 (
Sensibilitätsstör		(0)	(+)	(++)	(+++)			
Muskelschwäch	e	(0)	(+)	(++)	(+++)			
<u>HÜFTGEL</u> Endoprothese	LENK					A I	3 (<u> </u>
Flexion		(0)>90°	(+)60-90°	(++)30-60°	(+++)<30°			
Abduktion		(0)>30°	(+)20-30°	(++)10-20°	(+++)<10°			
Extensionsdefiz	it	(0)0°	(+)<10°	(++)<15°	(+++)>15°			
Außenrotation Summe der 3 Sta	an dandahanan	(0)>50° (0)>200°	(+)30-50°	(++)10-30°	(+++)<10°			
Frendelenburg	andardebenen	(0)>200°	(+)140-200° (+)	(++)80-140° (++)	(+++)<80° (+++)			
Röntgen Endopr	rothese speziell (K/Z ink	. = Knochen-Zen	nentlinie inkomplet	t)		A I	3 (: г
Femur	,		(+)K/Z<1mm		(+++)K/Z>2mm			
Acetabulum		(0) K/Z ink.	(+)K/Z<1mm	(++)K/Z<2mm	(+++)K/Z>2mm			
Arthrose und F	rakturen					A I	3 (: r
Flexion		(0)>110°	(+)90-110°	(++)45-90°	(+++)<45°			
Abduktion		(0)>30°	(+)20-30°	(++)10-20°	(+++)<10°			
Extensionsdefizi	it	(0) 0°	(+)<10°	(++)<15°	(+++)>15°			
Außenrotation		(0)>50° (0)>200°	(+)30-50° (+)140-200°	(++)10-30° (++)80-140°	(+++)<10°			
Summe der 3 Sta Trendelenburg	andardebenen	(0)>200° (0)	(+)140-200° (+)	(++)80-140° (++)	(+++)<80°			
	hrose speziell (bitte trotz					A I	2 (, т
Osteophyten	mose speziem (ome i. s.z.	(0)keine	(+)ein Pol	(++)mehrere	(+++)viele		, .	
Zysten (Kopf od	ler Pfanne)	(0)keine	(+)	(++)	(+++)			
Sklerosierung	,	(0)keine	(+)	(++)	(+++)			
Gelenkspaltvers	chmälerung	(0)	(+)1-2mm	(++)2-4mm	(+++)>4mm			
	ukturen speziell (bitte tro					A I	3 (. 1
Verkürzung		(0)0cm	(+)<1.5cm	(++)1,5-2,5cm	(+++)>2,5cm			
Deformität		(0)0°	(+)<10°	(++)10-15°	(+++)>15°			

Abbildung 2

	(3a	ı) S	CHULTI	ER prä	reh	abili	tativ	
e:				Unte	ersDa	tum:		
ame:				ID-N	lr.:			
-Datum:				Tel.	Nr.:			
Persö	nliche E	Daten						
Beruf								
d Sie zu	rzeit ber	rufstätig?						
Ja		Erlernter B	eruf:					
		Zuletzt aus	geübten Tätigke	it:				
		Wöchentlic	he Arbeitszeit:					Sto
Nein		Arbeitsunfä	ihig seit:					.07.03
		Arbeitsunfä	ihig wegen der S	chulter:	Ja		Nein	
		Laufendes	Rentenverfahrer	n seit:				
lche Tät	igkeit fü	hren Sie zun	n Zeitpunkt aus?					
Schül Stude				Zivildi Azubi	enst/ W	/ehrdie	enst	
Rentn	er			Arbeits	slos			
• Wie	e schätze	en Sie Ihre k	örperliche Belas	stung währe	nd der	Arbeit	ein?	
Leich	t	М	äßig	Schwe	er		Sehr	schwer
			<u> </u>					
• Wie	schätze	en Sie Ihre S e	chulterbelastun	g während (der ber	uflicher	n Tätigkei	t ein?
Leich	t		äßig □	Schwe	er			schwer
	n Sio di		□ eit der Schulter b		on Tät	linkoita		_
SCHALZE		e belasibark	en der Schaner b	e nausiici	en rat	ідкепе		
	norma		fast alle		ichte		keine	
	Aktivität opfarbei	en, t möglich	Hausarbeiten möglich		tungen ihrbar	Ęģ.	Belastur möglich	_
Sport	iche Vo	rerfahrung						
en Sie i	n Ihrer J	ugend Leistu	ngssport betrieb	en?				
Nein								
Ja		Sn	ortart:					

Nein	Nein	n uen v	ergangenen 12 l	Monaten regelmäßig sportlich a	aktiv?
Wie schätzen Sie Ihr Sportniveau ein? Freizeit Amateur Profi Wie schätzen Sie die Schulterbelastung während der sportlichen Tätigkeit ein? Leicht Mäßig Schwer Sehr schwer Wie schätzen Sie Ihr Sportniveau gegenüber der Zeit vor der Schultererkrankung/ -verletzung der Niedriger Gleich Höher Niedriger Gleich Höher Allgemeine Erkrankungen Bestehen Erkrankungen der inneren Organe (Herz- u. Kreislaufsystem, Diabetes, Blutdiatmung, Rheuma, oder andere)? Nein Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein? Nein Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein?					
Wie schätzen Sie Ihr Sportniveau ein? Freizeit Amateur Profi Wie schätzen Sie die Schulterbelastung während der sportlichen Tätigkeit ein? Leicht Mäßig Schwer Sehr schwer Wie schätzen Sie Ihr Sportniveau gegenüber der Zeit vor der Schultererkrankung/ -verletzung der Schultererkrankung/ -verletzung der Gleich Höher Allgemeine Erkrankungen Bestehen Erkrankungen der inneren Organe (Herz- u. Kreislaufsystem, Diabetes, Blutdiatmung, Rheuma, oder andere)? Nein Ja Welche? Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein? Nein N	Ja		Sport	art:	
Freizeit Amateur Profi Wie schätzen Sie die Schulterbelastung während der sportlichen Tätigkeit ein? Leicht Mäßig Schwer Sehr schwer Wie schätzen Sie Ihr Sportniveau gegenüber der Zeit vor der Schultererkrankung/-verletzung der Niedriger Gleich Höher Allgemeine Erkrankungen Bestehen Erkrankungen der inneren Organe (Herz- u. Kreislaufsystem, Diabetes, Blutdia Atmung, Rheuma, oder andere)? Nein Ja Welche? Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein? Nein Nein	▶ Wieviel Stu	nden pr	o Woche treiben	Sie Sport?	
Wie schätzen Sie die Schulterbelastung während der sportlichen Tätigkeit ein? Leicht Mäßig Schwer Sehr schwer Wie schätzen Sie Ihr Sportniveau gegenüber der Zeit vor der Schultererkrankung/ -verletzung der Niedriger Gleich Höher Allgemeine Erkrankungen Bestehen Erkrankungen der inneren Organe (Herz- u. Kreislaufsystem, Diabetes, Blutdiatmung, Rheuma, oder andere)? Nein Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein? Nein Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein?	Wie schätze	en Sie I	hr Sportniveau e	in?	
Leicht Mäßig Schwer Sehr schwer Wie schätzen Sie Ihr Sportniveau gegenüber der Zeit vor der Schultererkrankung/-verletzung der Niedriger Gleich Höher Allgemeine Erkrankungen Bestehen Erkrankungen der inneren Organe (Herz- u. Kreislaufsystem, Diabetes, Blutdia Atmung, Rheuma, oder andere)? Nein Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein? Nein Nein Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein?			eit		
Wie schätzen Sie Ihr Sportniveau gegenüber der Zeit vor der Schultererkrankung/-verletzung der Niedriger Gleich Höher 2. Allgemeine Erkrankungen Bestehen Erkrankungen der inneren Organe (Herz- u. Kreislaufsystem, Diabetes, Blutda Atmung, Rheuma, oder andere)? Nein Nein Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein? Nein	▶ Wie schätze	en Sie d	lie Schulterbela	stung während der sportlich	en Tätigkeit ein?
Niedriger Gleich Höher 2. Allgemeine Erkrankungen Bestehen Erkrankungen der inneren Organe (Herz- u. Kreislaufsystem, Diabetes, Blutdi Atmung, Rheuma, oder andere)? Nein Ja Welche? Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein? Nein Nein		nt			
Allgemeine Erkrankungen Bestehen Erkrankungen der inneren Organe (Herz- u. Kreislaufsystem, Diabetes, Blutdi Atmung, Rheuma, oder andere)? Nein Nein Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein? Nein	● Wie schätze	en Sie I	hr Sportniveau g	gegenüber der Zeit <u>vor</u> der Sch	hultererkrankung/ -verletzung ein?
Bestehen Erkrankungen der inneren Organe (Herz- u. Kreislaufsystem, Diabetes, Blutdi Atmung, Rheuma, oder andere)? Nein Welche? Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein? Nein Nein			er		
Bestehen Erkrankungen der inneren Organe (Herz- u. Kreislaufsystem, Diabetes, Blutdi Atmung, Rheuma, oder andere)? Nein Welche? Nehmen Sie gegen diese Erkrankungen Medikamente ein? Nein Nein					
Ja 🗖 Welche?	Ja		Welche?	ngen Medikamente ein?	
	Ja ● Nehmen Sie	□ e geger	Welche?	ngen Medikamente ein?	
	Ja ● Nehmen Sie Nein	□ e gegen	Welche? o diese Erkrankui	ngen Medikamente ein?	
Haben Sie außer Ihren Kniebeschwerden sonstige orthopädische Erkrankungen , z.B. im Ber der Wirbelsäule, Hüfte, Fuß (Schmerzen, Bewegungseinschränkungen)?	Ja ● Nehmen Sie Nein	□ e gegen	Welche? o diese Erkrankui	ngen Medikamente ein?	
Nein 🗆	Ja Nehmen Sie Nein Ja Haben Sie	e gegen	Welche? diese Erkrankul Welche?	verden sonstige orthopädisc h	h e Erkrankungen , z.B. im Bereich en)?
Ja 🛘 Welche?	Ja Nehmen Sie Nein Ja Haben Sie aler Wirbelsäu	e geger 	Welche? diese Erkrankul Welche?	verden sonstige orthopädisc h	h e Erkrankungen , z.B. im Bereich en)?
	Ja Nehmen Sie Nein Ja Haben Sie a der Wirbelsäu	e geger außer II le, Hüft	Welche? diese Erkrankul Welche? weren Kniebeschwe, Fuß (Schmerz	verden sonstige orthopädisch en, Bewegungseinschränkung	en)?
	Ja Nehmen Sie Nein Ja Haben Sie a der Wirbelsäu	e geger außer II le, Hüft	Welche? diese Erkrankul Welche? weren Kniebeschwe, Fuß (Schmerz	verden sonstige orthopädisch en, Bewegungseinschränkung	en)?

2.	Schulter					
2. 1.	Schulterstabilitä	ät				
● Hal	ben Sie in der betro	ffenen Schulter ein Instab	ilitätsgefühl?			
	L				cm	
					cm	
	nie	bei starker Aktivität	bei leichten (sportl.) Aktivitäten	bei Alltags- aktivitäten		
	t ein Instabilitätsget tieren?	fühl auf, wenn Sie mit dem	Arm die Ausholbewe	gung zum Schlagw	rurf 🔍 🔾	
					cm	\
	nie	bei 90° Außenrotation	bei 45° Außenrotation	bei 0° Außenrotation	一	
● Hal	hen Sie Finschränk	ungen bei Überkopfbelas :	tunaen?		/ 1	
J i idi	L_	angon bor oberkopiberas			cm	
	Intensive Überkopfarbei	t bzw. Einschränkung	deutliche Einschränkung	keine Überkopfarbeit möglich	3	
	Sport mögli	CH				
2.2	Sport mögli			mognen		
	Schulterschmer	zen	.			
		zen	☐ in den Nacken	☐ in den Arr	m	
● Be	Schulterschmer	zen zausstrahlung?	☐ in den Nacken		m	_
	Schulterschmer	zen zausstrahlung?	☐ in den Nacken			cm
● Be ● Hal	Schulterschmer	zen zausstrahlung?	☐ in den Nacken	☐ in den Arı		cm
● Be ● Hall —— nein	Schulterschmer	zen zausstrahlung? nmerzen? gering		☐ in den Arı	<u> </u>	cm
● Be Hall Hall nein	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch	zen zausstrahlung? nmerzen? gering		☐ in den Arı	sehr stark	_
● Be ● Hall —— nein	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch	zen zausstrahlung? nmerzen? gering		☐ in den Arr	sehr stark	cm
● Be • Hall nein • Hall nein	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering	stark stark	☐ in den Arr	sehr stark	_
Be Hall Hall Hall nein Tre	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen?	stark stark	☐ in den Arr	sehr stark	cm
Be Hall Hall nein Tre	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering hrend Belastungen/ Spor	stark stark rt auf?	□ in den Arr	sehr stark	_
Be Hall Hall Hall nein Tre	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering	stark stark	□ in den Arr	sehr stark	cm
Be Hall Hall nein Tre nie	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc ten Schmerzen wäh	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering hrend Belastungen/ Spor	stark stark rt auf? bei leichter Belastung	□ in den Arr	sehr stark sehr stark geringster	cm
Be Hall Hall nein Tre nie	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc ten Schmerzen wäh	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering hrend Belastungen/ Spor	stark stark rt auf? bei leichter Belastung	□ in den Arr	sehr stark sehr stark geringster	cm
Be Hall Hall nein Tre Inie Hall	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc ten Schmerzen wäh	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering hrend Belastungen/ Sport bei starker Belastung bei Überkopfbelastunge	stark stark rt auf? bei leichter Belastung	□ in den Arr	sehr stark sehr stark geringster elastung	cm
Be Hall nein Hall nein Hall nein	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc ten Schmerzen wäh	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering hrend Belastungen/ Sport bei starker Belastung bei Überkopfbelastunge	stark stark stark t auf? bei leichter Belastung n?	□ in den Arr	sehr stark sehr stark geringster	cm
Be Hall hein Tre hie hie hein Hall hein	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc ten Schmerzen wäh	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering hrend Belastungen/ Sport bei starker Belastung bei Überkopfbelastunge	stark stark stark t auf? bei leichter Belastung n?	□ in den Arr	sehr stark sehr stark geringster elastung	cm
Be Hall hein Tre hie hie hein Hall hein	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc ten Schmerzen wäh	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering hrend Belastungen/ Sport bei starker Belastung bei Überkopfbelastunge	stark stark stark t auf? bei leichter Belastung n?	□ in den Arr	sehr stark sehr stark geringster elastung	cm
Be Hall Hall nein Tre Hall nie Tre Tre Tre	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc ten Schmerzen wäh ben Sie Schmerzen	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering hrend Belastungen/ Sport bei starker Belastung bei Überkopfbelastunge	stark stark stark t auf? bei leichter Belastung n?	□ in den Arr	sehr stark sehr stark geringster elastung	cm
Be Hall Hall nein Tre Hall nie Tre Tre Tre	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc ten Schmerzen wäh ben Sie Schmerzen	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering hrend Belastungen/ Spor bei starker Belastung bei Überkopfbelastunge gering gering	stark stark stark t auf? bei leichter Belastung n?	□ in den Arr	sehr stark sehr stark sehr stark geringster elastung	ст
Be Hall Hall nein Tre Hall nie Tre Tre Tre	Schulterschmer steht eine Schmerz ben Sie nachts Sch ben Sie in Ruhe Sc ten Schmerzen wäh ben Sie Schmerzen	zen zausstrahlung? nmerzen? gering hmerzen? gering hrend Belastungen/ Spor bei starker Belastung bei Überkopfbelastunge gering gering	stark stark stark t auf? bei leichter Belastung n?	□ in den Arr	sehr stark sehr stark sehr stark geringster elastung	cm

2. 3. Aktu	elle Medikamen	ite			
Nehmen Si	ie wegen Ihrer S	chulterprobleme nocl	n Medikamente ein?	•	
Nein					
Ja	□ Welcl	he und wieviel?			
● Wie schätz	en Sie die Schm	nerzmedikation ein?			
					cm
	keine Medikamente	gelegentlich leichte Medik.	häufig leichte M edik.	gelegentlich bis hä	ufig
•	Nounamonto	ioionto modini	ioionio mount	ourno mou.	
2. 4. Bish	erige Behandlu	na			
	erige Behandlu		r Schulternrohlem	a in Rehandlung?	
● Bei welche	m Arzt sind Sie i	momentan wegen Ihrei	-	e in Behandlung?	
● Bei welche Arzt:	m Arzt sind Sie i	momentan wegen Ihrei	-	e in Behandlung?	
Bei welche Arzt: seit:	m Arzt sind Sie i	momentan wegen Ihrei			en genützt?
 Bei welche Arzt: seit: Welche de. 	m Arzt sind Sie i	momentan wegen Ihrei			en genützt?
 Bei welche Arzt: seit: Welche de. (Bitte nur ei. Kranl 	r angewandten Fine Antwort ankr	momentan wegen Ihrei Rehabilitationsmaßnah	men hat Ihrer Meinu Wärme–, Kältel	<i>ing nach am meiste</i> pehandlung (Fango)	
 Bei welche Arzt: seit: Welche de. (Bitte nur einer Bitten nur eine	r angewandten Fine Antwort ankrikengymnastik	Rehabilitationsmaßnah	men hat Ihrer Meinu Wärme–, Kältel Isokinetisches Andere Training	ung nach am meiste pehandlung (Fango) Fraining (Moflex) gsformen	
 Bei welche Arzt: seit: Welche de. (Bitte nur ei.) Kranl, Stron, Mass, Ultras. 	r angewandten Fine Antwort ankrikengymnastik	Rehabilitationsmaßnah	men hat Ihrer Meinu Wärme–, Kältel Isokinetisches Andere Training	<i>ung nach am meiste</i> pehandlung (Fango) Fraining (Moflex)	
Bei welche Arzt: seit: Welche de. (Bitte nur ei. Kranl Stron Mass Ultras Bewei	r angewandten Fine Antwort ankrishbehandlung sage schall	Rehabilitationsmaßnah.	men hat Ihrer Meinu Wärme–, Kältel Isokinetisches i Andere Training	ung nach am meiste pehandlung (Fango) Fraining (Moflex) gsformen	
Bei welche Arzt: seit: Welche de. (Bitte nur ei. Kranl Stron Mass Ultras Bewei	r angewandten Fine Antwort ankrishbehandlung sage schall	Rehabilitationsmaßnah	men hat Ihrer Meinu Wärme–, Kältel Isokinetisches i Andere Training	ung nach am meiste pehandlung (Fango) Fraining (Moflex) gsformen	
Bei welche Arzt: seit: Welche de. (Bitte nur ei. Kranl Stron Mass Ultras Bewei	r angewandten Fine Antwort ankrishbehandlung sage schall	Rehabilitationsmaßnah.	men hat Ihrer Meinu Wärme–, Kältel Isokinetisches i Andere Training	ung nach am meiste pehandlung (Fango) Fraining (Moflex) gsformen	
Bei welche Arzt: seit: Welche de. (Bitte nur ei. Kranl Stron Mass Ultras Bewei	r angewandten Fine Antwort ankrishbehandlung sage schall	Rehabilitationsmaßnah.	men hat Ihrer Meinu Wärme–, Kältel Isokinetisches i Andere Training	ung nach am meiste pehandlung (Fango) Fraining (Moflex) gsformen	
Bei welche Arzt: seit: Welche de. (Bitte nur ei. Kranl Stron Mass Ultras Bewei	r angewandten Fine Antwort ankrisengymnastik nbehandlung sage schall egungsbad	Rehabilitationsmaßnah. euzen!) u u u uerige Behandlungserge	men hat Ihrer Meinu Wärme–, Kältel Isokinetisches i Andere Training	ung nach am meiste pehandlung (Fango) Fraining (Moflex) gsformen	
Bei welche Arzt: seit: Welche de. (Bitte nur ei. Kranl Stron Mass Ultras Bewei	r angewandten Fine Antwort ankrisengymnastik nbehandlung sage schall egungsbad	Rehabilitationsmaßnah. euzen!) u u u uerige Behandlungserge	men hat Ihrer Meinu Wärme–, Kältel Isokinetisches i Andere Training	ung nach am meiste pehandlung (Fango) Fraining (Moflex) gsformen	
Bei welche Arzt: seit: Welche de. (Bitte nur ei. Kranl Stron Mass Ultras Bewei	r angewandten Fine Antwort ankrisengymnastik nbehandlung sage schall egungsbad	Rehabilitationsmaßnah. euzen!) u u u uerige Behandlungserge	men hat Ihrer Meinu Wärme–, Kältel Isokinetisches i Andere Training	ung nach am meiste pehandlung (Fango) Fraining (Moflex) gsformen	

Abbildung 3 Evaluationsbogen 3a: Schulter prärehabilitativ

KCS	2002, 3(4): 68-1

1

Vorname: GebDatum: TelNorname: GebDatum: TelNorname: GebDatum: GebDatum: TelNorname: GebDatum: TelNorname: GebDatum: TelNorname: GebDatum: GebDatum: GebDatum: GebDatum: GebDatum: GebDatum: TelNorname: GebDatum: TelNorname: GebDatum: GebDa	
GebDatum: TelNo OP - Datum: Monate	
DP - Datum: 3 Monate	
Monate	
1. 1. Beruf Haben Sie zwischenzeitlich Ihren Beruf wieder aufgenommen? Nein Ja Arbeitsfähig seit: Jetzt ausgeübte Tätigkeit: Wöchentliche Arbeitszeit: Wöchentliche Arbeitszeit: Wie schätzen Sie Ihre körperliche Belastung währen Leicht Mäßig Schwer Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während de Leicht Mäßig Schwer Wie schätzen Sie le Belastbarkeit der Schulter bei häusliche Wie schätzen Sie die Belastbarkeit der Schulter bei häusliche Aktivitäten, Hausarbeiten Belastu Überkopfarbeit möglich möglich ausfüh	
Nein □ Ja □ Arbeitsfähig seit: Jetzt ausgeübte Tätigkeit: Wöchentliche Arbeitszeit: Wöchentliche Arbeitszeit: Wie schätzen Sie Ihre körperliche Belastung währen Leicht Mäßig Schwer □ □ □ Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während de Leicht Mäßig Schwer □ □ □ Wie schätzen Sie die Belastbarkeit der Schulter bei häusliche Aktivitäten, Hausarbeiten Belastu und Belastbarkeit Normale fast alle nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten Belastu überkopfarbeit möglich möglich ausfüh	
Nein Ja Arbeitsfähig seit: Jetzt ausgeübte Tätigkeit: Wöchentliche Arbeitszeit: Wöchentliche Arbeitszeit: Wie schätzen Sie Ihre körperliche Belastung währen Leicht Mäßig Schwer Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während de Leicht Mäßig Schwer Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während de Leicht Mäßig Schwer Wie schätzen Sie die Belastbarkeit der Schulter bei häusliche Normale fast alle nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten Belastung überkopfarbeit möglich möglich ausführen	
Nein Ja	
Ja	
Jetzt ausgeübte Tätigkeit: Wöchentliche Arbeitszeit: • Wie schätzen Sie Ihre körperliche Belastung währen Leicht Mäßig Schwer • Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während de Leicht Mäßig Schwer • Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während de Leicht Mäßig Schwer • Wie schätzen Sie die Belastbarkeit der Schulter bei häusliche normale fast alle nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten Belastung Überkopfarbeit möglich möglich ausfüh	
Wöchentliche Arbeitszeit: • Wie schätzen Sie Ihre körperliche Belastung währen Leicht Mäßig Schwer • Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während de Leicht Mäßig Schwer Leicht Mäßig Schwer Wie schätzen Sie die Belastbarkeit der Schulter bei häusliche Normale fast alle nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten Belastu Uberkopfarbeit möglich möglich ausfüh	
Wöchentliche Arbeitszeit: • Wie schätzen Sie Ihre körperliche Belastung währen Leicht Mäßig Schwer • Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während de Leicht Mäßig Schwer • Wie schätzen Sie die Belastbarkeit der Schulter bei häusliche Normale fast alle nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten Belastung Überkopfarbeit möglich möglich	
Leicht Mäßig Schwer • Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während der Leicht Mäßig Schwer — Wie schätzen Sie die Belastbarkeit der Schulter bei häusliche — normale fast alle nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten Belastung während der Schulter bei häusliche — normale fast alle nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten Belastung und der Schulter bei häusliche — normale fast alle nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten Belastung und der Schulter bei häusliche — normale fast alle nur leich ausführen der Schulter bei häusliche — normale hausarbeiten Belastung während der — normale fast alle nur leich ausgehöhren — normale hausarbeiten Belastung während der - Die normale hausarbeiten Belastung wäh	Std.
Leicht Mäßig Schwer • Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während der Leicht Mäßig Schwer — Wie schätzen Sie die Belastbarkeit der Schulter bei häusliche normale fast alle nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten Belastung während der Schulter bei häusliche nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten Belastung der Schwer nur leich	
Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während der Leicht Mäßig Schwer Grand	der Arbeit ein?
Wie schätzen Sie Ihre Schulterbelastung während der Leicht Mäßig Schwer Wie schätzen Sie die Belastbarkeit der Schulter bei häusliche normale fast alle nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten Belastung und der Schulter bei häusliche nur leich Aktivitäten, Hausarbeiten ausführen der Schulter bei häusliche nur leich nur leich ausführen der Schulter bei häusliche nur leich ausführen der Schulter bei häusliche nur leich ausführen der Schulter bei häusliche nur leich nur le	Sehr schwer
Leicht Mäßig Schwer Wie schätzen Sie die Belastbarkeit der Schulter bei häusliche normale fast alle nur leic Aktivitäten, Hausarbeiten Belastu überkopfarbeit möglich möglich ausfüh	
Nie schätzen Sie die Belastbarkeit der Schulter bei häusliche normale fast alle nur leic Aktivitäten, Hausarbeiten Belastu Überkopfarbeit möglich möglich ausfüh	
normale fast alle nur leid Aktivitäten, Hausarbeiten Belastu Überkopfarbeit möglich ausfüh	Sehr schwer
Aktivitäten, Hausarbeiten Belastu Überkopfarbeit möglich möglich ausfüh	Tätigkeiten ein?
Aktivitäten, Hausarbeiten Belastu Überkopfarbeit möglich möglich ausfüh	L
	ngen Belastung
. 2. Sportliche Aktivität	bar möglich
 Sind Sie seit Aufnahme der Rehabilitation wieder regelmäßig s 	portlich aktiv?:
Nein □	
Ja 🛘 Sportart:	
Wieviel Stunden pro Woche treiben Sie Sport?	
Wie schätzen Sie die Schulterbelastung während der sport	
Leicht Mäßig Schwer	

80

	liedriger □				
2. Schulte	er				
2. 1. Schult	erstabilität				
● Haben Sie in	der betroffenen	Schulter ein Instal	bilitätsgefühl?		
	<u> </u>			—— [cm
	nie	bei starker Aktivität	bei leichten (sportl.) Aktivitäten	bei Alltags- aktivitäten	
Tritt ein Insta imitieren?	bilitätsgefühl aut	, wenn Sie mit den	n Arm die Ausholbewe g	gung zum Schla	
	nie	bei 90° Außenrotation	bei 45° Außenrotation	bei 0° Außenrotation	
● Haben Sie El	inschränkungen .	bei Überkopfbelas	stungen?		<i>,</i> 1
	Intensive kopfarbeit bzw. port möglich	leichte Einschränkung	deutliche Einschränkung	keine Überkopfarbe möglich	cm
2. 2. Schulte	erschmerzen				
 Besteht eine 	Schmerzausst	rahlung?	☐ in den Nacken	in den	Arm
● Haben Sie n a I	achts Schmerze	n?			cm
nein	C	jering	stark		sehr stark
■ Haban Sia in	Ruhe Schmerze				
L	Nulle Schillerze	511:			cm
nein	ç	jering	stark		sehr stark
Treten Schm	erzen während	Belastungen/ Spo	ort auf?		
<u> </u>					cm
•	bei st Belas	arker stung	bei leichter Belastung	b	ei geringster Belastung
nie	chmerzen bei Ü l	oerkopfbelastung	en?		
nie ● <i>Haben Sie Si</i>			stark		sehr stark
● Haben Sie Si		gering	Stain		John Stark
		gering			

	en nach	n Belastung de	er Schulter S	Schmerzen au	f? □ ja	Ţ.	⊒ nein		
• Wie	stark sir	nd Ihre mome	ntanen Sch	merzen?					om
kein Schme	erz		gering		stark			sehr stark	cm
• Auf v	welche l	Ursache(n) fül	nren Sie etw	aige Verände	rungen innerhal	lb der letzte	n 4 Wochei	n zurück?	
								-	
2. 3.		lle Medikame							
● Nehr	men Sie Nein	wegen Ihrer :	Schulterpro	obleme noch l	Medikamente ei	n?			
	Ja		che und wie	viel?					
	Ju	- ***	ono ana wie						
• Wie	schätze	n Sie die Schi	merzmedika	tion ein?					
							_		
		—					$_{\dashv}$ \Box	cm	
	Me	keine edikamente		gentlich te Medik.	häufig leichte Medik		lich bis häurke Med.		
	М				•				
2. 4.			leicht		•				
	Bishe	edikamente rige Behandlı	leicht ung	e Medik.	•	c. star	rke Med.		
	Bishe	edikamente rige Behandlı	leicht ung	e Medik.	leichte Medik	c. star	rke Med.		
	Bisher Welchen	edikamente rige Behandlı	leicht ung	e Medik.	leichte Medik	c. star	rke Med.		
Bei wWeld	Bisher velchen Arzt: seit:	edikamente rige Behandlu n Arzt sind Sie	leicht ung momentan Rehabilitati	e Medik. wegen Ihrer \$	leichte Medik	m e in Behal	rke Med.	ifig	
Bei wWeld	Bisher welchem Arzt: seit: che der anur ein Kranke	rige Behandlu n Arzt sind Sie angewandten te Antwort ank	ung momentan Rehabilitatio	e Medik. wegen Ihrer \$	leichte Medik Schulterproblei en hat Ihrer Mei Wärme-, Kält	me in Behai inung nach	rke Med. andlung? am meiste	n genützt?	
Bei wWeld	Bisher Welchem Arzt: seit: che der der der der der der der der der de	rige Behandlun Arzt sind Sie angewandten te Antwort ank behandlung ge	leicht ung momentan Rehabilitatio	e Medik. wegen Ihrer \$	leichte Medik Schulterproblei en hat Ihrer Mei	me in Behai inung nach debehandlur s Training (rke Med. andlung? am meiste	nfig n genützt?	
Bei wWeld	Bisher Welchem Arzt: seit: che der conur ein Kranke Stromk Massa Ultraso	rige Behandlun Arzt sind Sie angewandten te Antwort ank behandlung ge	leicht ung momentan Rehabilitatio	e Medik. wegen Ihrer \$	leichte Medik Schulterproblei en hat Ihrer Mei Wärme-, Kält Isokinetische	me in Behai inung nach debehandlur s Training (rke Med. andlung? am meiste	n genützt?	
• Bei v	Bisher Welchem Arzt: seit: che der c nur ein Kranke Stromk Massa Ultrasc Beweg	rige Behandlum Arzt sind Sie angewandten be Antwort anklengymnastik behandlung gebahall jungsbad	Rehabilitation (reuzen!)	wegen Ihrer \$	leichte Medik Schulterprobler en hat Ihrer Mei Wärme–, Kält Isokinetische Andere Traini	me in Behai inung nach debehandlur s Training (rke Med. andlung? am meiste	n genützt?	
• Bei v	Bisher Welchem Arzt: seit: che der c nur ein Kranke Stromk Massa Ultrasc Beweg	rige Behandlung ge chall	Rehabilitation (reuzen!)	wegen Ihrer \$	leichte Medik Schulterprobler en hat Ihrer Mei Wärme–, Kält Isokinetische Andere Traini	me in Behai inung nach debehandlur s Training (rke Med. andlung? am meiste	n genützt?	
• Bei v	Bisher Welchem Arzt: seit: che der c nur ein Kranke Stromk Massa Ultrasc Beweg	rige Behandlun Arzt sind Sie angewandten be Antwort ank engymnastik behandlung ge chall gungsbad	Rehabilitation creuzen!)	wegen Ihrer \$ - onsmaßnahm	leichte Medik Schulterprobler en hat Ihrer Mei Wärme-, Kält Isokinetische: Andere Traini	me in Behar inung nach tebehandlur s Training (ingsformen	ndlung? am meister ng (Fango) Moflex)	n genützt?	
• Bei v	Bisher Welchem Arzt: seit: che der c nur ein Kranke Stromk Massa Ultrasc Beweg	rige Behandlum Arzt sind Sie angewandten be Antwort anklengymnastik behandlung gebahall jungsbad	Rehabilitation creuzen!)	wegen Ihrer \$	leichte Medik Schulterprobler en hat Ihrer Mei Wärme–, Kält Isokinetische Andere Traini	me in Behar inung nach tebehandlur s Training (ingsformen	rke Med. andlung? am meiste	n genützt?	

Abbildung 4 Evaluationsbogen 3b: Schulter postrehabilitativ

Name:	3c)	16-1-	TERFU!	_	ntersDa				
Vorname:				1,000)-Nr.:				
GebDatur	m:			Te	elNr.:				
	*								
	t Ihre dominan eite ist verletzt			Rechts Rechts	(Accessed to the Control of the Cont	Links 🗆 Links 🗅			
Haben Sie	zur Zeit Schn	nerzen in der Sch	nulter?	Nein	0	Ja 🗆			ı
kein Schme	erz	gering	J.		stark			sehr	stark cm
	Ruhe	Handkurbel	5 min	10 m	nin	15 min			
Blutdruck									
Herzfrequenz									
					1	Werte Is	okinetis	ch	
		Isokinetik gesund	Isokinetik verletzt	Mittlere Kraft gesund [N]	Mittlere Kraft verletzt [N]	Arbeit total gesund [J]	Arbeit total verletzt [J]	Distanz gesund [cm]	Distanz verletzt [cm]
Adduktion	Serien/ Anzahl:	x	x	Kon.	Kon.	Kon.	Kon.		
	Blutdruck:	_/_	_/_	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.		
	Hf:		_	Ges.	Ges.	Ges.	Ges.]	
Innenrotation	Serien/ Anzahl:	×	×	Kon.	Kon.	Kon.	Kon.		
	Blutdruck:			Exz.	Exz.	Exz.	Exz.	1	
	Hf:			Ges.	Ges.	Ges.	Ges.		
Außenrotation	Serien/ Anzahl:	v	v	Kon.	Kon.	Kon.	Kon.		
Aubenrotation	Blutdruck:		×	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.	-	
	Hf:			Ges.	Ges.	Ges.	Ges.		
	HARRIST WAY AND A STATE			Kon.	Kon.	Kon.	Kon.		
Abduktion	Serien/ Anzahl:	_×	×	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.	-	
	Blutdruck:	-/-		Ges.	Ges.	Ges.	Ges.		
	Hf:	=	=						
Wie schätz	Hf: zen Sie Ihren I	— heutigen Gesund	lheitszustand ein		Ges.	Ges.	Ges,		cm
	ausgezeio	chnet	gut	wenig	er gut		schlecht		
	g der Ar	mlänge nion → Proc. sty	rloideus radii)				Dis	tanz [ı	m]
Oberarmlän	ge (Acromion	→ Epicondylus	s lateralis)						
Unterarmlän	ige (Epicond)	/lus lateralis →	Proc. styloideus	s radii)					

Abbildung 5 Evaluationsbogen 3c: Schulterfunktion prärehabilitativ

Name:					ntersDa		habili			
Vorname:				1,000)-Nr.:	270/135				
GebDatur	m:			Te	elNr.:					
OP – Datu	m:									
3 Monate	0	6 Monate	□ 12 M	lonate						
Welche is	t Ihre dominan	te Seite?		Rechts	. 🗆	Links 🗆				
Welche S	eite ist verletzt	?		Rechts		Links 🗆				
Haben Sie	zur Zeit Schn	nerzen in der Sch	nulter?	Nein		Ja 🗆	l'i		1	
kein Schme	erz	gering	A		stark			sehr	stark	
	***		·						cm	
	Ruhe	Handkurbel	5 min	10 m	nin	15 min				
Blutdruck										
Herzfrequenz										
					Werte Isokin		okinetis	netisch		
		Isokinetik gesund	Isokinetik verletzt	Mittlere Kraft gesund [N]	Mittlere Kraft verletzt [N]	Arbeit total gesund [J]	Arbeit total verletzt [J]	Distanz gesund [cm]	Distanz verletzt [cm]	
Adduktion	Serien/ Anzahl:	u		Kon.	Kon.	Kon.	Kon.	Įj	ţaıj	
Adduktion		×	×	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.	1		
	Blutdruck:			Ges.	Ges.	Ges.	Ges.	-		
	****	_		Kon.	Kon.	Kon.	Kon.			
Innenrotation	Serien/ Anzahl:	×	x	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.			
	Blutdruck:	_/_	_/_	Ges.	Ges.	Ges.	Ges.			
	Hf:									
Außenrotation	Serien/ Anzahl:	x	x	Kon.	Kon.	Kon.	Kon.			
	Blutdruck:		_/_	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.			
	Hf:	_	_	Ges.	Ges.	Ges.	Ges.	1		
Abduktica	Corion/ Aprahl	U		Kon.	Kon.	Kon.	Kon.			
Abduktion	Serien/ Anzahl: Blutdruck:			Exz.	Exz.	Exz.	Exz.			
	Hf:			Ges.	Ges.	Ges.	Ges.	-		
	TIL	_	_	<u> </u>	<u></u>	<u></u>		<u></u>	<u> </u>	
Wie schät	zen Sie Ihren h	neutigen Gesund	heitszustand ein	?						
				2.0					cm	

Abbildung 6 Evaluationsbogen 3d: Schulterfunktion postrehabilitativ

Carank C										
Name: Unters-Datum:										
Name: Unters-Datum:	(3e)) SCH	ULTERE	EWE	EGLICH	IKE	IT (pr	ä/perireha	bilitat	iv)
								400		
Tel-Nr.: Tel-Nr.: Tel-Nr.: Tel-Nr.: Tel-Nr.: Tel-Nr.: Tel-Nr.: Tel-Nr.: Tel-Nr.: Tel-Nr.: Tel-N	******************									
Präop.						1177				
Präop.	GebDatur	ILE				TE	elINT			
Präop.	OD Detu	利用 於								
FLEXION 0 - 30° 31 - 60° 61 - 90° 91 - 120° 121 - 150° 151 - 180°	OP - Datur	m:								
Rank	Präop. □	Post	op. 🗆 🛮 10. Re	ha-Tag	□ 20. F	Reha-T	ag 🗆	Reha-Tag		
Rank										
Rank	FLEXION	0 - 30°	31 - 60° 6	1 - 90°	91 - 120	° 1	21 - 150°	151 - 180°	krank	aesund
ABDUKT. 0 - 30° 31 - 60° 61 - 90° 91 - 120° 121 - 150° 151 - 180° 1		PARTICLE OF SERVICE							RIGIN	goodiid
NNENROTATION	-	0		4	6		8	10		
NNENROTATION	200									
NNENROTATION	ABDUKT.	0 - 30°	31 - 60° 6	1 - 90°	91 - 120	° 1	21 - 150°	151 - 180°	krank	gesund
AUSSENROTATION									THE STATE OF THE S	goodiid
Hand im Nacken und EG vorn	-	0								
Hand im Nacken und EG vorn	30617									
Hand im Nacken und EG vorn	ALISSEN	DOTATI	ON		krank		~	esund		
Hand im Nacken und EG hinten							y			
Hand auf Kopf und EG vorn	200 Table On 1 to 7 (1 to 1 t	7 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	A P. S. H. S. Lawrence and S. C. S.							
Hand auf Kopf und EG hinten 2				+					krank	desund
NNENROTATION									KIGIIK	geodila
INNENROTATION krank gesund Handrücken an Oberschenkel 0 0 0 Hand auf Gesäß 2 2 2 Handrücken L5/ S1 4 4 4 Handrücken L3 6 6 6 Krank gesund Handrücken Th 12 8 8 8 Handrücken zwischen Scapula 10 10			a LO minten							
Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3 Handrücken Th 12 Handrücken zwischen Scapula Gesamtpunktzahl Beweglichkeit (max. 40 Pkt.) SCHMERZFREIE BEWEGUNG bis zur Taille bis zum Schwertfortsatz bis zum Nacken bis auf den Kopf Krank Gesamtpunktzahl Beweglichkeit (max. 40 Pkt.) Krank Gesund	1.0				V-00-			· -		
Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3 Handrücken Th 12 Handrücken zwischen Scapula Gesamtpunktzahl Beweglichkeit (max. 40 Pkt.) SCHMERZFREIE BEWEGUNG bis zur Taille bis zum Schwertfortsatz bis zum Nacken bis auf den Kopf Krank Gesamtpunktzahl Beweglichkeit (max. 40 Pkt.) Krank Gesund	12					-				
Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3 Handrücken Th 12 Handrücken zwischen Scapula Gesamtpunktzahl Beweglichkeit (max. 40 Pkt.) SCHMERZFREIE BEWEGUNG bis zur Taille bis zum Schwertfortsatz bis zum Nacken bis auf den Kopf krank Gesamtpunktzahl Beweglichkeit (max. 40 Pkt.) krank gesund krank gesund krank gesund krank gesund krank gesund krank gesund krank gesund	INNENRO	IOITATO	V		krank		g	esund		
Handrücken L5/S1 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4			berschenkel		1075			0		
Handrücken L3 Handrücken Th 12 Handrücken zwischen Scapula Gesamtpunktzahl Beweglichkeit (max. 40 Pkt.) SCHMERZFREIE BEWEGUNG bis zur Taille bis zum Schwertfortsatz bis zum Nacken bis auf den Kopf krank gesund	56-000 x x 54-0 x 54-05 x 72-00 6	ALTERNATION OF THE STATE OF THE								
Handrücken Th 12 8 8 8 8			31							
Handrücken zwischen Scapula Gesamtpunktzahl Beweglichkeit (max. 40 Pkt.) SCHMERZFREIE BEWEGUNG krank gesund bis zur Taille 2 2 bis zum Schwertfortsatz 4 4 bis zum Nacken 6 6 6 bis auf den Kopf 8 8 gesamt			_						krank	gesund
SCHMERZFREIE BEWEGUNG krank gesund bis zur Taille 2 2 bis zum Schwertfortsatz 4 4 bis zum Nacken 6 6 6 krank gesund bis auf den Kopf 8 8 gesamt		A 100 A								
SCHMERZFREIE BEWEGUNG krank gesund bis zur Taille 2 2 bis zum Schwertfortsatz 4 4 bis zum Nacken 6 6 6 krank gesund bis auf den Kopf 8 8 gesamt	Handruck	en zwisc	chen Scapula		10			10		
SCHMERZFREIE BEWEGUNG krank gesund bis zur Taille 2 2 bis zum Schwertfortsatz 4 4 bis zum Nacken 6 6 6 krank gesund bis auf den Kopf 8 8 gesamt										
SCHMERZFREIE BEWEGUNG krank gesund bis zur Taille 2 2 bis zum Schwertfortsatz 4 4 bis zum Nacken 6 6 krank gesund bis auf den Kopf 8 8 gesamt									krank	gesund
SCHMERZFREIE BEWEGUNG krank gesund bis zur Taille 2 2 bis zum Schwertfortsatz 4 4 bis zum Nacken 6 6 krank gesund bis auf den Kopf 8 gesamt										
bis zur Taille 2 2 bis zum Schwertfortsatz 4 4 bis zum Nacken 6 6 krank gesund bis auf den Kopf 8 gesamt							(m	ax. 40 Pkt.)		
bis zur Taille 2 2 bis zum Schwertfortsatz 4 4 bis zum Nacken 6 6 krank gesund bis auf den Kopf 8 gesamt										
bis zur Taille 2 2 bis zum Schwertfortsatz 4 4 bis zum Nacken 6 6 krank gesund bis auf den Kopf 8 gesamt	COUNTED	7555	DEWECHNO		kvank	2272	aua d	ľ		
bis zum Schwertfortsatz 4 4 bis zum Nacken 6 6 krank gesund bis auf den Kopf 8 gesamt gesamt			DEWEGUNG		1999	ge		2		
bis zum Nacken 6 6 krank gesund bis auf den Kopf 8 8 gesamt			orteatz							
bis auf den Kopf 8 gesamt			JIISAIL				11.0		krank	desund
					115.54		1010	gesamt	KIGIIK	godana
	bis über o	den Konf								

gesund

krank

gesamt (max. 10 Pkt.)

(3f) SCHULTER	RBEWEGLI	CHKEIT post	trehabilitativ	
Name:		UntersDatum:		
Vorname:		ID-Nr.:		
GebDatum:		TelNr.:		
OP – Datum:				
3 Monate	6 Monate		12 Monate	
FLEXION 0 - 30° 31 - 60° 61	- 90° 91 - 120°	121 - 150° 1	51 - 180° krank gesund	k
krank 0 2	4 6	8	10	ď
gesund 0 2	4 6	8	10	
	- 90° 91 - 120°		51 - 180° krank gesund	t
krank 0 2 gesund 0 2	4 6	8	10	
gesund 0 2	4 0	0	10	
9 <u>-</u>			30	
AUSSENROTATION	krank	gesun	d	
Hand im Nacken und EG vorn	2	2		
Hand im Nacken und EG hinten	2	2		100
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn	2 2	2 2	krank gesund	d
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten	2 2 2	2 2 2	krank gesund	d
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn	2 2	2 2	krank gesund	d
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten	2 2 2	2 2 2	krank gesund	d
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten	2 2 2	2 2 2 2 2		d
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation	2 2 2 2 2	2 2 2		d
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation	2 2 2 2 2 krank	2 2 2 2 2 gesun		d
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation INNENROTATION Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1	2 2 2 2 2 krank 0 2 4	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 4 4	id	
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation INNENROTATION Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3	2 2 2 2 2 krank 0 2 4 6	2 2 2 2 2 2 2 2 2 4 6 6		
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation INNENROTATION Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3 Handrücken Th 12	2 2 2 2 2 krank 0 2 4 6	2 2 2 2 2 2 gesun 0 2 4 6	id	
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation INNENROTATION Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3	2 2 2 2 2 krank 0 2 4 6	2 2 2 2 2 2 2 2 2 4 6 6	id	
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation INNENROTATION Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3 Handrücken Th 12	2 2 2 2 2 krank 0 2 4 6	2 2 2 2 2 2 gesun 0 2 4 6	id	
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation INNENROTATION Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3 Handrücken Th 12	2 2 2 2 2 krank 0 2 4 6	2 2 2 2 2 2 2 2 4 6 6 8 10 Gesamtpu	krank gesund	t t
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation INNENROTATION Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3 Handrücken Th 12	2 2 2 2 2 krank 0 2 4 6	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 4 4 6 8 8 10 Gesamtpu Bewegli	krank gesund	t t
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation INNENROTATION Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3 Handrücken Th 12	2 2 2 2 2 krank 0 2 4 6	2 2 2 2 2 2 2 2 4 6 6 8 10 Gesamtpu	krank gesund	t
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation INNENROTATION Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3 Handrücken Th 12	2 2 2 2 2 krank 0 2 4 6	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 4 4 6 8 8 10 Gesamtpu Bewegli	krank gesund	t t
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation INNENROTATION Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3 Handrücken Th 12 Handrücken zwischen Scapula	2 2 2 2 2 krank 0 2 4 6 8	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 4 6 6 8 10 Gesamtpu Beweglii (max. 46	krank gesund	t t
Hand im Nacken und EG hinten Hand auf Kopf und EG vorn Hand auf Kopf und EG hinten Volle Elevation INNENROTATION Handrücken an Oberschenkel Hand auf Gesäß Handrücken L5/ S1 Handrücken L3 Handrücken Th 12	2 2 2 2 2 krank 0 2 4 6	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 4 4 6 8 8 10 Gesamtpu Bewegli	krank gesund	t t

Abbildung 8 Evaluationsbogen 3f: Schulterbeweglichkeit postrehabilitativ

bis zum Nacken

bis auf den Kopf

bis über den Kopf

8

10

6

8

10

Name:			Training		IntersDa				
Vorname:				0.2	D-Nr.:				
GebDatur	n:			Т	elNr.:				
	()				160,00000000				
		rainingseinheit nerzen in der Sc	Schmerzen auf? hulter?	Nein Nein		Ja [cm
kein Schme	erz	gerin	g		stark			seh	r stark
Hat sich Ih	re Medikation			Nein		Ja 🛚	3		
Wenn Ja,		ao dio Übungor	auszuführen?	16		Nein D	1		-
Wenn Nei	n, warum nicht	ge die Oburiger ?		Je	\	Nem	-		
		Verletzte Seite: Rechts Links	Gesunde Seite:		V	Verte Is	okinetiso	ch	
		Isokinetik	Seilzug	Vorgabe Kraft [N]	Maximale Kraft [N]	Mittlere Kraft [N]	Arbeit total [J]	Mittlere Arbeit [J]	Distanz [cm]
1. Adduktion	Serien/ Anzahl:	x	×	Kon.	Kon.	Kon.	Kon.	Kon.	
	Winkel:			Exz.	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.	1
			(kg)	Ges.	Ges.	Ges.	Ges.	Ges.	
2. Innen-	Serien/ Anzahl:	x		Kon.	Kon.	Kon.	Kon.	Kon.	
rotation	Winkel:		×	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.	1
		(ARO / IRO)	(kg)	Ges.	Ges.	Ges.	Ges.	Ges.	-
		- - -	0.0	Kon.	Kon.	Kon.	Kon.	Kon.	
3. Außen- rotation	Serien/ Anzahl: Winkel:	×	x	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.	-
	WITHGI.	// (IRO / ARO)		Ges.	Ges.	Ges.	Ges.	Ges.	-
		1. \$2.200.000.000.000	\	Kon.	Kon.	Kon.	Kon.	Kon.	
4. Abduktion	Serien/ Anzahl:	×	_×	Exz	Exz.	Exz.	Exz.	Exz.	
	Winkel:			Ges.	Ges.	Ges.	Ges.	Ges.	
			(kg)	GC4.	G63.	Ges.	G65.	Gea.	
			rzfrei möglich ist, n	nicht bei Imp	ningement-	Syndrom od	der erst ab 6	. Woche nac	ch
OP. (Mit kle	einen Serien beg	innen!)							
Wie schät	zen Sie die hei	utige isokinetisc	he Trainingsbela	stung ein?	2				
	<u> </u>			+			—	cm	า
	zu viel		opti	mal			zu wenig		
Wie schät	zen Sie Ihren h	eutigen Gesund	dheitszustand eir	<u>n?</u>					

Abbildung 9 Evaluationsbogen 3g: Tägliches Trainingsprotokoll Schulter

Persönliche Daten 1. Beruf Sind Sie zurzeit berufstätig? Ja	alli	e:				UntersDatum:	
Arbeitslos Schätzen Sie Ihre Kniebelastung durch die berufsbedingte körperliche Arbeit ein? Wie schätzen Sie Ihre Kniebelastung durch die berufsbedingte körperliche Arbeit ein? Wie schätzen Sie Ihre Belastbarkeit bei häuslichen Tätigkeiten ein? Wie schätzen Sie Ihre Belastbarkeit bei häuslichen Tätigkeiten ein? Commale Aktivitäten, Hausarbeiten Belastungen Arbeiten	orna	ame:				ID-Nr.:	
1. Beruf Sind Sie zurzeit berufstätig? Ja Erlernter Beruf:	Seb.	-Datum:				TelNr.:	
1. Beruf Sind Sie zurzeit berufstätig? Ja Erlernter Beruf:		Persö	inliche	Daten			
Ja	1.						
Ja				rufetätia?			
Zuletzt ausgeübten Tätigkeit: Wöchentliche Arbeitszeit: Std. Nein	On				· Reruf		
Wöchentliche Arbeitszeit:		Ja	_				-
Nein							C+4
Laufendes Rentenverfahren seit: Welche Tätigkeit führen Sie zum Zeitpunkt aus? Schüler		Nais				-	Std.
Welche Tätigkeit führen Sie zum Zeitpunkt aus? Schüler		Nein	ч				
Schüler Student Azubi Azubi Arbeitslos Wie schätzen Sie Ihre aktuelle körperliche Arbeit ein? leicht mittel schwer sehr schwer				Laufende	es Rentenverfahren	seit:	
Student Rentner Azubi Arbeitslos Wie schätzen Sie Ihre aktuelle körperliche Arbeit ein? leicht mittel schwer sehr schwer Wie schätzen Sie Ihre Kniebelastung durch die berufsbedingte körperliche Arbeit ein? leicht mittel schwer sehr schwer leicht mittel schwer sehr schwer sehr schwer wie schätzen Sie Ihre Belastbarkeit bei häuslichen Tätigkeiten ein? To normale fast alle nur leichte keine Aktivitäten, Hausarbeiten Belastungen Arbeiten	We	lche Täi	tigkeit fü	ihren Sie z	um Zeitpunkt aus?		
Rentner							
leicht mittel schwer sehr schwer Wie schätzen Sie Ihre Kniebelastung durch die berufsbedingte körperliche Arbeit ein? leicht mittel schwer sehr schwer wie schätzen Sie Ihre Belastbarkeit bei häuslichen Tätigkeiten ein? normale fast alle nur leichte keine Aktivitäten, Hausarbeiten Belastungen Arbeiten						10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1	
leicht mittel schwer sehr schwer Wie schätzen Sie Ihre Belastbarkeit bei häuslichen Tätigkeiten ein? normale fast alle nur leichte keine Aktivitäten, Hausarbeiten Belastungen Arbeiten	Wie	schätze	en Sie II	nre aktuelle	körperliche Arbeit	ein?	
Wie schätzen Sie Ihre Belastbarkeit bei häuslichen Tätigkeiten ein? normale fast alle nur leichte keine Aktivitäten, Hausarbeiten Belastungen Arbeiten		le	eicht		mittel	schwer	
normale fast alle nur leichte keine Aktivitäten, Hausarbeiten Belastungen Arbeiten		schätze	eicht cen Sie II		mittel ☐ lastung durch die b	schwer derufsbedingte körpel	cliche Arbeit ein?
normale fast alle nur leichte keine Aktivitäten, Hausarbeiten Belastungen Arbeiten		schätze	eicht and Sie II eicht		mittel ☐ lastung durch die b mittel	schwer derufsbedingte körpel schwer	rliche Arbeit ein?
Aktivitäten, Hausarbeiten Belastungen Arbeiten	Wie	schätze le	eicht on Sie II eicht on Green	nre Kniebe	mittel lastung durch die b mittel	schwer cerufsbedingte körpel schwer	rliche Arbeit ein?
	Wie	schätze le	eicht on Sie II eicht on Green	nre Kniebe	mittel lastung durch die b mittel	schwer cerufsbedingte körpel schwer	rliche Arbeit ein? sehr schwer
(otonon, otolgon / mognen	Wie	schätze le	eicht en Sie II eicht en Sie I	nre Kniebe hre Belastt	mittel lastung durch die b mittel arkeit bei häusliche	schwer cerufsbedingte körpel schwer cn Tätigkeiten ein?	rliche Arbeit ein? sehr schwer
	Vie	schätze le	eicht on Sie II eicht on Green	nre Kniebe	mittel lastung durch die b mittel	schwer cerufsbedingte körpel schwer	rliche Arbeit ein?
	Wie	schätze schätz schätz	eicht en Sie II eicht norma Aktivitä	nre Kniebe hre Belasti ale iten,	mittel lastung durch die b mittel parkeit bei häusliche fast alle Hausarbeiten möglich	schwer cerufsbedingte körper schwer ch Tätigkeiten ein? nur leichte Belastungen	sehr schwer keine Arbeiten
Haben Sie in Ihrer Jugend Leistungssport betrieben?	Wie Wie	schätze schätz (Ste	eicht en Sie II eicht norma Aktivitä ehen, St	hre Kniebe hre Belastt ale iten, eigen)	mittel lastung durch die b mittel carkeit bei häusliche fast alle Hausarbeiten möglich	schwer cerufsbedingte körper schwer ch Tätigkeiten ein? nur leichte Belastungen ausführbar	sehr schwer keine Arbeiten
Haben Sie in Ihrer Jugend Leistungssport betrieben?	Wie Wie	schätze schätz (Ste	eicht en Sie II eicht norma Aktivitä ehen, St	hre Kniebe hre Belastt ale iten, eigen)	mittel lastung durch die b mittel carkeit bei häusliche fast alle Hausarbeiten möglich	schwer cerufsbedingte körper schwer ch Tätigkeiten ein? nur leichte Belastungen ausführbar	sehr schwer keine Arbeiten
Haben Sie in Ihrer Jugend Leistungssport betrieben? Nein Ja Sportart:	Wie Wie	schätze schätze (Ste Sport een Sie i	eicht en Sie II eicht norma Aktivitäehen, St	hre Kniebe hre Belastt ale aten, eigen) orerfahrun	mittel lastung durch die b mittel parkeit bei häusliche fast alle Hausarbeiten möglich g stungssport betriebe	schwer cerufsbedingte körper schwer ch Tätigkeiten ein? nur leichte Belastungen ausführbar	sehr schwer keine Arbeiten

			3	
● Haben Sie	Probleme mit Ihi	rer Körperhaltung (Ve	orschaden)?	
	Beinverkürzur	ng (re: cm / li.:	cm)	
	Beckenschief	stand		
	Senk- , Platt-	oder Spreizfuß		
	X- oder O- Be	einstellung		
	Sonstige:			
3. Knie				
3. 1. Knie	beweglichkeit			
Besteht ei	ine Kraftminderui	ng im betroffenen Be	in?	
				cm
	keine Kraftminderung	leichte Kraftminderung	starke Kraftminderung	sehr starke Kraftminderung
				_
	Keine Instabilität	geringe Instabilität	starke Instabilität	sehr starke Instabilität
3. 2. Wie		re Knieschmerzen		g möglich)?
	Keine Kniesch		0	
		Knieschmerzen	_	
	Knieschmerze	en nach Belastung	_	
	Ständige Knie		_	
	Standige Kille	scrimerzen	•	
● Treten Scl	hwellungen oder	Reizergüsse auf?		
	<u> </u>			cm
	Noch nie	Selten	Häufig	Sehr häufig
• Wie beurte	eilen Sie Ihre Kni e	eschmerzen?		
	—			cm
	keine	geringe	starke	sehr starke

Haben Sie in Ru	he Schmei	zen?				
	L					cm
k	eine	geringe		starke	sehr starke	
	Cirio	gernige		otarico	oom ounc	
Haben Sie Schn	nerzen bei	körperlichen Al	ltagsbelasi	ungen?		
	<u> </u>					cm
n	• ie	bei starker	be	ei mittlerer	bei geringste	r
		Belastung	В	elastung	Belastung	
Haben Sie Schn	ierzen bein	n Stehen oder C	enen?			cm
	<u> </u>				———	9
k	eine	geringe		starke	sehr starke	Э
Haben Sie Schn	nerzen nacı	h sportlicher Re	elastung? (Welche?)	
		portaionoi De		. 3.00		cm
					1	
ľ	nie	nach starker Belastungen		mittleren stungen	nach geringsten Belastungen	
Wie stark sind Ih	re Schmer	zen zur Zeit (Se	eit den letzte	n zwei Tage	en bis jetzt)?	
						cm
ke	eine	geringe		starke	sehr starke	
					_	
Wie stark waren				2 Wochen?	?	
Ge	ringer	← U	nverändert	→	Stärker □	
Auf welche Ursa	che(n) führe	en Sie etwaige V	/eränderung	en innerhall	b der letzten 2 Woo	hen zurück?
						_

3. 3.	Medika	mente						
● Neh	men Sie	wegen	Ihrer Kni	ieverletzung l	Medikame	ente ein?		
	Nein							
	Ja		Welche	und wieviel?				
● Wie	sieht Ihre	e jetzige	e Schmei	rzmedikation a	aus?			
		\vdash					——	cm
	Me	keine dikame	ente	gelegentli leichte Me		häufig leichte Medik.	gelegentlich bis starke Med	
_								
3. 4.			nandlung					
• Wie				ng behandelt?				
	Operati			Oper	ationstag		_	
	Konser	vativ						
● Weld	ches Ope	erations	verfahrei	n wurde durch	geführt?			
KE	3-Ersatz r	nit Pate	ellasehne	ntransplantat				
KE de	3-Ersatz r r Gegens	mit Pate seite	ellasehne	ntransplantat				
KE	3-Ersatz r	mit Sem	nitendinos	sustransplanta	at 🗖			
Vo	llständig	e Menis	skusresel	ktion				
Me	eniskuste	ilresekt	ion					
Me	eniskusna	aht						
Kn	iegelenk	ersatz ((TEP)					
Kn	iegelenk	ersatz ((unikondy	ılär)				
So	nstiges							
● Well	che ortho	nädisc	hen Hilfe	mittel hahen S	Sie nach d	er Operation ver	wendet?	
	these	-paurou			Haon a	c. opolation ver	_Wochen	
	iterarmst	ützen		_			_Wochen	
Un		G(E-011					Wochen	
	nstiges						VVUCILEII	

 Welche der folgenden The 	rapieformen kan	6 nen bei Ihnen bisher zur	Anwendu	ng?		
Krankengymnastik		Kältebehandlung		J		
Sonstiges 🗖						
3						
 Welche dieser Behandlun Antwort ankreuzen) 	gsmaßnahmen	hat Ihrer Meinung nach a	am meiste	n genütz	t? (Nur ein	е
Krankengymnastik:		Kältebehandlung				
Sonstiges 🗖						
 Wie schätzen Sie das bish 	erige Behandlu i	ngsergebnis ein?				cm
sehr gut	gut	ausreichend	s	chlecht		
•						

Abbildung 10 Evaluationsbogen 4a: Kniegelenk prärehabilitativ

	1		
(4h) KNIEGELENK	C postrehabil	litativ
Name:		UntersDatum:	
Vorname:		ID-Nr.:	
GebDatum:		TelNr.:	
Daga Kaliaha D			
. Persönliche D	aten		
.1. Beruf			
Haben Sie zwischenz	zeitlich Ihren Beruf wieder aufg	genommen?	
Ja 🗆	Arbeitsfähig seit:		- Te
	Jetzt ausgeübte Tätigkeit:	SP <u></u>	<u> </u>
	Wöchentliche Arbeitszeit:	8=	Std.
Nein □			
Wie schätzen Sie Ihr	e körperliche Arbeit ein?		
leicht □	mittel	schwer	sehr schwer
=	e Kniebelastung durch die b e	=	liche Arheit ein?
	70	eraisbeamgte korpen	
leicht	mittel □	schwer	sehr schwer
Wie schätzen Sie Ihr	re Belastbarkeit bei häuslich	nen Tätigkeiten ein?	
<u> </u>		5.To	
	· ·		VIII.0
normale Aktivitäte		nur leichte Belastungen	keine Arbeiten
(Stehen, Steige	en) möglich	ausführbar	möglich
. 2. Sportliche Akt	ivität		
Sind Sie seit Aufnahr	ne der Rehabilitation wieder r	egelmäßig sportlich al	ktiv?:
Nein □			
Nein □ Ja □	Sportart:		
Ja □	Sportart:	ne?	
Ja □	5.00 May 2000 May 200	ne?	
Ja □ Wieviel Trainingseinl	5.00 May 2000 May 200		
Ja □ Wieviel Trainingseinl	neiten bzw. Stunden pro Woch		

	Niedriger	G	leich	Höher	
	_		_	_	
2.	Knie				
2. 1.	Kniebeweglichkeit				
Beste	eht eine Kraftminderui	ng im betroffenen Be	nin?		
	<u> </u>				cm
	keine	leichte	starke	sehr starke	
	Kraftminderung	Kraftminderung	Kraftminderung	Kraftminderung	
● Wie	schätzen Sie Ihre Knie	estabilität ein?		_	om
	<u> </u>			——————————————————————————————————————	cm
	Keine Instabilität	geringe Instabilität	starke Instabilität	sehr starke Instabilität	
• •	NAT. 1				
3. 2.	Wie beurteilen Sie Ih			moglich)?	
	Keine Kniesch				
		Knieschmerzen			
		en nach Belastung			
	Knieschmerze				
	Ständige Knie				
• Trete	n Schwellungen ode l	r Reizergüsse auf?		. —	
	Noch nie	Selten	Lläusia	Sohr höufig	cm
	Noch me	Seilen	Häufig	Sehr häufig	
● Wie h	eurteilen Sie Ihre Kni e	eschmerzen?			
	1			, [cm
	keine	geringe	starke	sehr starke	
		Jg-			
● Habe	n Sie in Ruhe Schmei	zen?			
	<u> </u>			——————————————————————————————————————	cm
	keine	geringe	starke	sehr starke	

3. 3. Medikamente			
Nehmen Sie wegen Ih	nrer Knieverletzung Med	ikamente ein?	
Nein □			
Ja 🗖	Welche und wieviel? _		
	-		
	_		
Wie sieht Ihre jetzige	Schmerzmedikation aus	3?	
<u> </u>			cm
keine Medikamen	gelegentlich te leichte Medik.	häufig ç leichte Medik.	gelegentlich bis häufig starke Med.
2. 4. Bisherige Beha	andles a		
•	dem bisherigem Behanc	llungeorgobnie zufriede	an?
- Inwieweit sind sie mit	dem bishengem behand	iiungsergebins zamede	cm
sehr gu	t gut	ausreichend	schlecht
Welche der angewa	andten Rehabilitationsn	naßnahmen hat Ihrer	Meinung nach am meisten
 Welche der angewagenützt? (Nur eine Antwergenützt?) Krankengymnas Strombehandlur Massage 	vort ankreuzen!) stik □		ehandlung (Fango)
genützt? (Nur eine Antv Krankengymnas Strombehandlur	wort ankreuzen!) stik 🔲 ng 🖟	Wärme–, Kältebe Isokinetisches Tra	ehandlung (Fango)
genützt? (Nur eine Antv Krankengymnas Strombehandlur	wort ankreuzen!) stik 🔲 ng 🖟	Wärme–, Kältebe Isokinetisches Tra	ehandlung (Fango)
genützt? (Nur eine Antv Krankengymnas Strombehandlur	wort ankreuzen!) stik 🔲 ng 🖟	Wärme–, Kältebe Isokinetisches Tra	ehandlung (Fango)
genützt? (Nur eine Antv Krankengymnas Strombehandlur	wort ankreuzen!) stik 🔲 ng 🖟	Wärme–, Kältebe Isokinetisches Tra	ehandlung (Fango)
genützt? (Nur eine Antv Krankengymnas Strombehandlur	wort ankreuzen!) stik 🔲 ng 🖟	Wärme–, Kältebe Isokinetisches Tra	ehandlung (Fango)
genützt? (Nur eine Antv Krankengymnas Strombehandlur	wort ankreuzen!) stik 🔲 ng 🖟	Wärme–, Kältebe Isokinetisches Tra	ehandlung (Fango)
genützt? (Nur eine Antv Krankengymnas Strombehandlur	wort ankreuzen!) stik 🔲 ng 🖟	Wärme–, Kältebe Isokinetisches Tra	ehandlung (Fango)
genützt? (Nur eine Antv Krankengymnas Strombehandlur	wort ankreuzen!) stik 🔲 ng 🖟	Wärme–, Kältebe Isokinetisches Tra	ehandlung (Fango)
genützt? (Nur eine Antv Krankengymnas Strombehandlur	wort ankreuzen!) stik 🔲 ng 🖟	Wärme–, Kältebe Isokinetisches Tra	ehandlung (Fango)
genützt? (Nur eine Antv Krankengymnas Strombehandlur	wort ankreuzen!) stik 🔲 ng 🖟	Wärme–, Kältebe Isokinetisches Tra	ehandlung (Fango)
genützt? (Nur eine Antv Krankengymnas Strombehandlur	wort ankreuzen!) stik 🔲 ng 📮	Wärme–, Kältebe Isokinetisches Tra	ehandlung (Fango)

Abbildung 11 Evaluationsbogen 4b: Kniegelenk postrehabilitativ

Name:	- 3	Frainingspr	UntersD			
Vorname:			ID-Nr.:	zatum.		
GebDatum:			TelNr.:			-
OOD. Dutum.			101.111.			
Traten nach der le	etzten Trainingseinhe	eit Schmerzen auf?	Ja 🗆	Nein C	1	· ·
Haben Sie zur Zei	t Schmerzen im Knie	egelenk ?	Ja 🛘	Nein C	ם	
Hat sich Ihre Medi	kation geändert?		Ja 🛚	Nein D	3	
Wenn Ja, wie?		-				
Fühlen Sie sich in	der Lage die Übung	gen auszuführen?	Ja 🗖	Nein C	3	
Wenn Nein , warur	m nicht?					
Wie schätzen Si	e die heutige Trais	ningsbelastung ein?)			
VVIC SCHALZEH OF	L die Heutige Hall	ingsbelastung ein:			\dashv	cm
:	zu viel	optim	al		zu wenig	
	gering	mäßig	stark		Bewegung iglich	
■ Rostoht oine l	– Einschränkung der		_		. .	
	L					04000
	keine	aorina	atark		achr atark	cm
	keine	gering	stark		sehr stark	
	Einschränkung der	Kniestreckung?				
Bestent eine E						cm
• Bestent eine E					sehr stark	GIII
● Bestent eine E	keine	gerina	stark			
Sign photos (Principles of the Control of the Contr	keine	gering	stark			
Sign photos (Principles of the Control of the Contr	keine e Schmerzen zur Z	100000000000000000000000000000000000000	stark		, –	
Sign photos (Principles of the Control of the Contr	e Schmerzen zur Z	100000000000000000000000000000000000000	stark		- [cm
District Control of the Control of t	PALACAGEMENT	100000000000000000000000000000000000000	stark stark	S	ehr stark	cm
Vie stark sind Ihro	e Schmerzen zur Z	Zeit ? gering	stark	Sc	ehr stark	cm
Vie stark sind Ihro	e Schmerzen zur Z	Zeit?	stark	S	ehr stark	cm
/ie stark sind Ihro	e Schmerzen zur Z	Zeit ? gering	stark		ehr stark Schlecht	

2

Allgemeine Übungen			
	Serien	Wiederholungen	Gewicht
Beinpresse			
Seilzug Adduktion			
Seilzug Abduktion			

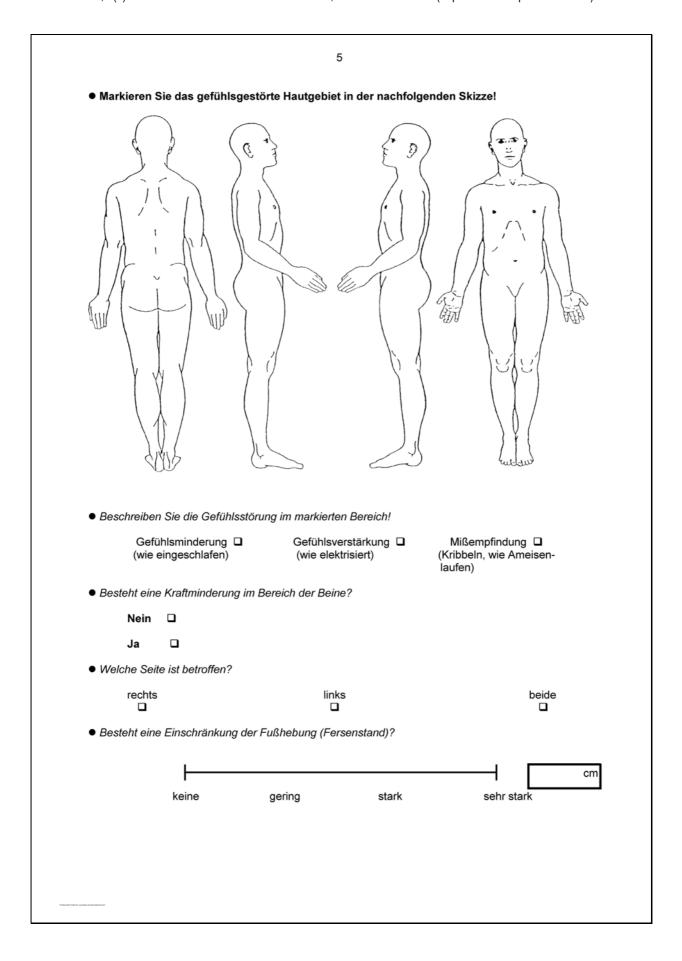
Abbildung 12 Evaluationsbogen 4c: Tägliches Trainingsprotokoll Kniegelenk

	(5:	a) WIR	BELSÄU	J LE prä	rehabili	itativ	
ime:				Unte	rsDatum:		
rname:				ID-N	r.:		
bDatum				Tel	Nr.:		
Perso	inliche	Daten					
. Beru	į						
Sind Sie z	ırzeit be	rufstätig?					
Ja		Erlernter B	eruf:				
		Zuletzt aus	geübte Tätigke	eit:			
		Wöchentlic	he Arbeitszeit:				Std.
Nein		Arbeitsunfä	ahig seit:		1		
		Laufendes	Rentenverfahr	en seit:			
Velche Tä	igkeit fü	hren Sie zum	Zeitpunkt aus	?			
Schü				ivildienst/Wel	nrdienst		
Stude Renti			55.0	zubi rbeitslos			
Vie schätz	en Sie II	re körperlic i	he Arbeit ein?				
leich	t		mittel	sch	wer	sehr s	schwer
Vie schätz	en Sie I	hre Wirbelsä	ulenbelastun	g durch die be	rufsbedingte	e körperlich	ne Arbeit ein?
leich	t		mittel	sch	wer	sehr s	schwer
/ie schätz	en Sie II	nre Belastbari	keit bei häuslic	hen Tätiakeite	n ein?		
	L						
	Norm:	ale	fast alle	nur leic	nte	l keine	
(Bück	Aktivitä		Hausarbeite möglich		ngen	Keirie	
(Baon	011, 1108	jen, 116561)	mognori	adoran			
. Sport	liche Vo	orerfahrung					
aben Sie	in Ihrer .	lugend Leistu	ıngssport betrie	eben?			
Nein							

● Waren Sie i	in den	vergangenen 12 Monate	en regelmäßig sportlich akt	iv?
Nein				
Ja		Sportart:		
● Wieviel Stu	nden p	ro Woche treiben Sie Sp	oort?	
● Wie schätze	en Sie	Ihr Sportniveau ein ?		
	Freiz		Amateur	Profi
 Wie schätze 	en Sie	lhre Wirbelsäulenbelas	stung durch die sportliche	Tätigkeit ein?
le	eicht	mittel	schwer	sehr schwer
2. Allgei	meine	Erkrankungen		
Atmung, Rheu	ıma, o		Urgane (Herz- u. Kreisla	ufsystem, Diabetes, Blutdi
Nein				
Ja		Welche?		
● Nehmen Si	e aeae	n diese Erkrankungen M	fedikamente ein?	
● Nehmen Sie Nein	e gege	n diese Erkrankungen M	fedikamente ein?	
		n diese Erkrankungen M Welche?	fedikamente ein?	
Nein			fedikamente ein?	
Nein			fedikamente ein?	
Nein Ja ● Haben Sie	□ □ auße	Welche?	erden sonstige orthop äd	lische Erkrankungen, z.B
Nein Ja ● Haben Sie	□ □ auße	Welche?		lische Erkrankungen , z.B
Nein Ja ● Haben Sie Bereich der H	außer	Welche?	erden sonstige orthop äd	ngen)?
Nein Ja ● Haben Sie Bereich der H Nein	□ □ auße	Welche?	erden sonstige orthopäd n, Bewegungseinschränku	ngen)?
Nein Ja ● Haben Sie Bereich der H Nein	□ □ auße	Welche?	erden sonstige orthopäd n, Bewegungseinschränku	ngen)?
Nein Ja ● Haben Sie Bereich der H Nein	□ □ auße	Welche?	erden sonstige orthopäd n, Bewegungseinschränku	ngen)?
Nein Ja ● Haben Sie Bereich der H Nein	□ □ auße	Welche?	erden sonstige orthopäd n, Bewegungseinschränku	ngen)?
Nein Ja ● Haben Sie Bereich der H Nein	□ □ auße	Welche?	erden sonstige orthopäd n, Bewegungseinschränku	ngen)?
Nein Ja ● Haben Sie Bereich der H Nein	□ □ auße	Welche?	erden sonstige orthopäd n, Bewegungseinschränku	ngen)?

● Haben S	Sie Probleme mit Ihrer Körperhaltung?		
	Schulterhochstand		
	Hohlkreuz im Bereich der Lendenwir		
	Rundrücken im Bereich der Brustwir	belsäule	
	Beckenschiefstand		
	Beinverkürzung (re: cm / li: c	m)	
	Skoliose		
	Sonstige —		
3. Rücken	beschwerden		
3. 1. Ist	: Ihre Wirbelsäulenbeweglichkeit einges	schränkt?	
• Finanhu	internal hai Drahhauranun		
• Einschra	änkung bei Drehbewegung		
	keine leichte Einschränkung Einschränkung	deutliche Einschränkung	Drehbewegung nicht möglich
• Einschr	änkung bei Beugebewegung		
			———
	keine leichte Einschränkung Einschränkung	deutliche Einschränkung	Beugebewegung nicht möglich
3. 2. W	ie beurteilen Sie ihre Rückenschmerzen	.2	
0. 2.	ie beartenen die inne Rackenseinnerzer		
0. 2.	Gelegentlich Rückenschmerzen		
o. 2.			
v. <u>z</u> . ••	Gelegentlich Rückenschmerzen		
v. <u>z</u> . ••	Gelegentlich Rückenschmerzen Ständige Rückenschmerzen	<u> </u>	
v. <u>2</u>	Gelegentlich Rückenschmerzen Ständige Rückenschmerzen Rückenschmerzen nach Belastung	_ _ _	
v. <u>2</u>	Gelegentlich Rückenschmerzen Ständige Rückenschmerzen Rückenschmerzen nach Belastung Schmerzausstrahlung in die Arme	0 0 0	
	Gelegentlich Rückenschmerzen Ständige Rückenschmerzen Rückenschmerzen nach Belastung Schmerzausstrahlung in die Arme Schmerzausstrahlung in die Beine	0 0 0	Monat / Jahr
• Wann tr	Gelegentlich Rückenschmerzen Ständige Rückenschmerzen Rückenschmerzen nach Belastung Schmerzausstrahlung in die Arme Schmerzausstrahlung in die Beine Verspannungen im Rückenbereich		_ Monat / Jahr
• Wann tr	Gelegentlich Rückenschmerzen Ständige Rückenschmerzen Rückenschmerzen nach Belastung Schmerzausstrahlung in die Arme Schmerzausstrahlung in die Beine Verspannungen im Rückenbereich atten erstmalig Rückenschmerzen auf?		Monat / Jahr
• Wann tr	Gelegentlich Rückenschmerzen Ständige Rückenschmerzen Rückenschmerzen nach Belastung Schmerzausstrahlung in die Arme Schmerzausstrahlung in die Beine Verspannungen im Rückenbereich atten erstmalig Rückenschmerzen auf?		_ Monat / Jahr

Besteht eine Einschränkung der Fußsenkung (Zehenstand)? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr besteht eine Einschränkung der Kniestreckung?	
Nein Ja Welche Seite ist betroffen? rechts links Besteht eine Einschränkung der Fußhebung (Fersenstand)? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Fußsenkung (Zehenstand)? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr	
Welche Seite ist betroffen? rechts links Besteht eine Einschränkung der Fußhebung (Fersenstand)? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Fußsenkung (Zehenstand)? keine gering stark sehr keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr keine gering stark sehr keine gering stark sehr besteht eine Einschränkung der Kniestreckung?	
Welche Seite ist betroffen? rechts	
Besteht eine Einschränkung der Fußhebung (Fersenstand)? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Fußsenkung (Zehenstand)? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr	
Besteht eine Einschränkung der Fußhebung (Fersenstand)? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Fußsenkung (Zehenstand)? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr	
keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Fußsenkung (Zehenstand)? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr	beidseits
keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Fußsenkung (Zehenstand)? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr	
Besteht eine Einschränkung der Fußsenkung (Zehenstand)? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr	
keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr	r stark
Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr	
Besteht eine Einschränkung der Kniebeugung? keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr	
keine gering stark sehr Besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr	r stark
Besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr	
Besteht eine Einschränkung der Kniestreckung? keine gering stark sehr	
keine gering stark sehr	r stark
Ausmaß der Kraftminderung:	r stark
gering mäßig stark keine Beweg	jung
möglich	
3. 3. Medikamente	
Nehmen Sie wegen Ihrer Rückenbeschwerden M edikamente ein?	
Nein 🗆	
Ja Welche und wieviel ?	



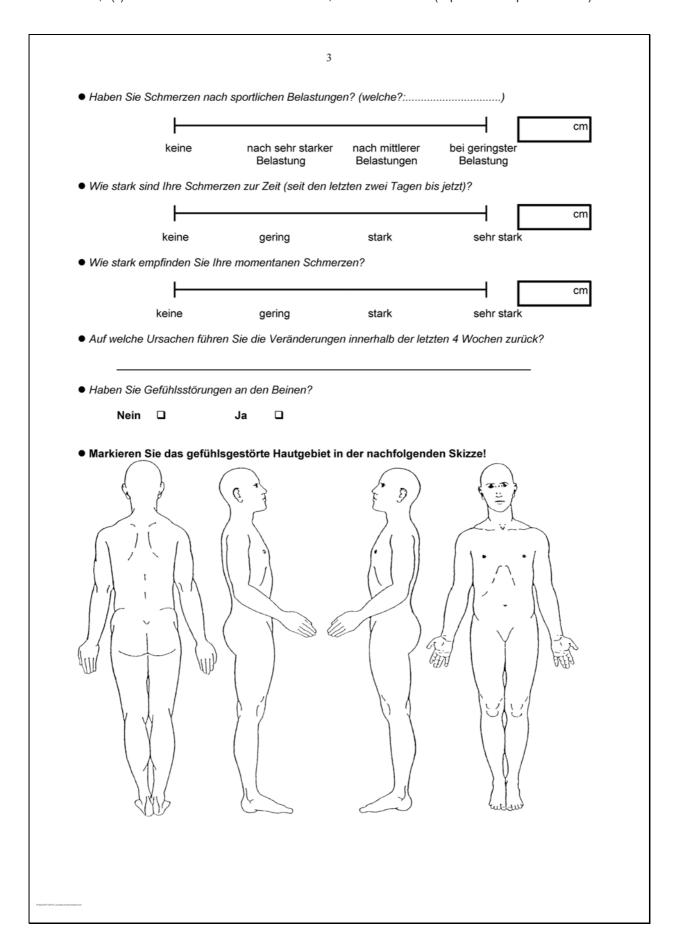
					С
kein	e	gering	stark	sehr stark	
Besteht eine Einscl	hränkung de				
F					С
kein	е	gering	stark	sehr stark	
Besteht eine Einsch	hränkung de	r Kniestreckung?			
ı					
□ kein	e	gering	stark	sehr stark	С
 Wie stark ist das Al 	usmaß der K	(raftminderung?			
	gering	mäßig	stark	keine Bewegung	
				möglich	
3. 3. Medikamento Nehmen Sie weger Nein □	n Ihrer Rück		Medikamente eir		
● Nehmen Sie weger	e n Ihrer Rück	enbeschwerden M	Medikamente eir	_	
● Nehmen Sie weger Nein □	e n <i>Ihrer Rück</i> Welche u	enbeschwerden M nd wieviel ?	Medikamente eir	7	
Nehmen Sie weger Nein Ja Schmerzmedikation keine Medikam	welche un: Wie beurte	enbeschwerden M nd wieviel ?	Medikamente eir	re Therapie? gelegentlich bis häufig	c
Nehmen Sie weger Nein Ja Schmerzmedikation keine Medikam 3. 4. Bisherige Be	welche u Welche u Welche u Welche u Wie beurte	nd wieviel ? eilen Sie selbst Ihre gelegentlich leichte Medik.	Medikamente eir e medikamentös häufig leichte Med	gelegentlich bis häufig ik. starke Medik.	C
Nehmen Sie weger Nein Ja Schmerzmedikation keine Medikam 4. Bisherige Be Welche dieser The	Welche u """ "" "" "" "" "" "" "" "" "" "" ""	nd wieviel? eilen Sie selbst Ihre gelegentlich leichte Medik.	e medikamente ein häufig leichte Med	gelegentlich bis häufig ik. starke Medik.	c
Nehmen Sie weger Nein Ja Schmerzmedikation keine Medikam 3. 4. Bisherige Be Welche dieser The Krankengymr	Welche u """ "" "" "" "" "" "" "" "" "" "" ""	enbeschwerden M nd wieviel? eilen Sie selbst Ihre gelegentlich leichte Medik. kamen bei Ihnen L	e medikamente ein häufig leichte Med bisher zur Anwe Wärme-, Kä	gelegentlich bis häufig ik. starke Medik. ndung?	
Nehmen Sie weger Nein Ja Schmerzmedikation keine Medikam 4. Bisherige Be Welche dieser The	Welche u """ "" "" "" "" "" "" "" "" "" "" ""	enbeschwerden Mand wieviel? eilen Sie selbst Ihre gelegentlich leichte Medik. kamen bei Ihnen b	e medikamente ein häufig leichte Med bisher zur Anwe Wärme-, Kä	gelegentlich bis häufig ik. starke Medik. ndung?	

Krank	engymnastik		Wärme–, Kältebehandlung (Fango)	
	behandlung		Perlsches Gerät (Schlingentisch)	
Massa	age			
● Waren Sie i	n stationäre Be	handlung?		
Nein				
Ja		Wann?	(Monat/Jahr)	
● Erfolgte ber	eits eine opera	tive Behandlung?		
Nein				
Ja				
Wann		Wie?		
Monat	/Jahr	Operationsverfahren		
-				
● Bei welcher	n Arzt sind Sie		Rückenbeschwerden in Behandlung?	
Bei welcher Arzt:			Rückenbeschwerden in Behandlung?	
		momentan wegen Ihrer	Rückenbeschwerden in Behandlung?	
Arzt: seit:		momentan wegen Ihrer	Rückenbeschwerden in Behandlung?	
Arzt: seit:		momentan wegen Ihrer	Rückenbeschwerden in Behandlung?	
Arzt: seit:	len Sie das bisl	momentan wegen Ihrer herige Behandlungsergel	Rückenbeschwerden in Behandlung?	cn
Arzt: seit:		momentan wegen Ihrer	Rückenbeschwerden in Behandlung?	
Arzt: seit:	len Sie das bisl	momentan wegen Ihrer herige Behandlungsergel	Rückenbeschwerden in Behandlung?	
Arzt: seit:	len Sie das bisl	momentan wegen Ihrer herige Behandlungsergel	Rückenbeschwerden in Behandlung?	
Arzt: seit:	len Sie das bisl	momentan wegen Ihrer herige Behandlungsergel	Rückenbeschwerden in Behandlung?	
Arzt: seit:	len Sie das bisl	momentan wegen Ihrer herige Behandlungsergel	Rückenbeschwerden in Behandlung?	
Arzt: seit:	len Sie das bisl	momentan wegen Ihrer herige Behandlungsergel	Rückenbeschwerden in Behandlung?	

Abbildung 13 Evaluationsbogen 5a: Wirbelsäule prärehabilitativ

1 (5b) WIRBELSÄULE postrehabilitativ Name: Unters.-Datum: Vorname: ID-Nr.: Tel.-Nr.: Geb.-Datum: Persönliche Daten 1. 1. Beruf • Haben Sie zwischenzeitlich Ihren Beruf wieder aufgenommen? Arbeitsfähig seit: Ja Jetzt ausgeübte Tätigkeit: Wöchentliche Arbeitszeit: Std. Nein • Wie schätzen Sie Ihre körperliche Arbeit ein? leicht mittel schwer sehr schwer Wie schätzen Sie Ihre Wirbelsäulenbelastung durch die berufsbedingte k\u00f6rperliche Arbeit ein? mittel leicht schwer sehr schwer • Wie schätzen Sie Ihre Belastbarkeit bei häuslichen Tätigkeiten ein? cm normale fast alle nur leichte keine Aktivitäten Hausarbeiten Belastungen (Bücken, Tragen, Heben) möglich ausführbar Sportliche Aktivität Sind Sie seit der Aufnahme der Rehabilitationsmaßnahme wieder regelmäßig sportlich aktiv? Nein Sportart: Ja • Wieviel Stunden pro Woche treiben Sie Sport? • Wie schätzen Sie Ihre Wirbelsäulenbelastung durch die sportliche Tätigkeit ein? leicht mittel schwer sehr schwer • Wie schätzen Sie Ihr Sportniveau gegenüber der Zeit vor der Rückenerkrankung/ -verletzung ein? niedriger gleich höher

2. Rückenbeschwerden			
2. 1. Ist Ihre Wirbelsäuler	beweglichkeit eingesc	hränkt?	
Einschränkung bei Drehbe	wegung		
<u> </u>			cm
keine Einschränkung	leichte Einschränkung	deutliche Einschränkung	Drehbewegung nicht möglich
● Einschränkung bei Beugeb	ewegung		
<u> </u>			cm
keine Einschränkung	leichte Einschränkung	deutliche Einschränkung	Beugebewegung nicht möglich
2. 2. Wie beurteilen Sie ih	re Rückenschmerzen?		
Gelegentlich I	Rückenschmerzen		
Ständige Rüc	kenschmerzen		
Rückenschme			
Schmerzauss	trahlung in die Arme		
Schmerzauss	trahlung in die Beine		
Verspannung	en im Rückenbereich		
Seit wann besteht die akut e	Symptomatik?		Wochen
 Haben Sie Nachts Schmerz 	ren?		
├			cm
keine	gering	stark	sehr stark
 Haben Sie in Ruhe Schmer 	zen?		
 			cm
keine	gering	stark	sehr stark
Haben Sie Schmerzen bei l	körperlichen Alltagsbelas	stungen?	cm
keine	durch sehr starke Belastung	durch mittlere Belastung	bei geringster Belastung
Hahan Sia Sahmaran nasi	n oder hei längerom Sit-	en?	
● Haben Sie Schmerzen naci	r oder beriangerenn Sitz	GII!	
			cm
keine	gering	stark	sehr stark

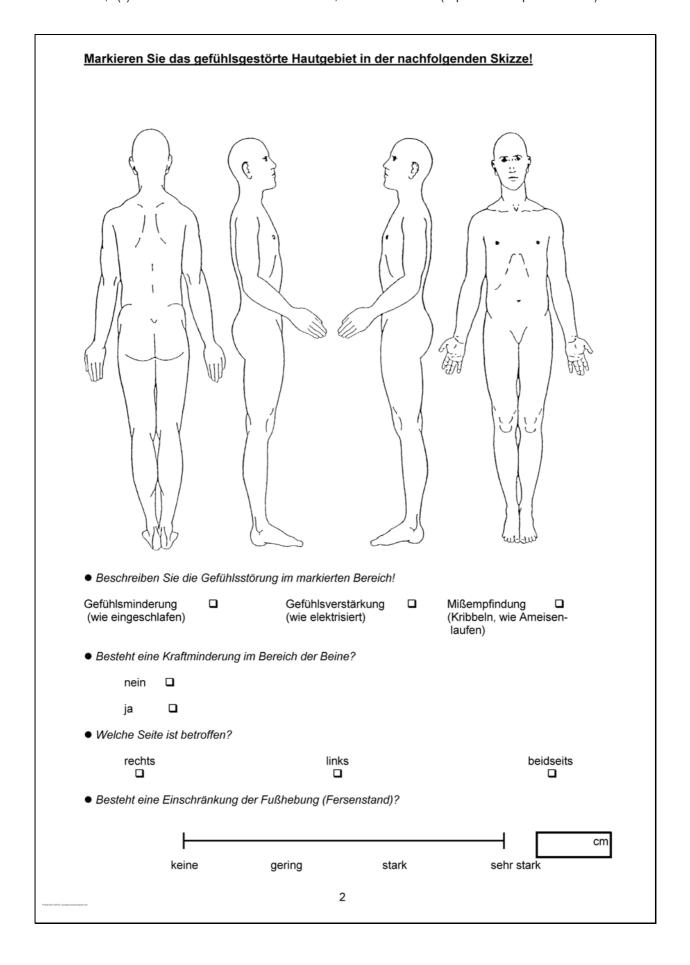


				4		
Beschreiben	Sie die	Gefühlsstö	örung im markie	rten Bereich!		
Gefühlsminder (wie eingeschl			Gefühlsv (wie elek	verstärkung ktrisiert)		Mißempfindung (Kribbeln, wie Ameisen- laufen)
Besteht eine	e Kraftn	ninderung in	n Bereich der B	Beine?		,
Nein						
Ja						
Welche Seite	e ist bet	roffen?				
rechts			I	inks		beidseits
Besteht eine	Einsch	ränkung de	r Fußhebung (F	ersenstand)?		
	\vdash					cm
	keine	•	gering	sta	·k	sehr stark
Besteht eine	Einsch	ränkung de	r Fußsenkung (Zehenstand)?	•	
	\vdash					cm
	keine	•	gering	sta	k	sehr stark
 Besteht eine 	Einsch	ränkung de	r Kniebeugung	?		
	\vdash					cm
	keine)	gering	sta	·k	sehr stark
Besteht eine	Einsch	ränkung de	r Kniestreckung	g?		
	\vdash					cm
	keine		gering	sta	'k	sehr stark
 Ausmaß der 	Kraftmi	inderung:				
		gering	mäßig	stark		keine Bewegung
						möglich
3. 3. Medika	amente					
 Nehmen Sie 	wegen	lhrer Rück	enbeschwerde	en Medikamer	te ein?	
Nein						
Ja		Welche u	nd wieviel? _			
			-			
Promoted Fish Proc. purpose acress Propriesses.						

Medikamente leichte Medik. leichte Medik. starke Medik. 2. 4. Bisherige Behandlung Bei welchem Arzt sind Sie momentan wegen Ihrer Rückenbeschwerden in Behandlung? Arzt: seit: Welche der angewandten Rehabilitationsmaßnahmen hat Ihrer Meinung nach am meisten genützt? (nur eine Antwort ankreuzen) Krankengymnastik Wärme-, Kältebehandlung (Fango) Strombehandlung Perlsches Gerät (Schlingentisch) Massage Isokinetisches Training	Medikamente leichte Medik. leichte Medik. starke Medik. 2. 4. Bisherige Behandlung Bei welchem Arzt sind Sie momentan wegen Ihrer Rückenbeschwerden in Behandlung? Arzt: seit: Welche der angewandten Rehabilitationsmaßnahmen hat Ihrer Meinung nach am meisten genützt? (nur eine Antwort ankreuzen) Krankengymnastik	<u> </u>			cm
Bei welchem Arzt sind Sie momentan wegen Ihrer Rückenbeschwerden in Behandlung? Arzt: seit: Welche der angewandten Rehabilitationsmaßnahmen hat Ihrer Meinung nach am meisten genützt? (nur eine Antwort ankreuzen) Krankengymnastik Wärme-, Kältebehandlung (Fango) Strombehandlung Perlsches Gerät (Schlingentisch) Massage Isokinetisches Training Andere Behandlungsmaßnahmen: Wie beurteilen Sie das bisherige Behandlungsergebnis?	Bei welchem Arzt sind Sie momentan wegen Ihrer Rückenbeschwerden in Behandlung? Arzt: seit: Welche der angewandten Rehabilitationsmaßnahmen hat Ihrer Meinung nach am meisten genützt? (nur eine Antwort ankreuzen) Krankengymnastik Wärme-, Kältebehandlung (Fango) Strombehandlung Perlsches Gerät (Schlingentisch) Massage Isokinetisches Training Andere Behandlungsmaßnahmen: Wie beurteilen Sie das bisherige Behandlungsergebnis?	keine Medikamente	gelegentlich leichte Medik.		g
Arzt:seit:	Arzt:seit:	2. 4. Bisherige Behandlu	ng		
■ Welche der angewandten Rehabilitationsmaßnahmen hat Ihrer Meinung nach am meisten genützt? (nur eine Antwort ankreuzen) Krankengymnastik	■ Welche der angewandten Rehabilitationsmaßnahmen hat Ihrer Meinung nach am meisten genützt? (nur eine Antwort ankreuzen) Krankengymnastik	Bei welchem Arzt sind Sie	momentan wegen Ihrei	Rückenbeschwerden in Behandlung?	
 Welche der angewandten Rehabilitationsmaßnahmen hat Ihrer Meinung nach am meisten genützt? (nur eine Antwort ankreuzen) Krankengymnastik Wärme−, Kältebehandlung (Fango) Strombehandlung Perlsches Gerät (Schlingentisch) Massage Isokinetisches Training Andere Behandlungsmaßnahmen: Wie beurteilen Sie das bisherige Behandlungsergebnis? 	 Welche der angewandten Rehabilitationsmaßnahmen hat Ihrer Meinung nach am meisten genützt? (nur eine Antwort ankreuzen) Krankengymnastik Wärme-, Kältebehandlung (Fango) Strombehandlung Perlsches Gerät (Schlingentisch) Massage Isokinetisches Training Andere Behandlungsmaßnahmen: Wie beurteilen Sie das bisherige Behandlungsergebnis? 	Arzt:			
(nur eine Antwort ankreuzen) Krankengymnastik	(nur eine Antwort ankreuzen) Krankengymnastik	seit:			
Strombehandlung Perlsches Gerät (Schlingentisch) Massage Isokinetisches Training Andere Behandlungsmaßnahmen: Wie beurteilen Sie das bisherige Behandlungsergebnis?	Strombehandlung Perlsches Gerät (Schlingentisch) Massage Isokinetisches Training Andere Behandlungsmaßnahmen: Wie beurteilen Sie das bisherige Behandlungsergebnis?	 Welche der angewandten R (nur eine Antwort ankreuze 	Rehabilitationsmaßnah en)	men hat Ihrer Meinung nach am meisten g	genützt?
Massage ☐ Isokinetisches Training ☐ Andere Behandlungsmaßnahmen:	Massage	Krankengymnastik		Wärme–, Kältebehandlung (Fango)	
Andere Behandlungsmaßnahmen: • Wie beurteilen Sie das bisherige Behandlungsergebnis? cm	Andere Behandlungsmaßnahmen: • Wie beurteilen Sie das bisherige Behandlungsergebnis? cm	Strombehandlung		Perlsches Gerät (Schlingentisch)	
● Wie beurteilen Sie das bisherige Behandlungsergebnis?	Wie beurteilen Sie das bisherige Behandlungsergebnis? cm	Massage		Isokinetisches Training	
ст	ст	Andere Behandlungs	maßnahmen:		
· <u> </u>	·	 Wie beurteilen Sie das bish 	nerige Behandlungserg	ebnis?	
sehr gut gut ausreichend schlecht	sehr gut gut ausreichend schlecht				cm
		sehr gut	gut	ausreichend schlecht	

Abbildung 14 Evaluationsbogen 5b: Wirbelsäule postrehabilitativ

Name:			Unt	ersDat	um:		
Vorname:			ID-I	Nr.:			
GebDatum:			Tel.	-Nr.:			
Traten nach der letzten Trainingse	inheit Schmerz	zen auf?	Ja 🗆		Nein 🗆		
Haben Sie zur Zeit Schmerzen im	Rücken?		Ja 🗆		Nein 🗆		
Hat sich Ihre Medikation geändert	?		Ja 🗆		Nein 🗆		
Wenn Ja, wie?							
Fühlen Sie sich in der Lage die Üb	ungen auszufű	ihren?	Ja 🗆		Nein 🗆		
Wenn Nein , warum nicht?							
isokinetische Übung	jen			В	elastung	S .	
		Zyklen	Sätze	V (m/s)	Arbeit	Mittlere Arbeit	Leistung (W)
I. Moflex Bauchmuskulatur				N= - M	(J)	(J)	
Exzentrisch (konzentrischer	Wert Moflex)						
Konzentrisch (exzentrischer			8 S. Joseph Dr. British B. 18 8 9 9				
2. Moflex Seilzug (aufrecht s							
Armzug p exzentrisch							
konzentrisch							
RONZEHUISCH							
Allgemeine Übungen				Bela	stung		,
	Zv	klen/					Mittlere
	Si Ger		Leistung (W)	Free	quenz	Weg (cm)	Arbeit (J)
3. Haltungsstabilisator	,	3/					
 Beinbeuger (isometrisc Spannungsübung) 	he						
5. Armzuggerät							
Wie schätzen Sie die heutige Train	ingsbelastung	ein?			'		1
		optima	ıl		z	u wenig	cm
zu viel		0.0000000000000000000000000000000000000					



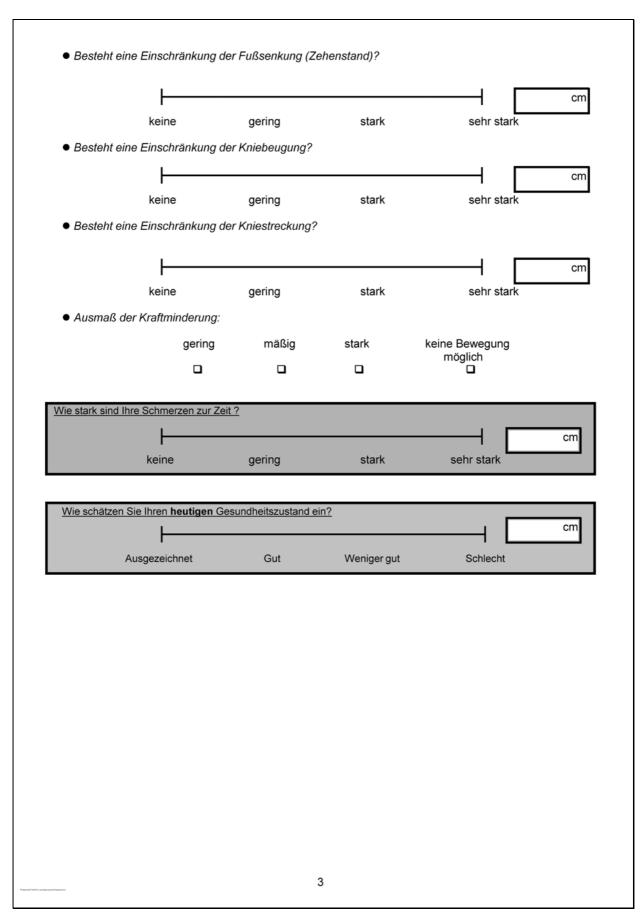


Abbildung 15 Evaluationsbogen 5c: Tägliches Trainingsprotokoll Wirbelsäule

KCS 2002, 3(4): 68-115 Ambulante Rehabilitation, Teil VI (http://klinische-sportmedizin.de)

Literatur: beim Verfasser

Korrespondenzadresse: Dr. med. M. Thomas

Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universität Leipzig

Semmelweisstrasse 10, D-04103 Leipzig e-mail: thom@medizin.uni-leipzig.de Fax: -49341-9723109; Tel.: -49341-9723008