

5. In welchen Körperteilen treten bei Ihnen häufiger Beschwerden auf?Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von **1=geringe Beschwerden** bis **10=unerträgliche Beschwerden**.

Betroffenes Körperteil	geringe Beschwerden					unerträgliche Beschwerden				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kopf (Kopfschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken/ Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultern (rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme (rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hände (rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken/Kreuzbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte (rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie(rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuß (rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Haben Sie wegen Ihrer Rückenschmerzen schon einen Arzt aufgesucht?

- nein (weiter mit → Frage 8)
- ja

7. Wie wurden Ihre Rückenbeschwerden in der Vergangenheit behandelt?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Medikamente
- Salbenbehandlung
- Spritzen/Infusionen
- Massagen
- Einrenken (Chiropraktik)
- Bäder und Packungen
- Krankengymnastik
- Akupunktur

8. Worin sehen Sie die Ursachen für Ihre Rückenbeschwerden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- berufsbedingte Belastungen
- freizeitbedingte Belastungen
- Unfall oder Verletzung
- Vorerkrankungen
- Veranlagung
- gesundheitsschädigendes Verhalten, z.B. wenig Bewegung, Rauchen, schlechte Ernährung
- altersbedingt
- langandauernder Stress

9. Welche Maßnahmen beseitigen/ lindern am ehesten Ihre Rückenbeschwerden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Wenig bewegen
 - Massage
 - Krankengymnastik
 - Einnehmen von Medikamenten
 - Akupunktur
 - allgemeine Bewegung in der Freizeit
 - allgemeine Gymnastikprogramme
 - Rückenschule
 - Spritzen
 - Krafttraining an Geräten
 - Entspannung und Stressabbau

 - sonstiges, und zwar _____
-

10. An wie vielen Tagen (ungefähr) konnten Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund von Rückenbeschwerden nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (wie z. B. Haushalt, Sport)?

An _____ Tagen

11. An wie vielen Tagen (ungefähr) waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Rückenbeschwerden krank geschrieben?

An _____ Tagen

12. Wie steht es mit Ihrem Herz-Kreislaufsystem?

(Mehrfachnennungen möglich)

- uneingeschränkt belastbar

- eingeschränkt belastbar wegen
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Herzrhythmusstörungen
- Herzinfarkt

- sonstigem, und zwar _____

13. Was erwarten Sie von der Rückenschule?Bitte kreuzen Sie die **fünf** wichtigsten Aspekte an!

- Vorbeugung von Rückenbeschwerden
- Vorbeugung von erneuten Rückenbeschwerden
- Lindern von Rückenbeschwerden
- Verbessern der Körperhaltung, z.B. beim Sitzen, Stehen, Gehen ...
- Erlernen von rüchenschonenden Bück-, Hebe- und Tragetechniken
- Gymnastische Übungen für den Alltag
- Informationen über rüchengerechte Produkte, z.B. Stühle, Fahrräder, Matratzen
- Geselligkeit/ Spaß in der Gruppe
- Verbessern der allgemeinen Fitness
- Gewichtsreduktion
- Entspannen und Stress abbauen

- sonstiges, und zwar _____

Informieren Sie bitte die Kursleitung, falls Sie an einer der folgenden oder ähnlichen Erkrankungen leiden:

- Bandscheibenvorfall
- Osteoporose
- Chronische Bronchitis
- Rheuma
- Asthma bronchiale
- Bechterew' sche Erkrankung
- Diabetes mellitus

- sonstiges, und zwar _____

Wichtig!

Die Rückenschule dient vorrangig der Vorbeugung von Rückenschmerzen und richtet sich somit an gesunde Menschen. Falls Sie keine genauen Kenntnisse über Ihren Gesundheitszustand haben, sollten Sie sich vor Beginn des Kurses unbedingt ärztlich beraten lassen. Der Besuch der Rückenschule liegt in Ihrer Eigenverantwortung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

8.3.2 Wiederholungsfragebogen I für die allgemeine, präventive Rückenschule (nach einem regelmäßig besuchten Rückenschulkurs)

Angaben zum Kurs

Name der
Kursleitung: _____ Kursnummer: _____ Datum: _____

1. Wie hat Ihnen die Rückenschule bisher gefallen?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

2. Wie weit wurden Ihre Erwartungen erfüllt?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

3. Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz der Kursleitung?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

4. Wie weit wurden Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse bei der Kursgestaltung berücksichtigt?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

5. Wie beurteilen Sie die organisatorischen Rahmenbedingungen der Rückenschule wie z. B. die Räumlichkeiten, die Kurszeiten?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

6. Wie beurteilen Sie die Kursatmosphäre?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

7. Wie beurteilen Sie die in der Rückenschule ausgehändigten Medien wie z. B. die Gymnastikprogramme? Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

8. Von welchen Inhalten haben Sie besonders profitiert?

(Mehrfachnennungen möglich)

- von den gymnastischen Übungen mit Musik am Anfang der Stunde
 - von den Hinweisen zum rückenfreundlichen Sitzen, Stehen, Bücken, Heben, Tragen, Liegen
 - von den Hinweisen zu rückengerechten Produkten wie z.B. Stühle, Bett, Fahrrad, Autositz
 - von den Übungen mit den Kleingeräten wie z.B. Theraband, Sitzball, Turnstab
 - von den Dehn- und Kräftigungsübungen auf der Matte
 - von den Entspannungs- und Körperwahrnehmungsübungen
-

9. In welcher Art hat die Rückenschule Ihr Verhalten beeinflusst?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Ich achte häufiger auf meine Körperhaltungen.
 - Ich bemühe mich mehr um rückengerechtes Verhalten am Arbeitsplatz.
 - Ich bemühe mich mehr um rückengerechtes Verhalten in der Freizeit.
 - Ich gehe im Allgemeinen bewusster mit meinem Rücken um.
 - Ich führe im Alltag häufiger gymnastische Übungen durch.
 - Ich bewege mich im Alltag mehr.
-

10. Welche Verbesserungsempfehlungen haben Sie?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

8.3.3 Wiederholungsfragebogen II für die allgemeine, präventive Rückenschule (nach vier regelmäßig besuchten Rückenschulkursen)

Angaben zum Kurs

Name der
Kursleitung: _____ Kursnummer: _____ Datum: _____

1. Wie hat Ihnen die Rückenschule bisher gefallen?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

2. Wie weit wurden Ihre Erwartungen erfüllt?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

3. Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz der Kursleitung?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

4. Wie weit wurden Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse bei der Kursgestaltung berücksichtigt?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

5. Wie beurteilen Sie die organisatorischen Rahmenbedingungen der Rückenschule wie z. B. die Räumlichkeiten, die Kurszeiten?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

6. Wie beurteilen Sie die Kursatmosphäre?

Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

7. Wie beurteilen Sie die in der Rückenschule ausgehändigten Medien wie z. B. die Gymnastikprogramme? Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft.

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

13. In welchen Körperteilen treten bei Ihnen häufiger Beschwerden auf?Bitte wählen Sie einen Wert auf der Skala von **1=geringe Beschwerden** bis **10=unerträgliche Beschwerden**.

Betroffenes Körperteil	geringe Beschwerden unerträgliche Beschwerden									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kopf (Kopfschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken/Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultern (rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme (rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hände (rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken/Kreuzbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte (rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie(rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuß (rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Worin sehen Sie die Ursachen für Ihre Rückenbeschwerden?

(falls Sie keine Beschwerden haben, weiter mit → Frage 15 / Mehrfachnennungen möglich)

- berufsbedingte Belastungen
- freizeitbedingte Belastungen
- Unfall oder Verletzung
- Vorerkrankungen
- Veranlagung
- gesundheitsschädigendes Verhalten, z.B. wenig Bewegung, Rauchen, schlechte Ernährung
- altersbedingt
- langandauernder Stress
- sonstiges, und zwar _____

15. Welche Maßnahmen beseitigen/ lindern am ehesten Ihre Rückenbeschwerden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Wenig bewegen
- Massage
- Krankengymnastik
- Einnehmen von Medikamenten
- Akupunktur
- allgemeine Bewegung in der Freizeit
- allgemeine Gymnastikprogramme
- Rückenschule
- Spritzen
- Krafttraining an Geräten
- Entspannung und Stressabbau

- 16. An wie vielen Tagen (ungefähr) konnten Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund von Rückenbeschwerden nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (wie z. B. Haushalt, Sport)?**

An _____ Tagen

- 17. An wie vielen Tagen (ungefähr) waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Rückenbeschwerden krank geschrieben?**

An _____ Tagen

- 18. Welche Verbesserungsempfehlungen haben Sie?**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!