



Swiss Spinal Cord Injury Study (SwiSCI) schweizweite Befragung Fragebogen 2



Swiss Spinal Cord Injury Study (SwiSCI)

schweizweite Befragung

Fragebogen 2

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer
Herzlich willkommen zu unserer zweiten SwiSCI-Befragung!

Sie können auch diesen Fragebogen online unter www.swisci.ch ausfüllen.
Bitte loggen Sie sich dazu mit Ihrer SwiSCI-ID und Ihrem persönlichen Passwort ein.

Ihre SwiSCI-ID lautet: #####

Ihr Passwort lautet: #####

Falls Sie Fragen haben oder Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, helfen wir Ihnen gerne! Kontaktieren Sie unsere kostenfreie **SwiSCI-Helpline 0800 794 724** oder schreiben Sie uns unter contact@swisci.ch.

Vielen Dank für Ihr Interesse und Engagement!

Nottwil, im Dezember 2011
Ihr SwiSCI Team

Erwerbsleben

In diesem Abschnitt möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer beruflichen Situation stellen.

1. Was war Ihr beruflicher Status zum Zeitpunkt Ihrer Rückenmarksverletzung?

mehrere Antworten möglich

☐ In bezahlter Arbeit:

 % Pensum (angestellt und/oder selbstständig; einschliesslich bezahlter Berufsausbildung)

- ☐ Schule/Studium
- ☐ In einer unbezahlten Ausbildung/Umschulung
- ☐ Unbezahlte Arbeit im Familienbetrieb
- ☐ Arbeit suchend
- ☐ Hausfrau/-mann
- ☐ Im Ruhestand/pensioniert
- ☐ Anderes, nämlich:



2. Wie lange hat es nach Ihrer Entlassung aus der stationären Erstrehabilitation bis zum Beginn bzw. der Wiederaufnahme einer bezahlten Arbeit gedauert (inkl. Arbeitsversuche)?

- ☐ Ich habe nach der stationären Erstrehabilitation nicht mehr gearbeitet. >> *weiter zu Frage 9*
- ☐ Ich habe sofort nach der Erstrehabilitation wieder gearbeitet.

☐ Insgesamt  Jahre und  Monate nach der Erstrehabilitation.

3. Wie viele Jahre insgesamt standen Sie seit Ihrer Entlassung aus der stationären Erstrehabilitation bis zum heutigen Tag in einer bezahlten Arbeit?

 Jahre

4. Gehen Sie zur Zeit einer bezahlten Arbeit nach?

- ☐ Ja
- ☐ Nein >> *weiter zu Frage 9*

5. Wie lautet die Bezeichnung oder der Titel Ihres derzeitigen Hauptberufs?



6. Wie bewerten Sie die Zugänglichkeit und Anpassung Ihres Arbeitsplatzes?

z.B. Büro, Toiletten

- ☐ Sehr gut
- ☐ Eher gut
- ☐ Weder gut noch schlecht
- ☐ Eher schlecht
- ☐ Sehr schlecht

7. Was sind die grössten Probleme an Ihrem Arbeitsplatz?

mehrere Antworten möglich

- ☐ Parkplätze sind nicht oder nur schwer zugänglich.
- ☐ Das Gebäude kann nicht ohne Hilfe betreten werden (z.B. Stufen am Eingang, keine Rampen vorhanden, Tür nicht breit genug).
- ☐ Keine zugänglichen oder keine Aufzüge im Gebäude vorhanden
- ☐ Für die Arbeit innerhalb des Gebäudes benötigte Gegenstände sind nicht oder nur schwer zugänglich (z.B. Drucker in einem unzugänglichen Raum, Regale nicht benutzbar).
- ☐ Waschräume/Toiletten sind nicht oder nur schwer zugänglich.
- ☐ Keine Probleme
- ☐ Anderes, nämlich:



8. Möchten Sie gerne mehr, weniger oder gleich viele Stunden arbeiten wie zurzeit?

- ☐ Mehr Stunden >> *weiter zu Frage 11*
- ☐ Weniger Stunden >> *weiter zu Frage 11*
- ☐ Gleich viele Stunden >> *weiter zu Frage 11*

9. Falls Sie keine bezahlte Arbeit haben, hätten Sie gerne eine bezahlte Arbeit?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

10. Falls Sie keine bezahlte Arbeit haben, fühlen Sie sich in der Lage, eine bezahlte Arbeit zu verrichten?

- ☐ Ja, 1-12 Stunden pro Woche.
- ☐ Ja, 12-20 Stunden pro Woche.
- ☐ Ja, mehr als 20 Stunden pro Woche.
- ☐ Nein, überhaupt nicht.

Gesundheitliche Probleme

	Bitte geben Sie bei den folgenden gesundheitlichen Problemen an, wie häufig diese Probleme in den letzten <u>3 Monaten</u> aufgetreten sind und wie schwer sie waren.				Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten <u>3 Monaten</u> eine Behandlung gegen das jeweilige gesundheitliche Problem erhalten haben (z.B. Medikament, Operation, Physiotherapie).		Bitte geben Sie an, ob das jeweilige gesundheitliche Problem Sie in den letzten <u>3 Monaten</u> in Ihren Aktivitäten eingeschränkt hat oder nicht.	
	nicht aufgetreten, unbedeutendes Problem	leichtes oder seltenes Problem	mässiges oder gelegentliches Problem	bedeutendes oder chronisches Problem	Werden/wurden Sie deswegen behandelt?		Schränkt/e das Problem Ihre Aktivitäten ein?	
11. Druckstellen, Druckgeschwüre	<input type="radio"/> » weiter zu Frage 12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
12. Harnwegsinfektionen <i>Hierzu zählen Nieren- oder Blaseninfektionen.</i>	<input type="radio"/> » weiter zu Frage 13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
13. Störungen der Sexualität <i>Hierzu zählen Störungen der sexuellen Erregung, der Erektion und des Erreichens eines Orgasmus.</i>	<input type="radio"/> » weiter zu Frage 14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
14. Muskelkrämpfe, Spastik	<input type="radio"/> » weiter zu Frage 15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
15. Chronische Schmerzen	<input type="radio"/> » weiter zu Frage 16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

	Bitte geben Sie bei den folgenden gesundheitlichen Problemen an, wie häufig diese Probleme in den letzten <u>3 Monaten</u> aufgetreten sind und wie schwer sie waren.	Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten <u>3 Monaten</u> eine Behandlung gegen das jeweilige gesundheitliche Problem erhalten haben (z.B. Medikament, Operation, Physiotherapie).	Bitte geben Sie an, ob das jeweilige gesundheitliche Problem Sie in den letzten <u>3 Monaten</u> in Ihren Aktivitäten eingeschränkt hat oder nicht.			
	nicht aufgetreten, unbedeutendes Problem	leichtes oder seltenes Problem	mässiges oder gelegentliches Problem	bedeutendes oder chronisches Problem	Werden/wurden Sie deswegen behandelt?	Schränkt/e das Problem Ihre Aktivitäten ein?
16. Probleme der Atemwege Zu den Symptomen von Infektionen oder Problemen der Atemwege zählen Atemnot und verstärkte Sekretion.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
17. Schlafstörungen Hierzu zählen Probleme mit dem Einschlafen, dem Durchschlafen sowie frühes Aufwachen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
18. Verletzungen infolge Empfindungsstörungen Hierzu zählen z.B. Verbrennungen infolge Transportierens heisser Flüssigkeiten auf dem Schooss oder zu nahen Sitzens an einem Heizkörper oder einem Feuer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
19. Kontrakturen Hierbei handelt es sich um eine Einschränkung des Bewegungsumfangs eines Gelenks.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
20. Heterotope Knochenbildung Hierbei handelt es sich um ein überschüssiges Knochenwachstum, das häufig nach einer Fraktur auftritt. Diese Störung muss durch einen Arzt diagnostiziert werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

	Bitte geben Sie bei den folgenden gesundheitlichen Problemen an, wie häufig diese Probleme in den letzten <u>3 Monaten</u> aufgetreten sind und wie schwer sie waren.				Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten <u>3 Monaten</u> eine Behandlung gegen das jeweilige gesundheitliche Problem erhalten haben (z.B. Medikament, Operation, Physiotherapie).		Bitte geben Sie an, ob das jeweilige gesundheitliche Problem Sie in den letzten <u>3 Monaten</u> in Ihren Aktivitäten eingeschränkt hat oder nicht.	
	nicht aufgetreten, unbedeutendes Problem	leichtes oder seltenes Problem	mässiges oder gelegentliches Problem	bedeutendes oder chronisches Problem	Werden/wurden Sie deswegen behandelt?		Schränkt/e das Problem Ihre Aktivitäten ein?	
21. Störungen der Harnblasenfunktion <i>Hierzu zählen Inkontinenz, Blasen- oder Nierensteine, Nierenprobleme, Blasenschwäche und Harnrückstau.</i>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
22. Störungen der Darmfunktion <i>Hierzu zählen Durchfall und Verstopfung sowie Darminkontinenzprobleme.</i>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
23. Autonome Dysreflexie oder Hyperreflexie <i>Zu den Symptomen zählen plötzlicher Blutdruckanstieg und Schwitzen, fleckige Haut, Gänsehaut, Erweiterung der Pupillen und Kopfschmerzen.</i>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
24. Orthostatische Hypotonie <i>Dies beinhaltet ein starkes Gefühl der Benommenheit nach einem Wechsel der Körperhaltung und wird durch einen plötzlichen Blutdruckabfall hervorgerufen.</i>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
25. Kreislaufprobleme <i>Zu Kreislaufproblemen zählen Schwellungen der Venen, der Füsse oder die Entstehung von Blutgerinnseln.</i>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf andere, allgemeine Erkrankungen. Bitte geben Sie jeweils an, ob diese Erkrankung bei Ihnen vorliegt oder nicht.

Wenn die Erkrankung vorliegt, geben Sie bitte an, ob sie dafür Medikamente oder eine sonstige Behandlung erhalten.

Geben Sie bitte bei vorliegender Erkrankung auch an, ob diese Sie in Ihren Aktivitäten einschränkt.

	Haben Sie diese Erkrankung?		Werden/wurden Sie deswegen behandelt?		Schränkt/e die Erkrankung Ihre Aktivitäten ein?	
26. Diabetes	<input type="radio"/> Nein » weiter zu Frage 27	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
27. Herzerkrankung	<input type="radio"/> Nein » weiter zu Frage 28	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
28. Krebserkrankung	<input type="radio"/> Nein » weiter zu Frage 29	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
29. Depression	<input type="radio"/> Nein » weiter zu Frage 30	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja

30. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine Druckstelle?

- ☐ Ja
☐ Nein >> weiter zu Frage 32

31. Bitte geben Sie an, wo Sie diese Druckstelle(n) hatten:

mehrere Antworten möglich

- ☐ Gesäss
☐ Steissbein
☐ Genitalbereich
☐ Füsse
☐ Andere Stelle:



Schmerzen

32. Haben Sie während der vergangenen Woche unter Schmerzen gelitten?

- ☐ Ja
☐ Nein >> weiter zu Frage 36

33. Welche Art von Schmerzen hatten Sie in der vergangenen Woche?

mehrere Antworten möglich

- ☐ Schmerzen des Bewegungsapparates (Muskeln, Gelenke, Knochen) oberhalb oder auf Lähmungshöhe (z.B. Schmerzen in den Schultern, in den Händen, im Nacken)
☐ Schmerzen innerer Organe (z.B. Darm, Harnblase, Nieren, Magen)
☐ Schmerzen infolge von Spasmen
☐ Nervenschmerzen (neuropathische Schmerzen) oberhalb der Lähmungshöhe
☐ Nervenschmerzen (neuropathische Schmerzen) auf Lähmungshöhe
☐ Nervenschmerzen (neuropathische bzw. Phantomschmerzen) unterhalb der Lähmungshöhe
☐ Andere, nämlich:



34. Bitte geben Sie die durchschnittliche Schmerzintensität Ihres schlimmsten Schmerzproblems der vergangenen Woche an.

Überhaupt
keine
Schmerzen

Schlimmster
vorstellbarer
Schmerz

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

6

☐

7

☐

8

☐

9

☐

10

35. Geben Sie bitte die Stelle(n) der Schmerzen Ihres Stütz- und Bewegungsapparates an (Muskeln, Gelenke, Knochen):

mehrere Antworten möglich

- ☐ Nacken
- ☐ Schulter
- ☐ Rücken/Wirbelsäule
- ☐ Ellbogen
- ☐ Handgelenke/Hand
- ☐ Hüfte
- ☐ Gesäss
- ☐ Knie
- ☐ Fussgelenk/Fuss
- ☐ Keine Schmerzen im Stütz- und Bewegungsapparat
- ☐ Anderes, nämlich:



.....

Konzentration und Müdigkeit

36. Spüren Sie Einschränkungen bei der Planung und Ausführung bestimmter Tätigkeiten in einem hektischen Umfeld, in dem Sie unter Druck stehen?

z.B. neue Aufgaben beginnen, Dinge beenden, Zeit und Aufgaben gut organisieren, Verabredungen einhalten

- ☐ Nein, keine Einschränkungen
- ☐ Ja, einige Einschränkungen
- ☐ Ja, beträchtliche Einschränkungen
- ☐ Ja, ich kann dies überhaupt nicht tun.

37. Wie gross waren in den vergangenen 4 Wochen die Probleme, die Sie hatten, weil Sie sich tagsüber nicht ausgeruht und erholt gefühlt haben?

z.B. Müdigkeitsgefühl, keine Energie haben

- ☐ Keine
- ☐ Leicht
- ☐ Mässig
- ☐ Schwer
- ☐ Extrem

Stimmung

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

	<i>Immer</i>	<i>Meistens</i>	<i>Ziemlich oft</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Selten</i>	<i>Nie</i>
38. sehr nervös?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. ruhig und gelassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. entmutigt und traurig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. glücklich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lebenszufriedenheit

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

Geben Sie an, wie zufrieden oder unzufrieden Sie mit jedem dieser Aspekte Ihres Lebens sind und kreuzen Sie das Kästchen an, das am besten mit Ihrem Gefühl übereinstimmt.

43. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

- ☐ Sehr schlecht
- ☐ Schlecht
- ☐ Mittelmässig
- ☐ Gut
- ☐ Sehr gut

	<i>Sehr unzufrieden</i>	<i>Unzufrieden</i>	<i>Weder zufrieden noch unzufrieden</i>	<i>Zufrieden</i>	<i>Sehr zufrieden</i>
44. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ausführung von alltäglichen Aktivitäten

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage diejenige Aussage an, die Ihrer derzeitigen Situation am besten entspricht. Bitte lesen Sie die Texte genau durch und kreuzen Sie jeweils immer nur eine Aussage an.

48. Essen und Trinken

- ☐ Ich benötige künstliche Ernährung oder eine Magensonde.
- ☐ Ich benötige vollständige Unterstützung beim Essen/Trinken.
- ☐ Ich benötige teilweise Unterstützung beim Essen/Trinken oder zum Aufsetzen/Entfernen von Hilfsvorrichtungen.
- ☐ Ich esse/trinke selbstständig, benötige jedoch Hilfsvorrichtungen oder Unterstützung beim Zerschneiden der Nahrung, beim Eingiessen von Getränken oder beim Öffnen von Gefässen.
- ☐ Ich esse/trinke selbstständig ohne Unterstützung oder Hilfsvorrichtungen.

49. Waschen des Oberkörpers und Kopfes

Das Waschen des Oberkörpers und Kopfes schliesst das Einseifen und Abtrocknen sowie die Benutzung eines Wasserhahns ein.

- ☐ Ich benötige vollständige Unterstützung.
- ☐ Ich benötige teilweise Unterstützung.
- ☐ Ich bin selbstständig, benötige jedoch Hilfsvorrichtungen oder eine spezielle Ausstattung (z.B. Griffstangen, Stuhl).
- ☐ Ich bin selbstständig und benötige keine Hilfsvorrichtungen und keine spezielle Ausstattung.

50. Waschen des Unterkörpers

Das Waschen des Unterkörpers schliesst das Einseifen und Abtrocknen sowie die Benutzung eines Wasserhahns ein.

- ☐ Ich benötige vollständige Unterstützung.
- ☐ Ich benötige teilweise Unterstützung.
- ☐ Ich bin selbstständig, benötige jedoch Hilfsvorrichtungen oder eine spezielle Ausstattung (z.B. Griffstangen, Stuhl).
- ☐ Ich bin selbstständig und benötige keine Hilfsvorrichtungen und keine spezielle Ausstattung.

51. Ankleiden des Oberkörpers

Das Ankleiden des Oberkörpers umfasst das An- und Ausziehen von Kleidungsstücken wie T-Shirts, Blusen, Hemden, BHs, Schals oder Orthesen (z.B. Armschienen, Halsmanschetten, Rückenkorsette).

Einfach anzuziehende Kleidungsstücke sind solche ohne Knöpfe, Reissverschlüsse oder Schnürbänder.

Schwierig anzuziehende Kleidungsstücke sind solche mit Knöpfen, Reissverschlüssen oder Schnürbändern.

- ☐ Ich benötige vollständige Unterstützung.
- ☐ Ich benötige teilweise Unterstützung, auch bei einfach anzuziehenden Kleidungsstücken.
- ☐ Ich benötige keine Unterstützung bei einfach anzuziehenden Kleidungsstücken, aber ich benötige dazu Hilfsvorrichtungen oder eine spezielle Ausstattung.
- ☐ Ich kleide mich mit einfach anzuziehenden Kleidungsstücken selbstständig an und benötige nur bei schwierig anzuziehenden Kleidungsstücken Unterstützung oder Hilfsvorrichtungen bzw. eine spezielle Ausstattung.
- ☐ Ich kleide mich vollkommen selbstständig an.

52. Ankleiden des Unterkörpers

Das Ankleiden des Unterkörpers umfasst das An- und Ausziehen von Kleidungsstücken wie Shorts, Hosen, Schuhe, Socken, Gürtel oder Orthesen (z.B. Beinschienen).

Einfach anzuziehende Kleidungsstücke sind solche ohne Knöpfe, Reissverschlüsse oder Schnürbänder.

Schwierig anzuziehende Kleidungsstücke sind solche mit Knöpfen, Reissverschlüssen oder Schnürbändern.

- ☐ Ich benötige vollständige Unterstützung.
- ☐ Ich benötige teilweise Unterstützung, auch bei einfach anzuziehenden Kleidungsstücken.
- ☐ Ich benötige keine Unterstützung bei einfach anzuziehenden Kleidungsstücken, aber ich benötige dazu Hilfsvorrichtungen oder eine spezielle Ausstattung.
- ☐ Ich kleide mich mit einfach anzuziehenden Kleidungsstücken selbstständig an und benötige nur bei schwierig anzuziehenden Kleidungsstücken Unterstützung oder Hilfsvorrichtungen bzw. eine spezielle Ausstattung.
- ☐ Ich kleide mich vollkommen selbstständig an.

53. Pflege von Gesicht und Händen

Bitte denken Sie an Tätigkeiten wie Händewaschen, Waschen des Gesichts, Zähneputzen, Kämmen der Haare, Rasieren oder Schminken.

- ☐ Ich benötige vollständige Unterstützung.
- ☐ Ich benötige teilweise Unterstützung.
- ☐ Ich bin mit Hilfsvorrichtungen selbstständig.
- ☐ Ich bin ohne Hilfsvorrichtungen selbstständig.

54. Atmung

Ich benötige eine Atemkanüle (Trachealkanüle)...

- ☐ und dauernde oder zeitweise assistierte Beatmung.
- ☐ und zusätzlichen Sauerstoff sowie viel Unterstützung beim Husten oder beim Umgang mit der Atemkanüle.
- ☐ und wenig Unterstützung beim Husten oder beim Umgang mit der Atemkanüle.

Ich benötige keine Atemkanüle (Trachealkanüle)...

- ☐ benötige jedoch zusätzlichen Sauerstoff oder viel Unterstützung beim Husten oder eine Maske (z.B. PEEP) oder zeitweise assistierte Beatmung (z.B. BIPAP).
- ☐ und nur wenig Unterstützung oder Stimulation des Hustens.
- ☐ und kann selbstständig ohne Unterstützung oder Hilfsvorrichtungen atmen und husten.

55. Blasenentleerung

Bitte denken Sie an die Art und Weise, wie Sie Ihre Blase entleeren.

55. a) Ich verwende einen Dauerkatheter

- ☐ Ja >> Bitte gehen Sie zu Frage 56.
- ☐ Nein >> Bitte beantworten Sie auch die Fragen 55 b) und 55 c).

55. b) Zeitweise Katheterisierung

- ☐ Ich benötige vollständige Unterstützung.
- ☐ Ich führe sie mit Unterstützung selbst durch (Selbstkatheterisierung).
- ☐ Ich führe sie ohne Unterstützung selbst durch (Selbstkatheterisierung).
- ☐ Ich wende sie nicht an.

55. c) Verwendung von Hilfsmitteln zum Auffangen von Urin*z.B. Kondomkatheter, Windeln, Einlagen*

- ☐ Ich verwende sie mit vollständiger Unterstützung.
- ☐ Ich verwende sie mit teilweiser Unterstützung.
- ☐ Ich verwende sie ohne Unterstützung.
- ☐ Ich bin harnkontinent und verwende keine Hilfsmittel.

56. Darmentleerung**56. a) Benötigen Sie Unterstützung bei der Darmentleerung?***z.B. bei der Verabreichung von Zäpfchen*

- ☐ Ja
- ☐ Nein

56. b) Mein Stuhlgang ist...

- ☐ unregelmässig oder selten (weniger als einmal alle drei Tage).
- ☐ regelmässig (alle drei Tage oder häufiger).

56. c) Stuhlinkontinenz passiert mir...

- ☐ zweimal im Monat oder häufiger.
- ☐ einmal im Monat.
- ☐ gar nicht.

57. Benutzung der Toilette*Bitte denken Sie an die Benutzung der Toilette, das Reinigen Ihres Intimbereiches und der Hände, die Handhabung Ihrer Kleidung sowie die Verwendung von Einlagen oder Windeln.*

- ☐ Ich benötige vollständige Unterstützung.
- ☐ Ich benötige teilweise Unterstützung und kann mich nicht selbst reinigen.
- ☐ Ich benötige teilweise Unterstützung, kann mich jedoch selbst reinigen.
- ☐ Ich benötige keine Unterstützung, benötige jedoch Hilfsvorrichtungen (z.B. Griffstangen) oder eine spezielle Ausstattung (z.B. rollstuhlgerechte Toilette).
- ☐ Ich benötige keine Unterstützung und keine Hilfsvorrichtungen oder spezielle Ausstattung.

58. Wie viele der folgenden vier Aktivitäten können Sie ohne Unterstützung oder elektrische Hilfsmittel ausführen?

- Drehen des Oberkörpers im Bett
- Drehen des Unterkörpers im Bett
- Aufsetzen im Bett
- Hochstemmen im Rollstuhl (mit oder ohne Hilfsvorrichtungen)

- ☐ Keine; ich benötige bei all diesen Aktivitäten Unterstützung.
- ☐ Eine
- ☐ Zwei oder drei
- ☐ Alle

59. Transfer vom Bett in den Rollstuhl

- ☐ Ich benötige vollständige Unterstützung.
- ☐ Ich benötige Unterstützung, Beaufsichtigung oder Hilfsvorrichtungen (z.B. Rutschbrett).
- ☐ Ich benötige keine Unterstützung oder Hilfsvorrichtungen.
- ☐ Ich benutze keinen Rollstuhl.

60. Transfer vom Rollstuhl auf die Toilette/in die Badewanne

Dieser Transfer umfasst auch den Transfer vom Rollstuhl oder vom Bett auf einen Toilettenrollstuhl.

- ☐ Ich benötige vollständige Unterstützung.
- ☐ Ich benötige Unterstützung, Beaufsichtigung oder Hilfsvorrichtungen (z.B. Griffstangen).
- ☐ Ich benötige keine Unterstützung oder Hilfsvorrichtungen.
- ☐ Ich benutze keinen Rollstuhl.

61. Fortbewegung im Haus/in der Wohnung

Ich benutze einen Rollstuhl. Zur Fortbewegung benötige ich...

- ☐ vollständige Unterstützung.
- ☐ einen elektrischen Rollstuhl oder teilweise Unterstützung in einem manuellen Rollstuhl.
- ☐ keine Unterstützung in einem manuellen Rollstuhl.

Ich gehe im Haus/in der Wohnung zu Fuss und...

- ☐ benötige beim Gehen Beaufsichtigung (mit oder ohne Gehhilfen).
- ☐ gehe mit einem Gehgestell oder mit Krücken und schwinge beide Füße gleichzeitig vor.
- ☐ gehe mit Krücken oder mit zwei Gehstöcken und setze einen Fuss nach dem anderen auf.
- ☐ gehe mit einem Gehstock.
- ☐ gehe nur mit Beinorthese/-n (z.B. Beinschiene).
- ☐ gehe ohne Gehhilfen.

62. Fortbewegung über mässige Entfernungen (10 bis 100 Meter)

Ich benutze einen Rollstuhl. Zur Fortbewegung benötige ich...

- ☐ vollständige Unterstützung.
- ☐ einen elektrischen Rollstuhl oder teilweise Unterstützung in einem manuellen Rollstuhl.
- ☐ keine Unterstützung in einem manuellen Rollstuhl.

Ich gehe mässige Entfernungen zu Fuss und...

- ☐ benötige beim Gehen Beaufsichtigung (mit oder ohne Gehhilfen).
- ☐ gehe mit einem Gehgestell oder mit Krücken und schwinge beide Füße gleichzeitig vor.
- ☐ gehe mit Krücken oder mit zwei Gehstöcken und setze einen Fuss nach dem anderen auf.
- ☐ gehe mit einem Gehstock.
- ☐ gehe nur mit Beinorthese/-n (z.B. Beinschiene).
- ☐ gehe ohne Gehhilfen.

63. Fortbewegung ausser Haus über mehr als 100 Meter

Ich benutze einen Rollstuhl. Zur Fortbewegung benötige ich...

- ☐ vollständige Unterstützung.
- ☐ einen elektrischen Rollstuhl oder teilweise Unterstützung in einem manuellen Rollstuhl.
- ☐ keine Unterstützung in einem manuellen Rollstuhl.

Ich gehe über mehr als 100 Meter zu Fuss und...

- ☐ benötige beim Gehen Beaufsichtigung (mit oder ohne Gehhilfen).
- ☐ gehe mit einem Gehgestell oder mit Krücken und schwinge beide Füße gleichzeitig vor.
- ☐ gehe mit Krücken oder mit zwei Gehstöcken und setze einen Fuss nach dem anderen auf.
- ☐ gehe mit einem Gehstock.
- ☐ gehe nur mit Beinorthose/-n (z.B. Beinschiene).
- ☐ gehe ohne Gehhilfen.

64. Treppen steigen

- ☐ Ich kann Treppen weder auf- noch absteigen.

Ich kann mindestens drei Stufen auf- und absteigen...

- ☐ jedoch nur mit Unterstützung oder Beaufsichtigung.
- ☐ jedoch nur mit Hilfsmitteln (z.B. Handlauf, Krücke oder Gehstock).
- ☐ ohne jegliche Unterstützung, Beaufsichtigung oder Hilfsmittel.

65. Transfer vom Rollstuhl ins Auto

Dieser Transfer umfasst auch das Ein- und Ausladen des Rollstuhls in bzw. aus dem Auto.

- ☐ Ich benötige vollständige Unterstützung.
- ☐ Ich benötige Unterstützung, Beaufsichtigung oder Hilfsvorrichtungen.
- ☐ Ich benötige keine Unterstützung oder Hilfsvorrichtungen.
- ☐ Ich benutze keinen Rollstuhl.

66. Transfer vom Boden in den Rollstuhl

- ☐ Ich benötige Unterstützung.
- ☐ Ich benötige keine Unterstützung.
- ☐ Ich benutze keinen Rollstuhl.

Zeitlicher Mehraufwand

Im Folgenden geht es darum, wie viel zeitlicher Mehraufwand Ihnen auf Grund Ihrer Rückenmarksverletzung für die Verrichtung von alltäglichen Aktivitäten entsteht.

Bitte schätzen Sie, wie viel zusätzliche Zeit Sie auf Grund Ihrer Rückenmarksverletzung benötigen für:

67. Ihre Eigenpflege

(Waschen, Anziehen, Körperpflege)

 Stunden pro Tag

68. Organisation der von Ihnen benötigten Unterstützung und Hilfsmittel

z.B. häusliche Pflege, sonstige Hilfsmittel, finanzielle Rückerstattungen

 Stunden pro Woche

69. Transport und Fortbewegung im Freien

z.B. für Arbeitsweg, Einkaufen, Freizeit

 Stunden pro Woche

Unterstützung bei der Freizeitgestaltung

70. Benötigen Sie für Ihre Freizeitgestaltung die Unterstützung von anderen Personen?

- ☐ Immer
- ☐ Oft
- ☐ Selten
- ☐ Nie

Handbike-Benutzung

71. Benutzen Sie ein Handbike?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

72. Falls Sie kein Handbike nutzen, geben Sie bitte die Gründe an:

mehrere Antworten möglich

- ☐ Kein Interesse
- ☐ Ich kann das Handbike aufgrund der Behinderung nicht benutzen.
- ☐ Ich bekomme keine Hilfe (bei Transfer oder Ankopplung).
- ☐ Zu teuer
- ☐ Ungeeignete Wohnumgebung
- ☐ Ich kenne das Handbike nicht.
- ☐ Andere Gründe:



Teilnahme an Aktivitäten

Der folgender Abschnitt enthält Fragen zu Ihren Alltagsaktivitäten und ist in vier Bereiche unterteilt:

- (A) Wie viel Zeit verbringen Sie mit Arbeiten, Aus-/Fortbildung und Haushaltsarbeiten?
- (B) Wie oft führen Sie bestimmte Aktivitäten aus?
- (C) Sind Sie in Ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt?
- (D) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Alltagsleben?

A. Wie viele Stunden verbringen Sie pro Woche mit folgenden Aktivitäten?

Die folgenden Fragen beziehen sich auf eine normale Woche (Ferien/Urlaub und eventuelle Anfahrts-/Reisezeiten sind ausgeschlossen).

Die Fragen beziehen sich auf die Anzahl Stunden pro Woche.

Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die Ihre Situation am besten beschreibt.

	0 Std.	1-8 Std.	9-16 Std.	17-24 Std.	25-35 Std.	36 Std. oder länger
73. Bezahlte Arbeit <i>alle Arten bezahlter Arbeit, auch Arbeit im eigenen Betrieb</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Unbezahlte Arbeit <i>Aktivitäten in einem Verein, in einem Gemeinschaftszentrum, in der Schule oder ehrenamtliche Tätigkeiten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Ausbildung <i>nur Aus-/Fortbildungsmassnahmen oder Kurse für Ihre bezahlte Arbeit oder für eine mögliche bezahlte Arbeit in der Zukunft</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. Haushaltsarbeiten <i>z.B. Kochen, Putzen, Einkaufen, Kinder versorgen oder betreuen, kleinere Arbeiten im Haus erledigen, im Garten arbeiten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Wie oft haben Sie in den vergangenen 4 Wochen folgende Aktivitäten durchgeführt?

Wenn Sie beispielsweise ca. zwei Mal pro Woche Spazieren gehen, sind das acht Mal in vier Wochen. Wählen Sie dann die Kategorie „6-10 Mal“.

Berücksichtigen Sie jede Aktivität nur in jeweils einer Kategorie.

Aktivitäten bezüglich Arbeit, Schule oder Haushalt sind ausgeschlossen. Anfahrts-/Reisezeiten sind ausgeschlossen.

Die Fragen beziehen sich auf die Häufigkeit in den vergangenen 4 Wochen.

	Nie	1-2 Mal	3-5 Mal	6-10 Mal	11-18 Mal	19 Mal oder öfter
77. Sport oder andere körperliche Aktivitäten z.B. Tennis, Handbike fahren, Fitnessaktivitäten, Spazierfahrten Achtung: Fahrten mit dem Handbike/Rollstuhl z.B. zur Arbeit werden nicht berücksichtigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Ausgehen z.B. Essen gehen, Café-Besuche, Kinobesuche, Konzertbesuche, allein oder mit anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. Tagesausflüge und andere Aktivitäten ausser Haus z.B. Shopping, Veranstaltungsbesuche, Badeausflüge, Kirchen- oder Moscheen-Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. Freizeitgestaltung zuhause z.B. Basteln, Handarbeiten, Lesen, Puzzeln, Computerspiele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Besuche bei der Familie oder bei Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Besuche von der Familie oder von Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. Kontakte zu Mitmenschen mittels Telefon oder Computer z.B. anrufen, SMS/E-Mail schreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. Werden Sie durch Ihre Rückenmarksverletzung momentan in Ihrem Alltagsleben eingeschränkt?

Nicht zutreffend: Sie führen diese Aktivität nicht aus, jedoch nicht aufgrund Ihrer Rückenmarksverletzung.

Nicht möglich: Sie führen diese Aktivität nicht aus, und zwar aufgrund Ihrer Rückenmarksverletzung.

Hilfe erforderlich: Sie führen diese Aktivität teilweise selbst aus, Sie benötigen dabei aber Hilfe aufgrund Ihrer Rückenmarksverletzung.
Zum Beispiel: Sie haben eine Hilfe für anstrengende Haushaltsarbeiten, Familienmitglieder fahren Sie mit dem Auto zu Ihren Zielen. Dies bezieht sich sowohl auf bezahlte Hilfe als auch auf unbezahlte Hilfe von Familienmitgliedern oder Freunden.

Mit Mühe: Wenn Sie aufgrund Ihrer Rückenmarksverletzung mit der Durchführung der Aktivität mehr Mühe haben, und Sie z. B. wesentlich länger brauchen, zwischendurch ausruhen müssen, die Aktivität jetzt seltener oder kürzer oder auf weniger anstrengende Art durchführen.

	Nicht zutreffend	Nicht möglich	Hilfe erforderlich	Mit Mühe	Ohne Mühe
84. Bezahlte Arbeit, unbezahlte Arbeit oder Aus-/Fortbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. Haushaltsaktivitäten z.B. Kochen, Putzen, Einkaufen, Kinder versorgen oder betreuen, kleinere Arbeiten im Haus erledigen, im Garten arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. Ausserhäusliche Mobilität z.B. Autofahren, Bus- oder Bahnreisen, mit dem Handbike/Rollstuhl zur Arbeit oder zum Einkaufen fahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87. Sport und andere körperliche Aktivitäten z.B. Tennis, Handbike fahren, Fitnessaktivitäten, Spazierfahrten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. Ausgehen z.B. Essen gehen, Café-Besuche, Kinobesuche, Konzertbesuche, allein oder mit anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Tagesausflüge und andere Aktivitäten ausser Haus z.B. Shopping, Veranstaltungsbesuche, Badeausflüge, Kirchen- oder Moscheen-Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. Freizeitgestaltung zuhause z.B. Basteln, Handarbeiten, Lesen, Puzzeln, Computerspiele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. Partnerbeziehung z.B. Kommunikation, Sexualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. Besuche bei der Familie oder bei Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. Besuche von der Familie oder von Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94. Kontakte zu Mitmenschen mittels Telefon oder Computer z.B. anrufen, SMS/E-Mail schreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem momentanen Alltagsleben?

Nicht zutreffend: Wählen Sie diese Option nur, wenn Sie weder Arbeit haben noch an Aus-/Fortbildungsmassnahmen teilnehmen (Frage 95) bzw. wenn Sie keinen Partner haben (Frage 102).

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden	Nicht zutreffend
95. Bezahlte Arbeit, unbezahlte Arbeit oder Aus-/Fortbildung <i>Achtung: Treffen Sie Ihre Auswahl basierend auf der wichtigsten Aktivität.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96. Haushaltsaktivitäten <i>z.B. Kochen, Putzen, Einkaufen, Kinder versorgen oder betreuen, kleinere Arbeiten im Haus erledigen, im Garten arbeiten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
97. Ausserhäusliche Mobilität <i>z.B. Autofahren, Bus- oder Bahnreisen, mit dem Handbike/Rollstuhl zur Arbeit oder zum Einkaufen fahren</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
98. Sport und andere körperliche Aktivitäten <i>z.B. Tennis, Handbike fahren, Fitnessaktivitäten, Spazierfahrten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
99. Ausgehen <i>z.B. Essen gehen, Café-Besuche, Kinobesuche, Konzertbesuche, allein oder mit anderen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
100. Tagesausflüge und andere Aktivitäten ausser Haus <i>z.B. Shopping, Veranstaltungsbesuche, Badeausflüge, Kirchen- oder Moscheen-Besuche</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
101. Freizeitgestaltung zuhause <i>z.B. Basteln, Lesen, Computer</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
102. Partnerbeziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103. Beziehung zu Ihrer Familie und Verwandten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
104. Kontakte mit Freunden oder Bekannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Äussere Einflüsse (Umweltfaktoren)

Im alltäglichen Leben ist man vielfältigen äusseren Einflüssen (so genannten Umweltfaktoren) ausgesetzt, die einem den Alltag erleichtern oder erschweren können

Welche Faktoren haben Ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in den letzten vier Wochen etwas oder massiv erschwert? Bitte beziehen Sie sich dabei darauf, wie Sie sich Ihr gesellschaftliches Leben wünschen würden.

	Trifft nicht zu	Hatte <u>keinen</u> Einfluss	Hat mein Leben <u>etwas</u> erschwert	Hat mein Leben <u>massiv</u> erschwert
105. Fehlende oder unzureichende Zugänglichkeit zu öffentlichen Orten <i>z.B. öffentliche Gebäude oder Park</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106. Ungünstige klimatische Bedingungen <i>z.B. Wetter, Jahreszeit, Temperatur, Feuchtigkeit</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107. Negative gesellschaftliche Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung <i>z.B. fehlende Akzeptanz, Ignoranz</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108. Negative Einstellungen Ihrer Familie und Verwandten gegenüber Ihrer Behinderung <i>z.B. fehlende Akzeptanz, mangelnde Unterstützung oder überfürsorgliches Verhalten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109. Negative Einstellungen Ihrer Freunde gegenüber Ihrer Behinderung <i>z.B. fehlende Akzeptanz, mangelnde Unterstützung oder überfürsorgliches Verhalten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110. Negative Einstellungen Ihrer Nachbarn, Bekannten und Arbeitskollegen gegenüber Ihrer Behinderung <i>z.B. fehlende Akzeptanz, mangelnde Unterstützung oder überfürsorgliches Verhalten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111. Fehlende oder unzureichend angepasste Fortbewegungsmittel für kürzere Strecken <i>z.B. Treppenlifte, Gehhilfen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112. Fehlende oder unzureichend angepasste Transportmittel für längere Strecken <i>z.B. kein angepasstes Auto oder schlecht zu benutzende öffentliche Verkehrsmittel</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113. Fehlende oder unzureichende Pflege- und Betreuungsdienste <i>z.B. Spitex oder persönliche Assistenten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114. Fehlende oder unzureichende Medikamente und medizinische Hilfsmittel <i>z.B. Katheter, Desinfektionsmittel, Schienen, Stützkissen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Trifft nicht zu	Hatte <u>keinen</u> Einfluss	Hat mein Leben <u>etwas</u> erschwert	Hat mein Leben <u>massiv</u> erschwert
115. Problematische finanzielle Situation <i>z.B. Geldmangel, fehlende staatliche Unterstützung</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. Fehlende oder unzureichende Kommunikationsmittel <i>z.B. Schreibhilfen, Computer, Telefon, Maus</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. Fehlende oder unzureichende Zugänglichkeit der Wohnung von Freunden und Verwandten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118. Unzureichende nationale und kantonale politische Entscheidungen und staatliche Dienstleistungen <i>z.B. Probleme mit der Invalidenversicherung, mangelnde Förderung der Gleichberechtigung</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Persönliche Angaben

119. Wie sind Sie krankenversichert?

- ☐ Allgemein
- ☐ Halbprivat
- ☐ Privat
- ☐ Anderes Modell
- ☐ Weiss nicht

120. Wohnen Sie alleine?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

121. Haben Sie nach Ihrer Rückenmarksverletzung leibliche Kinder bekommen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

122. Was ist (sind) Ihre Nationalität(en)?



123. Wie hoch ungefähr ist das gesamte monatliche Nettoeinkommen in Ihrem Haushalt?

Das Nettoeinkommen ist die Summe aus allen Einkommen von allen Haushaltsmitgliedern (inkl. IV-Rente), nach Abzug der obligatorischen Sozialversicherungs- und Pensionskassenbeiträge. Das Nettoeinkommen ist also das, was Sie monatlich tatsächlich ausbezahlt bekommen.

Falls Sie Alimente erhalten: Zählen Sie diese bitte zum Nettoeinkommen.

Falls Sie Alimente zahlen: Ziehen Sie diese bitte vom Nettoeinkommen ab.

- ☐ Weniger als 1500 Franken
- ☐ Zwischen 1500 und 3000 Franken
- ☐ Zwischen 3000 und 4500 Franken
- ☐ Zwischen 4500 und 6000 Franken
- ☐ Zwischen 6000 und 7500 Franken
- ☐ Zwischen 7500 und 9000 Franken
- ☐ Mehr als 9000 Franken

124. Wird sich Ihre Einkommenssituation in den nächsten 5 Jahren verändern?

- ☐ Ja, nämlich folgendermassen:



- ☐ Nein
- ☐ Weiss nicht

Anmerkungen und Kommentare

Gerne nehmen wir Anmerkungen und Kommentare entgegen!



Vielen Dank!

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre wertvolle Mitarbeit in der SwiSCI Studie!

