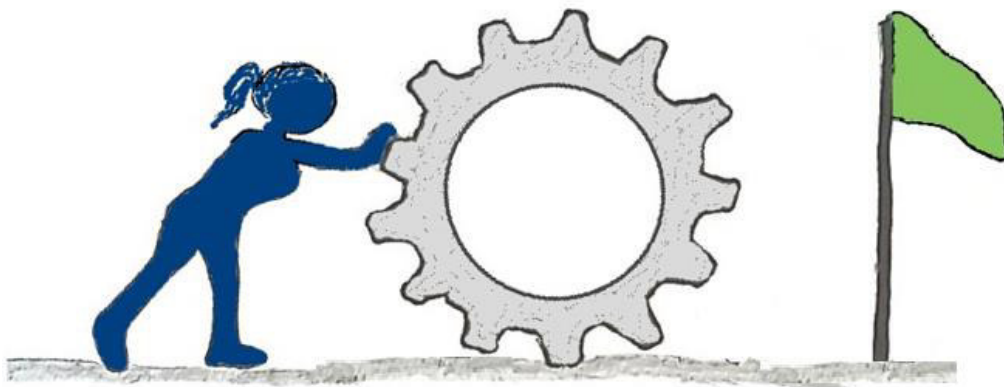


Rückkehr in den Alltag nach Brustkrebs:

Eine prospektive, multizentrische Studie zur Verbesserung der beruflichen und sozialen Teilhabe

Vierter Fragebogen



gefördert durch  **Deutsche Krebshilfe**
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.



Rückkehr in den Alltag nach Brustkrebs

Sehr geehrte Studienteilnehmerin,

herzlich willkommen zur vierten Befragung, die vor gut sechs Jahren durch die Brustzentren der Stadt und Region Hannover sowie der Städte Hameln, Hildesheim und Westerstede gestartet wurde. Wir freuen uns gemeinsam mit Ihnen die vierte Befragungsrunde zu starten.

Dieser Fragebogen enthält Fragen zu:

1. Ihrem aktuellen Gesundheitszustand
2. Ihrer beruflichen Situation und den Bedingungen am Arbeitsplatz
3. Ihren Freizeitaktivitäten (auch in Gemeinschaft mit anderen Menschen)
4. möglichen Einschränkungen Ihrer Gesundheit
5. Ihrer Nutzung von Hilfen zur Verbesserung Ihrer Gesundheit und Teilhabe

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und senden ihn innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt zurück. Nutzen Sie dafür bitte den **frankierten** Rückumschlag.

Das Ausfüllen wird ca. 30 Minuten in Anspruch nehmen. Alle Fragebögen werden nach der Rücksendung **anonymisiert**, d.h. sie werden ohne Rückschlussmöglichkeiten auf Ihre Person ausgewertet.

Unser Team:



Dr. Dorothee Noeres
(Dipl. Sozialwiss.)



Eranda Sahiti
(B.A. Sozialwiss.)



PD Dr. Stefanie Sperlich
(Dipl. Sozialwiss.)



Prof. Dr. Siegfried Geyer
(Dipl. Soz.)

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte gern an uns unter **0511 532-6426** oder schreiben eine E-Mail an:
noeres.dorothee@mh-hannover.de
sahiti.eranda@mh-hannover.de

Postanschrift:
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
OE 5420
30625 Hannover

So wird's gemacht!

Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende mit einem gut lesbaren Stift an. Falls eine Mehrfachauswahl möglich ist, werden Sie bei der jeweiligen Frage darauf hingewiesen. Hinter manchen Antwortmöglichkeiten werden sie einen Pfeil → vorfinden, der Sie auf eine Weiterleitung aufmerksam macht. Wenn Sie dort ein Kreuz gesetzt haben, folgen Sie bitte der Weiterleitung. Bitte setzen Sie keine Kreuze zwischen die Antwortfelder, denn das würde zu einer ungültigen Antwort führen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Mit diesem Fragebogen möchten wir gern von Ihnen erfahren, wie es seit der letzten Befragung vor 3-5 Jahren bei Ihnen weitergegangen ist.

Bei den folgenden Fragen geht es zunächst um Ihre Beurteilung Ihres aktuellen Gesundheitszustandes. Ihre Antworten ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Feld ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Ja	Nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. **Hatten Sie in der *vergangenen Woche* aufgrund *seelischer Probleme* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?**

	Ja	Nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. **Inwieweit haben Schmerzen Sie in der *vergangenen Woche* bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?**

Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. **In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der *vergangenen Woche* gegangen ist.**

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Feld an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.

Wie oft waren Sie in der *vergangenen Woche*...

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
... ruhig und gelassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... voller Energie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... entmutigt und traurig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. **Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der *vergangenen Woche* Ihre Kontakte zu anderen Menschen (*Besuche bei Freunden, Verwandten usw.*) beeinträchtigt?**

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II. Der folgende Abschnitt beinhaltet Fragen zu Ihrer beruflichen Situation

8. Üben Sie aktuell eine Erwerbstätigkeit aus? Was trifft auf Sie zu?

Mehrfachauswahl möglich, bitte überprüfen Sie für jede Antwortmöglichkeit, ob diese zutrifft!

bitte auch ausfüllen, wenn Sie als Erwerbstätige aktuell krankgeschrieben sind.

Ich bin...

erwerbstätig (abhängig beschäftigt)

erwerbstätig (selbständig)

in der stufenweisen Wiedereingliederung

in einer Maßnahme der Arbeitsagentur

in Rente mit bezahlter Nebenbeschäftigung

in Rente ohne bezahlte Nebenbeschäftigung und zwar seit Monat _____ Jahr _____

in Altersteilzeit mit Arbeitszeit Null oder in Freistellungsphase

arbeitslos

sonstiges, und zwar: _____

Bitte weiter bei Frage 14 ←

9. Wie viel beträgt im Durchschnitt Ihre tatsächliche Arbeitszeit pro Woche einschließlich eventueller Überstunden?

Bitte auch beantworten, wenn Sie aktuell krankgeschrieben sind.

--	--

,

--

Stunden pro Woche

Trifft nicht zu

10. Wann nach Ihrer Brustkrebsdiagnose sind Sie erstmals dauerhaft in den Beruf zurückgekehrt? Mit dauerhaft meinen wir, dass Sie für mindestens 6 Monate zurück im Beruf waren.

Falls Sie eine stufenweise Wiedereingliederung durchlaufen haben, zählt diese auch als Einstiegsbeginn.

Wenn Sie sich nicht auf den Monat genau erinnern können, schreiben Sie bitte die Jahreszeit (Frühling, Sommer, Herbst oder Winter) unter den Monat.

Zurück in den Beruf im:

Monat:

--	--

 Jahr:

--	--	--	--

 Ich habe nach der OP direkt weitergearbeitet

11. Haben Ihre Kolleginnen und Kollegen bzw. der/die Arbeitgeber/in innerhalb der letzten drei Monate Rücksicht auf Sie genommen?

Selbstständige oder andere Personen, auf die die Frage nicht zutrifft, kreuzen bitte in der jeweiligen Rubrik „Trifft nicht zu“ an.

	Ja	Teilweise	Nein	Nein, ich wollte es nicht	Trifft nicht zu
Kollegen/innen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitgeber/in:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↙
Weiter bei Frage 12

Wenn ja, was haben die gemacht?

Kollegen/innen: _____

Arbeitgeber/in: _____

Wenn nein, was hätten Sie sich gewünscht?

Kollegen/innen: _____

Arbeitgeber/in: _____

12. Fragen zu den Bedingungen an Ihrem Arbeitsplatz

Bitte markieren Sie zutreffendes...	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhalte von meinem/r Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Sind Sie aktuell krankgeschrieben (arbeitsunfähig) oder können Ihrer Arbeit aktuell nicht nachgehen (z.B. als Selbständige)? (Mehrfachauswahl möglich!)

Nein

Ja, aufgrund einer kurzfristig eingetretenen Krankheit

Ja, aufgrund der Brustkrebserkrankung und durchgängig seit deren Feststellung

Ja, aufgrund der Brustkrebserkrankung, aber nicht durchgängig, ich war zwischenzeitlich zurück im Beruf

Ja, aufgrund einer anderen längeren (chronischen) Erkrankung bin ich seit Monaten nicht im Beruf

anderes trifft zu,

und zwar: _____

Bitte weiter bei Frage 15

14. Selbst wenn Sie derzeit nicht erwerbstätig sind, kann es sein, dass Sie nach Ihrer Brustkrebsdiagnose in den Beruf zurückgekehrt waren. Wenn ja, wann war das?

Zurück in den Beruf im:

Monat:

--	--

Jahr:

--	--	--	--

Ich war nicht in den Beruf zurückgekehrt

15. Nehmen Sie aktuell an einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme teil oder haben seit der Brustkrebserkrankung eine abgeschlossen?

*Damit ist nicht die stationäre medizinische Rehabilitation in einer Rehaklinik gemeint, sondern eine **berufliche Umschulung**, Vorbereitungsmaßnahme, Lehrgang oder Praktikum, die durch die Arbeitsagentur oder durch die Rentenversicherung finanziert werden.*

Ja, ich befinde mich aktuell noch in der Maßnahme.

Ja, ich habe die Maßnahme bereits abgeschlossen.

Nein, weder noch.

→ weiter bei Frage 17

Dauer der Maßnahme:

--	--

Wochen

16. Falls ja, um welche Maßnahme handelte es sich?

Bitte hier eintragen: _____

III. Der folgende Abschnitt beinhaltet Fragen zu Ihren Freizeitaktivitäten. Auf die folgende Frage 17 wird sich in allen nachfolgenden Fragen dieses Abschnitts bezogen.

17. Geben Sie bitte zu jeder Tätigkeit an, wie oft Sie das machen: täglich, mindestens 1mal pro Woche, mindestens 1mal pro Monat, seltener oder nie?

		Täglich	Mindestens 1 Mal pro Woche	Mindestens 1 Mal pro Monat	Seltener	Nie
1	Essen oder trinken gehen (Café, Kneipe, Restaurant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Gegenseitige Besuche von Nachbarn, Freunden oder Bekannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Gegenseitige Besuche von Familienangehörigen oder Verwandten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Kontakt zu Freunden oder Verwandten im Ausland (auch per Telefon, E-Mail, Internet-Telefonie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Nutzen sozialer Online-Netzwerke / Chat-Dienste (z.B. Facebook / Instagram / Twitter / WhatsApp)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ausflüge oder kurze Reisen machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Beteiligung in Parteien, in der Kommunalpolitik, Bürgerinitiativen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ehrenamtliche Tätigkeiten in Vereinen, Verbänden oder sozialen Diensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Kirchgang, Besuch religiöser Veranstaltungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Fernsehen / Filme, Serien oder Videos sehen (auch Mediatheken / Internet-Streams / DVD / etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Computer- / Online- / Konsolen- oder Smartphonespiele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Lesen von Büchern (auch eBooks)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Lesen von (Tages-)Zeitungen (auch ePaper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Künstlerische und musische Tätigkeiten (Malerei, Musizieren, Fotografie, Theater, Tanz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Täglich	Mindestens 1 Mal pro Woche	Mindestens 1 Mal pro Monat	Seltener	Nie
15	Reparaturen am Haus, in der Wohnung oder an Fahrzeugen / Gartenarbeit / Fahrzeugpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Aktive sportliche Betätigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Besuch von Sportveranstaltungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Kinobesuch, Besuch von Pop- oder Jazzkonzerten, Tanzveranstaltungen / Disco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Besuch von Veranstaltungen wie Oper, klassische Konzerte, Theater, Ausstellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Einfach nichts tun / abhängen / träumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Nun hätten wir gern von Ihnen gewusst, ob sich die Häufigkeit Ihrer Aktivitäten aus Frage 17 aufgrund der Brustkrebs-Erkrankung verändert hat.

Bitte notieren Sie hier zunächst drei Aktivitäten, die Sie seltener machen, und bewerten Sie diese Veränderung auf einer Skala von 0 „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“.

Bitte listen Sie die Nummern auf. (Zum Beispiel, wenn Sie Ausflüge oder kurze Reisen seltener machen, schreiben Sie bitte eine ‚6‘ in das untenstehende Feld neben a, b, oder c)

Wenn Sie keine der genannten Aktivitäten aufgrund von Brustkrebs seltener machen, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an. Trifft nicht zu

Folgende Aktivitäten aus Frage 17 mache ich seltener:	Ganz und gar unzufrieden											Ganz und gar zufrieden										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Nr. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Nr. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Nr. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte notieren Sie nun drei Aktivitäten, die Sie aufgrund der Brustkrebs-Erkrankung häufiger machen, und bewerten Sie diese Veränderung auf einer Skala von 0 „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“.

Bitte listen Sie die Nummern auf. (Zum Beispiel, wenn Sie Ausflüge oder kurze Reisen häufiger machen, schreiben Sie bitte eine ‚6‘ in das untenstehende Feld neben a, b, oder c)

Wenn Sie keine der genannten Aktivitäten aufgrund von Brustkrebs häufiger machen, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an. Trifft nicht zu

	Ganz und gar unzufrieden											Ganz und gar zufrieden										
Folgende Aktivitäten aus Frage 17 mache ich häufiger:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Nr. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Nr. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Nr. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Nun geht es um die Häufigkeit Ihrer Aktivitäten aus Frage 17, die sich aufgrund der Corona-Pandemie verändert hat.

Bitte notieren Sie nun drei Aktivitäten, die Sie aufgrund der Corona-Pandemie seltener machen, und bewerten Sie diese Veränderung auf einer Skala von 0 „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“.

Bitte listen Sie die Nummern auf. (Zum Beispiel, wenn Sie Ausflüge oder kurze Reisen seltener machen, schreiben Sie bitte eine ‚6‘ in das untenstehende Feld neben a, b, oder c)

Wenn Sie keine der genannten Aktivitäten aufgrund von Corona seltener machen, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an. Trifft nicht zu

	Ganz und gar unzufrieden											Ganz und gar zufrieden										
Folgende Aktivitäten aus Frage 17 mache ich seltener:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Nr. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Nr. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Nr. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu möglichen persönlichen Erfahrungen und Entscheidungen seit Beginn Ihrer Brustkrebserkrankung zu?

Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

Seit meiner Brustkrebserkrankung...	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher zu	Stimme zu
1. habe ich mich aus meinem Freundes- und/oder Bekanntenkreis zurückgezogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. haben sich Freunde und Bekannte zurückgezogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ist mein Selbstbewusstsein gewachsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. fühle ich mich am Arbeitsplatz ausgegrenzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. habe ich wertvolle Kontakte dazugewonnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. fällt es mir schwer, manchen meiner Mitmenschen auf Augenhöhe zu begegnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ist die Angst vor Wiedererkrankung mein ständiger Begleiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mittlerweile habe ich mit meiner Brustkrebserkrankung abgeschlossen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Meine Brustkrebserkrankung spielt in meinem Leben keine Rolle mehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sonstiges, und zwar: _____					

21. Im Folgenden kommen einige Aussagen dazu, wie sehr Sie sich Ihrem sozialen Umfeld und unserer Gesellschaft zugehörig fühlen. Inwiefern stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Bitte markieren Sie zutreffendes...	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Ich habe das Gefühl, dass ich Teil unserer Gesellschaft bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Einfluss darauf, wie sich unsere Gesellschaft entwickelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Gefühl, mit meinen Belangen und Problemen von der Politik ernst genommen zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leiste einen wertvollen Beitrag zu unserer Gesellschaft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich im sozialen Umfeld außerhalb meiner Familie gut eingebunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich mit der Region, in der ich lebe, verbunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche gesundheitliche Einschränkungen, die sich im Zusammenhang mit weiterführenden Therapien oder auch als Folge anderer Erkrankungen ergeben können.

22. Ist bei Ihnen nach Abschluss der ersten Behandlungen erneut Brustkrebs festgestellt worden?

Nein → weiter bei Frage 24

Ja

23. Wann ist bei Ihnen erneut Brustkrebs festgestellt worden?

Bitte tragen Sie den Monat und das Jahr ein.

Monat:

--	--

Jahr:

--	--	--	--

24. Welche Brustkrebs-Behandlungen haben Sie innerhalb der letzten sechs Monate erhalten? (Mehrfachauswahl möglich!)

Keine	<input type="radio"/>	Bisphosphonate zur Behandlung von Knochenabbau	<input type="radio"/>
Weitere Operationen an derselben oder anderen Brust (auch Brustaufbau)	<input type="radio"/>	Immuntherapie oder andere zielgerichtete Therapien	<input type="radio"/>
Strahlentherapie	<input type="radio"/>	Physiotherapie	<input type="radio"/>
Chemotherapie	<input type="radio"/>	Manuelle Lymphdrainage	<input type="radio"/>
Psychoonkologische Beratung /Psychotherapie	<input type="radio"/>	Reha/Anschlussheilbehandlung	<input type="radio"/>
Antihormontherapie, wie z.B. <i>Tamoxifen, Letrozol oder Anastrozol</i>	<input type="radio"/>	Alternativmedizin, z.B. <i>Heilpraktiker:in</i>	<input type="radio"/>
Antikörper-Therapie, z.B. <i>Herceptin</i>	<input type="radio"/>	Sonstige: _____	<input type="radio"/>

25. Gibt es aktuell Beschwerden als Folge der Brustkrebserkrankung bzw. als Folge der Brustkrebstherapien, die Sie in Ihrem Alltag beeinträchtigen?

Mehrfachauswahl möglich, bitte überprüfen Sie für jede Antwortmöglichkeit, ob diese zutrifft! Wenn Sie keine Beschwerden haben, kreuzen Sie bitte „Keine“ an.

Fatigue (Ständige Müdigkeit)	<input type="radio"/>	Hautprobleme	<input type="radio"/>
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	Hitzewallungen	<input type="radio"/>
Vergesslichkeit, schlechte Konzentrationsfähigkeit, Wortfindungsschwierigkeiten, kurze Aufmerksamkeitsspanne	<input type="radio"/>	Verminderte Widerstandsfähigkeit gegen psychischen Stress	<input type="radio"/>
Eingeschränkte körperliche Belastbarkeit	<input type="radio"/>	Antriebsschwäche	<input type="radio"/>
Übelkeit und Erbrechen	<input type="radio"/>	Allgemeine psychische Beschwerden	<input type="radio"/>
Schädigung der peripheren Nerven (Neuropathie)	<input type="radio"/>	Depressive Verstimmungen	<input type="radio"/>
Verstopfung	<input type="radio"/>	Depressionen	<input type="radio"/>
Anschwellung im Gewebe durch gestaute Lymphflüssigkeit (Lymphödeme)	<input type="radio"/>	Angstzustände	<input type="radio"/>
		Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit	<input type="radio"/>

Fortsetzung Frage 25: Beschwerden als Folge der Brustkrebserkrankung bzw. als Folge der Brustkrebstherapien, die Sie in Ihrem Alltag beeinträchtigen

*Mehrfachauswahl möglich, bitte überprüfen Sie für jede Antwortmöglichkeit, ob diese zutrifft!
Wenn Sie keine Beschwerden haben, kreuzen Sie bitte „Keine“ an.*

Haarausfall	<input type="radio"/>	Beeinträchtigung der Sexualität	<input type="radio"/>
Schmerzen (Gelenke, Muskeln, Glieder und andere)	<input type="radio"/>	Bewegungseinschränkung aufgrund von Vernarbungen	<input type="radio"/>
Gewichtsabnahme oder -zunahme	<input type="radio"/>	Andere Beschwerden, und zwar:	<input type="radio"/>
Keine	<input type="radio"/>	_____	

26. Haben Sie zusätzlich zur Brustkrebserkrankung ein oder mehrere weitere dauerhafte Gesundheitsprobleme?

Zum Beispiel chronische Krankheiten wie andere Krebserkrankungen, Diabetes, Herz-, Kreislauferkrankungen, Neurologische Erkrankungen, Muskel-, Skeletterkrankungen, psychische Beschwerden...

Nein → Weiter bei Frage 28

Ja Und zwar _____

27. Wie sehr sind Sie heute durch diese weiteren Gesundheitsprobleme aus Frage 26 beeinträchtigt?

Keine Beeinträch- tigung												Volle Beeinträch- tigung
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

28. Gab es seit der Brustkrebserkrankung ein einschneidendes Ereignis in Ihrem Leben, das nicht mit Ihrem Brustkrebs in Zusammenhang steht (wie z.B. Verlust oder Erkrankung einer nahestehenden Person)?

Nein → Weiter bei Frage 29

Ja Und zwar _____

Und zwar war das ungefähr im Jahr:

--	--	--	--

Hat dieses Ereignis Auswirkungen auf Ihre Aktivitäten in Gemeinschaft mit anderen Menschen?

Nein

Ja Und zwar _____

IV. Der folgende Abschnitt beinhaltet Fragen zu weiteren Beeinträchtigungen im Alltag aufgrund Ihrer Brustkrebserkrankung und zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten.

29. Zunächst die Frage, die sich auf mögliche Beeinträchtigungen im Alltag durch Ihre Krankheit bezieht

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage das entsprechende Feld an. Dabei bedeuten ,0' = keine Beeinträchtigung und ,10' = keine Aktivität mehr möglich

Übliche Aktivitäten des täglichen Lebens (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten wie z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, sich im Haus bewegen, etc.)

Keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Keine Aktivität mehr möglich
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Familiäre und häusliche Verpflichtungen (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und andere Arbeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeit)

Keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Keine Aktivität mehr möglich
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Erledigungen außerhalb des Hauses (dieser Bereich umfasst z.B. Einkäufe, Amtsgänge, Bankgeschäfte auch unter Benutzung üblicher Verkehrsmittel)

Keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Keine Aktivität mehr möglich
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Tägliche Aufgaben und Verpflichtungen (dieser Bereich umfasst alltägliche Aufgaben und Verpflichtungen wie z.B. Arbeit, Schule, Hausarbeit)

Keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Keine Aktivität mehr möglich
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Erholung und Freizeit (dieser Bereich umfasst Hobbys, Freizeitaktivitäten und Sport, Urlaub)

Keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Keine Aktivität mehr möglich
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Soziale Aktivitäten (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Essen gehen, besondere Anlässe, Theater- oder Kinobesuche, etc.)

Keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Keine Aktivität mehr möglich
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Enge persönliche Beziehungen (dieser Bereich bezieht sich auf Eingehen und Aufrechterhalten enger Freundschaften, Partnerschaften, Ehe)

Keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Keine Aktivität mehr möglich
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Sexualleben (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

Keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Keine Aktivität mehr möglich
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Für die nächste Frage bedeutet (0)= Kann Belastungen ertragen und (10)= Kann Belastungen nicht mehr ertragen

Stress und außergewöhnliche Belastungen (dieser Bereich umfasst z.B. familiäre Auseinandersetzungen und andere Konflikte sowie außergewöhnliche Belastungen im Beruf und am Arbeitsplatz)

Kann Belastungen ertragen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kann Belastungen nicht mehr ertragen
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

30. Welche Unterstützungsangebote oder Anlaufstellen in Ihrer Umgebung (im Umkreis von 25 km) sind Ihnen bekannt, und welche haben Sie innerhalb der letzten zwölf Monate genutzt?

(Mehrfachauswahl möglich!)

Hier finden Sie Unterstützungsangebote aufgelistet, von denen wir annehmen, dass Sie bei Beeinträchtigungen im Alltag eine Hilfe darstellen.

Bitte setzen Sie in beiden Rubriken jeweils ein Kreuz.

	sind mir bekannt		habe ich innerhalb der letzten zwölf Monate genutzt	
	ja	nein	ja	nein
1. ambulante Beratungsangebote der behandelnden Klinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Krebsberatungsstellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. andere Beratungsstellen (z.B. Schuldnerberatung, Frauenberatungsstellen u.a.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. psychoonkologische Betreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. psychologische Beratung (einzeln oder Gruppe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Psychotherapie (einzeln oder Gruppe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Stationäre Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Telefonische oder Online-Beratungsdienste für von Krebs betroffene Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. INFONETZ KREBS der Deutschen Krebshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Niedersächsische Krebsgesellschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Seelsorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Kirchengemeinde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Dorfgemeinschaftshaus/ Stadtteilzentrum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Sozialberatung von sozialen Verbänden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Sportverein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ambulanter Rehasport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. stationäre Reha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Bildungsangebote (Volkshochschule etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fortsetzung Frage 30: Welche Unterstützungsangebote oder Anlaufstellen...

Bitte setzen Sie in beiden Rubriken jeweils ein Kreuz.

	sind mir bekannt		habe ich innerhalb der letzten zwölf Monate genutzt	
	ja	nein	ja	nein
20. Leistungen zur Teilhabe, z.B.				
Assistenzleistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwerbehindertenausweis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Hilfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leistungen für ein Kfz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sonstige und zwar...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Welche der unter Frage 30 gelisteten Unterstützungsangebote oder Anlaufstellen waren für Sie hilfreich? Warum waren diese hilfreich?

*Bitte listen Sie einfach die Nummern auf.
(zum Beispiel wenn Sie eine Selbsthilfegruppe aufgesucht haben, und diese hilfreich war, schreiben Sie bitte eine ‚8‘ in das vorgesehene Feld)*

Wenn für Sie keine der Unterstützungsangebote oder Anlaufstellen hilfreich waren oder Sie keine davon genutzt haben, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

Trifft nicht zu → Weiter bei Frage 32

Hilfreich waren für mich folgende Unterstützungsangebote oder Anlaufstellen:

Nummern: _____

Hilfreich, weil: _____

32. Haben Sie an einigen der unter Frage 30 genannten Angebote nicht teilgenommen, obwohl Sie vielleicht interessant für Sie waren? Wenn ja, warum?

Wenn die genannten Angebote für Sie ohnehin nicht interessant gewesen wären, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

○ Trifft nicht zu → Weiter bei Frage 33

Bitte setzen Sie in jeder Reihe ein Kreuz.

Ich konnte nicht teilnehmen, weil...	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher zu	Stimme zu
... mir die körperliche Kraft dafür fehlte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mir die nervliche Kraft dafür fehlte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... die Corona-Gesetze es nicht ermöglichten, als ich es gebraucht hätte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich Corona-bedingt nichts riskieren wollte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... das Angebot, die Anlaufstelle zu weit entfernt war/ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich keine Zeit dafür habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... es wichtigere Dinge im Leben gibt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstiges und zwar: _____

33. Haben Sie seit Erkrankungsbeginn vor 4-6 Jahren an einer onkologischen oder anderen medizinischen Rehabilitation bzw. an einer Anschlussheilbehandlung teilgenommen?

Nein → weiter bei Frage 34 Ja

Falls ja, um was für eine Art von Reha-Klinik oder Maßnahme handelte es sich? An wie vielen von diesen Reha-Maßnahmen haben Sie jeweils teilgenommen?

Onkologisch: _____ Orthopädisch: _____ Psychosomatisch: _____

Sonstige, und zwar: _____

Wie viele von diesen Reha-Maßnahmen waren ambulant, wie viele stationär?

Ambulant: _____ Stationär: _____

34. Wenn Sie für sich noch einmal überlegen: Wer oder was hat Ihnen geholfen, in den Alltag und ggf. in den Beruf zurückzukehren? Bitte schildern Sie uns kurz, was Ihnen dazu einfällt:

Die folgende Frage bezieht sich darauf, wie die Corona-Pandemie möglicherweise Ihren Zugang zu medizinischen Leistungen und damit auch Ihre Gesundheit beeinflusst hat.

35. Kam es aufgrund der Corona-Pandemie zu Einschränkungen bei der Nutzung (Inanspruchnahme) von medizinischen oder anderen Leistungen? Wenn ja, hatten die Einschränkungen nachteilige Auswirkungen auf Ihre Gesundheit?

Wenn die genannten Leistungen gar nicht vorgesehen waren, kreuzen Sie bitte in der jeweiligen Zeile „Trifft nicht zu“ an.

Bitte setzen Sie in beiden Rubriken jeweils ein Kreuz.

Bei ...	Nutzung eingeschränkt		Nachteilige Auswirkung auf Gesundheit		Trifft nicht zu
	Ja	Nein	Ja	Nein	
Vor-/Nachsorgeuntersuchungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere ärztliche Beratungen/Behandlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiotherapeutische Leistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapeutische Leistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angebote von Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medizinische Rehabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges und zwar: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der letzte Abschnitt beinhaltet Fragen zu Ihrer Person.

36. Welchen Familienstand haben Sie?

- Verheiratet und lebe mit meinem Ehepartner zusammen
- Verheiratet und lebe mit meiner Ehepartnerin bzw. mit meiner eingetragenen Lebenspartnerin zusammen
- Verheiratet und lebe von meinem Ehepartner getrennt
- Verheiratet und lebe von meiner Ehepartnerin bzw. von meiner eingetragenen Lebenspartnerin getrennt
- Ledig
- Geschieden
- Verwitwet

37. Haben Sie aktuell eine feste Partnerschaft?

- Nein → weiter mit Frage 39 Ja Ja, gleichgeschlechtlich

38. Wohnt Ihr Partner/ Ihre Partnerin in Ihrem Haushalt?

- Nein Ja

39. Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt? ←

- | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | mehr als 8 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

40. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind unter 18 Jahre alt?

- | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | mehr als 7 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**41. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt?
Wie viel Geld steht Ihnen im Monat zur Verfügung?**

Dazu zählen die Arbeitslöhne bzw. -einkommen aller im Haushalt lebenden und wirtschaftenden Personen, sowie Mieteinnahmen, Kindergeld, Elterngeld, Arbeitslosengeld, Hartz IV, Sozialgeld, Unterbringungskosten, Wohngeld, Rente etc.

Unter 750 €	750 bis unter 1250 €	1250 bis unter 1750 €	1750 bis unter 2250 €	2250 bis unter 3000 €	3000 bis unter 4000 €
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4000 bis unter 5000 €	5000 € und mehr	Möchte ich nicht beantworten	Ich weiß nicht		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

42. Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?“

keine	1 bis 2	3 bis 5	6 oder mehr
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

sehr viel	viel	weder viel noch wenig	wenig	keine
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

sehr einfach	einfach	möglich	schwierig	sehr schwierig
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nochmals Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten, hier finden Sie Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik. Auch dafür danken wir Ihnen herzlich.
