

## Fragebogen zu Rheuma bei Imkern

Liebe Imkerinnen und Imker,

Seit der Antike wird Bienengift zur Behandlung von rheumatischen Erkrankungen eingesetzt, doch trotz dieser langen Tradition wird diese Behandlungsmöglichkeit heute kaum genutzt und ist aufgrund geringer Daten kaum etabliert.

Sie haben sich bereit erklärt, Ihre Erfahrungen mit Bienengift kurz zu dokumentieren, damit aufgrund der Ergebnisse dieser Studie die Grundlage für eine sorgfältige Studie geschaffen wird. Dieser Fragebogen enthält drei Teile:

1. Allgemeine Fragen zur Person, zur Krankheit und zur gegenwärtigen Therapie sowie den INKA-h Fragebogen zum aktuellen Befinden
2. den DASH-G Fragebogen, bei dem Sie Ihre Situation vor der Therapie mit Bienengift oder ohne die Behandlung mit Bienengift schildern sollen
3. den DASH-G Fragebogen, bei dem Sie Ihre derzeitige Situation unter Behandlung mit Bienengift darstellen sollen.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie alle Fragen vollständig und eindeutig beantworten. Nur so ist später eine Auswertung möglich. Wenn Sie sich grundsätzlich zu diesem Themenbereich äußern möchten, können Sie dies gern auf einem leeren Blatt tun und an den Fragebogen anhängen. Ihre Anregungen und Ihre Kritik sind wichtig!

Seien Sie versichert, dass Ihre persönlichen Daten absolut vertraulich behandelt werden!

Schicken Sie den Fragebogen bitte möglichst bald in einem Umschlag an die folgende Adresse

Prof. Dr. Karsten Münstedt,  
Universitätsklinikum Marburg und Giessen  
Klinikstrasse 32  
35385 Gießen  
oder faxen Sie diesen vollständig an die Nummer (0641)  
9945139.

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen unter Telefon: (0641) 99-45200 oder

E-Mail: karsten.muenstedt@gyn.med.uni-giessen.de zur Verfügung

Hinweis: die INKA-h- und die DASH-Fragebögen sind urheberrechtlich geschützt. Die Verwendung im Rahmen dieser Studie erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Herrn PD Dr. von Georgi und Herrn Prof. Dr. Stucki.

*Vielen Dank für Ihre Mühe im Voraus. Beginnen Sie nun mit den Fragen.*

**Name:** ..... **Vorname:** .....

**Adresse:** .....

**Emailadresse:**.....

**Geburtsdatum:** .....

**Alter:** .....Jahre

**Geschlecht:** männlich weiblich

**Größe:** .....cm **Gewicht:**.....kg

**Ich bin Imker seit:** .....Jahren

## Fragebogen zu Rheuma bei Imkern

**Anzahl der betreuten Bienenvölker (im Durchschnitt):**.....

**Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Krankheiten?**

Herzkreislauferkrankungen, Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt)	ja	nein
Schlaganfall	ja	nein
Nierenerkrankungen	ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
Lungen- und Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)	ja	nein
Leber-, Magen- und Darmerkrankungen (kein Krebs)	ja	nein
Erkrankungen des Blutes, Immunsystems, Infektionskrankheiten	ja	nein
Mentaler (geistiger) Abbau / Alzheimer	ja	nein
Knochenschwund (Osteoporose)	ja	nein
Bösartige Tumorerkrankungen allgemein	ja	nein
Fettstoffwechselstörungen	ja	nein
Psychiatrische Erkrankungen (Schizophrenie / Wahn / Ängste)	ja	nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	ja	nein
Chronische Rückenschmerzen	ja	nein
Allergien, wenn ja	ja	nein
welche?.....		
Anderes:		
.....		

**An welcher Art rheumatischer Krankheit leiden Sie?** \_\_\_\_\_

**Da Rheuma ein Sammelbegriff verschiedenster Erkrankungen ist, versuchen Sie bitte, die Krankheit so genau wie möglich zu benennen. Handelt es sich**

- um eine entzündlich-rheumatische Erkrankung der Gelenke und der Wirbelsäule,
- um eine degenerative (Verschleiß-) Erkrankung der Gelenke und der Wirbelsäule oder
- Weichteilrheumatismus

**Seit wann leiden Sie an einer rheumatischen Krankheit?** \_\_\_\_\_ Jahre

**Welche Behandlungen haben Sie bereits erhalten, welche Behandlungen erhalten Sie derzeit?**

	Habe ich genommen	Nehme ich aktuell
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antirheumatika z. B. Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
steroidale Antirheumatika (Kortison)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basismedikamente, z. B. Azathioprin, Chloroquin/ Hydroxychloroquin, Ciclosporin A, Cyclophosphamid, Leflunomid, Methotrexat, D-Penicillamin, Sulfasalazin, oder Goldpräparate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moerne Biologicals, z.B. TNF-alpha-Blocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflanzliche Medikamente, z. B. Arnika, Weihrauch, Cayennepfeffer, Teufelskralle, Weidenrinde, Brennnessel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fragebogen zu Rheuma bei Imkern

### **Bienengift in der Rheumatherapie**

Seit wann wenden Sie Bienengift in der Rheumatherapie an? \_\_\_\_\_Jahre

Wie dosieren Sie die Bienengifttherapie? \_\_\_\_\_Stiche alle \_\_\_\_\_Tage

Kombinieren Sie die Bienengifttherapie mit Akupunktur?   ja                   nein

Wie erfolgreich beurteilen Sie die Bienengifttherapie?

          sehr erfolgreich      erfolgreich      wenig erfolgreich      gar nicht erfolgreich

Bitte begründen Sie ihre Bewertung (Freitext)

Wie behandeln Sie sich im Winter?

Nutzen Sie bestimmte Vorrichtungen oder Hilfsmittel für die exakte Platzierung der Stiche?

          ja                   nein

Falls Sie ja angekreuzt haben, was für welche?

## Fragebogen zu Rheuma bei Imkern

### INKA-h

Der folgende kurze Fragebogen erfragt eine Reihe von alltäglichen Beschwerden.

Bitte geben Sie an von welchen Beschwerden Sie sich **im Allgemeinen** belästigt fühlen:

Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Benommenheit	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Herzklopfen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Völlegefühl	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Druckgefühl im Kopf	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Stiche in der Brust	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Übelkeit	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Atemnot	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Mattigkeit	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Zittern	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark
Taubheitsgefühl	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> erheblich	<input type="checkbox"/> stark

Vergewissern Sie sich nochmals, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

**DASH – Situation vor Bienengifttherapie****BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN**

Dieser Bogen fragt über Ihre Symptome sowie Ihre Fähigkeiten bestimmte Aktivitäten durchzuführen. Bitte erinnern Sie sich an Ihr Befinden, bevor Sie mit der Bienengifttherapie begonnen haben. Sofern Sie sich nicht daran erinnern, eine bestimmte Aktivität durchgeführt zu haben, beantworten Sie die Frage so, wie sie am besten auf Sie zutrifft. Es spielt keine Rolle, welche Hand oder welchen Arm Sie zur Durchführung der Aktivität verwenden; bitte beantworten Sie jede Frage ungeachtet der Art und Weise wie Sie die Tätigkeit durchführen.

Bitte beurteilen Sie Ihre Fähigkeiten, die folgenden Aktivitäten vor Beginn der Bienengiftbehandlung durchzuführen. Kreisen Sie dabei die zutreffende Nummer ein.

Aktivitäten	Keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	deutliche Schwierigkeiten	kann ich nicht durchführen
1) Ein neues oder fest verschlossenes Konservenglas öffnen	1	2	3	4	5
2) Schreiben	1	2	3	4	5
3) Einen Schlüssel im Schloss drehen	1	2	3	4	5
4) Eine Mahlzeit zubereiten	1	2	3	4	5
5) Eine schwere Tür aufstoßen	1	2	3	4	5
6) Einen Gegenstand in ein Regal über Kopfhöhe stellen	1	2	3	4	5
7) Schwere Hausarbeiten durchführen (z.B. Gardinen mit der Hand waschen, Böden wischen)	1	2	3	4	5
8) Gartenarbeit ausführen	1	2	3	4	5
9) Ein Bett machen	1	2	3	4	5
10) Eine Einkaufstüte oder eine Aktentasche tragen	1	2	3	4	5
11) Einen schweren Gegenstand (über 5 kg) tragen	1	2	3	4	5
12) Eine Glühbirne in einer Deckenlampe austauschen	1	2	3	4	5
13) Ihre Haare waschen oder föhnen	1	2	3	4	5
14) Ihren Rücken waschen	1	2	3	4	5
15) Einen Pullover anziehen	1	2	3	4	5
16) Ein Messer zum Brotschneiden verwenden	1	2	3	4	5
17) Freizeitbeschäftigungen durchführen, die wenig Mühen erfordern (z.B. Kartenspielen, Stricken, etc.)	1	2	3	4	5

## Fragebogen zu Rheuma bei Imkern

Aktivitäten	Keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	deutliche Schwierigkeiten	kann ich nicht durchführen
18) Freizeitbeschäftigungen durchführen die etwas Kraft oder Druck durch Ihre Arme, Schultern oder Hände erfordern (z.B. Kegeln, Tennis, einen Hammer benutzen)	1	2	3	4	5
19) Freizeitbeschäftigungen durchführen, bei denen Ihre Arme frei bewegt werden (z.B. Federball spielen)	1	2	3	4	5
20) Beim Verwenden von Transportmitteln (von einem Ort zum anderen gelangen)	1	2	3	4	5
21) Sexuelle Aktivitäten	1	2	3	4	5

22. Wie schwer haben Beschwerden mit ihren Schultern, Armen oder Händen in der Vergangenheit (vor dem Einsatz von Bienengift) Ihre sozialen Aktivitäten mit Familie, Freunden oder Vereinen beeinträchtigt?

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
1	2	3	4	5

23. Inwieweit waren Sie wegen Beschwerden mit Ihren Schultern, Armen oder Händen bei der Ausübung Ihrer Berufstätigkeit oder anderer Alltagstätigkeiten beeinträchtigt?

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
1	2	3	4	5

Bitte beurteilen Sie den Schweregrad Ihrer Beschwerden für die folgenden Symptome vor der Anwendung von Bienengift.

	keine	geringe	mäßige	starke	extreme
24) Ruheschmerzen der Schultern, Arme oder Hände	1	2	3	4	5
25) Schmerzen der Schultern, Arme oder Hände bei der Ausübung bestimmter Tätigkeiten	1	2	3	4	5
26) Kribbeln in den Schultern, Armen oder Händen	1	2	3	4	5
27) Schwäche in den Schultern, Armen oder Händen	1	2	3	4	5
28) Steifigkeit der Schultern, Arme oder Hände	1	2	3	4	5

## Fragebogen zu Rheuma bei Imkern

29. Hatten Sie vor Beginn der Bienengifttherapie Schlafstörungen wegen Schmerzen in Ihren Schultern, Armen oder Händen?

keine	geringe	mäßige	starke	ich konnte wegen Schmerzen überhaupt nicht schlafen
1	2	3	4	5

30. Ich fühle mich weniger leistungsfähig, weniger zuversichtlich oder nutzlos wegen meiner Beschwerden in den Schultern, Armen oder Händen

Trifft nie auf mich zu	Trifft selten auf mich zu	Weder ja noch nein	Trifft meistens auf mich zu	Trifft immer für mich zu
1	2	3	4	5

Die folgenden Fragen befassen sich mit dem Einfluss Ihrer Schulter-, Arm- oder Handbeschwerden ein Musikinstrument zu spielen oder Sport zu treiben. Sollten Sie mehrere Sportarten betreiben oder mehrere Musikinstrumente spielen (oder beides tun), beantworten Sie die Frage für die Tätigkeit die für Sie am wichtigsten ist.

Bitte nennen Sie die Sportart oder das Musikinstrument das für Sie am wichtigsten ist:

---

Bitte kreisen Sie die Nummer an, die Ihre körperliche Leistungsfähigkeit während der vergangenen Woche am besten beschreibt.

Hatten Sie Schwierigkeiten...

	keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	starke Schwierigkeiten	konnte ich überhaupt nicht tun
31) Musikinstrumente zu spielen oder Sport wie gewohnt zu treiben ?	1	2	3	4	5
32) Musikinstrumente zu spielen oder Sport auszuüben wegen Schmerzen in den Schultern Armen oder Händen	1	2	3	4	5
33) Musikinstrumente zu spielen oder Sport auszuüben so gut wie Sie es am liebsten tun würden ?	1	2	3	4	5
34) so lange wie gewohnt Ihre Musikinstrumente zu spielen oder Sport zu treiben ?	1	2	3	4	5

**DASH – Aktuelle Situation****BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN**

Dieser Bogen fragt über Ihre Symptome sowie Ihre Fähigkeiten bestimmte Aktivitäten durchzuführen. Bitte beantworten Sie jede Frage anhand Ihres Befindens in der vergangenen Woche durch ankreuzen der entsprechenden Nummern. Sofern Sie in der vergangenen Woche keine Gelegenheit hatten, eine bestimmte Aktivität durchzuführen, beantworten Sie die Frage sowie sie am besten auf Sie zutrifft. Es spielt keine Rolle welche Hand oder welchen Arm Sie zur Durchführung der Aktivität verwenden; bitte beantworten Sie jede Frage ungeachtet der Art und Weise, wie Sie die Tätigkeit durchführen.

Bitte beurteilen Sie Ihre Fähigkeiten die folgenden Aktivitäten in den vergangenen Wochen durchzuführen. Kreisen Sie dabei die zutreffende Nummer ein.

Aktivitäten	Keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	deutliche Schwierigkeiten	kann ich nicht durchführen
1) Ein neues oder fest verschlossenes Konservenglas öffnen	1	2	3	4	5
2) Schreiben	1	2	3	4	5
3) Einen Schlüssel im Schloss drehen	1	2	3	4	5
4) Eine Mahlzeit zubereiten	1	2	3	4	5
5) Eine schwere Tür aufstoßen	1	2	3	4	5
6) Einen Gegenstand in ein Regal über Kopfhöhe stellen	1	2	3	4	5
7) Schwere Hausarbeiten durchführen (z.B. Gardinen mit der Hand waschen, Böden wischen)	1	2	3	4	5
8) Gartenarbeit ausführen	1	2	3	4	5
9) Ein Bett machen	1	2	3	4	5
10) Eine Einkaufstüte oder eine Aktentasche tragen	1	2	3	4	5
11) Einen schweren Gegenstand (über 5 kg) tragen	1	2	3	4	5
12) Eine Glühbirne in einer Deckenlampe austauschen	1	2	3	4	5
13) Ihre Haare waschen oder föhnen	1	2	3	4	5
14) Ihren Rücken waschen	1	2	3	4	5
15) Einen Pullover anziehen	1	2	3	4	5
16) Ein Messer zum Brotschneiden verwenden	1	2	3	4	5
17) Freizeitbeschäftigungen durchführen, die wenig Mühen erfordern (z.B. Kartenspielen, Stricken, etc.)	1	2	3	4	5

## Fragebogen zu Rheuma bei Imkern

Aktivitäten	Keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	deutliche Schwierigkeiten	kann ich nicht durchführen
18) Freizeitbeschäftigungen durchführen die etwas Kraft oder Druck durch Ihre Arme, Schultern oder Hände erfordern (z.B. Kegeln, Tennis, einen Hammer benutzen)	1	2	3	4	5
19) Freizeitbeschäftigungen durchführen, bei denen Ihre Arme frei bewegt werden (z.B. Federball spielen)	1	2	3	4	5
20) Beim Verwenden von Transportmitteln (von einem Ort zum anderen gelangen)	1	2	3	4	5
21) Sexuelle Aktivitäten	1	2	3	4	5

22. Wie schwer haben Beschwerden mit ihren Schultern, Armen oder Händen in der vergangenen Woche Ihre sozialen Aktivitäten mit Familie, Freunden oder Vereinen beeinträchtigt?

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
1	2	3	4	5

23. Inwieweit waren Sie wegen Beschwerden mit Ihren Schultern, Armen oder Händen bei der Ausübung Ihrer Berufstätigkeit oder anderer Alltagstätigkeiten beeinträchtigt?

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
1	2	3	4	5

Bitte beurteilen Sie den Schweregrad Ihrer Beschwerden für die folgenden Symptome während der vergangenen Woche.

	keine	geringe	mäßige	starke	extreme
24) Ruheschmerzen der Schultern, Arme oder Hände	1	2	3	4	5
25) Schmerzen der Schultern, Arme oder Hände bei der Ausübung bestimmter Tätigkeiten	1	2	3	4	5
26) Kribbeln in den Schultern, Armen oder Händen	1	2	3	4	5
27) Schwäche in den Schultern, Armen oder Händen	1	2	3	4	5
28) Steifigkeit der Schultern, Arme oder Hände	1	2	3	4	5

## Fragebogen zu Rheuma bei Imkern

29. Hatten Sie in der vergangenen Woche Schlafstörungen wegen Schmerzen in Ihren Schultern, Armen oder Händen?

keine	geringe	mäßige	starke	ich konnte wegen Schmerzen überhaupt nicht schlafen
1	2	3	4	5

30. Ich fühle mich weniger leistungsfähig, weniger zuversichtlich oder nutzlos wegen meiner Beschwerden in den Schultern, Armen oder Händen

Trifft nie auf mich zu	Trifft selten auf mich zu	Weder ja noch nein	Trifft meistens auf mich zu	Trifft immer für mich zu
1	2	3	4	5

Die folgenden Fragen befassen sich mit dem Einfluss Ihrer Schulter-, Arm- oder Handbeschwerden ein Musikinstrument zu spielen oder Sport zu treiben. Sollten Sie mehrere Sportarten betreiben oder mehrere Musikinstrumente spielen (oder beides tun), beantworten Sie die Frage für die Tätigkeit die für Sie am wichtigsten ist.

Bitte nennen Sie die Sportart oder das Musikinstrument das für Sie am wichtigsten ist:

---

Bitte kreisen Sie die Nummer an, die Ihre körperliche Leistungsfähigkeit während der vergangenen Woche am besten beschreibt.

Hatten Sie Schwierigkeiten...

	keine Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	starke Schwierigkeiten	konnte ich überhaupt nicht tun
31) Musikinstrumente zu spielen oder Sport wie gewohnt zu treiben ?	1	2	3	4	5
32) Musikinstrumente zu spielen oder Sport auszuüben wegen Schmerzen in den Schultern Armen oder Händen	1	2	3	4	5
33) Musikinstrumente zu spielen oder Sport auszuüben so gut wie Sie es am liebsten tun würden ?	1	2	3	4	5
34) so lange wie gewohnt Ihre Musikinstrumente zu spielen oder Sport zu treiben ?	1	2	3	4	5

**Bitte kontrollieren Sie kurz, ob alle Fragen beantwortet sind.  
Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.**