

## Lebensqualität bei Sarkopenie

Der vorliegende Fragebogen beschäftigt sich mit der **Sarkopenie**, bei der es sich um eine **Muskelschwäche** handelt, die mit dem **Alter** auftritt. Sarkopenie kann Ihren Alltag beeinträchtigen. Diese Befragung wird uns dabei helfen herauszufinden, ob der Zustand Ihrer Muskulatur derzeit **Ihre Lebensqualität** einschränkt.

Bitte wählen Sie jeweils die **am besten passende Antwort**. Das Ausfüllen des Fragebogens sollte nicht länger als ca. 10 Minuten dauern.

### 1. Fühlen Sie gegenwärtig eine Verminderung:

	Sehr	Etwas	Ein wenig	Gar nicht
Der Kraft in Ihren Armen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Kraft in Ihren Beinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihrer Muskelmasse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihrer Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihrer körperlichen Fähigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihrer allgemeinen Beweglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Haben Sie Muskelschmerzen?

Häufig

Manchmal

Selten

Nie

3. Bei der Ausführung **leichter** körperlicher Tätigkeiten (langames Gehen, Bügeln, Staubwischen, Abwaschen, Heimwerken, Gießen im Garten usw.):

	Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Ich führe solche Arten von Tätigkeiten nicht aus
Haben Sie Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>				
Werden Sie müde?	<input type="checkbox"/>				
Bekommen Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/>				

4. Bei der Ausführung **mittelschwerer** körperlicher Tätigkeiten (schnelles Gehen, Fensterputzen, Staubsaugen, Autowaschen, Unkrautjäten usw.):

	Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Ich führe solche Arten von Tätigkeiten nicht aus
Haben Sie Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>				
Werden Sie müde?	<input type="checkbox"/>				
Bekommen Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/>				

5. Bei der Ausführung **schwerer** körperlicher Tätigkeiten (Laufen, Wandern, Heben schwerer Gegenstände, Umstellen von Möbeln, Umgraben des Gartens usw.):

	Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Ich führe solche Arten von Tätigkeiten nicht aus
Haben Sie Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>				
Werden Sie müde?	<input type="checkbox"/>				
Bekommen Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/>				

6. Fühlen Sie sich gegenwärtig alt?

Ja, sehr

Ja, ziemlich

Ja, ein wenig

Nein, überhaupt nicht

7. Falls Sie Frage 6 mit Ja beantwortet haben, was gibt Ihnen dieses Gefühl?  
(Sie können mehrere Antworten wählen)

Ich fühle mich schnell unwohl

Ich nehme viele Medikamente ein

Ich fühle eine Schwäche in meinen Muskeln

Ich habe Probleme mit meinem Gedächtnis

Ich wurde mit dem Tod einiger mir nahestehender Personen konfrontiert

Ich habe nicht viel Energie, ich bin oft erschöpft

Ich sehe schlecht

Andere Gründe:

8. Fühlen Sie sich körperlich schwach?

Ja, total

Ja, ziemlich

Ja, ein wenig

Nein, überhaupt nicht

9. Fühlen Sie sich eingeschränkt hinsichtlich:

	Sehr	Etwas	Ein wenig	Gar nicht
Der Dauer, die Sie gehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Häufigkeit, in der Sie zu Fuß unterwegs sein können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Strecke, die Sie zurücklegen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Geschwindigkeit, mit der Sie gehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Länge Ihrer Schritte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wenn Sie zu Fuß gehen:

	Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Ich kann nicht gehen
Fühlen Sie sich sehr erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
Müssen Sie sich regelmäßig hinsetzen, um sich zu erholen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie Schwierigkeiten, Straßen schnell genug zu überqueren?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie Schwierigkeiten auf unebenen Oberflächen?	<input type="checkbox"/>				

11. Haben Sie Probleme mit dem Gleichgewicht?

Häufig

Gelegentlich

Selten

Nie

12. Wie häufig stürzen Sie?

Häufig

Gelegentlich

Selten

Nie

13. Sind Sie der Meinung, dass sich Ihr körperliches Erscheinungsbild verändert hat?

Ja, sehr

Ja, ziemlich

Ja, ein wenig

Nein, überhaupt nicht

14. Falls Sie Frage 13 mit Ja beantwortet haben, inwiefern hat sich Ihr Erscheinungsbild verändert? (Sie können mehrere Antworten wählen)

Veränderung des Körpergewichts (Sie haben zu- oder abgenommen)

Auftreten von Falten

Verlust an Körpergröße

Verringerung der Muskelmasse

Haarverlust

Auftreten von weißen oder grauen Haaren

Andere Veränderungen:

15. Falls Sie Frage 13 mit Ja, beantwortet haben, belastet Sie diese Veränderung?

Ja, sehr

Ja, ziemlich

Ja, ein wenig

Nein, überhaupt nicht

16. Fühlen Sie sich gebrechlich?

- Ja, in der Tat
- Etwas
- Überhaupt nicht

17. Bereitet es Ihnen zurzeit Schwierigkeiten, folgende alltägliche Dinge zu verrichten:

	Das kann ich nicht	Große Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Keine Schwierigkeiten	Nicht zutreffend
Eine Treppe hinaufzugehen?	<input type="checkbox"/>				
Mehrere Treppen hinaufzugehen?	<input type="checkbox"/>				
Eine oder mehrere Stufen zu steigen, ohne sich am Geländer festzuhalten?	<input type="checkbox"/>				
Zu hocken oder zu knien?	<input type="checkbox"/>				
Sich zu bücken oder nach vorne zu beugen, um einen Gegenstand vom Fußboden aufzuheben?	<input type="checkbox"/>				
Vom Fußboden aufzustehen, ohne sich an etwas festzuhalten?	<input type="checkbox"/>				
Von einem niedrigen Stuhl ohne Armlehnen aufzustehen?	<input type="checkbox"/>				
Sich generell von einer sitzenden Position in eine stehende Position zu begeben?	<input type="checkbox"/>				
Schwere Gegenstände zu tragen (große volle Einkaufstaschen, einen mit Wasser gefüllten Kochtopf usw.)?	<input type="checkbox"/>				
Eine Flasche oder ein Konservenglas zu öffnen?	<input type="checkbox"/>				
Öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen?	<input type="checkbox"/>				
In ein Auto ein- oder auszustiegen?	<input type="checkbox"/>				
Ihre Einkäufe zu tätigen?	<input type="checkbox"/>				
Ihre Hausarbeit zu erledigen (Bettenmachen, Staubsaugen, Bügeln, Geschirrspülen usw.)?	<input type="checkbox"/>				

18. Schränkt Ihre Muskelschwäche Ihre Bewegungen ein?

- Ja, sehr
- 
- Ja, ziemlich
- 
- Ja, ein wenig
- 
- Nein, überhaupt nicht
- 

19. Falls Sie Frage 18 mit Ja beantwortet haben, inwiefern schränkt Ihre Muskelschwäche Ihre Bewegungen ein? (Sie können mehrere Antworten wählen)

- Angst vor Schmerzen
- 
- Angst, es nicht zu schaffen
- 
- Angst davor, danach erschöpft zu sein
- 
- Angst zu stürzen
- 
- Andere Gründe:
- 

20. Beeinträchtigt Ihre Muskelschwäche Ihr Sexualleben?

- Ich bin sexuell nicht aktiv
- 
- Ja, total
- 
- Ja, ziemlich
- 
- Ja, ein wenig
- 
- Nein, überhaupt nicht
- 

21. Wie hat sich Ihre Teilnahme an körperlichen oder sportlichen Aktivitäten verändert?

- Sie hat sich verstärkt
- 
- Sie hat sich verringert
- 
- Sie ist unverändert
- 
- Ich habe nie an körperlichen oder sportlichen Aktivitäten teilgenommen
- 

22. Wie hat sich Ihre Teilnahme an Freizeitaktivitäten (zum Essen ausgehen, Gartenarbeit, Heimwerken, Jagen/Angeln, Seniorenvereine, Bridgespielen, Spaziergehen usw.) verändert?

- Sie hat sich verstärkt
- 
- Sie hat sich verringert
- 
- Sie ist unverändert
- 
- Ich habe nie an Freizeitaktivitäten teilgenommen
-