

Symptome

1. Wie oft sind diese Symptome in den letzten 2 Monaten bei Ihnen aufgetreten?

	täglich	mehrmals die Woche	ca. 1x pro Woche	seltener	nie
Nacken-, Hüft- oder Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morgensteifigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausgeprägte Müdigkeit (Fatigue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein- oder Durchschlafprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstige Gelenkschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Wo genau sind die Nacken-, Hüft- oder Rückenschmerzen? (mehrere Antworten möglich)

- Nacken
- im mittleren/oberen Rücken (Brustwirbelsäule)
- Unteren Rücken (Lendenwirbelsäule)
- Hüfte (Iliosakralgelenk)
- Ich habe keine Nacken-, Hüft- oder Rückenschmerzen

3. Haben Sie Versteifungen (Verknöcherungen) der Wirbelsäule, die Ihre Beweglichkeit einschränken?

- Ja
- Nein

Bewegungslevel

4. Wie oft haben Sie in den letzten 2 Monaten aktiv Bewegung betrieben?

	täglich	mehrmals die Woche	ca. 1x pro Woche	seltener/nie
Zu Hause durchgeführte Übungen für Morbus Bechterew	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiotherapie/Krankengymnastik mit Therapeuten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegungstherapie in der Gruppe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leichte Bewegung (z.B. längerer Spaziergang)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anderer Sport (z.B. Radfahren, Schwimmen, Kraftsport, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges (Gymnastik, Yoga, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Wie viele Minuten in der Woche betreiben Sie aktiv Bewegung? (insgesamt)

- mehr als 180 Minuten
- 120-180 Minuten
- 90-120 Minuten
- 60-90 Minuten
- 30-60 Minuten
- weniger als 30 Minuten

6. Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen Bewegung hilft?

- Ja
- Manchmal
- Nein
- Weiß nicht

7. Haben Sie das Gefühl, ausreichend Morbus-Bechterew-spezifische Übungen zu kennen?

- Ja
- Nein

8. Würden Sie sich gerne mehr bewegen?

- Ja
- Nein

9. OPTIONAL: Wie könnte eine App Sie dabei unterstützen, sich mehr zu bewegen?

Aktuelle App-Nutzung

10. Nutzen Sie bereits Apps, die Ihnen beim Umgang mit Morbus Bechterew helfen? (Mehrfachauswahl möglich)

- Ja, um spezielle Übungen zu finden
- Ja, für sonstigen Sport (z.B. Samsung Health, Runtastic, ...)
- Ja, für die Dokumentation der Medikamenteneinnahme
- Nein

11. Falls ja, verraten Sie uns, welche App Sie nutzen?

12. Nutzen Sie eine Smartwatch? (z.B. Fitbit, Apple Watch, ...)

- Ja
- Nein

Inhalte einer "Morbus-Bechterew-App"

13. Können Sie sich vorstellen, dass eine App Ihnen helfen kann, mit der Krankheit besser zurechtzukommen?

- Ja
- vielleicht
- Nein

Nutzung einer „Morbus-Bechterew-App“

Die App soll nach höchsten wissenschaftlichen Standards erstellt werden und soll Patienten mit Morbus Bechterew als langfristiger Begleiter dienen. Als geprüftes Medizinprodukt wird Sie größte Datenschutzerfordernungen erfüllen und von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden können. Hierfür ist es nötig, die App beim Arzt oder bei der Krankenkasse zu beantragen.

20. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie eine solche App nutzen würden? (1 = sehr unwahrscheinlich; 10 = sehr wahrscheinlich)

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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"/> |

21. Falls zutreffend: Warum haben Sie Bedenken, eine solche App zu nutzen (z.B. Datenschutz)?

22. (FEEDBACKFRAGE, Testgruppe, wird nicht veröffentlicht)

23. Wie alt sind Sie?

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- 70 oder älter

24. Wie lange wissen Sie schon von Ihrer Krankheit?

- seit weniger als einem Jahr
- seit mehr als 1 Jahr
- seit mehr als 5 Jahren
- seit mehr als 10 Jahren

25. Nehmen Sie Medikamente ein, und wenn ja welche? (mehrere Antworten möglich)

- NSAR (z.B. Ibuprofen, Diclofenac, ...)
- Biologika (z.B. TNF-alpha-Hemmer, ...)
- Cortisonpräparat
- Methotrexat oder Sulfasalazin
- Ich nehme keine Medikamente ein.
- Sonstiges:
[FREITEXTANTWORT]

26. Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns mitteilen wollen?