

# Rehabilitandenbefragung

- **Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation**
- **Somatische Indikationen**
- **Ganztägig ambulante Rehabilitation**



# Fragebogen zu Ihrer ambulanten Rehabilitation

Dieser Fragebogen dient zur Beurteilung Ihrer letzten Reha. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus. Durch Ihre Antworten helfen Sie uns, die Qualität der Reha zu verbessern.

Bitte lesen Sie jede Frage genau durch. Kreuzen Sie dann die Antwortmöglichkeit an, die für Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei einer Antwort nicht sicher sind, wählen Sie die Antwort, die **am ehesten** auf Sie zutrifft.

## WICHTIG:

Beantworten Sie bitte alle Fragen!

## I. Ihr Gesundheitszustand vor der ambulanten Reha

1

Denken Sie an Ihre Gesundheit **vor der ambulanten Reha**. Wie stark waren Sie im Alltag durch die folgenden Beschwerden in Beruf und/oder Haushalt beeinträchtigt?

### WICHTIG:

Wenn Sie die aufgeführten Beschwerden nicht gehabt haben, kreuzen Sie bitte unbedingt in jeder Zeile „gar nicht“ an.

### Mögliche Beschwerden vor der ambulanten Reha:

Bei mir traten Erschöpfung oder Müdigkeit auf ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G1
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Niedergeschlagenheit oder Antriebslosigkeit auf ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G2
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Angst, Nervosität oder Unruhe auf ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G3
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Unkonzentriertheit, Vergesslichkeit oder Gedächtnisprobleme auf ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G4
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Schlafstörungen auf ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G5
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Schmerzen auf ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G6
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
	1	2	3	4	5	

**1**

**Weitere Beschwerden vor der ambulanten Reha (Fortsetzung):**

**WICHTIG:** Wenn Sie die aufgeführten Beschwerden nicht gehabt haben, kreuzen Sie bitte unbedingt in jeder Zeile „gar nicht“ an.

Bei mir traten Beschwerden im Bereich der Atmungsorgane auf, z. B. Husten, Atemnot, Auswurf, Schmerzen ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G7
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Beschwerden im Bereich von Herz, Kreislauf und Blutgefäßen auf, z. B. Brustschmerzen, Herzrasen, Schwindel, Durchblutungsstörungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G8
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Beschwerden im Bereich der Verdauungsorgane auf, z. B. Sodbrennen, Übelkeit, Krämpfe, Blähungen, Verstopfung, Durchfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G9
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Beschwerden im Bereich meiner Sexualität auf, z. B. Lustlosigkeit, Impotenz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G10
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Beschwerden im Bereich des Rückens, der Muskeln oder der Gelenke auf, z. B. Einschränkungen der Beweglichkeit, Verspannungen, Hexenschuss, Taubheitsgefühle .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G11
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten neurologische Beschwerden auf, z. B. Kopfschmerzen, Koordinations-, Empfindungs-, Wortfindungs- oder Sehstörungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G12
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
	1	2	3	4	5	

**2**

**Wenn Sie an Ihre Gesundheit bzw. Ihre Leistungsfähigkeit vor der ambulanten Reha zurückdenken, wie würden Sie ...**

..... Ihre Gesundheit vor der Reha beschreiben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G13
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
..... Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag und in der Freizeit vor der Reha beschreiben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G14
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
	1	2	3	4	5	

## II. Fragen zu Ihrer ambulanten Rehabilitation

**3**

### Frühere Rehabilitationen

Haben Sie in den letzten 3 Monaten vor der ambulanten Rehabilitation eine stationäre Rehabilitation abgeschlossen? .....

nein

ja

G15

1

2

**4**

### Wie groß war die Entfernung zwischen Ihrem Wohnort und der ambulanten Reha-Einrichtung?

Angaben in km erforderlich .....

≤ 5 km

≤ 10 km

≤ 25 km

≤ 50 km

> 50 km

G16

1

2

3

4

5

**5**

### Mit welchem Verkehrsmittel kamen Sie zur ambulanten Reha?

zu Fuß

Auto

öffentliche  
Verkehrsmittel

Transport durch  
Reha-Einrichtung

mehrere Verkehrs-  
mittel notwendig

G17

1

2

3

4

5

**6**

### Am Anfang der ambulanten Reha wurde ich ausreichend darüber informiert, ...

... wie der Ablauf der Behandlung ist .....

nein

eher nein

teils, teils

eher ja

ja

G18

... wer meine Ansprechpartner sind .....

nein

eher nein

teils, teils

eher ja

ja

G19

... wie Termine festgelegt und Terminverschiebungen bekannt gegeben werden .....

nein

eher nein

teils, teils

eher ja

ja

G20

... wie ich meine Behandlungsräume finde .....

nein

eher nein

teils, teils

eher ja

ja

G21

1

2

3

4

5

## Rahmenbedingungen während der ambulanten Reha

**7**

**Bitte bewerten Sie:**

Die Atmosphäre in der Reha-Einrichtung war .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G22
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
Die Behandlungs- und Funktionsräume in der Reha waren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G23
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
Die Aufenthalts-, Ruhe- und Entspannungsmöglichkeiten in der Reha-Einrichtung waren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G24
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
Die Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze und die Toiletten in der Reha-Einrichtung waren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G25
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
Die Möglichkeiten, Kritik an Abläufen in der Reha-Einrichtung und Organisation der Behandlung zu äußern, waren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G26
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
	1	2	3	4	5	

## Planung und Ziele Ihrer ambulanten Rehabilitation

**8**

**Abstimmung mit Ärzten und Therapeuten über die Ausgestaltung der Reha-Maßnahme**

Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben gleich am Anfang die Ziele meiner Reha mit mir abgesprochen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G27
	nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja	
Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mit mir besprochen, durch welche Behandlungen meine Reha-Ziele am besten zu erreichen sind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G28
	nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja	
Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mich dazu angeregt, mich mit den Folgen meiner Erkrankung für mein privates und berufliches Leben zu beschäftigen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G29
	nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja	
Die Fortschritte bei der Erreichung der Ziele meiner Behandlung wurden im Verlauf der Behandlung mit mir besprochen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G30
	nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

## Ärztliche Betreuung während der Reha

9

### Ärztliche Betreuung

Die Ärztin oder der Arzt in der Reha-Einrichtung war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G31
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Die Ärztin oder der Arzt in der Reha-Einrichtung hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G32
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Ich denke, die Ärztin oder der Arzt in der Reha-Einrichtung hat für mich die richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G33
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

## Psychologische Betreuung während der Reha

10

### Hatten Sie mit Psychologen ein oder mehrere Einzelgespräche?

Ja

1

Nein

2

G34

**Wenn ja** – Bitte die folgenden drei Fragen beantworten, wenn sie Einzelgespräche mit einem Psychologen / einer Psychologin hatten!

**Wenn nein** – Bitte machen Sie weiter mit **Frage 11**, wenn sie keine Einzelgespräche mit einem Psychologen / einer Psychologin hatten!

Die Psychologin oder der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G35
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Ich habe für mich die richtige Art von Gespräch(en) erhalten ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G36
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Die Psychologin oder der Psychologe hat mir wichtige Zusammenhänge verständlich erklärt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G37
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

## Therapeutische Betreuung während der Reha

11

**Betreuung durch Krankengymnasten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungstherapeuten ...**

Von den Therapeuten fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G38
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
<hr/>						
Die Therapeuten waren einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G39
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
<hr/>						
Die Behandlung durch die Therapeuten war auf meine persönlichen Probleme zugeschnitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G40
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
<hr/>						
	1	2	3	4	5	

## Qualität der Angebote der Reha-Einrichtung

12

**Wie beurteilen Sie die Qualität und Güte der Angebote (Betreuungen, Behandlungen und Beratungen) während der Reha?**

Für meine Beschwerden hatte die Reha-Einrichtung die <b>richtigen</b> Betreuungen, Behandlungen und Beratungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G41
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
<hr/>						
	1	2	3	4	5	

## Umfang der Angebote der Reha-Einrichtung

13

**Wie beurteilen Sie den Umfang und die Anzahl der Angebote (Betreuungen, Behandlungen und Beratungen) während der Reha?**

Die Betreuung und meine Behandlungen in der Reha-Einrichtung waren mir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G42
	viel zu wenig	zu wenig	genau richtig	zu viel	viel zu viel	
<hr/>						
	1	2	3	4	5	

## Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining während der Reha

14

**Haben Sie an Vorträgen, Seminaren oder Schulungen teilgenommen?  
Wenn ja, wie beurteilen Sie diese?**

z. B. zu den Themen gesunde Lebensführung, ausgewogene Ernährung, Bewegung und körperliches Training, Stress und Stressabbau, Alltagsdrogen, Schmerz und Schmerzbewältigung sowie zu krankheitsbezogenen Themen, wie z. B. Rheuma, Diabetes, Asthma, Rückenproblemen etc.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G43/G44
Nein, nicht teilgenommen	Ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
1	2	1	2	3	4	5	

## Behandlungen während der Reha

15

**Haben Sie folgende Behandlungen erhalten?  
Wenn ja, wie beurteilen Sie diese?**

Krankengymnastik einzeln oder in der Gruppe  
(z. B. Übungen des Bewegungssystems und Bewegungsverhaltens, Muskelaufbautraining):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G45/G46
Nein, nicht erhalten	Ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	

Sport- und Bewegungstherapie  
(z. B. Ergometertraining auf dem Fahrrad oder „Heimtrainer“, Sport und Bewegung in der Halle oder im Freien):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G47/G48
Nein, nicht erhalten	Ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	

Physikalische Anwendungen  
(z. B. Massagen, Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G49/G50
Nein, nicht erhalten	Ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	

Ergotherapie  
(z. B. Hilfen für den Alltag und zur Arbeitserleichterung, Erlernen des Umgangs mit Hilfsmitteln, wie z. B. Greif- bzw. Gehhilfen oder Prothesen):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G51/G52
Nein, nicht erhalten	Ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	

Entspannungstherapie  
(z. B. Muskelentspannung, autogenes Training):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G53/G54
Nein, nicht erhalten	Ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
1	2	1	2	3	4	5	



## Beratungen während der Reha

16

**Haben Sie folgende Beratungen erhalten?  
Wenn ja, wie beurteilen Sie diese?**

Erhielten Sie in der Reha-Einrichtung Beratungen und Hilfen, um Ihnen die Situation am Arbeitsplatz oder die Rückkehr zur Arbeit zu erleichtern?

(z. B. durch Arbeitsplatzanpassung, Informationen über Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung, Gespräch mit Ihrem Betrieb, Vorbereitung einer stufenweisen Wiedereingliederung)

Nein, nicht erhalten     
  Ja, und sie waren →     
  sehr schlecht     
  schlecht     
  teils, teils     
  gut     
  sehr gut     
 G55/G56

Erhielten Sie in der Reha-Einrichtung Beratungen und Hilfen in rechtlichen Dingen?

(z. B. Hinweise auf Ihnen zustehende Geldleistungen, Rentenfragen, Schwerbehinderten-Ausweis)

Nein, nicht erhalten     
  Ja, und es war →     
  sehr schlecht     
  schlecht     
  teils, teils     
  gut     
  sehr gut     
 G57/G58

Erhielten Sie in der Reha-Einrichtung Beratungen und Hilfen, um Ihnen die Fortführung von Behandlungen am Wohnort zu erleichtern?

(z. B. Informationen über Nachsorgemöglichkeiten, Adressen- und Kontaktvermittlung von Selbsthilfe- oder Gesundheitsgruppen)

Nein, nicht erhalten     
  Ja, und sie waren →     
  sehr schlecht     
  schlecht     
  teils, teils     
  gut     
  sehr gut     
 G59/G60

1

2

1

2

3

4

5

## Therapieablauf während der Reha

17

**Bitte geben Sie an:**

Wie häufig kam es vor, dass Behandlungen ausfielen oder sich Behandlungstermine überschneiden haben? .....

nie     
  1-mal     
  2-mal     
  3-mal     
  mehr als 3-mal     
 G61

Wie häufig kam es vor, dass Sie über Änderungen im Therapieplan nicht informiert wurden? .....

nie     
  1-mal     
  2-mal     
  3-mal     
  mehr als 3-mal     
 G62

1

2

3

4

5

17

**Therapieablauf (Fortsetzung)****Bitte geben Sie an:**

Wie häufig kam es vor, dass zwischen zwei Behandlungsterminen zu lange oder zu kurze Ruhezeiten waren? .....

nie

1-mal

2-mal

3-mal

mehr als  
3-mal

G63

Wie häufig wechselten die Mitarbeiter, die/der Sie hauptsächlich während Ihrer Reha betreuten? .....

nie

1-mal

2-mal

3-mal

mehr als  
3-mal

G64

1

2

3

4

5

**Belastungen durch die Besonderheiten der ambulanten Reha**

18

**Bitte geben Sie an, ob die Besonderheiten der ambulanten Rehabilitation (z.B. Übernachtung zu Hause) für Sie Belastungen darstellten:**

Die täglichen Hin- und Rückfahrten .....

nein

eher nein

teils, teils

eher ja

ja

G65

Das Gefühl, nicht richtig Abstand und Ruhe zu bekommen .....

nein

eher nein

teils, teils

eher ja

ja

G66

Die Versorgung des Haushaltes während der Reha-Maßnahme .....

nein

eher nein

teils, teils

eher ja

ja

G67

Die Versorgung und Betreuung von Kindern oder Angehörigen während der Reha-Maßnahme .....

nein

eher nein

teils, teils

eher ja

ja

G68

Die Versorgung / Betreuung von Haustieren während der Reha-Maßnahme ....

nein

eher nein

teils, teils

eher ja

ja

G69

1

2

3

4

5

**III. Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha**

19

**Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen:**

Ich wurde in der Reha-Einrichtung insgesamt gut auf die Zeit nach der Reha vorbereitet .....

nein

eher nein

teils ja,  
teils nein

eher ja

ja

G70

1

2

3

4

5

19

**Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha (Fortsetzung)**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Hat sich die Reha-Einrichtung mit Ihren Angehörigen in Verbindung gesetzt, um zu besprechen, wie Ihre weitere Genesung zu Hause am besten gelingen kann? .....	<input type="checkbox"/> nein, war auch nicht notwendig oder von mir erwünscht	<input type="checkbox"/> nein, es wäre aber notwendig gewesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bin nicht sicher/ weiß nicht	G71
Hat sich die Reha-Einrichtung mit Ihrem Arzt (Hausarzt, Betriebsarzt) in Verbindung gesetzt, um Ihre weitere Genesung zu unterstützen? .....	<input type="checkbox"/> nein, war auch nicht notwendig oder von mir erwünscht	<input type="checkbox"/> nein, es wäre aber notwendig gewesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bin nicht sicher/ weiß nicht	G72
Hat sich die Reha-Einrichtung mit Ihrem Arbeitgeber in Verbindung gesetzt, um Ihre weitere Genesung zu unterstützen? .....	<input type="checkbox"/> nein, war auch nicht notwendig oder von mir erwünscht	<input type="checkbox"/> nein, es wäre aber notwendig gewesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bin nicht sicher/ weiß nicht	G73
	1	2	3	4	

**IV. Nach der Reha**

20

Hat Sie die Reha dazu angeregt, **etwas Neues** zu beginnen oder eine bisherige Aktivität fortzusetzen, um Ihre Gesundheit zu bessern oder zu erhalten?

**WICHTIG:**

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, ob es zutrifft oder nicht.

Vergessen Sie bitte keine Antwort!

Reha-Sport (z. B. Asthmasportgruppe) .....	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	G74
Selbsthilfegruppe oder Gesprächsgruppe .....	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	G75
Gesundheits-Kurs (z. B. Herzgruppe, Rheumafunktionstraining, Rückenschule, Diabetes- schulung, Schmerzbewältigung) .....	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	G76
Entspannungsübungen (z. B. autogenes Training) .....	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	G77
Fitnesstraining / Ausdauersport (z. B. Krafttraining, Laufen, rasches Gehen, Schwimmen) .....	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	G78

20

Hat Sie die Reha dazu angeregt, **etwas Neues** zu beginnen oder eine bisherige Aktivität fortzusetzen, um Ihre Gesundheit zu bessern oder zu erhalten? (**Fortsetzung**)

**WICHTIG:**

Bitte geben Sie in jeder Zeile an, ob es zutrifft oder nicht!  
Vergessen Sie bitte keine Antwort!

Krankengymnastik einzeln oder in der Gruppe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G79
	nein	ja	
Programme zur intensiven Nachsorge (z. B. IRENA, T-RENA, Psy-RENA, Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen, Tele-Reha-Nachsorge) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G80
	nein	ja	
Veränderung meiner Lebensgewohnheiten (z. B. gesünder essen, mehr bewegen, weniger rauchen und trinken) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G81
	nein	ja	
	1	2	

## V. Ereignisse zwischen dem Ende der Reha – und Heute

21

**Gab es seit dem Ende der Reha einschneidende Ereignisse, die Sie aus dem Gleichgewicht gebracht haben?**

Denken Sie z. B. an Unfälle, Erkrankungen, Familienprobleme, Umzüge, berufliche Veränderungen, Arbeitslosigkeit oder Rechtsstreitigkeiten.

Solche Ereignisse können die Gesundheit nach der Reha negativ beeinflussen. Daher wird hier die Häufigkeit solcher Ereignisse erfragt.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G82
nein, kein Ereignis	ja, ein Ereignis	ja, zwei Ereignisse	ja, drei Ereignisse	mehr als drei Ereignisse	
0	1	2	3	4	

## VI. Fragen zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden – Heute

22

In **Frage 1** haben wir Sie nach Ihren Beschwerden vor der Reha gefragt: Wie sehr hat sich durch die Reha Ihre Gesundheit bis heute im Vergleich zu der Zeit vor der Reha verändert?

Erschöpfung, Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G83
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	gleich ge- blieben	etwas ver- bessert	stark ver- bessert	
Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G84
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	gleich ge- blieben	etwas ver- bessert	stark ver- bessert	
Angst, Nervosität, Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G85
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	gleich ge- blieben	etwas ver- bessert	stark ver- bessert	
Unkonzentriertheit, Vergesslichkeit, Gedächtnisprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G86
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	gleich ge- blieben	etwas ver- bessert	stark ver- bessert	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G87
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	gleich ge- blieben	etwas ver- bessert	stark ver- bessert	
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G88
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	gleich ge- blieben	etwas ver- bessert	stark ver- bessert	
	0	1	2	3	4	5	

## Fragen zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden – Heute (Fortsetzung)

In **Frage 1** haben wir Sie nach Ihren Beschwerden vor der Reha oder vor dem Aufenthalt im Krankenhaus gefragt: Wie sehr hat sich durch die Reha Ihre Gesundheit bis heute im Vergleich zu der Zeit vor der Reha verändert?

Beschwerden im Bereich der Atmungsorgane, z. B. Husten, Atemnot, Auswurf, Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G89
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Beschwerden im Bereich von Herz, Kreislauf und Blutgefäßen, z. B. Brustschmerzen, Herzrasen, Schwindel, Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G90
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Beschwerden im Bereich der Verdauungsorgane, z. B. Sodbrennen, Übelkeit, Krämpfe, Blähungen, Verstopfung, Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G91
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Beschwerden im Bereich der Sexualität, z. B. Lustlosigkeit, Impotenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G92
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Beschwerden im Bereich des Rückens, der Muskeln oder der Gelenke, z. B. Einschränkungen der Beweglichkeit, Verspannungen, Hexenschuss, Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G93
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Neurologische Beschwerden, z. B. Kopfschmerzen, Koordinations-, Empfindungs-, Wortfindungs-, Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G94
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	

0

1

2

3

4

5

**23****Fragen zu Ihren gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag – Heute:  
In welcher Weise hat sich...**

...Ihr Gesundheitszustand insgesamt durch die Reha geändert? ..

stark verschlechtert

etwas verschlechtert

gleich geblieben

etwas verbessert

stark verbessert

G95

...Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag und in der Freizeit durch die Reha geändert?.....

stark verschlechtert

etwas verschlechtert

gleich geblieben

etwas verbessert

stark verbessert

G96

1

2

3

4

5

**24****Erfolg der Reha**

Wie beurteilen Sie den Erfolg der Reha-Behandlung insgesamt?.....

schlecht

mittelmäßig

gut

sehr gut

ausgezeichnet

G97

1

2

3

4

5

**VII. Erwerbstätigkeit****25**Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation am ehesten zu?  
**WICHTIG:** Kreuzen Sie bitte jeweils nur ein Kästchen an!

G98

**Ich bin zur Zeit ...**

1

 berufstätig

2

 arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld (auch ALG bzw. ehem. ALG I genannt)

3

 arbeitslos mit Bezug von Bürgergeld (ehem. auch ALG II bzw. Hartz IV genannt)

4

 Hausfrau, Hausmann oder nicht erwerbstätig → Bitte machen Sie mit **Frage 27** weiter.

5

 Rentner(in), Pensionär(in), im Vorruhestand → Bitte machen Sie mit **Frage 27** weiter.

6

 Schüler (z.B. Meisterschule u. a.) → Bitte machen Sie mit **Frage 27** weiter.

# VIII. Erwerbsfähigkeit, Leistungsvermögen, Rente

**26**

Bitte beantworten Sie die gesamte **Frage 26** nur, wenn Sie **berufstätig** sind oder **arbeitslos** gemeldet sind! Ansonsten gehen Sie bitte zu Frage 27!

(Bitte nur ein Kästchen pro Zeile ankreuzen!)

## Berufstätigkeit

Bis zum Beginn der Reha war ich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G99
	voll berufstätig	teilzeit- beschäftigt	arbeitslos gemeldet	
Ich bin zur Zeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G100
	voll berufstätig	teil- zeit- beschäftigt	arbeitslos gemeldet	
	1	2	3	

## Arbeitsfähigkeit

Ich war unmittelbar vor der Reha .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G101
	arbeitsfähig (nicht krank geschrieben)	arbeitsunfähig (krank geschrieben)	
Ich bin zur Zeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G102
	arbeitsfähig (nicht krank geschrieben)	arbeitsunfähig (krank geschrieben)	
	1	2	

## Krankschreibungen

Wie lange waren Sie seit Ende der Reha bis heute durch einen Arzt krankgeschrieben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G103
	gar nicht	etwa 1 Woche	etwa 2 Wochen	etwa 3 Wochen	etwa 4 Wochen	etwa 5 bis 6 Wo- chen	mehr als 6 Wochen	
	0	1	2	3	4	5	6	

## Leistungsfähigkeit

Wie würden Sie Ihre be- rufliche Leistungsfähig- keit unmittelbar vor der Reha beschreiben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G104
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
Wie würden Sie Ihre be- rufliche Leistungsfähig- keit zur Zeit beschrei- ben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G105
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	



**26**

Bitte beantworten Sie die gesamte **Frage 26** nur, wenn Sie **berufstätig** sind oder **arbeitslos** gemeldet sind! Ansonsten gehen Sie bitte zu Frage 27! (Fortsetzung)

### Leistungsfähigkeit – Fortsetzung

In welcher Weise hat sich Ihre berufliche Leistungsfähigkeit durch die Reha geändert?

stark verschlechtert

etwas verschlechtert

gleich geblieben

etwas verbessert

stark verbessert

G106

Haben Sie für die Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit in der Reha-Einrichtung nützliche Verhaltensempfehlungen erhalten?

nein

eher nein

teils ja, teils nein

eher ja

ja

G107

Wenn Sie an Ihren heutigen Gesundheitszustand und an Ihre heutige Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?

auf jeden Fall

eher ja

unsicher

eher nein

auf keinen Fall

G108

1

2

3

4

5

### Rente

Glauben Sie, dass durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet ist?

Nein

Ja

G109

Überlegen Sie zur Zeit, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?

Nein

Ja

G110

Hatten Sie bereits vor dieser letzten Reha einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) gestellt?

Nein

Ja

G111

1

2

## IX. Gesamtbewertung: Zufriedenheit mit der Reha

**27**

Wie würden Sie Ihre Reha-Maßnahme insgesamt bewerten?

sehr schlecht

schlecht

teils, teils

gut

sehr gut

G112

1

2

3

4

5

## XI. Angaben zu Ihrer Person

28

### Partnerschaft / Ehe

Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

nein

ja

G113

1

2

## XII. Verständnis des Fragebogens

29

### Fragebogen-Verständlichkeit

Ist Deutsch Ihre Muttersprache? .....

nein

ja

G114

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen  
des Fragebogens geholfen? .....

nein

ja

G115

1

2

**Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.**

**Sehen Sie jetzt bitte den Fragebogen nochmals durch und  
prüfen Sie, ob Sie auch *jede Frage beantwortet* haben.**

**Stecken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in den  
von uns bereits frankierten und adressierten *Rückumschlag*.**