

Rehabilitandenbefragung

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



Fragebogen zur Beurteilung Ihrer Reha

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 Reha

1

Denken Sie an Ihre Gesundheit **vor der Reha**. Wie stark waren Sie im Alltag durch die folgenden Beschwerden in Beruf und/oder Haushalt beeinträchtigt? Wenn Sie sich in einer Anschlussheilbehandlung (AHB) befanden, denken Sie bitte an die Zeit **vor dem Aufenthalt im Krankenhaus**.

WICHTIG:

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

Mögliche Beschwerden vor der Reha oder vor dem Aufenthalt im Krankenhaus:

Bei mir traten Erschöpfung oder Müdigkeit auf ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S1
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Niedergeschlagenheit oder Angst auf ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S2
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Nervosität oder Unruhe auf ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S3
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Unaufmerksamkeit, Unkonzentriertheit oder Vergesslichkeit auf ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S4
	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"/>	S5
	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"/>	S6
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
	1	2	3	4	5	

1

Weitere Beschwerden vor der Reha oder vor dem Aufenthalt im Krankenhaus:

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"/>	S7
	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"/>	S8
	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"/>	S9
	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"/>	S10
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Bei mir traten Beschwerden im Bereich des Rückens, der Muskeln oder der Gelenke auf, z.B. Verspannungen, Hexenschuss, Krämpfe ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S11
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
	1	2	3	4	5	

2

Wenn Sie an Ihre Gesundheit bzw. Ihre Leistungsfähigkeit vor der Reha oder vor dem Aufenthalt im Krankenhaus 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"/>	S12
	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"/>	S13
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
	1	2	3	4	5	

II. Fragen zu Ihrem Aufenthalt in der Reha-Klinik

Ärztliche Betreuung während der Reha

3

Ärztliche Betreuung

Die Ärztin oder der Arzt in der Reha-Klinik war einfühlsam und verständnisvoll.

nein

eher nein

teils ja,
teils nein

eher ja

ja

S14

Die Ärztin oder der Arzt in der Reha-Klinik hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.

nein

eher nein

teils ja,
teils nein

eher ja

ja

S15

Ich denke, die Ärztin oder der Arzt in der Reha-Klinik hat für mich die richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.

nein

eher nein

teils ja,
teils nein

eher ja

ja

S16

1

2

3

4

5

Psychologische Betreuung während der Reha

4

Hatten Sie mit Psychologen ein oder mehrere Einzelgespräche?

Ja

2

Nein

1

S17

Bitte die folgenden drei Fragen beantworten!

Bitte weiter zu Frage 5 gehen!

Die Psychologin oder der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll

nein

eher nein

teils ja,
teils nein

eher ja

ja

S18

Ich habe für mich die richtige Art von Gespräch(en) erhalten

nein

eher nein

teils ja,
teils nein

eher ja

ja

S19

Die Psychologin oder der Psychologe hat mir wichtige Zusammenhänge verständlich erklärt

nein

eher nein

teils ja,
teils nein

eher ja

ja

S20

1

2

3

4

5

Pflegerische Betreuung während der Reha

5

Betreuung durch Krankenschwestern oder Krankenpfleger

Es war immer eine Krankenschwester oder ein Krankenpfleger da, wenn ich sie oder ihn gebraucht habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S21
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Die Krankenschwestern oder Krankenpfleger waren einfühlsam und verständnisvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S22
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Die Krankenschwestern oder Krankenpfleger haben mich gut und verständlich informiert und angeleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S23
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

Qualität der Angebote der Reha-Klinik

6

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

Für meine Beschwerden hatte die Reha-Klinik die richtigen Betreuungen, Behandlungen und Beratungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S24
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

Umfang der Angebote der Reha-Klinik

7

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

Die Betreuung und meine Behandlungen in der Reha-Klinik waren mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S25
	viel zu wenig	zu wenig	genau richtig	zu viel	viel zu viel	
	1	2	3	4	5	

Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining während der Reha

8

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

Zu den Themen Ernährung, (Über-)Gewicht und Gewichtsabnahme?

Nein, nicht teilgenommen
 Ja, und sie waren →
 sehr schlecht
 schlecht
 teils, teils
 gut
 sehr gut
 S26/S27

Zu den Themen Stress und Stressabbau?

Nein, nicht teilgenommen
 Ja, und sie waren →
 sehr schlecht
 schlecht
 teils, teils
 gut
 sehr gut
 S28/S29

Zu den Themen Schmerz und Schmerzbewältigung?

Nein, nicht teilgenommen
 Ja, und sie waren →
 sehr schlecht
 schlecht
 teils, teils
 gut
 sehr gut
 S30/S31

Zu den Themen Bewegung, Bewegungsmangel, Sport und Herz-Kreislauf-System?

Nein, nicht teilgenommen
 Ja, und sie waren →
 sehr schlecht
 schlecht
 teils, teils
 gut
 sehr gut
 S32/S33

Zu krankheitsbezogenen Themen, wie z. B. Rheuma, Diabetes, Asthma, Rückenproblemen etc.?

Nein, nicht teilgenommen
 Ja, und sie waren →
 sehr schlecht
 schlecht
 teils, teils
 gut
 sehr gut
 S34/S35

Zu Alltagsdrogen, wie z.B. Nikotin, Alkohol, anderen Drogen?

Nein, nicht teilgenommen
 Ja, und sie waren →
 sehr schlecht
 schlecht
 teils, teils
 gut
 sehr gut
 S36/S37

1

2

1

2

3

4

5

Behandlungen während der Reha

9

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"/>	S38/S39
Nein, nicht erhalten	Ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	

Sport- und Bewegungstherapie
(z. B. Ergometertraining auf dem Fahrrad, 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"/>	S40/S41
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"/>	S42/S43
Nein, nicht erhalten	Ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	

Ergotherapie
(z. B. Erprobung von Tätigkeiten und Fertigkeiten des Alltags, Erlernen des Umgangs mit Hilfsmitteln, wie z. B. Greifhilfen, Gehhilfen, Prothesen):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S44/S45
Nein, nicht erhalten	Ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	

Beschäftigungstherapie, Gestaltungstherapie oder Freizeittherapie
(z. B. handwerklich-gestalterische Arbeiten, Werken, künstlerisch-kreative Tätigkeiten):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S46/S47
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"/>	S48/S49
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

10

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

Erhielten Sie in der Reha-Klinik 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
 S50/S51

Haben Sie in der Reha-Klinik ausprobiert, welchen Aufgaben und Belastungen bei der Arbeit Sie noch gewachsen sind?

(z. B. berufliche Belastungserprobung, Leistungstests, Probearbeit)

Nein, nicht erhalten
 Ja, und es war →
 sehr schlecht
 schlecht
 teils, teils
 gut
 sehr gut
 S52/S53

Erhielten Sie in der Reha-Klinik Beratung und Hilfe 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
 S54/S55

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

(z. B. Adressen- und Kontaktvermittlung, Kontaktaufnahme mit Ärzten oder Diensten am Wohnort)

Nein, nicht erhalten
 Ja, und sie waren →
 sehr schlecht
 schlecht
 teils, teils
 gut
 sehr gut
 S56/S57

1

2

1

2

3

4

5

Rehaplan und Rehaziele

11

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.....

nein
 eher nein
 teils ja, teils nein
 eher ja
 ja

S58

Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mit mir besprochen, durch welche Behandlungen meine Reha-Ziele am besten zu erreichen sind.....

nein
 eher nein
 teils ja, teils nein
 eher ja
 ja

S59

Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mich dazu angeregt, mich mit den Folgen meiner Krankheit für mein privates und berufliches Leben zu beschäftigen.....

nein
 eher nein
 teils ja, teils nein
 eher ja
 ja

S60

Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mir gezeigt, wie ich mit den Folgen meiner Krankheit für mein privates und berufliches Leben besser umgehen kann.....

nein
 eher nein
 teils ja, teils nein
 eher ja
 ja

S61

Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mich auf mögliche seelische Probleme im Zusammenhang mit meiner Krankheit und deren Behandlung angesprochen.....

nein
 eher nein
 teils ja, teils nein
 eher ja
 ja

S62

1 2 3 4 5

Therapieablauf während der Reha

12
Bitte geben Sie an:

Wann fand die ausführliche ärztliche Aufnahmeuntersuchung statt?	<input type="checkbox"/> am Aufnahmetag	<input type="checkbox"/> am 2. Tag	<input type="checkbox"/> am 3. Tag	<input type="checkbox"/> am 4. Tag	<input type="checkbox"/> nach dem 4. Tag	S63
Wann begannen Ihre Behandlungen?	<input type="checkbox"/> am Aufnahmetag	<input type="checkbox"/> am 2. Tag	<input type="checkbox"/> am 3. Tag	<input type="checkbox"/> am 4. Tag	<input type="checkbox"/> nach dem 4. Tag	S64
Wie häufig fielen während Ihrer gesamten Reha Behandlungen aus?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> 1-mal	<input type="checkbox"/> 2-mal	<input type="checkbox"/> 3-mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3-mal	S65
Wie häufig wechselten die Ärztin oder der Arzt, die Sie hauptsächlich während Ihrer Reha betreuten?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> 1-mal	<input type="checkbox"/> 2-mal	<input type="checkbox"/> 3-mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3-mal	S66
Wie häufig wechselten während Ihrer gesamten Reha bei einer Therapie der betreffende Therapeut oder die betreffende Therapeutin?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> 1-mal	<input type="checkbox"/> 2-mal	<input type="checkbox"/> 3-mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3-mal	S67
	1	2	3	4	5	

Klinik und Unterbringung während der Reha

13
Bitte bewerten Sie:

Das Essen und die Ernährung in der Reha-Klinik waren	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> teils, teils	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut	S68
Die Organisation in der Reha-Klinik (z.B. Therapieablauf, Informationen) war	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> teils, teils	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut	S69
	1	2	3	4	5	

III. Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha

14

Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen:

Ich wurde in der Reha-Klinik insgesamt gut auf die Zeit nach der Reha vorbereitet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> teils ja, teils nein	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> ja	S70
Ich habe für den häuslichen und den Freizeitbereich nützliche Verhaltensempfehlungen in der Reha-Klinik erhalten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> teils ja, teils nein	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> ja	S71
	1	2	3	4	5	

15

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Hat sich die Reha-Klinik 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	S72
Hat sich die Reha-Klinik mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt am Wohnort 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	S73
	1	2	3	4	

IV. Nach der Reha

16

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

WICHTIG: Sie können mehrere Aktivitäten ankreuzen.

Umstellung meiner Ernährung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	S74
Reha-Sport (z. B. Herzgruppe, Rheumafunktionstraining)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	S75
Selbsthilfegruppe oder Gesprächsgruppe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	S76
	1	2	

16

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: Sie können mehrere Aktivitäten ankreuzen.

Gesundheits-Kurs (z. B. Herzgruppe, Rheumafunktionstraining, Asthmasportgruppe, Rückenschule, Diabetesschulung, Schmerzbewältigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S77
	nein	ja	
Entspannungsübungen (z. B. autogenes Training)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S78
	nein	ja	
Ausdauersport (z. B. Laufen, rasches Gehen, Schwimmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S79
	nein	ja	
Krankengymnastik einzeln oder in der Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S80
	nein	ja	
Programme zur intensiven Nachsorge (z. B. IRENA, T-RENA, Psy-RENA, Nachsorge bei Abhängigkeits- erkrankungen, Tele-Reha-Nachsorge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S81
	nein	ja	
Veränderung meiner Lebensgewohnheiten (z. B. gesünder essen, mehr bewegen, weniger rauchen und trinken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S82
	nein	ja	
	1	2	

V. Ereignisse zwischen dem Ende der Reha und heute

17

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"/>	S83
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

18

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?

Wenn Sie sich in einer Anschlussheilbehandlung (AHB) befanden, vergleichen Sie Ihre Gesundheit heute mit Ihrer Gesundheit vor dem Aufenthalt im Krankenhaus.

Erschöpfung, Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S84
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	gleich ge- blieben	etwas ver- bessert	stark ver- bessert	
Niedergeschlagenheit, Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S85
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	gleich ge- blieben	etwas ver- bessert	stark ver- bessert	
Nervosität, Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S86
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	gleich ge- blieben	etwas ver- bessert	stark ver- bessert	
Unaufmerksamkeit, Unkonzentriertheit, Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S87
	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"/>	S88
	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"/>	S89
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas ver- schlechtert	gleich ge- blieben	etwas ver- bessert	stark ver- bessert	
	0	1	2	3	4	5	

18

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"/>	S90
	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"/>	S91
	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"/>	S92
	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"/>	S93
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Beschwerden im Bereich des Rückens, der Muskeln oder der Gelenke z. B. Verspannungen, Hexenschuss, Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S94
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
	0	1	2	3	4	5	

19

Fragen zu Ihren gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag heute: In welcher Weise hat sich...

... Ihr Gesundheitszustand insgesamt durch die Reha geändert? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S95
	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
... Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag und in der Freizeit durch die Reha geändert? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S96
	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
	1	2	3	4	5	

20

Erfolg der Reha

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

 schlecht

 mittelmäßig

 gut

 sehr gut

 ausgezeichnet

S97

1

2

3

4

5

VII. Erwerbstätigkeit

21

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

S98

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 23** weiter.

5 Rentner(in), Pensionär(in), im Vorruhestand → Bitte machen Sie mit **Frage 23** weiter.

VIII. Erwerbsfähigkeit, Leistungsvermögen, Rente

22

Bitte beantworten Sie die gesamte **Frage 22** nur, wenn Sie **berufstätig** sind oder **arbeitslos** gemeldet sind! Ansonsten gehen Sie bitte zu Frage 23!

(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!)

Berufstätigkeit

Bis zum Beginn der Reha oder des Krankenhausaufenthaltes war ich

 voll
berufstätig

 teilzeit-
beschäftigt

 arbeitslos
gemeldet

S99

Ich bin zur Zeit

 voll
berufstätig

 teilzeit-
beschäftigt

 arbeitslos
gemeldet

S100

1

2

3

22 Bitte beantworten Sie die gesamte **Frage 22** nur, wenn Sie **berufstätig** sind oder **arbeitslos** gemeldet sind! Ansonsten gehen Sie bitte zu Frage 23! (**Fortsetzung**)

Arbeitsfähigkeit

Ich war unmittelbar vor der Reha oder vor dem Krankenhausaufenthalt

arbeitsfähig
(nicht krank geschrieben)

arbeitsunfähig
(krank geschrieben)

S101

Ich bin zur Zeit

arbeitsfähig
(nicht krank geschrieben)

arbeitsunfähig
(krank geschrieben)

S102

1

2

Krankschreibungen

Wie lange waren Sie seit Ende der Reha bis heute durch einen Arzt krankgeschrieben? ...

gar nicht

etwa
1 Woche

etwa
2 Wochen

etwa
3 Wochen

etwa
4 Wochen

etwa
5 bis 6
Wochen

mehr als
6 Wochen

S103

0

1

2

3

4

5

6

Leistungsfähigkeit

Wie würden Sie Ihre berufliche Leistungsfähigkeit unmittelbar vor der Reha oder dem Krankenhausaufenthalt beschreiben? ...

sehr schlecht

schlecht

teils, teils

gut

sehr gut

S104

Wie würden Sie Ihre berufliche Leistungsfähigkeit zur Zeit beschreiben? ...

sehr schlecht

schlecht

teils, teils

gut

sehr gut

S105

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

stark verschlechtert

etwas verschlechtert

gleich geblieben

etwas verbessert

stark verbessert

S106

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

nein

eher nein

teils ja,
teils nein

eher ja

ja

S107

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

S108

1

2

3

4

5

22

Bitte beantworten Sie die gesamte **Frage 22** nur, wenn Sie **berufstätig** sind oder **arbeitslos gemeldet sind!** Ansonsten gehen Sie bitte zu **Frage 23!** (Fortsetzung)

Rente

Glauben Sie, dass durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet ist? Nein Ja S109

Überlegen Sie zur Zeit, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen? Nein Ja S110

Hatten Sie bereits vor dieser letzten Reha einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) gestellt? Nein Ja S111

1

2

IX. Gesamtbewertung: Zufriedenheit mit der Reha**23**

Wie würden Sie Ihre Reha-Maßnahme insgesamt bewerten?

sehr schlecht schlecht teils, teils gut sehr gut S112

1

2

3

4

5

X. Angaben zu Ihrer Person**24**

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erworben?

ohne Schulabschluss Hauptschulabschluss Mittlere Reife Fachabitur Abitur anderes S113

1

2

3

4

5

6

Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

nein ja S114

1

2

XI. Verständnis des Fragebogens

25

Fragebogen-Verständlichkeit

Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

nein

ja

S115

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen
des Fragebogens geholfen?

nein

ja

S116

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.