

Rehabilitandenbefragung

- **Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation**
- **Psychosomatische Indikationen und
Abhängigkeitserkrankungen**
- **Stationäre Rehabilitation**



Fragebogen zur Beurteilung Ihrer Rehabilitation

Dieser Fragebogen dient zur Beurteilung Ihrer letzten Rehabilitation. 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 Rehabilitation

1

Denken Sie an Ihre Gesundheit und an Ihre Beschwerden, Gefühle, oder Schwierigkeiten **vor der Reha**. Wie stark waren Sie im Alltag, Beruf und/oder Haushalt dadurch beeinträchtigt?

WICHTIG:

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

Mögliche Beschwerden, Gefühle oder Ängste vor der Reha:

Ich war erschöpft oder müde ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich war niedergeschlagen oder ängstlich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich war nervös oder unruhig ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich hatte das Gefühl, angespannt oder aufgeregt zu sein ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P4
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich war in Gefühlsdingen verletzlich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P5
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich hatte ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit gegenüber der Zukunft ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P6
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich hatte Schwierigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P7
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich hatte Schwierigkeiten, Bekanntschaften oder Freundschaften aufrechtzuerhalten ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P8
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
	1	2	3	4	5	

2**Nikotin-Konsum vor der Reha**

Ich war Raucher ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P9
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
	1	2	3	4	5	

3**Wenn Sie an Ihre Gesundheit bzw. Ihre Leistungsfähigkeit vor der 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"/>	P10
	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"/>	P11
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
	1	2	3	4	5	

II. Fragen zu Ihrem Aufenthalt in der Reha-Klinik

Beginn der Reha

4**Bitte geben Sie an:**

Wann fand die ausführliche ärztliche Aufnahmeuntersuchung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P12
	am Aufnahmetag	am 2. Tag	am 3. Tag	am 4. Tag	nach dem 4. Tag	
Wann begannen Ihre Behandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P13
	am Aufnahmetag	am 2. Tag	am 3. Tag	am 4. Tag	nach dem 4. Tag	
	1	2	3	4	5	

Ärztliche Betreuung während der Reha

5

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

P14

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

P15

1

2

3

4

5

Psychotherapeutische Betreuung während der Reha

6

Psychotherapeutische Betreuung

Die psychotherapeutischen Gespräche haben mir geholfen ...

nein

eher
nein

teils ja,
teils
nein

eher ja

ja

P16

Ich hatte in der Psychotherapie die Gelegenheit, die für mich persönlich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten ...

nein

eher
nein

teils ja,
teils
nein

eher ja

ja

P17

1

2

3

4

5

Pflegerische Betreuung während der Reha

7

Betreuung durch Pflegekräfte

Es war immer eine Krankenschwester oder ein Krankenpfleger da, wenn ich sie oder ihn gebraucht habe ...

nein

eher nein

teils ja,
teils nein

eher ja

ja

P18

Die Krankenschwestern oder Krankenpfleger haben mich gut und verständlich informiert und angeleitet ...

nein

eher nein

teils ja,
teils nein

eher ja

ja

P19

1

2

3

4

5

Qualität der Angebote der Reha-Klinik

8

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.

nein

eher nein

teils ja,
teils nein

eher ja

ja

P20

1

2

3

4

5

Umfang der Angebote der Reha-Klinik

9

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

viel zu wenig

zu wenig

genau richtig

zu viel

viel zu viel

P21

1

2

3

4

5

Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining während der Reha

10

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

Zu den Themen Krankheitsinformation und -behandlung, wie z.B. Depressivität, Angststörung?

nein, nicht
teilgenommen

ja,
und sie waren →

sehr
schlecht

schlecht

teils, teils

gut

sehr
gut

P22/P23

Zu den Themen Suchtmittelmissbrauch, Suchtinformation und Abhängigkeit (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen)?

nein, nicht
teilgenommen

ja,
und sie waren →

sehr
schlecht

schlecht

teils, teils

gut

sehr
gut

P24/P25

1

2

1

2

3

4

5

Zu den Themen Ernährung und Gewicht (Über- und Untergewicht)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht teilgenommen	ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P26/P27

Zu den Themen Stress und Stressabbau?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht teilgenommen	ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P28/P29

Zu den Themen Schmerz und Schmerzbewältigung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht teilgenommen	ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P30/P31

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht teilgenommen	ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P32/P33

1

2

1

2

3

4

5

Behandlungen während der Reha

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

Psychotherapie einzeln

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P34/P35

1

2

1

2

3

4

5

Behandlungen während der Reha (Fortsetzung)

Psychotherapie in der Gruppe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P36/P37

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"/>	
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P38/P39

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"/>	
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P40/P41

Physikalische Anwendungen

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht erhalten	ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P42/P43

Ergotherapie

(z. B. Erprobung von Tätigkeiten und Fertigkeiten des Alltags):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P44/P45

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P46/P47

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"/>	
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P48/P49

1

2

1

2

3

4

5

Beratungen während der Reha

12**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)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht erhalten	ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P50/P51

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

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht erhalten	ja, und es war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P52/P53

Erhielten Sie in der Reha-Klinik Beratung und Hilfe in sozialen und rechtlichen Dingen?

(z. B. Hinweise auf Ihnen zustehende Geldleistungen, Rentenfragen, Hilfestellung bei Schuldenproblemen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein, nicht erhalten	ja, und es war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	P54/P55

1

2

1

2

3

4

5

Rehaplan und Rehaziele**13****Abstimmung mit Ärzten und Therapeuten über die Ausgestaltung der Reha-Maßnahme**

Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben am Anfang die Ziele meiner Reha mit mir abgesprochen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	P56

1

2

3

4

5

13

Rehaplan und Rehaziele (Fortsetzung)

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja

P57

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja

P58

Die Fortschritte bei der Erreichung meiner Reha-Ziele wurden im Verlauf der Behandlung mit mir besprochen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja

P59

1 2 3 4 5

Therapieablauf während der Reha

14

Bitte geben Sie an:

Wie häufig fielen während Ihrer gesamten Reha Behandlungen aus?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	1-mal	2-mal	3-mal	mehr als 3-mal

P60

Wie häufig wechselte während der gesamten Reha Ihre Bezugstherapeutin oder Ihr Bezugstherapeut?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	1-mal	2-mal	3-mal	mehr als 3-mal

P61

1 2 3 4 5

Verpflegung und Organisation während der Reha:

15

Bitte bewerten Sie:

Das Essen und die Ernährung in der Reha-Klinik waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P62
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
Die Organisation in der Reha-Klinik (z.B. Therapieablauf, Informationen) war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P63
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
	1	2	3	4	5	

III. Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha

16

Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen:

Ich wurde in der Reha-Klinik insgesamt gut auf die Zeit nach der Reha vorbereitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P64
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Ich habe für den häuslichen und den Freizeitbereich nützliche Verhaltensempfehlungen in der Reha-Klinik erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P65
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Ich bin während der Reha ausreichend darüber informiert worden, an welchen weiterführenden Angeboten ich nach Ende der Reha teilnehmen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P66
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Hat sich die Reha-Klinik mit Ihren Angehörigen in Verbindung gesetzt?	<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	P67
Hat die Reha-Klinik für Sie eine intensive Nachsorge z.B. IRENA, T-RENA, Psy-RENA, Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen, Tele-Reha-Nachsorge) in die Wege geleitet?	<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	P68
Hat die Reha-Klinik Ihnen dabei geholfen, dass Sie nach der Reha bei einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin – erstmals oder weiterhin – Gespräche erhalten?	<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	P69
	1	2	3	4	

IV. Nach der Reha

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 setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

Kontakt zu einer Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	P70
Selbsthilfegruppe, Gesprächsgruppe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	P71
Programm zur intensiven Nachsorge (z. B. IRENA, T-RENA, Psy-RENA, Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen, Tele-Reha-Nachsorge)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	P72
Gespräche bei einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	P73
Umstellung meiner Ernährung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	P74
Fitnessstraining/Ausdauersport (z. B. Laufen, rasches Gehen, Schwimmen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	P75
Entspannungsübungen (z. B. autogenes Training)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	P76
	1	2	

V. Ereignisse zwischen dem Ende der Reha und heute

19

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"/>	
nein, kein Ereignis	ja, ein Ereignis	ja, zwei Ereignisse	ja, drei Ereignisse	mehr als drei Ereignisse	P77
0	1	2	3	4	

VI. Fragen zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden – heute

20

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"/>	P78
	nicht gehabt	stark verschlech- tert	etwas verschlech- tert	gleich ge- blieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Niederge- schlagenheit, Angst ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P79
	nicht gehabt	stark verschlech- tert	etwas verschlech- tert	gleich ge- blieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Nervosität, Unruhe ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P80
	nicht gehabt	stark verschlech- tert	etwas verschlech- tert	gleich ge- blieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Angespanntheit oder Aufgeregt- heit ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P81
	nicht gehabt	stark verschlech- tert	etwas verschlech- tert	gleich ge- blieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Verletzbarkeit/ Verletzlichkeit ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P82
	nicht gehabt	stark verschlech- tert	etwas verschlech- tert	gleich ge- blieben	etwas verbessert	stark verbessert	
	0	1	2	3	4	5	

Hoffnungslosigkeit ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P83
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Schwierigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P84
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Schwierigkeiten, Bekanntschaften oder Freundschaften aufrechtzuerhalten ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P85
	nicht gehabt	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
	0	1	2	3	4	5	

Nikotin-Konsum – heute

In Frage 2 haben wir Sie nach Ihrem Nikotin-Konsum vor der Reha gefragt: Wie sehr hat sich durch die Reha Ihr Nikotin-Konsum heute im Vergleich zu der Zeit vor der Reha verändert?

Häufigkeit des Rauchens ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P86
	nie/nicht geraucht	erhöht	gleich geblieben	etwas reduziert	stark reduziert	aufgehört	
	0	1	2	3	4	5	

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"/>	<input type="checkbox"/>	P87
	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"/>	<input type="checkbox"/>	P88
	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert		
	1	2	3	4	5		

23**Erfolg der Reha**

Wie beurteilen Sie den Erfolg der Reha-Behandlung insgesamt?

schlecht

mittel-
mäßig

gut

sehr gut

ausge-
zeichnet

P89

1

2

3

4

5

Die beiden folgenden Fragen richten sich nur an Patientinnen und Patienten, die in Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen behandelt worden sind.

(Die anderen Patientinnen und Patienten fahren bitte mit Frage Nr. 26 fort!)

24
**Umgang mit Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente, Drogen
Glücksspiel, Computer-/Internetgebrauch) seit dem Ende der Rehabilitation**

Wie beschreiben Sie selbst in den vergangenen 4 Wochen Ihren Umgang mit Suchtmitteln?

kein Konsum
mehr

nur gelegent-
licher Konsum

täglicher/fast
täglicher Kon-
sum

täglich mehr-
maliger Kon-
sum

P90

1

2

3

4

25
**Langfristiger Umgang mit Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente, Drogen
Glücksspiel, Computer-/Internetgebrauch)**

Sehen Sie sich dazu in der Lage, langfristig abstinent zu bleiben?

auf keinen
Fall

vermutlich
nicht

weiß nicht

vermutlich

sehr wahr-
scheinlich

P91

1

2

3

4

5

VII. Erwerbstätigkeit

26

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

P92

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 28** weiter.

5 Rentner(in), Pensionär(in), im Vorruhestand → Bitte machen Sie mit **Frage 28** weiter.

VIII. Erwerbsfähigkeit, Leistungsvermögen, Rente

27

Bitte beantworten Sie die gesamte **Frage 27** nur, wenn Sie **berufstätig** sind oder **arbeitslos** gemeldet sind! Ansonsten gehen Sie bitte zu **Frage 28**!

(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!)

Berufstätigkeit

Bis zum Beginn der Reha war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P93
	voll berufstätig	teilzeit- beschäftigt	arbeitslos gemeldet	
Ich bin zur Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P94
	voll berufstätig	teilzeit- beschäftigt	arbeitslos gemeldet	
	1	2	3	

Arbeitsfähigkeit

Ich war unmittelbar vor der Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P95
	arbeitsfähig (nicht krank geschrieben)	arbeitsunfähig (krank geschrieben)	
Ich bin zur Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P96
	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"/>	P97
	gar nicht	etwa 1 Woche	etwa 2 Wochen	etwa 3 Wochen	etwa 4 Wochen	etwa 5 bis 6 Wochen	mehr als 6 Wochen	
	0	1	2	3	4	5	6	

Leistungsfähigkeit

Wie würden Sie Ihre berufliche Leistungsfähigkeit unmittelbar vor der Reha beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P98
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
	1	2	3	4	5	

Bitte beantworten Sie die gesamte **Frage 27** nur, wenn Sie **berufstätig** sind oder **arbeitslos** gemeldet sind! Ansonsten gehen Sie bitte zu **Frage 28!** (**Fortsetzung**)

Leistungsfähigkeit (Fortsetzung)

Wie würden Sie Ihre berufliche Leistungsfähigkeit zurzeit beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P99
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
In welcher Weise hat sich Ihre berufliche Leistungsfähigkeit durch die Reha geändert? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P100
	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
Haben Sie für die Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit in der Reha-Klinik nützliche Verhaltensempfehlungen erhalten? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P101
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Wenn Sie an Ihren heutigen Gesundheitszustand und an Ihre heutige Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P102
	auf jeden Fall	eher ja	unsicher	eher nein	auf keinen Fall	
	1	2	3	4	5	

Rente

Glauben Sie, dass durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P103
	nein	ja	
Überlegen Sie zurzeit, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P104
	nein	ja	
Hatten Sie bereits vor dieser letzten Reha einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P105
	nein	ja	
	1	2	

IX. Gesamtbewertung: Zufriedenheit mit der Reha

28 Wie würden Sie Ihre Reha-Maßnahme insgesamt bewerten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P106
sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
1	2	3	4	5	

X. Angaben zu Ihrer Person

29 Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erworben?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P107
ohne Schulabschluss	Hauptschul- abschluss	Mittlere Reife	Fachabitur	Abitur	anderes	
1	2	3	4	5	6	

Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P108
nein	ja	
1	2	

XI. Verständlichkeit des Fragebogens

30 Fragebogen-Verständlichkeit

Ist Deutsch Ihre Muttersprache? nein ja P109

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen
des Fragebogens geholfen? nein ja P110

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.

**Für die Versendung des Fragebogens verwenden Sie bitte
den beiliegenden, frankierten und adressierten Rückumschlag!**