

# Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

## Patientenbogen für alle somatischen Indikationen

### Fragebogen Gesundheit in Beruf und Alltagsleben

## Nachbefragung



Version: Indikatoren des Reha-Status (IRES-3)  
Stand: 21.09.2017 QS-REHA 3.0

[www.gkv-spitzenverband.de/Rehabilitation.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/Rehabilitation.gkvnet)



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie nun einige Wochen nach dem Ende Ihrer Maßnahme nochmals bitten, eine Reihe von Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Befinden zu beantworten. Einige dieser Fragen mögen Ihnen bereits bekannt vorkommen; wir bitten Sie dennoch um eine nochmalige Beantwortung, da wir an der aktuellen Einschätzung Ihres Befindens und Ihrer Gesundheit interessiert sind.

In dem Fragebogen geht es um Themen, die für Ihre Gesundheit wichtig sein können. Manche der Fragen mögen Ihnen vielleicht nicht zutreffend erscheinen; trotzdem bitten wir Sie, jede Frage zu beantworten. Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten auf Sie zutrifft.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

### Wie wird's gemacht?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen.
- Bitte machen Sie pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen! Entscheiden Sie sich bitte für eine der Antwortmöglichkeiten!
- Wenn Sie Anmerkungen zu den Fragen haben, können Sie diese auf der letzten Seite des Fragebogens notieren.

**Beispiel:**

**Richtig:** ...dass Sie sich zu nichts entschließen können?

**Falsch!:** ...dass Sie sich zu nichts entschließen können?

**Falsch!:** ...dass Sie sich zu nichts entschließen können?

	Meistens	Ziemlich oft	Manch- mal	Selten	Nie
Richtig:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsch!:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsch!:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Ihre Gesundheit

## 1. Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

Sehr stark  Stark  Ziemlich  Etwas  Wenig  Gar nicht

## 2. Wie viel kann man Ihrer Meinung nach tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern?

Sehr viel  Viel  Einiges  Etwas  Wenig  Nichts

## 3. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

Sehr gut  Gut  Zufriedenstellend  Weniger gut  Schlecht  Sehr schlecht

## 4. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. als schädlich für die Gesundheit betrachtet werden.

Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren.

Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?

(Bitte in jede Zeile ein Kreuz!)

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falsche Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stress und Hektik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Stark erhöht	Ziemlich erhöht	Mäßig erhöht	Ein wenig erhöht	Gar nicht erhöht	Weiß nicht
Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter Schmerzen gelitten?**

So gut wie nie



Selten



Manchmal



Ziemlich oft



Meistens



Immer



Weiter mit Frage 10 !

Weiter mit der nächsten Frage!

Frage 6 bis Frage 9 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!

**6. Wo hatten Sie diese Schmerzen?**

**7. Wie stark waren diese Schmerzen?**

Ich hatte keine Schmerzen

Sehr leicht

Leicht

Mäßig

Stark

Sehr stark

**8. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Etwas beeinträchtigt

Ziemlich beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

Sehr stark beeinträchtigt

**9. An wie vielen Tagen in den letzten 7 Tagen hatten Sie starke oder störende Schmerzen?**

An  Tagen in den letzten 7 Tagen

Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!

**10. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:**

Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen ...

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

Stark

Ziemlich

Mäßig

Ein wenig

Gar nicht

... beim Treppensteigen in normalem Schritt ein Stockwerk hoch.






... beim bergan Gehen oder beim schnellen Gehen auf ebener Strecke.






... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke.






... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.

### 11. Wie stark haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?

**Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...**

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim Aufstehen nach längerem Sitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bei längerem Gehen (ca. eine halbe Stunde lang).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 12. Wie häufig haben Sie in den letzten 4 Wochen unter den folgenden Schwierigkeiten gelitten?

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
Ich habe Namen von Personen vergessen, die mir eigentlich bekannt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mich nicht besonders gut konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ab und zu Erledigungen vergessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, komplizierte Dinge nur langsam zu begreifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mir neue Dinge nicht besonders gut einprägen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Familie, Freunde und Bekannte

### 13. Inwieweit machen Sie sich zurzeit über folgende Dinge Sorgen?

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
Wegen meiner Krankheit kann ich mich nicht mehr genügend um meine Familie und meine Freunde kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Gesundheitszustand geht anderen „auf die Nerven“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen meines Gesundheitszustands bleibt mir weniger Zeit für Familie und Bekannte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch meine Krankheit belaste ich die Menschen, die mir nahe stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit in der letzten Zeit folgende Aussagen auf Sie zutrafen:**

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

Trifft voll zu    Trifft weitgehend zu    Trifft ziemlich zu    Trifft kaum zu    Trifft gar nicht zu

Es gibt kaum jemanden, der mir Arbeit abnimmt, wenn ich einmal Hilfe brauche.

              

Über persönliche Dinge kann ich eigentlich mit kaum jemand sprechen.

              

Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.

              

Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen.

              

**Alltägliche Sorgen und Probleme**

**15. Wie häufig fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen ...**

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

Meistens    Ziemlich oft    Manchmal    Selten    Nie

... völlig erschöpft?

              

... lustloser als früher?

              

... unruhig und abgespannt?

              

... wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist?

              

**16. Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie in den letzten 4 Wochen folgende Gefühle hatten:**

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

Meistens    Ziemlich oft    Manchmal    Selten    Nie

Ich war innerlich gespannt und habe mich nervös gefühlt.

              

Ich hatte das Gefühl, dass es mir schwer fällt, mich zu beruhigen.

              

Ich fühlte mich rastlos, musste ständig in Bewegung sein.

              

Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

              

**17. Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen:**

**Wie stark hat Sie Ihr Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben in Beruf oder Haushalt eingeschränkt?**

Sehr stark

Stark

Ziemlich

Etwas

Wenig

Gar nicht

**18. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl...**

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

Meistens    Ziemlich oft    Manchmal    Selten    Nie

... dass Sie sich zu nichts entschließen können?

              

... dass Ihnen nichts mehr Spaß macht?

              

... dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten?

              

... ohne Schwung zu sein?

**19. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie zurzeit folgenden Aussagen zustimmen:**

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

Trifft voll zu    Trifft weitgehend zu    Trifft ziemlich zu    Trifft kaum zu    Trifft gar nicht zu

Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. Wenn Sie an die letzten 4 Wochen denken: Wie schätzen Sie sich selbst ein?**

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

Meistens    Ziemlich oft    Manchmal    Selten    Nie

Ich habe bei manchen Aufgaben versagt und hätte vieles besser machen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir gewünscht, ich hätte mehr Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fand, dass ich mich zu leicht von anderen einschüchtern lasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?**

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

Völlig unzufrieden    Völlig zufrieden

Wie zufrieden waren Sie...							
... mit Ihrer Wohnsituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihrer finanziellen Lage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihrer familiären Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen...**

Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen dann insgesamt mit Ihrem Leben?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Gesundheit und Krankheit im alltäglichen Leben

Die folgenden Fragen nach alltäglichen Tätigkeiten beziehen sich auf Ihre momentane Situation. Bitte beachten Sie jeweils den Zeitraum, der in den einzelnen Fragen angesprochen ist. Falls Sie gerade einen stationären Krankenhausaufenthalt (z.B. wegen einer Operation) hinter sich haben, beziehen Sie die Fragen bitte auf die Zeit davor.

## 22. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

	Un- möglich	Große Schwierig- keiten	Mäßige Schwierig- keiten	Geringe Schwierig- keiten	Ohne Schwierig- keiten
Körperlich schwere Arbeiten verrichten (z.B. schwere Gegenstände heben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich strecken, um ein Buch von einem hohen Regal zu holen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu einer kulturellen Veranstaltung oder einem Fest gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen (z.B. Mineralwasserkasten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine halbe Stunde körperlich arbeiten (wie z.B. Staub saugen, Rasen mähen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt (z.B. Joggen, Skilaufen, Bergwandern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 23. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten gehabt hätten, folgendes zu tun:

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

	Un- möglich	Große Schwierig- keiten	Mäßige Schwierig- keiten	Geringe Schwierig- keiten	Ohne Schwierig- keiten
Eine Tageswanderung machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Minuten lang ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Zugreise unternehmen, die länger als 8 Stunden dauert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zurzeit auf Sie zutreffen.**

(Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!)

Trifft voll zu  Trifft weitgehend zu  Trifft ziemlich zu  Trifft kaum zu  Trifft gar nicht zu

Wenn man sich ein bisschen umstellt, kann man trotz der Krankheit ganz gut im Alltag zurecht kommen.

Ich komme innerlich mit der Krankheit ganz gut zurecht.

Trotz meiner Krankheit kann ich alle Dinge tun, die mir wirklich wichtig sind.

**25. Wie gut sind Sie über Ihre Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten informiert?**

Sehr gut  Gut  Zufriedenstellend  Weniger gut  Schlecht  Sehr schlecht

**26. Ich weiß, wie ich mich verhalten muss, um meine Krankheit positiv zu beeinflussen.**

Stimmt voll und ganz  Stimmt weitgehend  Stimmt ziemlich  Stimmt etwas  Stimmt kaum  Stimmt überhaupt nicht

**27. Ich schaffe es, mein Wissen über die Krankheit in alltägliches Verhalten umzusetzen.**

Stimmt voll und ganz  Stimmt weitgehend  Stimmt ziemlich  Stimmt etwas  Stimmt kaum  Stimmt überhaupt nicht

**28. Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen ( z.B. Herzgruppe, Rheumagruppe o.ä. )?**

Nie  Ein einziges Mal  Ein paar Mal, aber unregelmäßig  Einmal in jedem Monat  In jedem Monat mehrmals  Einmal pro Woche oder öfter

**Angaben zur Person**

**29. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?**

Nein  Beantragt  Ja  → Mit welchem Behinderungsgrad? Bitte hier die Zahl eintragen

**30. Sind Sie erwerbstätig?**

Ja  Nein  (Als erwerbstätig gilt auch, wer einer Nebentätigkeit nachgeht, zur Zeit arbeitsunfähig oder krankgeschrieben ist.)

**31. In welchem Bundesland wohnen Sie?**

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen



**Wir möchten Sie nun abschließend bitten, anhand der folgenden Fragen zu beurteilen, wie zufrieden Sie rückblickend mit Ihrem Aufenthalt in der Reha-Klinik waren.**

### 32. Klinik

**Wie beurteilen Sie ...**

	Sehr schlecht	Schlecht	Weder schlecht noch gut	Gut	Sehr gut
... alles in allem betrachtet die Unterbringung in der Klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Leistungen der Klinikverwaltung (z.B. Empfang, Post, Kasse, Reinigungsdienst, Service)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... das Essen / die Ernährung in der Klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Organisation der Abläufe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 33. Betreuung durch die Pflegekräfte (Schwestern / Pfleger)

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich habe zu wenig pflegerische Betreuung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte wechselten zu häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte hatten zu wenig Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 34. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt 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"/>
Die Ärztin / der Arzt hat die für mich richtigen Therapien veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt nahm sich zu wenig Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 35. Psychologische Betreuung

Von Entspannungstherapien abgesehen – sind Sie von einer Psychologin / einem Psychologen betreut worden?

Nein  →

Bitte weiter mit Frage 36

Ja



Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen:

Trifft überhaupt nicht zu    Trifft eher nicht zu    Trifft teils zu, teils nicht zu    Trifft eher zu    Trifft voll und ganz zu

Ich erhielt zu wenig psychologische Betreuung.

              

Die Psychologin / der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll.

              

Ich erhielt die für mich richtige psychologische Betreuung.

              

### 36. Freizeitmöglichkeiten

Wie beurteilen Sie die Freizeitmöglichkeiten ...

Sehr schlecht    Schlecht    Weder schlecht noch gut    Gut    Sehr gut

... innerhalb des Hauses (z.B. Spiele, Sport, Geselligkeit)? Ich beurteile sie als...

              

... außerhalb des Hauses (z.B. Ausflüge, Spaziergänge, Veranstaltungen)? Ich beurteile sie als...

              

### 37. Schulungen, Vorträge und Beratungen

An welchen der folgenden Schulungen, Vorträge und Beratungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z.B. an einer Lehrküche teilgenommen haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik „teilgenommen“ „ja“ an. Waren die Schulungen **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik „Urteil“ das ganz **linke Kästchen** an; waren die Schulungen **sehr gut**, kreuzen Sie das ganz **rechte Kästchen** an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen. Haben Sie z.B. an keiner Lehrküche teilgenommen, kreuzen Sie unter der Rubrik „teilgenommen“ „nein“ an.)

Teilgenommen?

Falls Ja: Urteil

Sehr schlecht    Sehr gut

Gesundheitsprogramm (z.B. Vorträge)

Nein  Ja  →

Lehrküche

Nein  Ja  →

Schulungen (wie z.B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Blutdruckmessung, Nichtrauchertraining, Stressbewältigung, Schmerzbewältigung)

Nein  Ja  →

Sozial- und Berufsberatung

Nein  Ja  →

## 38. Behandlungen

An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z.B. Massagen erhalten haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik „**teilgenommen**“ „**ja**“ an. War die Behandlung **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik „**Urteil**“ das ganz **linke Kästchen** an; war die Behandlung **sehr gut**, kreuzen Sie das ganz **rechte Kästchen** an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen. Haben Sie z.B. keine Massagen erhalten, kreuzen Sie unter der Rubrik „**teilgenommen**“ „**nein**“ an.)

	Teilgenommen?			Falls Ja: Urteil				
	Nein	Ja	→	Sehr schlecht			Sehr gut	
<b>Krankengymnastik /Physiotherapie einzeln</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Krankengymnastik / Physiotherapie in der Gruppe</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sport- und Bewegungstherapie</b> (z.B. Konditionstraining)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beschäftigungs-, Gestaltungs-, Ergotherapie</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Physikalische Anwendungen</b> (z.B. UV-Therapie, Bestrahlung, Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Massagen</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Entspannungstherapien</b> (z.B. Muskelentspannung, autogenes Training)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ärztliche Behandlungen</b> (z.B. Chirotherapie, Injektionen, Verbände)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeitstherapie / Belastungsprobung</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 39. Ereignisse während der Rehabilitation

### 39.1 Hat Ihr Arzt oder Therapeut Ihnen erklärt, wofür die einzelnen Therapien gut waren?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, alle Therapien wurden erklärt.            | <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte.    |
| <input type="checkbox"/> Ja, aber nur einige Therapien wurden erklärt. | <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte keine Erklärung. |

### 39.2 Hat Ihr behandelnder Arzt oder Therapeut zu Beginn der Behandlung Ihren Therapieplan mit Ihnen besprochen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, ausführlich             | <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte. |
| <input type="checkbox"/> Ja, aber eher oberflächlich | <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht     |

**39.3 Hat Ihr Arzt gefragt, welche Erwartungen Sie an die Rehabilitation hatten?**

- Ja  Nein

**39.4 Hat Ihr Arzt Ziele der Rehabilitation mit Ihnen vereinbart?**

- Ja  Nein

**39.5 Haben Sie alles verstanden was der Arzt Ihnen erklärt hat ?**

- Ja, immer  Ja, manchmal  Mein Arzt hat mir nichts erklärt, obwohl ich mir das gewünscht  
 Ja, meistens  Nein  Ich wollte / brauchte keine Erklärungen.

**39.6 Wie häufig kam es vor, dass bei einer bestimmten Einzeltherapie (z.B. Krankengymnastik oder Ergotherapie) Ihr jeweiliger Therapeut wechselte?**

- Ich hatte immer andere Therapeuten.  Ich hatte immer die gleichen Therapeuten.  
 Ich hatte meistens andere Therapeuten.  Ich hatte keine Einzeltherapie.  
 Ich hatte manchmal andere Therapeuten.

**39.7 Haben Sie alles verstanden, was Ihr jeweiliger Therapeut Ihnen bezüglich Ihrer Behandlung erklärt hat?**

- Ja, immer  Nein  
 Ja, meistens  Mir wurde nichts erklärt.  
 Ja, manchmal  Ich wollte das gar nicht so genau wissen.

**39.8 Wenn Sie Fragen an die Pflegekräfte hatten, konnten Sie jemanden erreichen, der Ihnen geantwortet hat?**

- Ja, immer  Nein  
 Ja, meistens  Ich hatte keine Fragen.  
 Ja, manchmal

**39.9 Kam es manchmal zu zeitlichen Überschneidungen zwischen einzelnen Therapien, Untersuchungen, Visiten oder Vorträgen?**

- Ja, immer  Ja, meistens  Ja, manchmal  Nein

**39.10 Hat Ihr Arzt ein Abschlussgespräch mit Ihnen geführt?**

- Ja  Nein

**39.11 Wissen Sie, was Sie nach der Rehabilitation aufgrund Ihrer Erkrankung tun dürfen und was Sie nicht tun dürfen?**

- Ja, vollkommen  Ja, einigermaßen  Nein

**39.12 Haben Sie Therapieanleitungen für Zuhause (z.B. gymnastische Übungen, Ernährungstipps, Trainingsmaßnahmen) erhalten?**

- Ja  Nein, ich wollte / brauchte das nicht  
 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

**39.13 Haben Sie Informationen über weiterführende Behandlungsmöglichkeiten erhalten?**

- Ja  Nein, ich wollte / brauchte das nicht  
 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

**40. Wie bewerten Sie die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?**

Wenn Sie diese als **sehr schlecht** einstufen, dann kreuzen Sie bitte bei „0“ an, wenn Sie diese als **ausgezeichnet** einstufen, dann kreuzen Sie bei „10“ an; sonst entsprechend dazwischen.

- Sehr schlecht**  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 **Ausgezeichnet**

**41. War die Einrichtung, in der Sie behandelt wurden, Ihre Wunscheinrichtung?**

- Ja  Nein

**42. Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?**

- Anregend, aufschlussreich  Ziemlich langweilig  Eher lästig  Richtig unangenehm

**43. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?**

Etwa    Minuten

**44. Wenn Sie Bemerkungen, Anregungen und Hinweise zum Inhalt des Fragebogens haben, können Sie sie an dieser Stelle notieren:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

**Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie Ihre Angaben auf Vollständigkeit.**