



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Validierter Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bzw. Psychose zu Ihrer Behandlung in einer Arztpraxis

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 27. November 2019

Impressum

Thema:

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Validierter Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bzw. Psychose zu Ihrer in einer Arztpraxis

Ansprechpartner:

Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

16. Juni 2016

Datum der Abgabe:

15. Dezember 2018; Ergänzung des Nutzungshinweises am 27. November 2019 (Änderung am 1. Juli 2024)

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

patientenbefragung@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Der Fragebogen ist urheberrechtlich geschützt. Eine Nutzung ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung des G-BA gestattet. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.

**Fragebogen für Patientinnen und Patienten
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
bzw. Psychose zu Ihrer Behandlung in einer Arztpraxis**



Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

| Immer | Meistens | Selten | Nie | Weiße nicht mehr |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiße nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5.*

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die Frage 5.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 0

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Schizophrenie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Behandlung in der Praxis

Sie wurden in einer Arztpraxis von einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Arztpraxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

| | |
|----|---|
| 1) | <p>Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?</p> <p>Wenn Sie nicht mehr in der Arztpraxis behandelt werden, geben Sie bitte an, wie lange Sie dort waren.</p> <p>Weniger als 4 Monate <input type="checkbox"/></p> <p>4 Monate bis weniger als 8 Monate <input type="checkbox"/></p> <p>8 Monate bis weniger als 12 Monate <input type="checkbox"/></p> <p>12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) <input type="checkbox"/></p> <p>24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) <input type="checkbox"/></p> <p>36 Monate (3 Jahre) oder länger <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p> |
| 2) | <p>Werden Sie auch <u>jetzt noch</u> in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> |

Erfahrungen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt aus der Praxis, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die Praxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

3) Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

| Meine Ärztin / mein Arzt hat ... | Immer | Meistens | Selten | Nie | Weiß nicht mehr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... mit mir ungestörte Gespräche geführt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4) Wenn Sie weiterhin an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

| Meine Ärztin / mein Arzt hat ... | Immer | Meistens | Selten | Nie | Weiß nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... mich ernst genommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mich mit Respekt behandelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich für mich und meine Situation interessiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Informationen zur Erkrankung und Behandlung

5) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

| | Ja | Nein | Weiß nicht mehr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wie die psychische Erkrankung verlaufen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

| | Ja | Nein | Weiß nicht mehr |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... Medikamente bekommen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... eine Psychotherapie machen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung in der Praxis

7) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

| | Ja | Nein | Weiß nicht mehr |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|----|---|
| 8) | Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung in der Praxis so einbezogen, wie Sie es wollten? |
| | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Nein <input type="checkbox"/> |
| | <i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/> |

| | |
|----|--|
| 9) | Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der Praxis festgelegt? |
| | Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 10</i> |
| | Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 10</i> |
| | Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 11</i> |
| | <i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 11</i> |

| | |
|-----|---|
| 10) | Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der Praxis über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)? |
| | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Nein <input type="checkbox"/> |
| | <i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/> |

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie von Ihrer Fachärztin / Ihrem Facharzt (z. B. Psychiaterin / Psychiater oder Nervenärztin / Nervenarzt) zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose verordnet bekommen haben (z. B. Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an die Praxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

| | |
|-----|--|
| 11) | Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente verordnet bekommen? |
| | Ja <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 12</i> |
| | Nein <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 17</i> |
| | <i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 17</i> |

12) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

| | Immer | Meistens | Selten | Nie | Weiß nicht mehr |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... wofür Sie die verordneten Medikamente bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wie lange Sie die verordneten Medikamente bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die verordne- ten Medikamente haben können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13) Wurden Sie in die Behandlung mit den verordneten Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

14) Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis eine schriftliche Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

15) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den verordneten Medikamenten Nebenwirkungen haben?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

16) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der verordneten Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Unterstützung im Alltag

17) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

| | Ja | Nein | <i>Weiß nicht mehr</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die Ärztin / den Arzt selbst, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?

Ja

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

Nein, ich wollte / brauchte das nicht

Weiß nicht mehr

19) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?

Ja

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

Nein, ich wollte / brauchte das nicht

Weiß nicht mehr

| | |
|-----|---|
| 20) | Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? |
| | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> |
| | Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> |
| | <i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/> |

| | |
|-----|---|
| 21) | Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? |
| | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> |
| | Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> |
| | <i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/> |

Wie geht es Ihnen mit der Behandlung bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt aus der Praxis?

| | |
|-----|--|
| 22) | Haben Sie durch die Behandlung in der Praxis gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen? |
| | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> |
| | Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> |
| | <i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/> |

| | |
|-----|--|
| 23) | Wissen Sie durch die Behandlung in der Praxis mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher? |
| | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> |
| | Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> |
| | <i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/> |

24) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

| | Immer | Meistens | Selten | Nie |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spaziergehen, Sport, ins Kino gehen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

| | Immer | Meistens | Selten | Nie |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26) Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

| Überhaupt nicht gut | | | | | | | Sehr gut |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

27) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Anderes

28) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

29) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

noch Schüler/in

von der Schule abgegangen ohne Abschluss

Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss

Realschulabschluss (Mittlere Reife)

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse

Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule

allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)

anderer Schulabschluss

| | |
|-----|--|
| 30) | Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? |
| | Schüler/in oder Student/in <input type="checkbox"/> |
| | Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) <input type="checkbox"/> |
| | Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) <input type="checkbox"/> |
| | Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) <input type="checkbox"/> |
| | Arbeitslos <input type="checkbox"/> |
| | Altersrente <input type="checkbox"/> |
| | Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> |
| | Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> |
| | Ausbildung, Umschulung <input type="checkbox"/> |
| | Wiedereingliederungsmaßnahme <input type="checkbox"/> |
| | Sonstiges <input type="checkbox"/> |

| | |
|-----|--|
| 31) | Wurden Sie vor der Behandlung in der Arztpraxis schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt? |
| | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Nein <input type="checkbox"/> |

| | |
|-----|---|
| 32) | Wurden oder werden Sie von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)? |
| | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Nein <input type="checkbox"/> |
| | <i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----|---|--------------------------|
| 33) | Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt? | |
| | Ja | <input type="checkbox"/> |
| | Nein, mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> |
| | Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt | <input type="checkbox"/> |

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster