

QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge

**Validierter Fragebogen für Patientinnen und Patienten
zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus**

Informationen zum Dokument

DATEN ZUM DOKUMENT

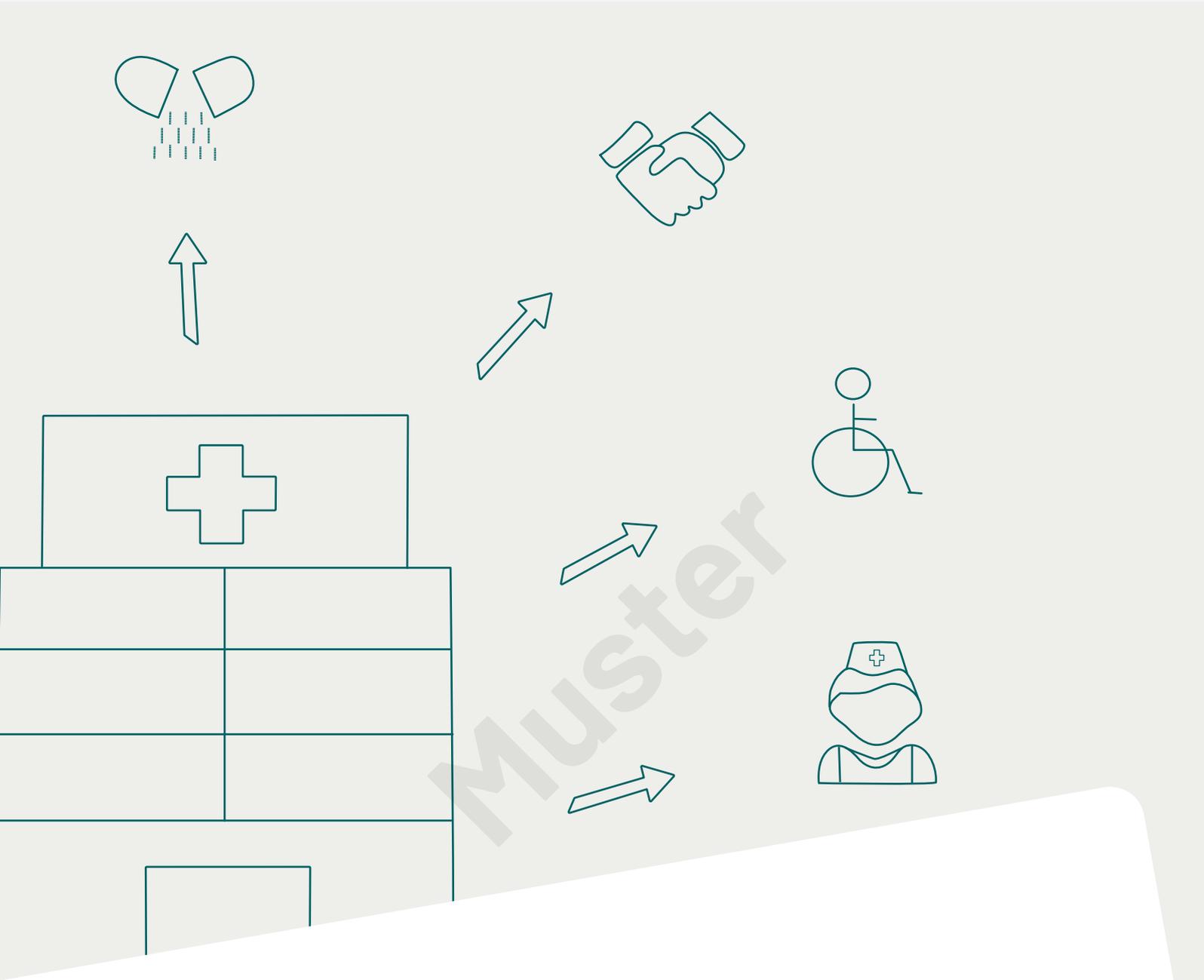
QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Validierter Fragebogen für Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus

Ansprechperson	Dr. Veronika Andorfer
Datum der Abgabe	13. Dezember 2024; Ergänzung des Nutzungshinweises am 19. August 2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Name des Auftrags	Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement
Datum des Auftrags	6. Dezember 2023

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



Befragung

von Patientinnen und Patienten zu
ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus

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:

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Fragen an! Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht*“ an.

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 - XXX

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus

Sie wurden kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie zu **Ihrer Entlassung** aus dem Krankenhaus und Ihren Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Wenn Sie beim Ausfüllen des Fragebogens von einer anderen Person unterstützt werden, sollen die Antworten dennoch **Ihre Erfahrungen bei der Entlassung** widerspiegeln.

1)	<p>War Ihre Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant?</p> <p>Gepplant <input type="checkbox"/></p> <p>Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls) <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>
2)	<p>Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen, bis Sie entlassen wurden?</p> <p>Weniger als 1 Woche <input type="checkbox"/></p> <p>1 Woche bis weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/></p> <p>2 Wochen bis weniger als 4 Wochen <input type="checkbox"/></p> <p>4 Wochen bis weniger als 6 Wochen <input type="checkbox"/></p> <p>6 Wochen oder länger <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>
3)	<p>Haben Sie Ihre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>

4)	<p>Wohin sind Sie entlassen worden?</p> <p>Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/ zu Freunden, ins Betreute Wohnen) <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 5</p> <p>Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Reha- bilitationsklinik, Hospiz) <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 6</p> <p>Anderes <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 5</p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 5</p>
----	--

5)	<p>Werden Sie durch einen Pflegedienst unterstützt?</p> <p>Ja, auch schon bevor ich im Krankenhaus war ... <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, aber erst seit meiner Entlassung aus dem Krankenhaus <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>
----	---

Organisation der Entlassung

6)	<p>Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>
----	--

7)	<p>Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>
----	---

8)	<p>Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Brauchte ich nicht <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>
----	--

Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus

9)	<p>Hatten Sie im Krankenhaus Fragen zu Ihrer Entlassung?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 10</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 12</p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 12</p>
----	---

10)	Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?
	Immer <input type="checkbox"/>
	Meistens <input type="checkbox"/>
	Selten <input type="checkbox"/>
	Nie <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/>

11)	Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?
	Immer <input type="checkbox"/>
	Meistens <input type="checkbox"/>
	Selten <input type="checkbox"/>
	Nie <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/>

12)	Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/>

Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

13)	<p>Wurden Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 14</p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 16</p> <p>Ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 16</p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 16</p>																		
14)	<p>War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>																		
15)	<p>Wie häufig kamen folgende Situationen bei der Beratung vor?</p> <p>Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Immer</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Meistens</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Selten</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nie</th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><i>Weiß nicht</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...sich für mich und meine Situation interessiert.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...mir aufmerksam zugehört.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>	...sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	...mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>								
	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>														
...sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
...mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

Klärung der Versorgung und Informationen zur Weiterversorgung

16) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

18) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung infrage kommen (z.B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

19)	Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Brauchte ich nicht	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht</i>	<input type="checkbox"/>

20)	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus <u>vor Ihrer Entlassung</u> darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann? Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre	<input type="checkbox"/>
Brauchte ich nicht	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht</i>	<input type="checkbox"/>

21)	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welche medizinische Behandlung <u>nach Ihrer Entlassung</u> durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte notwendig ist?
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre	<input type="checkbox"/>
Brauchte ich nicht	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht</i>	<input type="checkbox"/>

22)	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welche weiteren Therapien oder Behandlungen <u>nach Ihrer Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Brauchte ich nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/>

23)	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welche Hilfsmittel Sie <u>nach Ihrer Entlassung</u> benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Brauchte ich nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/>

Muster

Medikamente für die Zeit nach der Entlassung

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen müssen.

24)	<p>Haben Sie im Krankenhaus <u>neue</u> Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente <u>umgestellt</u> (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?</p> <p>Damit sind <u>alle Medikamente</u> gemeint, die Sie nach der Entlassung einnehmen.</p> <p>Ja, ich habe neue Medikamente bekommen bzw. meine Medikamente wurden umgestellt. <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 25</p> <p>Nein, ich habe keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 30</p>
25)	<p>Sind Sie an einem Freitag, am Wochenende oder vor einem gesetzlichen Feiertag nach Hause gegangen bzw. entlassen worden?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 26</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 28</p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 28</p>
26)	<p>Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich habe keine Medikamente mitbekommen <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte keine Medikamente mitnehmen .. <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich musste keine Medikamente einnehmen . <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>

27) Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, ein Rezept für Medikamente mitbekommen?

Ja

Nein

Weiß nicht

28) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
...welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:

Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Für jedes Medikament	Für die meisten Medikamente	Nur für wenige Medikamente	Für gar kein Medikament	Weiß nicht
...wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

30) Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

31)	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, wie Sie ...				
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>				
		Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
	...sich nach Ihrer Entlassung im Alltag <u>verhalten sollen</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mögliche Komplikationen und Warnsignale <u>erkennen können</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...sich bei Komplikationen und Warnsignalen <u>verhalten müssen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

32)	Nutzen Sie nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die Sie vorher noch nicht benutzt haben (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz, Pflegebett)?	
	Ja	<input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 33
	Nein	<input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 34

33)	Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?	
	Ja, für alle Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>
	Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>
	Nein, für kein Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>
	Brauchte ich nicht	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i>	<input type="checkbox"/>

Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung

34) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

35) Wurden Ihnen im Krankenhaus Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, Psychotherapie)?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 36**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

36) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

37) Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 38**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 39**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 39**

38)	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Brauchte ich nicht</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...einen Pflegedienst zu organisieren?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...eine Haushaltshilfe zu organisieren?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht	...einen Pflegedienst zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht												
...einen Pflegedienst zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
...eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

39)	<p>Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich <u>nach der Entlassung</u> wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/></p> <p>Brauchte ich nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht <input type="checkbox"/></p>
-----	---

Muster

Das abschließende Gespräch zur Entlassung

40)	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?
Ja	<input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 41
Nein	<input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 43
<i>Weiß nicht</i>	<input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 43

41)	Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre	<input type="checkbox"/>
Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zu meiner Entlassung	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht</i>	<input type="checkbox"/>

42)	Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre	<input type="checkbox"/>
Ich wollte/brauchte das nicht	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht</i>	<input type="checkbox"/>

Ihre Bereitschaft zur Entlassung

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

43) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war in Bezug auf ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mich nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
...meine <u>körperliche Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...meine <u>psychische Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die <u>Unterstützung durch andere</u> bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/ Angehörige, Pflegedienst).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44) Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprächen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

Dokumente zur Entlassung

45) Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.

Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?

Ja

Nein

Weiß nicht

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

46) In welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsjahr

47) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Divers

48) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

Wie oft wurden Sie in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?

Gar nicht

1-mal

2- bis 3-mal

4-mal oder mehr

Weiß nicht

49) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.

Keine
verschreibungspflichtigen Medikamente

1 bis 2
verschreibungspflichtige Medikamente

3 bis 4
verschreibungspflichtige Medikamente

5 oder mehr
verschreibungspflichtige Medikamente

Weiß nicht

Muster

50) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / hoher Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz oder Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

- Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 53**
- Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 52**

52) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?
 Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

53) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule

Von der Schule abgegangen ohne Abschluss

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse

Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse

Fachhochschulreife

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

Einen anderen Schulabschluss

54) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ..
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)
- Arbeitslos
- Altersrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente/Erwerbsminderungsrente
- Hausfrau/Hausmann
- Ausbildung, Umschulung
- Wiedereingliederungsmaßnahme
- Sonstiges

55) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

- Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patientin/Patient)
- Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung)
- Patientin/Patient und Vertrauensperson zusammen

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org