



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

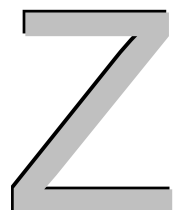
Institut für
Medizinische Psychologie

Qualitätssicherung durch die Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation

Psychosomatische, psychiatrische und
Abhängigkeitserkrankungen

Patientenzufriedenheit

Fragebogen für Patientinnen und Patienten
nach einer stationären Behandlung



<u>1. Allgemeine Fragen zum Klinikaufenthalt</u>		
Wie viel Zeit ist seit Ihrer Entlassung aus der Rehabilitationsklinik vergangen?	_____ Wochen <input type="checkbox"/> ₀ stehe kurz vor der Entlassung aus der Klinik	1
Wie viele Wochen hat diese letzte Rehabilitation gedauert?	_____ Wochen	3
Waren Sie vorher schon einmal zur Rehabilitation?	Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja <input type="checkbox"/> ₂	4
	Falls ja, wie oft? _____ mal	4
Wie haben Sie die Behandlung in der Klinik beendet? <i>(bitte nur eine Antwort)</i>		
planmäßig / regulär <i>(dazu gehören auch Verlängerungen)</i>	<input type="checkbox"/> ₁	5
vorzeitig auf Veranlassung der Klinik	<input type="checkbox"/> ₂	
vorzeitig auf eigenen Wunsch / Abbruch der Behandlung	<input type="checkbox"/> ₃	

<u>2. Unterbringung</u>		
Wie waren Sie in der Klinik untergebracht?	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> ₁ Doppelzimmer <input type="checkbox"/> ₂ Drei- bis Sechsbettzimmer <input type="checkbox"/> ₃	6
	trifft überhaupt nicht zu trifft eher nicht zu trifft teils zu, teils nicht zu trifft eher zu trifft voll und ganz zu	
Ich fühlte mich in meinem Zimmer durch Lärm und Unruhe gestört	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	7
	sehr schlecht schlecht weder schlecht noch gut gut sehr gut	
Ich beurteile die Größe und Ausstattung meines Zimmers als	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	8
Ich beurteile alles in allem betrachtet die Unterbringung in der Klinik als	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	9

3. Betreuung durch die Pflegekräfte (Schwestern/Pfleger)

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	10
Der Umgang mit den Patienten war respektvoll und aufmerksam	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	11

4. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation (außer Psychotherapie)

Von der Eingangsdiagnostik und Psychotherapie abgesehen – sind Sie von einem Arzt medizinisch aufgrund körperlicher Beschwerden behandelt worden?						
Nein	<input type="checkbox"/> ₁	→ Bitte gehen Sie weiter zu Block 5 !				
Ja	<input type="checkbox"/>					12
	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
Der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	13
Vom Arzt fühlte ich mich sehr gut betreut	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	14

5. Psychotherapeutische Behandlung

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen:

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
Ich erhielt zu wenig psychotherapeutische Gespräche / Behandlung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	15
In den Erstgesprächen hatte ich ausreichend Gelegenheit, meine körperlichen und psychischen Probleme darzulegen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	16
Der Psychotherapeut hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	17
Ich hatte ausreichend Gelegenheit, die für mich persönlich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten und Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	18
Die Gespräche mit dem Therapeuten haben mir gut getan.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	19

6. Schulungen, Vorträge und Beratungen

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

	teilgenommen?		falls ja: Urteil					
	Nein <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₂ →	sehr schlecht		sehr gut			
Gesundheitsprogramm	Nein <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₂ →	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	20 21
Lehrküche / Ernährungsberatung	Nein <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₂ →	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	22 23
Schulungen (z.B. über Schlafstörungen, Diabetikerschulung, Stressbewältigung, Raucherentwöhnung)	Nein <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₂ →	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	24 25
Sozial- und Berufsberatung	Nein <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₂ →	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	26 27

8. Klinik						
Wie beurteilen Sie...	sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut	
...die Leistungen der Klinikverwaltung (z.B. Empfang, Post, Kasse, Reinigungsdienst, Service)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	48
...das Essen in der Klinik?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	49
...die Organisation der Abläufe?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	50
Bitte schätzen Sie ein:	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
In der Klinik herrschte insgesamt ein freundliches Klima	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	51
Mit meinen Mitpatienten habe ich mich gut verstanden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	52
Das Therapeuten- und Ärzteteam arbeiteten Hand in Hand	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	53
Auf meine Intimsphäre / meinen Privatbereich wurde Rücksicht genommen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	54
Ich hatte ein gutes Verhältnis zu den Pflegekräften	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	55
Ich hatte ein gutes Verhältnis zu meinem behandelnden Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	56
Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	57
Verglichen mit meiner privaten Wohnsituation war der Klinikaufenthalt für mich wie Urlaub	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	58
		ja	nein		vielleicht	
Ich werde diese Klinik in jedem Fall meinen Bekannten / Freunden / Familie empfehlen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃			59

9. Bitte geben Sie an:						
Wie häufig kam es vor, dass...	war die Regel / immer	oft	manchmal	selten	nie	
... Ihr behandelnder Therapeut so gehetzt war, dass er keine Zeit für Sie hatte?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	60
... sich Ihre Behandlungstermine überschritten haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	61
... Änderungen in Ihrem Therapieplan (sofern es diese gab) mit Ihnen vorher besprochen wurden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	62
... Ihr behandelnder Therapeut für Sie nicht erreichbar war, obwohl Sie ihn dringend gebraucht hätten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	63
... Ihnen Ihre Untersuchungsbefunde und Ergebnisse vom behandelnden Therapeuten / Arzt gar nicht oder nur unverständlich erklärt wurden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	64
... die Sie behandelnden Therapeuten wechselten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	65

10. Bitte geben Sie an:						
Wie viel Zeit verging zwischen Ihrer Ankunft in der Klinik und der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung?	bis ½ Tag <input type="checkbox"/> ₁	1 Tag <input type="checkbox"/> ₂	2-3 Tage <input type="checkbox"/> ₃	mehr als 3 Tage <input type="checkbox"/> ₄		66
Wann – gerechnet ab dem Tag Ihrer Ankunft – begann Ihre Therapie / Behandlung in der Klinik?	Am 1. Tag <input type="checkbox"/> ₁	am 2. Tag <input type="checkbox"/> ₂	am 3. Tag <input type="checkbox"/> ₃	erst nach dem 3. Tag <input type="checkbox"/> ₄		67
Wie häufig kam es vor, dass Behandlungstermine ausfielen?	kam nie vor <input type="checkbox"/> ₁	ca. 1 mal pro Woche <input type="checkbox"/> ₂	ca. 2 mal pro Woche <input type="checkbox"/> ₃	ca. 3 mal pro Woche oder häufiger <input type="checkbox"/> ₄		68
Wie oft pro Woche hatten Sie im Durchschnitt ein Therapiesgespräch / Gruppentherapie?	bis 1 mal pro Woche <input type="checkbox"/> ₁	2 - 3 mal pro Woche <input type="checkbox"/> ₂	4 - 5 mal pro Woche <input type="checkbox"/> ₃	mehr als 5 mal pro Woche <input type="checkbox"/> ₄		69

	ja	nein	ich weiß nicht mehr	
Wurden die Therapieziele und Behandlungen zu Beginn Ihrer Rehabilitationsmaßnahmen mit Ihnen abgestimmt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	70
	ja	nein	ich weiß nicht mehr	
Hat sich ein Arzt / Therapeut am Ende mit Ihnen darüber unterhalten, wie Sie selbst die Rehabilitationsmaßnahme einschätzen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	71

11. Bitte geben Sie an:

Wie wichtig ist für Sie:	unwichtig	eher unwichtig	etwas wichtig	wichtig	extrem wichtig	
Perfekte Organisation der Abläufe?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	72
Sauberkeit?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	73
Gestaltung der Räumlichkeiten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	74
Qualität der Kommunikation mit dem Arzt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	75
Qualität der Kommunikation mit dem Therapeuten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	76
Hohe Häufigkeit der Arztkontakte?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	77
Hohe Häufigkeit der Therapeutenkontakte?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	78
Wahrung Ihrer Intimsphäre durch das Personal?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	79
Freundliche Atmosphäre unter dem Klinikpersonal?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	80
Freundliche Atmosphäre unter den Patienten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	81
Gesundheitsrelevante Anleitungen und Informationen für die Zeit nach der Reha?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	82

12. Erwerbstätigkeit, Leistungsvermögen und Rente

Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?

Kreuzen Sie bitte nur ein Kästchen an!

berufstätig..... ₁ mit ____ Stunden pro Woche 83/

84

Hausfrau / Hausmann ₂

Rentner / Rentnerin, im Vorruhestand,
Pensionär / Pensionärin ₃

anderes ₄

Sind Sie zur Zeit arbeitslos gemeldet? Nein ₁ Ja ₂ 85

Ich bin zur Zeit:

arbeitsfähig ₁ 86

arbeitsunfähig (krankgeschrieben) ₂

**Wenn Sie arbeitsunfähig (krankgeschrieben) sind,
weshalb?**

Wegen des für die letzte Rehabilitation wichtigsten Leidens. ₁ 87

Wegen einer anderen Erkrankung:..... ₂

Wenn Sie berufstätig oder arbeitslos gemeldet sind:

Haben Sie während Ihrer Rehabilitation an einer Arbeitstherapie /
Belastungserprobung teilgenommen?

Nein ₁ Ja ₂ 88

**Ist während Ihrer Rehabilitation mit Ihnen über Ihre Arbeits- /
Erwerbsfähigkeit gesprochen worden?**

Nein ₁ Ja ₂ 89

<p>Falls mit Ihnen über Ihre Arbeits- / Erwerbsfähigkeit gesprochen worden ist, hat die ärztliche Beurteilung Ihrer Arbeits- / Erwerbsfähigkeit mit Ihrer eigenen Einschätzung übereingestimmt?</p> <p>überhaupt nicht eher nicht teils, teils eher voll und ganz weiß ich nicht</p> <p><input type="checkbox"/>₁ <input type="checkbox"/>₂ <input type="checkbox"/>₃ <input type="checkbox"/>₄ <input type="checkbox"/>₅ <input type="checkbox"/>₆</p>	90
<p>Haben Sie in der Rehabilitation ein Gespräch mit einer / einem Fachberaterin / Fachberater (Sozialberaterin / Sozialberater) über Ihre berufliche Zukunft geführt?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/>₁ Ja <input type="checkbox"/>₂</p>	91
<p>Planen Sie oder haben Sie kürzlich aufgrund Ihrer gesundheitlichen Probleme einen Umschulungsantrag gestellt?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/>₁ Ja <input type="checkbox"/>₂</p>	92
<p>Hatten Sie bereits vor dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/>₁ Ja <input type="checkbox"/>₂</p>	93
<p>Haben Sie während / nach dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/>₁ Ja <input type="checkbox"/>₂</p>	94
<p>Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente zu stellen?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/>₁ Ja <input type="checkbox"/>₂</p>	95
<p>Wurden für Sie Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation eingeleitet oder durchgeführt?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/>₁ Ja <input type="checkbox"/>₂</p>	96

<u>13. Fragen zur Person</u>		
Ihr Geschlecht?	männlich <input type="checkbox"/> ₁ weiblich <input type="checkbox"/> ₂	97
Ihr Alter?	_____ Jahre	98
Welchen Schulabschluss haben Sie?		99
Kein Abschluss	<input type="checkbox"/> ₁ Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> ₅	
Hauptschul-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> ₂ Allgemeine Hochschulreife (Abitur) <input type="checkbox"/> ₆	
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/> ₃ Anderer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ₇	
Abschluss der Polytechnischen Oberschule (8. bzw. 10.Klasse)	<input type="checkbox"/> ₄	
Haben Sie auf Anraten Ihres Hausarztes an der Rehamaßnahme teilgenommen?		
Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja <input type="checkbox"/> ₂		100
Haben Sie aus eigener Motivation an der Rehamaßnahme teilgenommen?		
Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja <input type="checkbox"/> ₂		101
Haben Sie auf Beschluss des Gerichts (z.B. Weisungsaufgabe zur Unterbringung während Bewährungszeit, Zurückstellung der Strafe bei Durchführung einer Entwöhnung) an der Rehamaßnahme teilgenommen?		
Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja <input type="checkbox"/> ₂		102
Tragen Sie bitte den aktuellen Monat und das Jahr ein:	----(Monat)---- /----(Jahr)----	103

Wenn Sie möchten, können Sie bei den folgenden beiden letzten Fragen in freier Form beschreiben, was Ihnen an Ihrem Klinikaufenthalt besonders positiv aufgefallen ist und was Ihnen besonders negativ aufgefallen ist.

Was ist Ihnen an Ihrem Klinikaufenthalt besonders positiv aufgefallen?

Was ist Ihnen an Ihrem Klinikaufenthalt besonders negativ aufgefallen?

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit !
Sehen Sie jetzt bitte den Fragebogen nochmals durch
und prüfen Sie, ob Sie auch jede Frage,
die für Sie zutrifft, beantwortet haben.