



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 stationären Behandlung im Krankenhaus

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 stationären Behandlung im Krankenhaus

**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

**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](mailto:patientenbefragung@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

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

**Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen  
bzw. Psychose zu Ihrer stationären Behandlung im 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:

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

				Weiß
Immer	Meistens	Selten	Nie	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 „*Weiß 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](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Schizophrenie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

## Stationärer Aufenthalt im Krankenhaus

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. 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 den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

1)	Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?	
	Weniger als 1 Woche .....	<input type="checkbox"/>
	1 Woche bis weniger als 2 Wochen .....	<input type="checkbox"/>
	2 Wochen bis weniger als 4 Wochen .....	<input type="checkbox"/>
	4 Wochen bis weniger als 6 Wochen .....	<input type="checkbox"/>
	6 Wochen bis weniger als 8 Wochen .....	<input type="checkbox"/>
	8 Wochen oder länger .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

## Organisation des stationären Aufenthalts

2)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, ...			
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sozialdienst

In Krankenhäusern gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Patientinnen und Patienten vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten (Sozialberatung).

3) Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

## Erfahrungen mit dem Pflegepersonal

Es geht im Folgenden um Ihre Erfahrungen mit dem Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt. Mit Pflegepersonal meinen wir die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. die Gesundheits- und Krankenpfleger.

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

4) Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Das Pflegepersonal 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"/>

## Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten bei Ihrem stationären Aufenthalt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten, die Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt behandelt haben.

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

5) Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Die Ärztinnen / Ärzte haben ...	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"/>

6) Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Die Ärztinnen / Ärzte haben ...	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

7) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt 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"/>

8) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt 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 bei dem stationären Aufenthalt

9) Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt ...

*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"/>



10)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

11)	Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?
	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 12</i>
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 12</i>
	Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 13</i>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 13</i>

12)	Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung 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"/>

13)	Wurde bei Ihnen während Ihres stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 14</i>
	Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 15</i>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 15</i>

14)	Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?
	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"/>

## Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (z. B. Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt im Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

- 15) Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen?
- Ja .....  ⇒ Bitte weiter mit Frage 16
- Nein .....  ⇒ Bitte weiter mit Frage 21
- Weiß nicht mehr .....  ⇒ Bitte weiter mit Frage 21

- 16) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, ...
- Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*
- |  | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | Weiß nicht mehr          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... wofür Sie die Medikamente bekommen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wie lange Sie die Medikamente bekommen?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 17) Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?
- Ja .....
- Nein .....
- Weiß nicht mehr .....

18)	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

19)	Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

20)	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

**Entlassung aus dem Krankenhaus**  
 Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus.  
 Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

21)	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

22)	Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

23)	Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

24)	Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?
	Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis ..... <input type="checkbox"/>
	Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

25)	Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>

## Unterstützung für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus

26)	<p>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <p>... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?</p> <p>... welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?</p>	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27)	<p>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?</p> <p>Ja .....</p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....</p> <p>Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....</p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28)	<p>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?</p> <p>Ja .....</p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....</p> <p>Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....</p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29)	<p>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?</p> <p>Ja .....</p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....</p> <p>Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....</p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30)	<p>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	--

**Behandlung nach dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus**

31)	<p>Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt?</p> <p>Mit Fachärztin / Facharzt meinen wir eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik.</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 32</i></p> <p>Nein, aber ich habe bereits einen Termin ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 33</i></p> <p>Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 33</i></p> <p>Nein, ich möchte / brauche das nicht ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 33</i></p>
-----	--

32)	<p>Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen?</p> <p>Innerhalb 1 Woche nach der Entlassung ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nach 3 Wochen oder später ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

## Wie geht es Ihnen nach der Entlassung?

33) Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht* .....

34) Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht* .....

35) 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"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

36) 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"/>

37) 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.**

38) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Anderes .....

39) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr 

--	--	--	--



40) 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 .....

41) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

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

42)	Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Nein .....	<input type="checkbox"/>

43)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus 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"/>

44)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt?
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Nein .....	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

45)	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!**