

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Spezifikation für das QS Verfahren ambulante Psychotherapie einschließlich Patientenbefragung nach DeQS-RL

Spezifikationsjahr 2025. Fragebogen der Patientenbefragung

12. Januar 2024, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Spezifikation für das QS Verfahren ambulante Psychotherapie einschließlich Patientenbefragung nach DeQS-RL. Spezifikationsjahr 2025. Fragebogen

Ansprechperson	Mira Hassan
Datum der Abgabe	12. Januar 2024
Ergänzung des Nutzungshinweises	25. Juli 2024

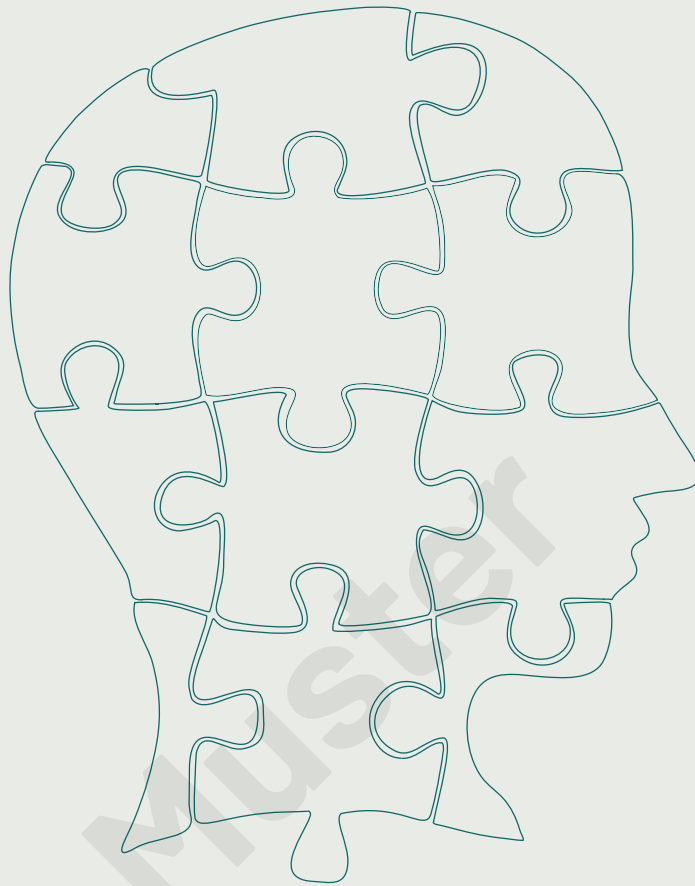
AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Name des Auftrags	Erstellung einer Spezifikation für das QS Verfahren ambulante Psychotherapie einschließlich Patientenbefragung
Datum des Auftrags	3. Mai 2023

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

Patientenbefragung	Spezifikationsjahr 2025
--------------------	-------------------------

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 abgeschlossenen Psychotherapie

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 Erfahrungen fragen, die Sie vielleicht gemacht haben, verwenden wir auch die folgende Skala:

Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiß nicht mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie Sie diese Erfahrungen bewerten, kreuzen Sie bitte „Ja“, „Eher ja“, „Eher nein“ oder „Nein“ 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, 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 Psychotherapie

Sie wurden wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) behandelt.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene Psychotherapie und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben. Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an die abgeschlossene Psychotherapie, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen ist mit dem Begriff „Praxis“ auch das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) gemeint, wenn die Behandlung dort stattgefunden hat.

1)	Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?
	Weniger als 3 Monate <input type="checkbox"/>
	3 Monate bis weniger als 6 Monate <input type="checkbox"/>
	6 Monate bis weniger als 12 Monate <input type="checkbox"/>
	12 Monate bis weniger als 24 Monate <input type="checkbox"/>
	24 Monate oder länger <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie

2)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

3)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Allgemeine Informationen zu Ihrer Psychotherapie

4)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

5)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

6)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr <input type="checkbox"/>

7)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, dass eine Psychotherapie auch Begleiterscheinungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen/Freunden)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr <input type="checkbox"/>

8)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr <input type="checkbox"/>

Ziele für Ihre Therapie

9) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

10) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese schon erreicht wurden, gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazugekommen sind)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Besprechen Ihrer psychischen Beschwerden

11) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)?

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Nein, ich wollte/brauchte das nicht

Weiß nicht mehr

12)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein könnten?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten

13)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich im Notfall wenden können (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine psychiatrische Notfallambulanz, einen Krisendienst)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

14)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben Ihrer Therapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, ambulante oder stationäre Behandlung im Krankenhaus, psychosomatische Rehabilitation)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

15) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie infrage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Nein, ich wollte/brauchte das nicht

Weiß nicht mehr

Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie

16) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen in der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ob die Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Ihre Erfahrungen in der Psychotherapie

18) Im Folgenden geht es um die Beziehung zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten.

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut ...	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiß nicht mehr
... und ich haben uns respektiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat meine Probleme und Sor- gen ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19) Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiß nicht mehr
... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?

Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiß nicht mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschluss Ihrer Psychotherapie

21) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden sollen)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

22) Wenn Sie weiterhin an die letzten Sitzungen Ihrer Psychotherapie denken:
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ging es Ihnen nach der Psychotherapie?

23) Ging es Ihnen nach der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?

Nach der Psychotherapie ging es mir:

Viel schlechter Etwas schlechter Unverändert Etwas besser Viel besser

24) Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nach Abschluss Ihrer Psychotherapie nutzen können?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Inwiefern ist etwas durch die Psychotherapie für Sie bei folgenden Themen schlechter oder besser geworden?

25) Beziehung (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)

Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	War in meiner Therapie kein Thema	Weiß nicht mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) Freizeitgestaltung (z. B. Hobbys, Sport, Ausflüge, Ehrenamt, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)

Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	War in meiner Therapie kein Thema	Weiß nicht mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inwiefern ist etwas durch die Psychotherapie für Sie bei folgenden Themen schlechter oder besser geworden?

27)	Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Berrentung)						
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	War in meiner Therapie kein Thema	Weiß nicht mehr	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28)	Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)						
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	War in meiner Therapie kein Thema	Weiß nicht mehr	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29)	Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)						
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	War in meiner Therapie kein Thema	Weiß nicht mehr	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30)	Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein						
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	War in meiner Therapie kein Thema	Weiß nicht mehr	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31)	Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma, Trauer, Verlust, Erfahrungen in der Kindheit)						
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	War in meiner Therapie kein Thema	Weiß nicht mehr	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ihre Belastung durch psychische Beschwerden

32) Bitte denken Sie an die Probleme, wegen denen Sie die Therapie gemacht haben. Wie lange vor der Therapie haben die Probleme Sie bereits belastet?

weniger als 1 Jahr

1 Jahr bis weniger als 2 Jahre

2 Jahre bis weniger als 6 Jahre

6 Jahre bis weniger als 10 Jahre

10 Jahre oder länger

Weiß nicht mehr

33) Wie sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden vor Beginn der Psychotherapie zu-
rechtgekommen?

Sehr schlecht

Sehr gut

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

34) In welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsjahr

35) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Divers

36)	<p>Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?</p> <p>Keine 1 bis 2 3 bis 5 6 oder mehr</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
37)	<p>Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?</p> <p>Keine Wenig Weder viel noch wenig Viel Sehr viel</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
38)	<p>Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?</p> <p>Sehr schwierig Schwierig Möglich Einfach Sehr einfach</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
39)	<p>Ist Ihre Muttersprache Deutsch?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 41</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 40</p>
40)	<p>Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? Meine Deutschkenntnisse sind:</p> <p>Sehr schlecht Eher schlecht Eher gut Sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

41) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
- Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)
- Anderer Schulabschluss

42) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student
- 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/Hausmann
- Ausbildung, Umschulung
- Wiedereingliederungsmaßnahme
- Sonstiges

43) Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?

Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt

Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt

Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

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