

# **Patientenbefragung**

## ***Ambulante Psychotherapie***

**Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit  
vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch**

**Validierter Fragebogen  
zum vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch**

# Informationen zum Dokument

## DATEN ZUM DOKUMENT

---

**Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie*. Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch. Validierter Fragebogen zum vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch**

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

Datum der Abgabe 29. August 2025

Ergänzung des Nutzungshinweises 7. Mai 2026

## AUFTRAGSDATEN

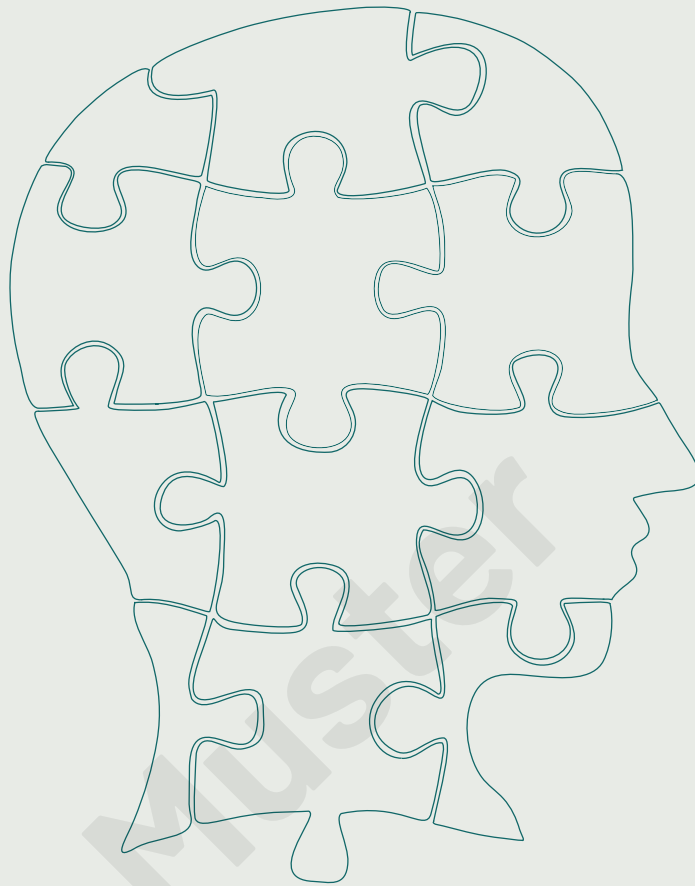
---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie

Datum des Auftrags 29. März 2023 (Bearbeitung ab 1. Mai 2024)

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 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](mailto: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 vorzeitig beendete Psychotherapie und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben. Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an die 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)	<p>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)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <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>
----	--

7)	<p>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)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <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>
----	---

8)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> 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)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
----	--

## 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"/>
	Weiß nicht mehr ..... <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"/>
	Weiß nicht mehr ..... <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"/>
	Weiß nicht mehr ..... <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 Psychotherapeuten / 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"/>

## Beendigung Ihrer Psychotherapie

21) Bitte denken Sie weiterhin an die Psychotherapie, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Warum wurde die Psychotherapie beendet?

*Bitte wählen Sie nur die Gründe aus, die auf Sie zutreffen! Mehrfachantworten möglich!*

Meine Lebensumstände haben sich geändert (z. B. wegen Umzug, Pflege von Angehörigen, Unfall, längere Erkrankung) .....

Es ging mir mit meinen psychischen Beschwerden besser .....

Es ging mir mit meinen psychischen Beschwerden schlechter bzw. meine psychischen Beschwerden sind unverändert .....

Die Therapeutin / der Therapeut und ich haben nicht zueinander gepasst .....

Es gab Probleme in der therapeutischen Beziehung (z. B. Meinungsverschiedenheiten, Konflikte) .....

Ich wollte in eine andere Art von ambulanter Psychotherapie wechseln (z. B. in ein anderes Therapieverfahren) .....

Ich bin für die Behandlung meiner psychischen Beschwerden in ein Krankenhaus, eine Tagesklinik oder eine Rehabilitation gewechselt .....

Meine Therapeutin / mein Therapeut ist längere Zeit ausgefallen (z. B. wegen Krankheit, Elternzeit) .....

Meine Therapeutin / mein Therapeut hat Sitzungen mehrfach verschoben oder abgesagt .....

Anderer Grund, und zwar: \_\_\_\_\_

*Weiß nicht mehr* .....

22)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen angeboten, sich über Gründe für die Beendigung Ihrer Psychotherapie auszutauschen?
	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"/>

**Wie ging es Ihnen nach der Psychotherapie?**

23)	Ging es Ihnen <u>nach</u> 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
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

24)	Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nach Abschluss Ihrer Psychotherapie nutzen können?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

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

25)	<p>Beziehung (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)</p> <p style="text-align: right;"><i>War in meiner Therapie kein Thema</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Viel schlechter</td> <td>Etwas schlechter</td> <td>Un- verändert</td> <td>Etwas besser</td> <td>Viel besser</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
26)	<p>Freizeitgestaltung (z. B. Hobbys, Sport, Ausflüge, Ehrenamt, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)</p> <p style="text-align: right;"><i>War in meiner Therapie kein Thema</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Viel schlechter</td> <td>Etwas schlechter</td> <td>Un- verändert</td> <td>Etwas besser</td> <td>Viel besser</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<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>Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Berentung)</p> <p style="text-align: right;"><i>War in meiner Therapie kein Thema</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Viel schlechter</td> <td>Etwas schlechter</td> <td>Un- verändert</td> <td>Etwas besser</td> <td>Viel besser</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
28)	<p>Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)</p> <p style="text-align: right;"><i>War in meiner Therapie kein Thema</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Viel schlechter</td> <td>Etwas schlechter</td> <td>Un- verändert</td> <td>Etwas besser</td> <td>Viel besser</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
29)	<p>Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)</p> <p style="text-align: right;"><i>War in meiner Therapie kein Thema</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Viel schlechter</td> <td>Etwas schlechter</td> <td>Un- verändert</td> <td>Etwas besser</td> <td>Viel besser</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>								
<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?**

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 .....	<input type="checkbox"/>
	1 Jahr bis weniger als 2 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
	2 Jahre bis weniger als 6 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
	6 Jahre bis weniger als 10 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
	10 Jahre oder länger .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

33)	Wie sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden <u>vor Beginn</u> der Psychotherapie zu- rechtgekommen?				
	Sehr schlecht				Sehr gut
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

34) Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?

Keine                      1 bis 2                      3 bis 5                      6 oder mehr

35) Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

Keine                      Wenig                      Weder viel noch wenig                      Viel                      Sehr viel

36) Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

Sehr schwierig                      Schwierig                      Möglich                      Einfach                      Sehr einfach

37) In welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsjahr

38) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

39) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 41**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 40**

40)	<p>Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?          Meine Deutschkenntnisse sind:</p> <p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">Sehr schlecht</span> <span style="margin-right: 100px;">Eher schlecht</span> <span style="margin-right: 100px;">Eher gut</span> <span>Sehr gut</span> </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <span style="margin-right: 100px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-right: 100px;"><input type="checkbox"/></span> <input type="checkbox"/> </p>
-----	---

41)	<p>Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;"><i>Bitte machen Sie <u>nur ein Kreuz!</u></i></p> <p>Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Von der Schule abgegangen ohne Abschluss ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Realschulabschluss (Mittlere Reife) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Anderer Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

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!**

# 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](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)