

QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge

Validierter Fragebogen zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus

Informationen zum Dokument

DATEN ZUM DOKUMENT

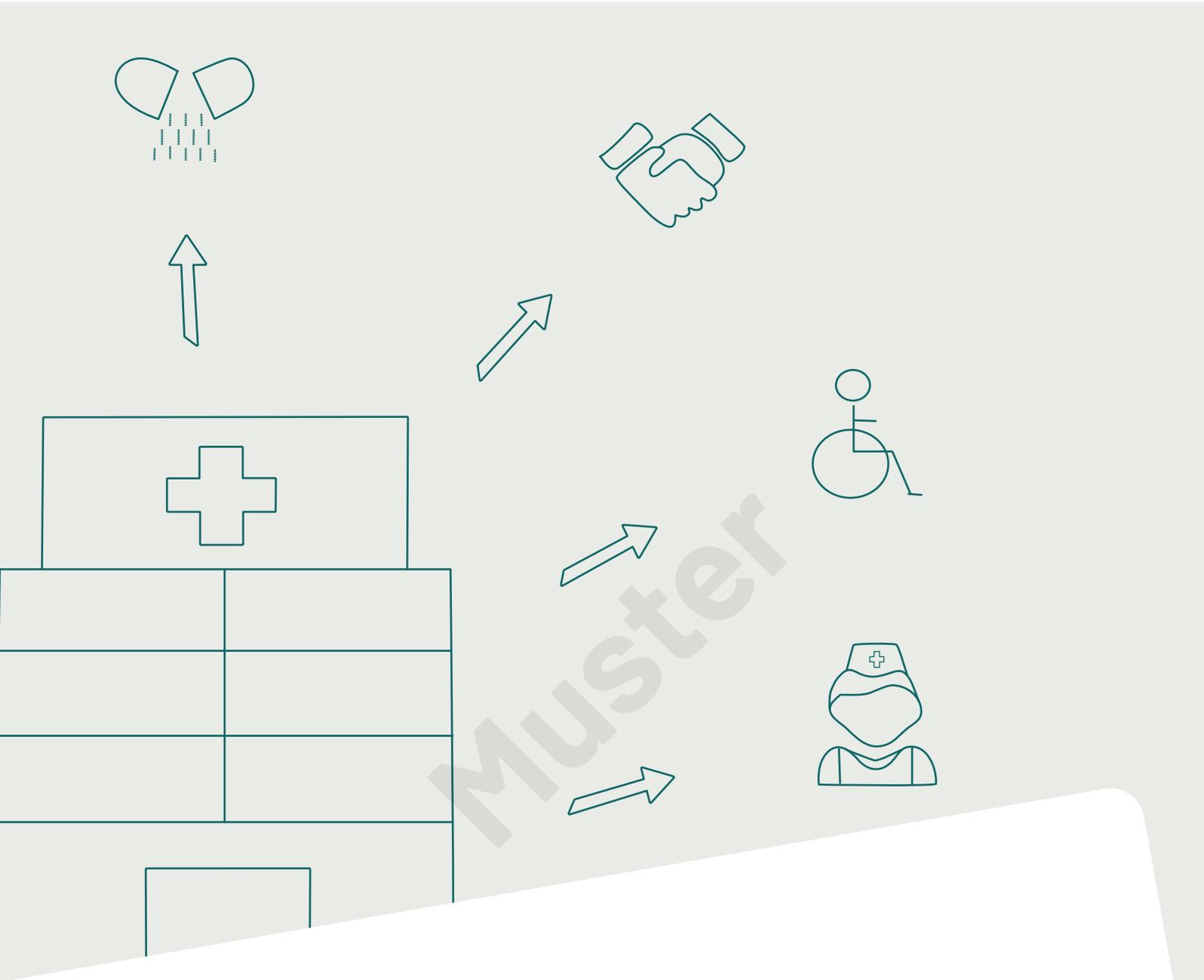
QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Validierter Fragebogen für die Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus

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

zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen 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!

Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus

Ihr Kind wurde kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie als Eltern bzw. Sorgeberechtigte zur **Entlassung Ihres Kindes** aus dem Krankenhaus und den Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **nur auf die Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus, die im Anschreiben genannt ist.**

1)	<p>War die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus geplant oder ungeplant?</p> <p>Geplant <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 ist Ihr Kind im Krankenhaus gewesen, bis es entlassen wurde?</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>Wurde die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>

4) Wohin ist Ihr Kind entlassen worden?

Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/
zu Freunden, ins Betreute Wohnen) ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5**

Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung
(z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Reha-
bilitationsklinik, Hospiz) ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

Anderes ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5**

5) Werden Sie bzw. Ihr Kind durch einen Pflegedienst unterstützt?

Ja, auch schon bevor
mein Kind im Krankenhaus war

Ja, aber erst seit der Entlassung
meines Kindes aus dem Krankenhaus

Nein

Weiß nicht

Organisation der Entlassung

6) Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Ihr Kind entlassen werden kann (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?

Ja

Nein

Weiß nicht

7)	<p>Wurde Ihnen der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?</p> <p>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 Ihr Kind am Tag der Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommt (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 zur Entlassung Ihres Kindes?</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 zur Entlassung Ihres Kindes 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 Ihres Kindes 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 zur Entlassung Ihres Kindes 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 des Aufenthalts Ihres Kindes 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>Weiß nicht <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>Weiß nicht <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;">Weiß nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...uns aufmerksam zugehört.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht	...sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	...uns aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>								
	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht														
...sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
...uns 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 die Lebens- und Versorgungssituation Ihres Kindes vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Situation in der Familie, Unterstützung bei der Pflege)?

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, wie die Versorgung Ihres Kindes nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Pflege in der Familie, Pflegedienst/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 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 zur Weiterversorgung Ihres Kindes nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

20) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung darüber gesprochen, wie sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Entlassung entwickeln kann?

Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf der Gesundheit Ihres Kindes nach der Entlassung.

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

21) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welche medizinische Behandlung für Ihr Kind nach der Entlassung durch eine Kinderärztin / einen Kinderarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte notwendig ist?

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

22)	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welche weiteren Therapien oder Behandlungen für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Sprachtherapie, 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 Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> benötigt (z. B. Gehhilfen, Dusch-/Badehilfen, 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 Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen muss.

24)	<p>Hat Ihr Kind 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 Ihr Kind nach der Entlassung einnimmt.</p> <p>Ja, mein Kind hat neue Medikamente bekommen bzw. die Medikamente wurden umgestellt. <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 25</p> <p>Nein, mein Kind hat keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 30</p>
25)	<p>Ist Ihr Kind 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>Weiß nicht <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 28</p>
26)	<p>Haben Sie bzw. hat Ihr Kind bei der Entlassung, bzw. als sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich bzw. mein Kind haben keine Medikamente mitbekommen. <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich bzw. mein Kind wollten keine Medikamente mitnehmen. <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, mein Kind musste keine Medikamente einnehmen. <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht <input type="checkbox"/></p>

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

Ja

Nein

Weiß nicht

Medikamente für die Zeit nach der Entlassung

28) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt 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 Medikament	Für die meisten Medikamente	Nur für wenige Medikamente	Für gar kein Medikament	Weiß nicht
...welche Medikamente Ihr Kind nach der Entlassung einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wofür Ihr Kind die Medikamente nach der Entlassung einnehmen soll?	<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 Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:

Wurde mit Ihnen im Krankenhaus 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>
...wann Ihr Kind die Medikamen- te einnehmen soll (z. B. nach Be- darf, zu bestimmten Tageszei- ten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie lange Ihr Kind die Medika- mente einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie viel Ihr Kind von dem jeweiligen Medikament einneh- men soll (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. Ihr Kind 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 / meinem Kind
wichtig gewesen wäre

Brauchte ich / mein Kind nicht

Weiß nicht

31)	<p>Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, wie sich Ihr Kind nach der Entlassung im Alltag <u>verhalten soll</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Brauchte ich / mein Kind nicht <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	---

32)	<p>Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, wie mögliche Komplikationen und Warnsignale zu <u>erkennen sind</u> (z.B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Brauchte ich / mein Kind nicht <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	--

33)	<p>Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, was bei Komplikationen und Warnsignalen <u>zu tun ist</u>?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Brauchte ich / mein Kind nicht <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	--

Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

34)	<p>Nutzt Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die es vorher noch nicht benutzt hat (z. B. Gehhilfen, Dusch-/Badehilfen, Pflegebett)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 35</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 36</p>
-----	--

35)	Wurde Ihnen bzw. Ihrem Kind im Krankenhaus gezeigt, wie mit den neuen Hilfsmitteln umzugehen ist?
	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 / mein Kind nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/>

Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung

36)	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für die Weiterversorgung Ihres Kindes zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	Brauchte ich nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/>

37)	Wurden Ihnen im Krankenhaus für Ihr Kind Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, Psychotherapie, sozialmedizinische Versorgung)?
	Ja <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 38
	Nein <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 39
	<i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 39

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

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

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

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 40**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 41**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 41**

40) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	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"/>

41) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung Ihres Kindes wenden können, wenn Sie Fragen zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung Ihres Kindes haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Kinderärztin / einen Kinderarzt, an einen Pflegedienst)?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

Das abschließende Gespräch zur Entlassung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das abschließende Gespräch zur Entlassung. Dieses Gespräch kann mit Ihnen als Eltern bzw. Sorgeberechtigten alleine oder gemeinsam mit Ihrem Kind durchgeführt worden sein.

42)	<p>Wurde am Ende des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 43</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 44</p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 44</p>
43)	<p>Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf die Entlassung Ihres Kindes wichtig waren?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/></p> <p>Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zur Entlassung meines Kindes <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>

Bereitschaft zur Entlassung

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

44) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zu?

Mein Kind war in Bezug auf seine ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mein Kind nicht zu	Weiß nicht
... <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"/>
... <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"/>

45) Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war ...

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	Weiß nicht
...in Bezug auf die <u>Unterstützung durch andere</u> bereit, dass mein Kind entlassen wird (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"/>
...bereit, <u>den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen</u> (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46)	<p>Wurde <u>am Ende des Aufenthalts</u> im Krankenhaus mit Ihnen bzw. Ihrem Kind darüber <u>gesprachen</u>, ob Sie und Ihr Kind bereit für die Entlassung sind?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Brauchte ich / mein Kind nicht <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	--

Dokumente zur Entlassung

47)	<p>Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zur Behandlung und Weiterversorgung Ihres Kindes enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.</p> <p>Haben Sie spätestens am Tag der Entlassung Ihres Kindes einen Entlassbrief erhalten?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	--

Nun möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrem Kind bitten.

48)	<p>In welchem Jahr wurde Ihr Kind geboren?</p> <p>Geburtsjahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
-----	---

49)	<p>Welches Geschlecht hat Ihr Kind?</p> <p>Weiblich <input type="checkbox"/></p> <p>Männlich <input type="checkbox"/></p> <p>Divers <input type="checkbox"/></p>
-----	--

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

Wie oft wurde Ihr Kind 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

51) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Ihr Kind ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommt.

Keine verschreibungspflichtigen Medikamente

1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente

3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente

5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente

Weiß nicht

52) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihrem Kind 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	<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"/>
Kinderdemenz	<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"/>

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

53) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 55**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 54**

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

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

55) 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

56) 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

57) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

- Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r des Kindes
- Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r und Kind/Jugendliche/r 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](https://www.iqtig.org)