

**Projekt: Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement der Depressionsbehandlung**

**Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,**

wir freuen uns, daß Sie sich bereit erklärt haben, an unserer Studie teilzunehmen und danken Ihnen für Ihre Mitarbeit. Im Folgenden bitten wir Sie um einige Angaben zur Behandlung depressiver Patienten in Ihrer Praxis. Diese Angaben helfen uns, die geplante Fortbildung möglichst optimal auf Ihre Interessen und Bedürfnisse abstimmen zu können.

Die Aussagekraft und Güte der erhobenen Daten hängt im wesentlichen von der vollständigen Beantwortung der Fragen ab, so daß wir Sie bitten möchten, **alle Fragen** zu beantworten bzw. **alle Zeilen einer Frage** anzukreuzen.

Wählen Sie bitte immer die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**1. Wie viele Patienten mit einer depressiven Störung behandeln Sie während einer Woche?**

\_\_\_\_\_ Patienten

**2. Bei wie vielen von diesen Patienten innerhalb einer Woche diagnostizieren Sie eine neue Depression oder eine neu beginnende Episode?**

\_\_\_\_\_ Patienten

**Bitte beschreiben Sie Ihr diagnostisches Vorgehen bei depressiven Störungen:**

**3. Wie diagnostizieren Sie eine Depression ?**

*(bitte jede Zeile ankreuzen )*

	Ja	Nein
Ich achte darauf, was der Patient selbst angibt (z.B. ich fühle mich traurig, niedergeschlagen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich beobachte, wie sich der Patient verhält (z.B. sah traurig aus, weinte während des Gesprächs)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stelle fest, ob die vorgebrachten Beschwerden häufig mit Depressionen verbunden sind (z.B. Appetitverlust, Schlafstörungen, prämenstruelles Syndrom) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich orientiere mich am allgemein schlechten Gesundheitszustand des Patienten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich frage routinemäßig nach depressiven Symptomen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte darauf, ob der Patient aktuelle Belastungen angibt (z.B. Konflikt am Arbeitsplatz, Tod eines Angehörigen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benutze einen Fragebogen zur Erfassung von Depressionen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Welche Kriterien sind für Sie zentral bei der Diagnose einer depressiven Störung?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Teilen Sie Ihren Patienten mit, wenn Sie bei Ihnen eine Depression vermuten?**

- ja                      Aus welchen Gründen? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- nein                      Aus welchen Gründen nicht? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Folgende Aspekte werden von einigen Ärzten als erschwerende Faktoren bei der Versorgung depressiver Patienten betrachtet. ( bitte jede Zeile ankreuzen )**

**6. Wie stark erschweren diese Faktoren Ihre Diagnose beziehungsweise Behandlung depressiver Patienten?**

	nicht erschwert	etwas erschwert	sehr erschwert
Beratungszeit war zu kurz für eine adäquate Anamnese .....	0	1	2
Symptome können durch eine körperliche Krankheit erklärt werden .....	0	1	2
geringe Kenntnis der genauen Symptome einer Depression.....	0	1	2
geringe Kenntnis der Differentialdiagnostik einer Depression.....	0	1	2
Fehlen effektiver Behandlungsmaßnahmen für diese Art der Depression .....	0	1	2
Patient akzeptiert die Diagnose nicht.....	0	1	2
somatische Probleme sind akut behandlungsbedürftiger .....	0	1	2
geringe Vergütung einer Beratung / Behandlung .....	0	1	2
Patient möchte antidepressive Medikation nicht einnehmen.....	0	1	2
Patient sorgt sich wegen medikamentöser Nebenwirkungen .....	0	1	2
Patient möchte nicht zum Facharzt/Psychotherapeuten überwiesen werden .....	0	1	2
Familie des Patienten erschwert adäquate Behandlung der Depression.....	0	1	2
Patient sieht die Notwendigkeit einer längerfristigen Erhaltungstherapie nicht.....	0	1	2
Patient sieht die Notwendigkeit einer Rezidivprophylaxe nicht.....	0	1	2
Überweisung zum Facharzt/Psychotherapeuten nicht möglich (z.B. kein Termin verfügbar, kein Therapeut in Wohnortnähe) .....	0	1	2
fehlende Möglichkeit einer engmaschigen Therapiebegleitung des Patienten.....	0	1	2
Gespräche mit dem Patienten sind anstrengend.....	0	1	2
Zeitprobleme, um selbst Beratung/ Therapie durchzuführen .....	0	1	2
Budgetierung schränkt die Verordnungsmöglichkeiten ein .....	0	1	2
Behandlung depressiver Patienten ist belastend.....	0	1	2
geringe Kenntnis der psychotherapeutischen Behandlung einer Depression.....	0	1	2
geringe Kenntnis der medikamentösen Behandlung einer Depression .....	0	1	2

**7. Wie schätzen Sie Ihre eigenen Kenntnisse hinsichtlich folgender Aspekte ein ?**

(bitte jede Zeile ankreuzen)

	sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut
Früherkennung depressiver Störungen .....	1	2	3	4	5
Diagnose depressiver Störungen .....	1	2	3	4	5
Basisbetreuung einer Depression .....	1	2	3	4	5
Gesprächsführung mit Patienten.....	1	2	3	4	5
Medikamentöse Akutbehandlung depressiver Störungen .....	1	2	3	4	5
Psychotherapeutische Behandlung depressiver Störungen .....	1	2	3	4	5
Umgang mit Suizidalität .....	1	2	3	4	5
Rezidivprophylaxe .....	1	2	3	4	5
Medikamentöse Erhaltungstherapie .....	1	2	3	4	5

**8. Bei einer depressiven Erkrankung fühle ich mich zuständig für ...**

(bitte jede Zeile ankreuzen)

	stimme absolut nicht zu	stimme nicht zu	stimme teilweise zu	stimme zu	stimme absolut zu
das Erkennen depressiver Patienten.....	1	2	3	4	5
die Differentialdiagnose einer Depression.....	1	2	3	4	5
die medikamentöse Behandlung einer Depression .....	1	2	3	4	5
die psychotherapeutische Behandlung .....	1	2	3	4	5
die Beratung und Aufklärung.....	1	2	3	4	5
die Motivation zur fachärztlichen / psychotherapeutischen Weiterbehandlung .....	1	2	3	4	5
die Behandlung in enger Kooperation mit einem Facharzt/Psychotherapeuten .....	1	2	3	4	5
.....					
die Nachsorge depressiver Störungen .....	1	2	3	4	5

**9. Wie zufrieden sind Sie mit der Überweisung an / Kooperation mit :**

(bitte jede Zeile ankreuzen)

	trifft nicht zu	Sehr unzufrieden	eher unzufrieden	teils/ teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
Psychiater/Nervenärzte .....	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Psychologische Psychotherapeuten .....	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Ärztliche Psychotherapeuten .....	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Psychiatrischen Kliniken .....	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Sozialarbeiter (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst) .....	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Selbsthilfegruppen .....	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Beratungsstellen .....	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Rehabilitationskliniken (Psychosomatik) .....	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5

**10. In welchen Bereichen sehen Sie mehr Bedarf an Kooperation mit anderen Fachgruppen?**

---



---

**11. Bezogen auf die Versorgung depressiver Patienten, wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kenntnissen...**

( bitte jede Zeile ankreuzen )

	sehr unzufrieden	eher unzufrieden	teils/ teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
der Früherkennung depressiver Störungen.....	1	2	3	4	5
der Diagnose depressiver Störungen .....	1	2	3	4	5
der Basisbetreuung einer Depression .....	1	2	3	4	5
Gesprächsführung mit Patienten.....	1	2	3	4	5
der medikamentösen Akutbehandlung depressiver Störungen .....	1	2	3	4	5
der psychotherapeutischen Behandlung depressiver Störungen .....	1	2	3	4	5
im Umgang mit Suizidalität .....	1	2	3	4	5
der Rezidivprophylaxe .....	1	2	3	4	5
der medikamentöse Erhaltungstherapie .....	1	2	3	4	5

**12. In welchen Bereichen wünschen Sie sich Fortbildungsmaßnahmen und Unterstützung bei der Behandlung depressiver Patienten?**

( bitte jede Zeile ankreuzen )

	ja	nein
Früheres Erkennen beginnender depressiver Störungen/Episoden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostik depressiver Störungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung der Akzeptanz der Diagnose Depression bei den Patienten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basisbetreuung von Depressionen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medikamentöse Akutbehandlung depressiver Störungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einhaltung der Medikamentenverschreibungen/ Compliance der Patienten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychotherapeutische Behandlung depressiver Störungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Suizidalität.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesprächsführung mit depressiven Patienten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoring/ Wirkungsprüfung antidepressiver Behandlungsmaßnahmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Belastungen bei der Behandlung depressiver Patienten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezidivprophylaxe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medikamentöse Erhaltungstherapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zum Schluß bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu Ihrer Person und Praxis zu beantworten**

**13. Geschlecht:**     weiblich                     männlich

**14. Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

15. Wie lange sind Sie niedergelassen ? seit \_\_\_\_\_ Jahren

16. Ihre Fachrichtung: \_\_\_\_\_

17. Zusatzqualifikationen :

	Ja	Nein	derzeit in Weiterbildung
Zusattitel Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische Grundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Zusattitel, welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_ (bitte angeben)

18. Vorerfahrung in der psychiatrischen Versorgung ?  ja, \_\_\_ Monate  Nein

19. Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem Sie Ihre Praxis haben ?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> bis 5000      | <input type="checkbox"/> 10 000 – 25 000 | <input type="checkbox"/> 50 000 – 100 000 |
| <input type="checkbox"/> 5000 – 10 000 | <input type="checkbox"/> 25 000 – 50 000 | <input type="checkbox"/> über 100 000     |

20. Charakteristika Ihrer Praxis

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis mit \_\_\_\_\_ Kollegen/Kolleginnen
- Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_ Kollegen/Kolleginnen

21. Durchschnittliche Scheinzahl pro Quartal

- |                                |                                    |                                      |                                 |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 500 | <input type="checkbox"/> 500 – 999 | <input type="checkbox"/> 1000 – 1499 | <input type="checkbox"/> > 1500 |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|

***Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!***



**5. Um welche depressive Störung handelt es sich?** **ICD-10**

Episoden-Zahl: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Monat/Jahr  
 Seit wann bestehen die depressiven Beschwerden?: \_\_\_\_\_ Tage

**6. Weitere psychische und somatische Diagnosen/Erkrankungen: ICD-10**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Die nächsten Fragen beziehen sich nur auf die psychische Störung:**

<b>7. Diagnostische Maßnahmen:</b>	Ja	Nein	erfolgt
* allgemeine körperliche und neurologische Untersuchung ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* diagnostisches Gespräch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Routine-labor Diagnostik .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Schilddrüsendiagnostik .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* EKG .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Andere (bitte angeben): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Litt der Patient während der letzten 2 Wochen an ...**

	gar nicht	mehrere Tage	über die Hälfte der Tage	fast täglich
* Niedergeschlagenheit, Schwermut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Interessenverlust/Freudlosigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Müdigkeit oder Energielosigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Verminderte Konzentration/Aufmerksamkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Vermindertes Selbstwertgefühl .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Pessimistische Zukunftsperspektiven .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Suizidgedanken/ -handlungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Verminderter Appetit, Gewichtsverlust .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Ein-/Durchschlafstörungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Suizidrisiko des Patienten:**

	Ja	Nein
* Notwendigkeit der Erfassung nicht gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grund: _____		
* Indirekte Erfassung durch Fragen, die auf Suizidalität hinweisen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Direktes Ansprechen der Suizidalität .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Patient hat Suizidalität selber angesprochen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Welche der folgenden Aspekte haben Sie erfragt?**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

	Ja	Nein	bekannt
* Familiengeschichte psychischer Störungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Anamnese vorheriger psychischer Störungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Somatische Ursachen einer Depression .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Symptome nach Verlustereignissen (z.B. Arbeit, Partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Aktuelle zwischenmenschliche Konflikte (Familie, Beruf).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Anamnese sexueller oder körperlicher Mißhandlungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Evidenz für Alkohol / Substanzmissbrauch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Schweregrad der Krankheit (CGI):**

Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz bzgl. Depressionen in Betracht und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen

<input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/> Patient mäßig krank
<input type="checkbox"/> Patient ist überhaupt nicht krank	<input type="checkbox"/> Patient ist deutlich krank
<input type="checkbox"/> Patient ist ein Grenzfall psychischer Erkrankung	<input type="checkbox"/> Patient ist schwer krank
<input type="checkbox"/> Patient ist nur leicht krank	<input type="checkbox"/> Patient gehört zu den extrem schwer Kranken

**12. Therapeutische Maßnahmen** (Mehrfachnennungen möglich):

* Beobachtendes Abwarten .....	Ja	Nein
* Aufklärung über Erkrankung und Behandlung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Erholung und Entspannung empfohlen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Arbeitsunfähig geschrieben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grund: _____ Tage:		
* Beratung / Therapeutisches Gespräch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Themen (bitte angeben): \_\_\_\_\_

* Medikation (bitte angeben):	Ja	Nein
- Antidepressiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präparat: _____ Tagesdosis: _____		
_____		
_____		

- Andere Medikamente (nur im Rahmen der Depressionsbehandlung ) .....

Präparat: \_\_\_\_\_ Tagesdosis: \_\_\_\_\_

\* zum weiteren Kontakt einbestellt .....

Falls Ja, in \_\_\_\_\_ Tagen .....



**6. Therapeutische Maßnahmen:**

- \* Beobachtendes Abwarten .....  Ja  Nein
- \* Aufklärung über Erkrankung und Behandlung .....  Ja  Nein
- \* Erholung und Entspannung empfohlen .....  Ja  Nein
- \* Arbeitsunfähig geschrieben .....  Ja  Nein

Grund: \_\_\_\_\_ Tage: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Minuten \_\_\_\_\_

\* Beratung / Therapeutisches Gespräch über ca. \_\_\_\_\_ Themen (bitte angeben): \_\_\_\_\_

\* Medikation (bitte angeben): **Ja**  **Nein**

- Trizyklisches Antidepressivum..... Tagesdosis: \_\_\_\_\_  
 Präparat: \_\_\_\_\_
- Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer..... Tagesdosis: \_\_\_\_\_  
 Präparat: \_\_\_\_\_
- Johanniskraut..... Tagesdosis: \_\_\_\_\_  
 Präparat: \_\_\_\_\_
- Andere Antidepressiva ..... Tagesdosis: \_\_\_\_\_  
 Präparat: \_\_\_\_\_
- Andere Medikamente (nur im Rahmen der Depressionsbehandlung ) ..... Tagesdosis: \_\_\_\_\_  
 Präparat: \_\_\_\_\_

\* zum weiteren Kontakt einbestellt .....  Ja  Nein  
 Falls Ja, in \_\_\_\_\_ Tagen .....

**7. Therapeutische Wirksamkeit der Medikation:**  
 Bitte beurteilen Sie das Verhältnis von therapeutischen Effekt und auftretenden Nebenwirkungen

0 = Nicht beurteilbar  
 1 = Sehr gut – umfassende Besserung, vollständige oder fast vollständige Remission aller Symptome.  
 2 = Mäßig – Deutliche Besserung, teilweise Remission aller Symptome.  
 3 = Gering – Leichte Besserung, eine weitere Behandlung des Patienten ist dennoch nötig.  
 4 = Zustand unverändert oder verschlechtert

**8. Unerwünschte Wirkungen der Medikation:**

Nicht beurteilbar	Keine	Beeinträchtigen den Patienten nicht wesentlich	Beeinträchtigen den Patienten wesentlich	Überwiegen der therapeutischen Wirksamkeit
1	2	3	4	5

**9. Einschätzung der Patientencompliance**

**9.1 Wie gut ist die Akzeptanz der Diagnose seitens des Patienten ?**

sehr gut	gut	mittel	schlecht	sehr schlecht
1	2	3	4	5

**9.1 Wie gut ist die Akzeptanz der Behandlung seitens des Patienten ?**

sehr gut	gut	mittel	schlecht	sehr schlecht
1	2	3	4	5

**9.3 Wie gut hält sich der Patient an die Medikamentenverordnungen ?**

bekommt keine	nimmt	nimmt	lehnt	lehnt
Medikation	Medikation mit	Medikation nur	Medikation	Medikation
sehr genau ein	gelegentlichem	widerstrebend	teilweise ab	vollständig ab
Widerstreben	ein	ein	ein	ein
0	1	2	3	4
				5

**10. Einschätzung der Arzt-Patient-Beziehung**

**10.1 Wie würden Sie Ihren Kontakt zum Patienten einschätzen ?**

sehr gut	gut	mittel	schlecht	sehr schlecht
1	2	3	4	5

**10.2 Wie gut schätzen Sie hat der Patient Sie verstanden ?**

sehr gut	gut	mittel	etwas	gar nicht
1	2	3	4	5

## Patienten - Fragebogen

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Bereitschaft an unserer Studie teilzunehmen. Um die Behandlung optimieren zu können, benötigen wir von Ihnen noch einige Angaben zu Ihrer Erkrankung. Die Aussagekraft und Güte der erhobenen Daten hängt im wesentlichen von der vollständigen Beantwortung der Fragen ab, so dass wir Sie bitten möchten, ALLE FRAGEN zu beantworten. Kreuzen Sie bitte die Antwort an, die am ehesten zutrifft.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Bei den folgenden Fragen geht es um den bisherigen Verlauf ihrer depressiven Verstimmung.**

### 1. Wann haben Sie zum ersten Mal depressive Symptome verspürt?

Wie alt waren Sie? \_\_\_\_\_ Jahre

Welche Symptome waren es?

---

### 2. Hatten Sie jemals vor der jetzigen Phase eine Zeit in der Sie sich über mindestens 2 Wochen fast jeden Tag durchgängig depressiv oder niedergeschlagen gefühlt haben?

Nein

Ja      Wie alt waren Sie? \_\_\_\_\_ Jahre.

#### Waren Sie damals mit ihren Beschwerden in einer Behandlung?

Nein      Wenn nein, wieso waren Sie nicht in Behandlung?

---

Ja      Wenn ja, bei wem waren Sie in Behandlung?

Hausarzt       Psychologe:

Nervenarzt       Sonstiges: \_\_\_\_\_

**3. Wie oft waren Sie in ihrem Leben mindestens 2 Wochen lang fast den ganzen Tag depressiv verstimmt? \_\_\_\_\_ Mal**

**4. Waren Sie einmal wegen anderer psychischer Probleme in Behandlung?**

Nein

Ja      Aufgrund welcher Beschwerden?

\_\_\_\_\_

Bei wem waren Sie in Behandlung?

Hausarzt       Psychologe:

Nervenarzt       Sonstiges: \_\_\_\_\_

**5. Waren Sie im Verlauf des letzten Monats wegen Ihrer depressiven Verstimmung ...**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Tage insgesamt</b>
• in einem Allgemeinkrankenhaus wegen körperlicher Beschwerden..... Wenn ja, in welcher Abteilung (z.B. chirurgisch, internistisch...) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• in einem psychiatrischen Krankenhaus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• in einem psychosomatischen Krankenhaus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• in einer anderen Rehabilitations- oder Kurklinik..... Wenn ja, in welcher Art von Klinik _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• in einer psychiatrischen Tagesklinik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• beim Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• beim niedergelassenen Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• bei psychologisch / psychiatrischer Ambulanz im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• bei sonstigem Arzt..... Wenn ja, bei welchem (z.B. Hausarzt, Internist, Gynäkologe...) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**6. Nehmen Sie derzeit aufgrund Ihrer depressiven Verstimmung Medikamente ein?**

Nein

Ja      *Medikamente:*                      *Dosierung:*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Wie genau haben Sie sich an die ärztliche Verordnung und die Medikamenteneinnahme gehalten?**

gar nicht

wenig

mittel

ziemlich  
genau

sehr genau

### 7. Trinken Sie Alkohol?

- gar nicht       wenig       mittelmässig       viel       sehr viel

Was trinken Sie ( z.B. Bier, Wein, Spirituosen...)? \_\_\_\_\_

Wieviel trinken Sie durchschnittlich pro \_\_\_\_\_ Tag oder \_\_\_\_\_ Woche?

### 8. Rauchen Sie?

- gar nicht       wenig       mittelmässig       viel       sehr viel

Was rauchen Sie ( z.B. Zigaretten, Zigarren, Pfeife...)? \_\_\_\_\_

Wieviel rauchen Sie durchschnittlich pro \_\_\_\_\_ Tag oder \_\_\_\_\_ Woche?

### 9. Gibt oder gab es in Ihrer Familie jemanden der auch an einer depressiven Verstimmung leidet oder litt?

- Nein
- Ja      Wer? \_\_\_\_\_

### 10. Gibt oder gab es jemanden in Ihrer Familie, der an einer anderen psychischen Störung leidet oder litt?

- Nein
- Ja      Wer? \_\_\_\_\_      Psychische Störung? \_\_\_\_\_

### 11. Wie zufrieden sind Sie mit ihren derzeitigen Bekanntenkreis?

- sehr zufrieden     zufrieden       mittelmässig zufrieden     unzufrieden     sehr unzufrieden

### Wie zufrieden sind Sie mit Ihren derzeitigen Freundeskreis?

- sehr zufrieden     zufrieden       mittelmässig zufrieden     unzufrieden     sehr unzufrieden

### Haben Sie jemanden an den Sie sich mit einem Problem wenden können?

- Nein
- Ja      Wie zufrieden sind Sie mit dieser Beziehung?
- sehr zufrieden     zufrieden       mittelmässig     unzufrieden     sehr unzufrieden

**12. Hat sich irgendetwas in ihrem Leben ereignet oder verändert, bevor Ihre Beschwerden begannen?**

---



---

Glauben Sie, dass das in irgendeinem Zusammenhang mit Ihren derzeitigen Beschwerden steht?

- Nein       Ja

**13. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Fragen zum Thema „Angst“**

Nein      Ja

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?).....      

**Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 15.**

Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?.....      

Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?.....      

Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?.....      

Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?.....      

**15. Wenn eines oder mehrere der in den Fragen 13. und 14. beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen.**

- überhaupt nicht erschwert      etwas erschwert      relativ stark erschwert      sehr stark erschwert
-

Brief PHQ

16. Wie oft litten Sie im Verlauf der <u>letzten zwei Wochen</u> an ...	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Medizinisch nicht erklärbaren Schmerzen (z.B. Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Arm- und Beinschmerzen etc.)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinisch nicht erklärbaren anderen körperliche Beschwerden (z.B. Brechreiz, Völlegefühl/Blähungen, Schweregefühle in einem Körperteil etc., Kurzatmigkeit, Sehstörungen etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten sich zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gereiztheit und schlechte Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

17. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt ?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Mittelschwere Tätigkeit, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Treppenabsätze steigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause ?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer seelischen Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten) ?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert ?

überhaupt nicht       etwas       mäßig       ziemlich       sehr

21. Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen .....

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
ruhig und gelassen ?	<input type="checkbox"/>					
voller Energie ?	<input type="checkbox"/>					
entmutigt und traurig ?	<input type="checkbox"/>					

22. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (z.B. Unternehmungen, Besuche bei Freunden, Verwandte, usw.) beeinträchtigt ?

immer       meistens       manchmal       selten       nie

**Wir möchten Sie nun bitten, uns einige Informationen zu Ihrer Person anzugeben.**

**23. Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre

**24. Geschlecht:**  männlich  weiblich

**25. Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

**26. Aktueller Familienstand ?**

- ledig  verheiratet  in eheähnlichen Verhältnis  
 geschieden  getrennt lebend  verwitwet

**27. Haben Sie Kinder?.....**  ja, wie viele? \_\_\_\_\_  nein

**20. Höchster erreichter Schulabschluss ?**

- Hauptschulabschluss  Fach-/Hochschulreife  kein Schulabschluss  
(Abitur)  
 Realschule/ Fachoberschulreife  anderer Schulabschluss: \_\_\_\_\_ (bitte angeben)  
(Mittlere Reife)

**28. Höchster erreichter Berufsabschluss / Berufsausbildung ?**

- Lehre  Fach- / Hochschule  
 Fach-/Meisterschule  keine bzw. angelernt

**29. Ihr aktueller beruflicher Status**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vollzeit / freier Arbeitsmarkt                   | <input type="checkbox"/> mithelfender Familienangehöriger       |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit / freier Arbeitsmarkt                   | <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann                    |
| <input type="checkbox"/> gelegentlich berufstätig / freier Arbeitsmarkt   | <input type="checkbox"/> Ausbildung / Umschulung                |
| <input type="checkbox"/> Vollzeit / geschützt beschäftigt                 | <input type="checkbox"/> Wehrdienst / Zivildienst               |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit / geschützt beschäftigt                 | <input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet                    |
| <input type="checkbox"/> gelegentlich berufstätig / geschützt beschäftigt | <input type="checkbox"/> anderweitig ohne berufl. Beschäftigung |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitationsmaßnahme                          | <input type="checkbox"/> sonstige (bitte angeben): _____        |

**30. Wenn derzeit ein reguläres Arbeitsverhältnis (freier Arbeitsmarkt) besteht:**  
als was arbeiten Sie zur Zeit? \_\_\_\_\_ (bitte angeben)

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!!!**

# Patienten-Gesundheits-Fragebogen

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden von uns wegen Ihrer depressiven Störung behandelt. Zur besseren Beurteilung Ihres Behandlungserfolges bitten wir Sie um einige Angaben. Diese sollen uns helfen, Ihre Behandlung besser bewerten zu können und für die Zukunft unsere Behandlung zu verbessern. Alle Ihre Antworten unterliegen vollständig der ärztlichen Schweigepflicht. Es kann vorkommen, daß einige Fragen in geringerem Maße auf Sie zutreffen oder, daß Sie den Eindruck haben die Fragen wiederholen sich. Beantworten Sie dennoch alle Fragen und kreuzen Sie die Antwort an die am ehesten auf Sie zutrifft.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !**

### 1. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben ?

- ausgezeichnet       sehr gut       gut       weniger gut       schlecht

### 2. Wie genau haben Sie sich an die ärztliche Verordnungen und die Medikamenteneinnahme gehalten?

- gar nicht       wenig       mittel       ziemlich genau       sehr genau

An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten Woche vergessen die Medikamente einzunehmen ? \_\_\_\_\_ Tage

### 3. Fühlen Sie sich durch die Medikamente beeinträchtigt?

- nehme keine       keine Beeinträchtigung       leicht       deutlich       stark       sehr stark

### 4. Wie beurteilen Sie insgesamt die Veränderungen in Ihren Beschwerden seit Beginn der Behandlung?

- stark verschlechtert       verschlechtert       gleichgeblieben       verbessert       stark verbessert

Welche Beschwerden haben sich am meisten verbessert ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Beschwerden haben sich am stärksten verschlechtert ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten zwei Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

6. Fragen zum Thema „Angst“	Nein	Ja
Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 7.</b>		
Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

**7. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen.**

überhaupt nicht erschwert	etwas erschwert	relativ stark erschwert	sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©Brief PHQ

8. Wie oft litten Sie im Verlauf der <u>letzten zwei Wochen</u> an ...	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Medizinisch nicht erklärbaren Schmerzen (z.B. Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Arm- und Beinschmerzen etc.)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinisch nicht erklärbaren anderen körperliche Beschwerden (z.B. Brechreiz, Völlegefühl/Blähungen, Schweregefühle in einem Körperteil etc., Kurzatmigkeit, Sehstörungen etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten sich zu entspannen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gereiztheit und schlechte Laune .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

**9. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt ?**

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Mittelschwere Tätigkeit, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Treppenabsätze steigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause ?**

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer seelischen Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten) ?**

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert ?**

überhaupt nicht       etwas       mäßig       ziemlich       sehr

**13. Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen .....**

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
ruhig und gelassen ?	<input type="checkbox"/>					
voller Energie ?	<input type="checkbox"/>					
entmutigt und traurig ?	<input type="checkbox"/>					

**14. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (z.B. Unternehmungen, Besuche bei Freunden, Verwandte, usw.) beeinträchtigt ?**

immer       meistens       manchmal       selten       nie

**15. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?**

ausgezeichnet

gut

weniger gut

schlecht

**16. Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?**

eindeutig nicht

eigentlich nicht

im Allgemeinen ja

eindeutig ja

**17. In welchem Maße hat unsere Praxis Ihren Bedürfnissen entsprochen?**

sie hat fast allen  
meinen  
Bedürfnissen  
entsprochen

sie hat den meisten  
meiner Bedürfnisse  
entsprochen

sie hat nur wenigen  
meiner Bedürfnisse  
entsprochen

sie hat meinen  
Bedürfnissen nicht  
entsprochen

**18. Würden Sie einem Freund /einer Freundin unsere Praxis empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?**

eindeutig nicht

ich glaube nicht

ich glaube ja

eindeutig ja

**19. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie in unserer Praxis erhalten haben?**

ziemlich  
unzufrieden

leidlich oder leicht  
unzufrieden

weitgehend  
zufrieden

sehr zufrieden

**20. Hat die Behandlung, die Sie in unserer Praxis erhalten haben, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?**

ja, sie half eine  
ganze Menge

ja, sie half etwas

nein, sie half  
eigentlich nicht

nein, sie hat mir  
die Dinge schwerer  
gemacht

**21. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie in unserer Praxis erhalten haben, im Großen und Ganzen?**

sehr zufrieden

weitgehend  
zufrieden

leidlich oder leicht  
unzufrieden

ziemlich  
unzufrieden

**22. Würden Sie wieder zu unserer Praxis gehen, wenn Sie wieder Hilfe bräuchten?**

eindeutig nicht

ich glaube nicht

ich glaube ja

eindeutig ja

**23. Waren Sie seit der letzten Befragung in ...**

	Ja	Nein	Tage insgesamt
• einem Allgemeinkrankenhaus wegen körperlicher Beschwerden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, in welcher Abteilung (z.B. chirurgisch, internistisch...)			_____
• der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• einer psychiatrischen Uniklinik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• einer anderen Uniklinik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, in welcher (z.B. chirurgisch, internistisch...)			_____
• einem Psychiatrischen Krankenhaus (außer Uniklinik).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• einem psychosomatisches Krankenhaus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• einer anderen Rehabilitations- oder Kurklinik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, in welcher Art von Klinik: _____			
• einer psychiatrischen Tagesklinik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**24. Waren Sie seit der letzten Befragung**

	Ja	Nein	Besuche insgesamt
• beim niedergelassenen Nervenarzt / Psychiater.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• beim niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• bei sonstigem niedergelassenen Arzt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, bei welchem (z.B. Hausarzt, Internist...)			_____
• bei psychologisch / psychiatrischer Ambulanz im Krankenhaus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**25. Haben Sie seit der letzten Befragung eines oder mehrere der folgenden Angebote genutzt?**

	Ja	Nein	Besuche insgesamt
• Ergotherapie (bei niedergelassenem Therapeuten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• physikalische Therapie / Physiotherapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Tageszentren / -stätten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• psychologisch / psychiatrische Kontakt- und Beratungsstellen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• andere Beratungsstellen (z.B. kirchlich).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Selbsthilfegruppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Sozialpsychiatrische Dienste (SPDi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Gemeindeschwester.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**26. Haben Sie seit der letzten Befragung eine oder mehrere der folgenden Einrichtungen genutzt?**

	Ja	Nein	von	bis
• Betreutes Einzelwohnen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
• Betreute Wohngemeinschaft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
• Wohnheim für psychisch Kranke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
• Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
• Werkstatt für psychisch Kranke (WfB).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
• andere Werkstatt für Behinderte (WfB).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
• Selbsthilfefirma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
• sonstige berufliche Reha (BTZ, BFW).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**Ihr aktueller beruflicher Status**

	Ja
• Vollzeit / freier Arbeitsmarkt.....	<input type="checkbox"/>
• Teilzeit / freier Arbeitsmarkt.....	<input type="checkbox"/>
• gelegentlich berufstätig / freier Arbeitsmarkt.....	<input type="checkbox"/>
• Vollzeit / geschützt beschäftigt (z. B. WfB).....	<input type="checkbox"/>
• Teilzeit / geschützt beschäftigt (z. B. WfB).....	<input type="checkbox"/>
• gelegentlich berufstätig / geschützt beschäftigt (z. B. WfB).....	<input type="checkbox"/>
• Rehabilitationsmaßnahme.....	<input type="checkbox"/>
• mithelfender Familienangehöriger.....	<input type="checkbox"/>
• Hausfrau / Hausmann.....	<input type="checkbox"/>
• Ausbildung / Umschulung.....	<input type="checkbox"/>
• Wehrdienst / Zivildienst.....	<input type="checkbox"/>
• arbeitslos gemeldet.....	<input type="checkbox"/>
• anderweitig ohne berufl. Beschäftigung.....	<input type="checkbox"/>
• sonstige (bitte angeben): _____	<input type="checkbox"/>

**27. Wenn derzeit ein reguläres Arbeitsverhältnis (freier Arbeitsmarkt) besteht: als was arbeiten Sie zur Zeit? \_\_\_\_\_**

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!!!**