

## Vorbemerkung zum Kölner Patientenfragebogen

Patientenbefragungen sind ein wichtiges Instrument im Qualitätsmanagement. Sie sind auch in der G-BA-Richtlinie zum vertragsärztlichen Qualitätsmanagement genannt. Dabei spricht die Richtlinie von „wenn möglich validen“ Fragebögen. Der Rücklauf der Fragebögen kann durch zwei wichtige Voraussetzungen erhöht werden: 1. sollte ein Fragebogen (außer bei einer vollpostalischen Erhebung) durch den Praxisinhaber an die Patienten gegeben werden und 2. sollte das Personal der Befragung positiv gegenüber eingestellt sein.

Fragebögen können selbst entworfen werden und für die Praxis wichtige Informationen gezielt bei Patienten abfragen (z. B. Wartezeiten, Freundlichkeit, Sauberkeit, Parkplatzsituation, usw.). Einfache Regel dabei ist, dass man nur Dinge abfragen sollte, an denen man je nach Ergebnis der Befragung auch tatsächlich etwas ändern kann und will. Solche Eigenkreationen lassen keine Vergleiche zu anderen Praxen zu, müssen selbst ausgewertet werden und können nur einen Verlauf für die spezifische Praxis zeigen, wenn im zeitlichen Abstand von 1-2 Quartalen oder auch Jahren die gleichen Fragen an ein vergleichbares Klientel gestellt werden. Es müssen in jedem Fall mindestens 50 (besser 100) Patienten in zufälliger Verteilung (am besten Befragung aller Patienten am jeweiligen Tag) befragt werden. Dabei sollte die Patientengruppe sinnvoller Weise eingeschränkt werden auf Patienten über 18 Jahre, die die deutsche Sprache beherrschen (Austeilen der Fragebögen z. B. an zwei festen Tagen in der Woche, die bezüglich des Praxisablaufes möglichst repräsentativ sind). Es handelt sich bei Eigenkreationen in jedem Fall um nicht valide Fragebogen.

Es gibt verschiedene valide, also getestete, Fragebögen für Praxen (z. B. Europep, Qualiskope, etc.). Sie finden auf unserer CD-ROM den Kölner Patientenfragebogen (KPF-N 2006), der eine hohe Reliabilität besitzt. Damit die Qualität des Fragebogens zum Tragen kommt, muss die Durchführung der Befragung in standardisierter Weise erfolgen (Durchführungsobjektivität). Postalische Befragungen erfüllen diese Voraussetzung weit aus besser als andere Befragungsformen wie z. B. Befragungen in der Praxis. Zudem zeigen Studien (u. a. die QEP-Pilotstudie), dass Befragungen innerhalb der Arztpraxis (die Bögen werden also in der Praxis selbst wieder abgegeben) mit einer höheren Rate an fehlenden Werten und mehr sozial erwünschten Antworten (z. B. positive Bewertung aufgrund vermuteter mangelnder Anonymität) einhergehen als postalische Befragungen. Wir empfehlen daher, den hier als pdf-Version vorgelegten KPF-N vorzugsweise im Rahmen von postalischen Befragung einzusetzen, die Auswertung sollte dann ein unabhängiges Institut übernehmen.

Im Folgenden finden Sie als Beispiel für einen validen Fragebogen den Kölner Fragebogen, auf der CD-ROM finden Sie aber auch eine Wordvorlage für eine Eigenkreation.

# Patientenbefragung

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wir möchten die Arbeit unserer Praxis ständig verbessern und noch stärker an Ihre Bedürfnisse als Patient anpassen. Dafür ist uns Ihre Meinung sehr wichtig. Aus diesem Grund führen wir eine Patientenbefragung durch. Uns interessiert Ihre persönliche Meinung über unsere Praxis, dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte beantworten Sie alle Fragen möglichst vollständig und zügig. Meist ist der erste Gedanke der beste. Kontrollieren Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

**Die Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, bleiben selbstverständlich anonym.** Das Praxisteam erfährt nicht, was Sie im Fragebogen angegeben haben. Die Datenauswertung erfolgt im Institut XYZ.

## Ausfüllhinweise:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es immer der Arzt. Gemeint ist aber auch die Ärztin oder auch die Ärzte, wenn es in ihrer Praxis mehr als einen Arzt gibt.

## Hinweise zum Datenschutz:

Wenn Sie den Fragebogen ausfüllen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Angaben durch die auswertenden Institute in anonymisierter Form gespeichert und ausgewertet werden. Dabei wird der Datenschutz gewährleistet. Die ausgewerteten Daten lassen keine Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmer zu.

Wie ausfüllen?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!**



## 1.

## Fragen zum Arzt

Bitte geben Sie an, wie sie den behandelnden Arzt in unserer Praxis allgemein einschätzen

<b>Was ist Ihr Eindruck?</b>	<i>(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an.)</i>			
	stimme <u>überhaupt</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und ganz</u> zu
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich gründlich untersucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt ein Spezialist auf seinem Gebiet ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt auf dem neuesten Stand ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt das medizinisch Mögliche tut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich nur auf Anfrage informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt vergisst schon einmal ein Anliegen, das ich habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt hat zu wenig Zeit für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Was ist Ihr Eindruck?</b>	<i>(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an.)</i>			
	stimme <u>überhaupt</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und ganz</u> zu
Der Arzt ist offen und ehrlich zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem behandelnden Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt läßt mich ausreden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt fachlich sehr kompetent ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei dem Arzt in dieser Praxis ist man in guten Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>Was ist Ihr Eindruck?</b>	<i>(Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile nur ein Kästchen an.)</i>			
	<b>stimme überhaupt nicht zu</b>	<b>stimme eher nicht zu</b>	<b>stimme eher zu</b>	<b>stimme voll und ganz zu</b>
Ich kann mich auf den Arzt verlassen, wenn ich Probleme mit meinen Beschwerden/ meiner Krankheit habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt unterstützt mich so, dass mir der Umgang mit meinen Beschwerden/ meiner Krankheit leichter fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt ist bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit den Beschwerden/ der Krankheit anzuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt fragte mich, ob ich mit seinen Entscheidungen einverstanden bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt gab mir eine vollständige Erklärung meiner Krankheitssymptome, beziehungsweise der Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt fragte mich, was ich für die Ursache meiner Beschwerden halten würde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt ermutigte mich, über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit meinen Beschwerden/ meiner Krankheit zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt ermutigte mich, meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Bitte geben Sie an, wie Sie durch den Arzt informiert wurden.</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Hätten Sie sich mehr Informationen über die medizinische Behandlung gewünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hätten Sie sich mehr Informationen über Behandlungsrisiken gewünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hätten Sie sich mehr Informationen über den Umgang mit Ihren Beschwerden/ Ihrer Krankheit gewünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hätten Sie sich mehr Informationen über Medikamente (Nutzen/ Nebenwirkungen) gewünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 2.

## Fragen zum Personal und zur Praxis

<i>Was ist Ihr Eindruck?</i>	(Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile nur ein Kästchen an.)			
	Stimme <u>überhaupt</u> <u>nicht</u> zu	Stimme <u>eher</u> <u>nicht</u> zu	Stimme <u>eher</u> zu	Stimme <u>voll</u> <u>und ganz</u> zu
Das Praxispersonal ist freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Praxispersonal ist sehr kompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Praxispersonal vergisst schon mal ein Anliegen, das man hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Praxis ist perfekt organisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Räumlichkeiten sind ansprechend gestaltet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis ist sauber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die medizinisch-technischen Geräte wirken modern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ausstattung der Praxis wirkt modern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Praxis wird der Patient als Mensch und nicht nur als Nummer behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Praxis betrachtet der Arzt den Patienten als gleichwertigen Gesprächspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Praxis wird man als Kunde umsorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieser Arzt hat mehr Arbeit als er bewältigen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Praxispersonal in dieser Praxis hat mehr Arbeit als es bewältigen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Praxis geht es hektisch zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Praxispersonal steht unter Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Praxispersonal wirkt angespannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 3. Allgemeine Einschätzungen

Wie schätzen Sie den Erfolg der medizinischen Behandlung durch diesen Arzt ein?	sehr gut	gut	zufriedenstellend	weniger gut	schlecht
Ich würde diese Praxis meinem besten Freund/ meiner besten Freundin empfehlen	stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>	stimme eher nicht zu <input type="checkbox"/>	stimme eher zu <input type="checkbox"/>	stimme voll und ganz zu <input type="checkbox"/>	
Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	Ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in nächster Zeit den Arzt wechseln werden?	sehr wahrscheinlich <input type="checkbox"/>	eher wahrscheinlich <input type="checkbox"/>	unterschieden <input type="checkbox"/>	eher unwahrscheinlich <input type="checkbox"/>	sehr unwahrscheinlich <input type="checkbox"/>

### 4. Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?

*Bitte bewerten Sie ihren letzten Besuch in dieser Praxis:*

Mein <u>letzter Besuch</u> in dieser Praxis war insgesamt...	<u>viel schlechter</u> als erwartet <input type="checkbox"/>	<u>etwas schlechter</u> als erwartet <input type="checkbox"/>	<u>genauso wie</u> erwartet <input type="checkbox"/>	<u>etwas besser</u> als erwartet <input type="checkbox"/>	<u>viel besser</u> als erwartet <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--	---

### 5. Zufriedenheit

Wenn Sie nun an alles denken, was für Ihren <u>letzten Arztbesuch</u> eine Rolle spielte (z.B. medizinische Behandlung, Praxisorganisation, Beratung, Wartezeiten usw.), wie <u>zufrieden</u> sind Sie dann insgesamt?	 unzufrieden <input type="checkbox"/>	 eher unzufrieden <input type="checkbox"/>	 weder unzufrieden noch zufrieden <input type="checkbox"/>	 eher zufrieden <input type="checkbox"/>	 zufrieden <input type="checkbox"/>
Wenn Sie einmal an Ihre <u>gesamten Erfahrungen</u> mit dieser Praxis denken, wie <u>zufrieden</u> sind Sie dann insgesamt?	 unzufrieden <input type="checkbox"/>	 eher unzufrieden <input type="checkbox"/>	 weder unzufrieden noch zufrieden <input type="checkbox"/>	 eher zufrieden <input type="checkbox"/>	 zufrieden <input type="checkbox"/>



## Abschließende Fragen

6.	<i>Mit welchem Anliegen kamen Sie heute in die Praxis? (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
	Ich brauchte ein Rezept.	<input type="checkbox"/>
	Ich musste zu einer Vorsorgeuntersuchung.	<input type="checkbox"/>
	Ich musste zu einer Routineuntersuchung.	<input type="checkbox"/>
	Ich musste zu einer speziellen Untersuchung, die mein sonst behandelnder Arzt nicht machen kann.	<input type="checkbox"/>
	Ich hatte Beschwerden wegen einer chronischen Erkrankung.	<input type="checkbox"/>
	Ich hatte Beschwerden wegen einer akuten Erkrankung.	<input type="checkbox"/>
	Ich war mit meinem bisherigen Arzt unzufrieden.	<input type="checkbox"/>

<i>Was trifft auf Ihren letzten Arzttermin zu?</i>		
		<input type="checkbox"/>
Ich bin einbestellt worden.		<input type="checkbox"/>
Ich bin ohne Termin gekommen.		<input type="checkbox"/>
<p>(Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie unter B „Mein letzter Termin wurde auf meinen Wunsch hin vereinbart“ angekreuzt haben)</p>		
0 Tage (ich konnte die Praxis am selben Tag aufsuchen)		<input type="checkbox"/>
1 bis 3 Tage		<input type="checkbox"/>
4 bis 10 Tage		<input type="checkbox"/>
länger als 10 Tage		<input type="checkbox"/>

<i>Wie lange mussten Sie bei Ihrem letzten Besuch in der Praxis warten, bis Sie behandelt wurden?</i>					
ca. _____ Minuten					
<i>Die Wartezeit war...</i>					
viel kürzer als erwartet	kürzer als erwartet	so wie ich sie mir vorgestellt habe	länger als erwartet	viel länger als erwartet	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<i>Wie viel Zeit haben Sie bei Ihrem letzten Besuch mit dem Arzt persönlich verbracht?</i>					
ca. _____ Minuten					
<i>Fanden Sie diesen Zeitraum für Ihr Anliegen angemessen?</i>					
Ich fand, der Zeitraum war <u>viel</u> zu kurz	Ich fand, der Zeitraum war zu kurz	Ich fand, der Zeitraum war angemessen	Ich fand, der Zeitraum war lang	Ich fand, der Zeitraum war <u>viel</u> zu lang	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## 7.

## Statistik

<b>Wie lange sind Sie bei diesem Arzt in Behandlung?</b>	<b>Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?</b>
Ich bin das erste Mal hier zur Behandlung <input type="checkbox"/>	Ich bin in einer privaten Krankenkasse <input type="checkbox"/>
weniger als 1 Jahr <input type="checkbox"/>	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse <input type="checkbox"/>
1 bis 2 Jahre <input type="checkbox"/>	
3 bis 5 Jahre <input type="checkbox"/>	
mehr als 5 Jahre <input type="checkbox"/>	
<b>Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten für mindestens eine Nacht ins Krankenhaus?</b>	<b>Wie viele Nächte haben Sie alles in allem in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus verbracht?</b>
nie <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>
1 mal <input type="checkbox"/>	1 bis 7 Nächte <input type="checkbox"/>
2 mal <input type="checkbox"/>	8 bis 14 Nächte <input type="checkbox"/>
3 mal <input type="checkbox"/>	15 bis 21 Nächte <input type="checkbox"/>
4 mal und öfter <input type="checkbox"/>	mehr als 21 Nächte <input type="checkbox"/>
<b>Ihr Geschlecht?</b>	<b>Wie alt sind Sie?</b>
männlich <input type="checkbox"/>	18 bis 29 Jahre <input type="checkbox"/> 60 bis 69 Jahre <input type="checkbox"/>
weiblich <input type="checkbox"/>	30 bis 39 Jahre <input type="checkbox"/> 70 bis 79 Jahre <input type="checkbox"/>
	40 bis 49 Jahre <input type="checkbox"/> über 80 Jahre <input type="checkbox"/>
	50 bis 59 Jahre <input type="checkbox"/>



<b>Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</b>	<b>Erwerbstätigkeit (Mehrfachnennungen möglich) Ich bin zur Zeit...</b>
Ich bin von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/>	vollzeit-erwerbstätig (mind. 35 Stunden/Woche) <input type="checkbox"/>
Ich habe den Hauptschulabschluss (Volksschule) <input type="checkbox"/>	in Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder in sonstiger Beurlaubung <input type="checkbox"/>
Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife) <input type="checkbox"/>	Auszubildende(r)/Lehrling/Umschüler(in) <input type="checkbox"/>
Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) <input type="checkbox"/>	teilzeit-erwerbstätig mit 15-34 Stunden/Woche <input type="checkbox"/>
Ich habe die Fachhochschulreife <input type="checkbox"/>	teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit unter 15 Stunden/Woche <input type="checkbox"/>
Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) <input type="checkbox"/>	nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/>
Ich habe einen anderen Schulabschluss <input type="checkbox"/>	
<b>U Gründe für Nicht-Erwerbstätigkeit: Ich bin zur Zeit nicht erwerbstätig, weil ich...</b>	
Schüler(in) bin <input type="checkbox"/>	
Student(in) bin <input type="checkbox"/>	
Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorruhestand bin <input type="checkbox"/>	
zurzeit arbeitslos bin, Null-Kurzarbeit mache	
Hausfrau/Hausmann bin	
Wehr-, Zivildienstleistender bin <input type="checkbox"/>	
aus anderen Gründen nicht erwerbstätig bin	

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

