



## **Fragebogen zur Erfassung des integrierten Versorgungsbedarfs**

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

dieser Fragebogen soll Ihren Ärzten und anderen an Ihrer Versorgung beteiligten Behandlern helfen, ein deutliches Bild von den Folgen, die Ihre Erkrankung für Sie hat, zu erhalten.

Wir benötigen diese wichtigen Informationen, um die Versorgung an Ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Wenn Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung haben, können Sie gerne ein Familienmitglied, eine Pflegeperson oder jemanden, der Ihnen nahe steht, bitten, Sie bei der Beantwortung des Fragebogens zu unterstützen.

Herzlichen Dank!

Bitte beantworten Sie folgende Fragen: Kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten für Sie zutrifft. Sie können auch mehrere Möglichkeiten ankreuzen, wenn angegeben ist, dass „Mehrfachantworten möglich“ sind.

**PRÄ - 1 Wie gut verstehen Sie Deutsch?**

- |a| Deutsch ist meine Muttersprache
- |b| Gute Deutschkenntnisse
- |c| Mittelmäßige Deutschkenntnisse
- |d| Schlechte Deutschkenntnisse

**PRÄ – 2 Wer füllt den Fragebogen aus?**

- |a| Ich werde den Fragebogen selbst ausfüllen
- |b| Ich werde den Fragebogen ausfüllen mit Unterstützung durch
  - |a| Partner/in, Familienmitglied, Freund/in
  - |b| Pflegerin, Pfleger
  - |c| Forschungsassistent/in
  - |d| Andere Person (bitte spezifizieren) \_\_\_\_\_
- |c| Jemand anderes wird den Fragebogen in Absprache mit mir ausfüllen:
  - |a| Partner/in, Familienmitglied, Freund/in
  - |b| Pflegerin, Pfleger
  - |c| Forschungsassistent/in
  - |d| Andere Person (bitte spezifizieren) \_\_\_\_\_

**Zusatz 1 - Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

- |a| Ich nehme nicht regelmäßig Medikamente
- |b| Ich nehme regelmäßig ein Medikament
- |c| Ich nehme mehrere Medikamente

**Wenn ja, wie viele verschiedene Medikamente nehmen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_**

## Vorgeschichte – (somatisch) Chronizität

### 1a Haben Sie in den letzten 5 Jahren unter körperlichen Beschwerden gelitten?

- <sup>0</sup> Nein
- <sup>0</sup> Ja, ich hatte körperliche Beschwerden über einen Zeitraum von weniger als drei Monaten
- <sup>1</sup> Ja, ich hatte körperliche Beschwerden über einen Zeitraum von länger als drei Monaten
- <sup>1</sup> Ja, in den letzten 5 Jahren hatte ich mehrere kürzere Perioden mit körperlichen Beschwerden

### 1b Leiden Sie unter einer oder mehreren langdauernden oder chronischen Erkrankungen (wie Diabetes, Bluthochdruck, Rheumatische Arthritis, Lungenkrankheiten oder Krebs)?

- <sup>0</sup> Ich habe keine langdauernden oder chronischen Erkrankungen
- <sup>2</sup> Ich leide an einer langdauernden oder chronischen Erkrankung
- <sup>3</sup> Ich leide an mehreren langdauernden oder chronischen Erkrankungen

#### Vom behandelnden Arzt/ Krankenpfleger auszufüllen

Falls 1a) a oder 1a) b und 1b) a, Vorgeschichte - (somatisch) Chronizität = **0**

Falls 1a) c oder 1a) d, Vorgeschichte - (somatisch) Chronizität = **1**

Falls 1b) b, Vorgeschichte – (somatisch) Chronizität = **2**

Falls 1b) c, Vorgeschichte – (somatisch) Chronizität = **3**

## Vorgeschichte - Diagnostisches Dilemma

### 2 Wie schwierig war es in den letzten 5 Jahren, eine Diagnose für Ihre körperlichen Beschwerden zu stellen?

- <sup>0</sup> Ich hatte in den letzten 5 Jahren keine körperlichen Beschwerden
- <sup>0</sup> Die Ursache meiner körperlichen Beschwerden wurde rasch festgestellt
- <sup>1</sup> Die Ursache meiner Beschwerden wurde nach einigen Routineuntersuchungen gefunden
- <sup>2</sup> Die Ursache meiner Beschwerden wurde erst nach vielen Untersuchungen gefunden
- <sup>3</sup> Die Ursache meiner Beschwerden wurde trotz einer Reihe von Untersuchungen nicht gefunden

Jetziger Zustand - Schweregrad der Symptomatik/ Beeinträchtigung

**3 Wie sehr werden Sie durch Ihre körperlichen Beschwerden in Ihren Alltagsaktivitäten (wie Arbeit, Haushalt, Hobbies, Ausgehen usw.) behindert?**

- <sup>0</sup> Ich habe keine oder nur unbedeutende körperliche Beschwerden
- <sup>1</sup> Meine Alltagsaktivitäten sind nicht oder nur ein wenig durch meine körperlichen Beschwerden beeinträchtigt
- <sup>2</sup> Meine Alltagsaktivitäten sind durch meine körperlichen Beschwerden mäßig beeinträchtigt
- <sup>3</sup> Meine Alltagsaktivitäten sind stark durch meine körperlichen Beschwerden beeinträchtigt

Jetziger Zustand – Diagnostische und therapeutische Herausforderung

**4a Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Arzt/ Ihre Ärzte die Ursache Ihrer aktuellen körperlichen Beschwerden verstehen?**

- a <sup>0</sup> Ich habe aktuell keine körperlichen Beschwerden
- b <sup>1</sup> Meine Ärzte verstehen die Ursache meiner aktuellen Beschwerden
- c <sup>2</sup> Meine Ärzte verstehen zwar die Ursache meiner aktuellen Beschwerden, aber es bestehen bei ihnen diesbezüglich noch einige Unklarheiten
- d <sup>3</sup> Meine Ärzte sind sich bezüglich der Ursache meiner aktuellen körperlichen Beschwerden noch sehr im Unklaren
- e <sup>3</sup> Meine Ärzte müssen die Ursache meiner aktuellen körperlichen Beschwerden erst noch finden

**4b Haben Sie den Eindruck, dass Ihre derzeitigen körperlichen Beschwerden angemessen behandelt werden?**

- a <sup>0</sup> Ich habe aktuell keine körperlichen Beschwerden
- b <sup>1</sup> Meine derzeitigen körperlichen Beschwerden werden angemessen behandelt
- c <sup>2</sup> Ich zweifle etwas, ob meine derzeitigen körperlichen Beschwerden angemessen behandelt werden
- d <sup>3</sup> Ich habe große Zweifel, ob meine derzeitigen körperlichen Beschwerden angemessen behandelt werden
- e <sup>3</sup> Die angemessene Behandlung für meine derzeitigen körperlichen Beschwerden muss erst noch gefunden werden

Vom behandelnden Arzt/ Krankenpfleger auszufüllen

Falls 4a) und 4b) a, diagnostische und therapeutische Herausforderung = **0**

Falls 4a) oder 4b) b, diagnostische und therapeutische Herausforderung = **1**

Falls 4a) oder 4b) c, diagnostische und therapeutische Herausforderung = **2**

Falls 4a) oder 4b) d oder e, diagnostische und therapeutische Herausforderung = **3**

Vorgeschichte – Beeinträchtigung der Krankheitsverarbeitung

**5 Wie haben Sie in den letzten 5 Jahren belastende, schwierige Situationen verarbeitet?**

- <sup>0</sup> Im Allgemeinen war ich immer in der Lage, schwierige oder belastende Situationen zu bewältigen
- <sup>1</sup> Manchmal hatte ich Schwierigkeiten, belastende Situationen zu bewältigen, was mitunter zu Spannungen und Problemen mit meinem Partner, der Familie oder anderen Menschen führte
- <sup>2</sup> Ich hatte oft Schwierigkeiten, belastende Situationen zu bewältigen, was häufig zu Spannungen und Problemen mit meinem Partner, der Familie oder anderen Menschen führte
- <sup>3</sup> Ich hatte immer Schwierigkeiten, belastende Situationen zu bewältigen. Sie regen mich auf und führen zu innerer Anspannung

Vorgeschichte – Psychische Beeinträchtigung

**6 Hatten Sie in der Vergangenheit seelische Probleme wie innere Unruhe, Ängste, Niedergeschlagenheit oder Verwirrtheit?**

- <sup>0</sup> Nein, fast nie
- <sup>1</sup> Ja, aber dies hatte keine Auswirkungen auf mein Alltagsleben
- <sup>2</sup> Ja, diese Probleme wirkten sich auch auf mein Alltagsleben aus
- <sup>3</sup> Ja, diese Probleme hatten oder haben noch langdauernde Auswirkung auf mein Alltagsleben

Jetziger Zustand – Beeinträchtigung der Compliance

**7 Ist es für Sie schwierig, den Empfehlungen Ihrer Behandler zu folgen?**

- <sup>0</sup> Nein, das fällt mir nicht schwer
- <sup>1</sup> Ja, es ist schwierig für mich, aber ich komme damit zurecht
- <sup>2</sup> Ja, es ist schwierig für mich, manchmal komme ich damit zurecht, manchmal nicht
- <sup>3</sup> Ja, es ist so schwierig für mich, dass ich es meistens nicht schaffen kann

Jetziger Zustand – Psychische Beschwerden

**8 Leiden Sie zurzeit unter seelischen Problemen wie innerer Unruhe, Ängsten, Niedergeschlagenheit oder Verwirrtheit?**

- <sup>0</sup> Nein
- <sup>1</sup> Ja, aber diese Probleme sind so geringfügig, dass sie keine Auswirkungen auf mein Alltagsleben haben
- <sup>2</sup> Ja, diese Probleme sind mäßiggradig und wirken sich etwas auf mein Alltagsleben aus
- <sup>3</sup> Ja, diese Probleme sind schwerwiegend und wirken sich sehr auf mein Alltagsleben aus

Vorgeschichte – Probleme in Arbeit und Freizeit

**9a Sind Sie berufstätig?**

- |a| Ja
- |b| Nein

**9b Falls Sie nicht berufstätig sind, bitte geben Sie an:**

- |a| Ich bin Schüler/Student
- |b| Ich bin berentet (Altersrente)
- |c| Ich bin Hausfrau/Hausmann
- |d| Ich bin berufs- oder erwerbsunfähig
- |e| Ich bin seit mehr als 6 Monaten arbeitsunfähig- bzw. krankgeschrieben

**9c Gehen Sie in Ihrer Freizeit Aktivitäten nach wie Teilnahme an Kursen, Sport, Vereinstätigkeit, ehrenamtliche Tätigkeiten usw.?**

- |a| Ja
- |b| Nein

Vom behandelnden Arzt/ Krankenpfleger auszufüllen

Falls 9a) a und 9c) a, Probleme in Arbeit und Freizeit = **0**

Falls 9a) a und 9c) b, Probleme in Arbeit und Freizeit = **1**

Falls 9a) b und 9c) a, Probleme in Arbeit und Freizeit = **2**

Falls 9a) b und 9c) b, Probleme in Arbeit und Freizeit = **3**

Vorgeschichte – Beeinträchtigung sozialer Beziehungen

**10 Wie sind im Allgemeinen Ihre Beziehungen zu anderen Menschen?**

- <sup>0</sup> Ich habe ausreichende und zufriedenstellende zwischenmenschliche Kontakte
- <sup>1</sup> Ich habe Kontakte zu Anderen, auch wenn diese ab und zu spannungsgeladen sind
- <sup>2</sup> Es ist schwierig für mich, Kontakte oder Freundschaften mit anderen zu knüpfen und aufrecht zu erhalten
- <sup>3</sup> Kontakte oder Freundschaften enden häufig mit Konflikten und im Streit

Jetziger Zustand – Instabile Wohnsituation

**11 Ist Ihre häusliche Lebenssituation zufriedenstellend? Oder sind durch Ihre Beschwerden Veränderungen wie eine Anpassung Ihrer Wohnsituation, Einschaltung eines häuslichen Pflegedienstes oder ein Umzug ) notwendig?**

- <sup>0</sup> Es sind keine Veränderungen notwendig, ich komme alleine zurecht
- <sup>1</sup> Es sind keine Veränderungen notwendig, da genügend Unterstützung und Pflege durch andere vorhanden ist
- <sup>2</sup> Veränderungen sind notwendig, aber nicht sofort
- <sup>3</sup> Sofortige Veränderungen sind notwendig

Jetziger Zustand – Beeinträchtigung des sozialen Netzwerks

**12 Haben Sie jederzeit Unterstützung durch Ihren Partner, Ihre Familie, Kollegen oder Freunde?**

- <sup>0</sup> Ich benötige keine Unterstützung
- <sup>0</sup> Ja, Unterstützung ist jederzeit vorhanden
- <sup>1</sup> Ja, Unterstützung ist vorhanden, aber nur zeitweilig möglich
- <sup>2</sup> Ich erhalte nur sehr begrenzt Unterstützung
- <sup>3</sup> Ich habe niemand, der mich unterstützen kann

#### Vorgeschichte– Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

**13 Haben Sie Probleme, die von Ihnen benötigte Versorgung zu bekommen, da Sie zu entfernt wohnen, nicht ausreichend versichert sind oder aufgrund von sprachlichen oder kulturellen Schwierigkeiten?**

- <sup>0</sup> Ich habe diese Probleme nicht
- <sup>1</sup> Ab und zu habe ich einige dieser Probleme
- <sup>2</sup> Ich habe häufig einige dieser Probleme
- <sup>3</sup> Einige dieser Probleme sind für mich schwerwiegend

#### Vorgeschichte – Behandlungserfahrungen

**14 Wie erlebten Sie die Beziehung zu Ihren Ärzten und anderen an Ihrer Gesundheitsversorgung beteiligten Behandlern *in den letzten 5 Jahren*?**

- <sup>0</sup> Ich hatte niemals Probleme mit Ärzten oder anderen Behandlern
- <sup>1</sup> Ich oder eine mir nahestehende Person hatte negative Erfahrungen mit Ärzten oder anderen Behandlern gemacht
- <sup>2</sup> Aufgrund schlechter Erfahrungen habe ich meinen Arzt/Ärzte oder andere Behandler gewechselt
- <sup>3</sup> Aufgrund schlechter Erfahrungen oder Verlust von Vertrauen habe ich mehrfach Ärzte oder andere Behandler gewechselt

#### Jetziger Zustand – Komplexität der Versorgung

**15 Wer behandelt oder versorgt Sie aktuell?** [Mehrfachantworten möglich]

- |a| Ich bin aktuell nicht in Behandlung
- |b| Hausarzt
- |c| Ein Facharzt (z.B. Kardiologe, Chirurg, Lungenfacharzt, Facharzt für Allgemeinmedizin/Innere Medizin) für die körperlichen Probleme
- |d| Mehrere Fachärzte für meine körperlichen Probleme
- |e| Ein oder mehrere Spezialisten für meine seelischen Probleme (z.B. Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten usw.)
- |f| Sozialdienste
- |g| Häuslicher Pflegedienst
- |h| Ich werde aktuell stationär im Krankenhaus behandelt
- |i| Ich werde aktuell stationär in einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen Klinik behandelt
- |j| Andere (bitte erläutern Sie): \_\_\_\_\_

#### Vom behandelnden Arzt/ Krankenpfleger auszufüllen

Falls 15) a oder b oder f oder g, jetziger Zustand – Komplexität der Versorgung = **0**

Falls 15) c oder d oder e, jetziger Zustand – Komplexität der Versorgung = **1**

Falls 15) c oder d und e, jetziger Zustand – Komplexität der Versorgung = **2**

Falls 15) c oder d und e plus h oder i, jetziger Zustand – Komplexität der Versorgung = **3**

Jetzige Situation – Koordination der Behandlung

**16 In welchem Ausmaß arbeiten Ihre verschiedenen Ärzte und Behandler zusammen?**

- <sup>0</sup> Ich bin zurzeit nicht oder nur bei einem Arzt in Behandlung
- <sup>0</sup> Mein Arzt und meine anderen Behandler arbeiten gut zusammen
- <sup>1</sup> Meine Ärzte und meine anderen Behandler arbeiten zusammen, jedoch wäre manchmal mehr Austausch nötig
- <sup>2</sup> Meine Ärzte und meine anderen Behandler arbeiten nicht gut zusammen, was hin und wieder Probleme verursacht
- <sup>3</sup> Meine Ärzte und meine anderen Behandler arbeiten nicht zusammen

Prognose – Komplikationen und Lebensbedrohung

**17 Wie wird sich Ihrer Einschätzung nach Ihre körperliche Gesundheit in den nächsten 6 Monaten verändern?** [Bitte versuchen Sie, dies so gut es geht einzuschätzen]

- <sup>0</sup> Ich erwarte, dass meine körperliche Gesundheit in den nächsten 6 Monaten gleich bleibt oder sich verbessert
- <sup>1</sup> Ich erwarte, dass sich meine körperliche Gesundheit in den nächsten 6 Monaten leicht verschlechtert
- <sup>2</sup> Ich erwarte eine Verschlechterung meiner körperlichen Gesundheit in den nächsten 6 Monaten
- <sup>3</sup> Ich erwarte eine beträchtliche Verschlechterung meiner körperlichen Gesundheit in den nächsten 6 Monaten

Prognose – Bedrohung der psychischen Gesundheit

**18 Wie wird sich Ihrer Einschätzung nach Ihre seelische Gesundheit in den nächsten 6 Monaten verändern?** [Bitte versuchen Sie, dies so gut es geht einzuschätzen]

- <sup>0</sup> Ich erwarte, dass meine seelische Gesundheit in den nächsten 6 Monaten gleich bleibt oder sich verbessert
- <sup>1</sup> Ich erwarte, dass sich meine seelische Gesundheit in den nächsten 6 Monaten leicht verschlechtert
- <sup>2</sup> Ich erwarte eine Verschlechterung meiner seelischen Gesundheit in den nächsten 6 Monaten
- <sup>3</sup> Ich erwarte eine beträchtliche Verschlechterung meiner seelischen Gesundheit in den nächsten 6 Monaten

Prognose – Soziale Vulnerabilität

**19** **Erwarten Sie, dass in den nächsten 6 Monaten eine Veränderung Ihrer aktuellen Lebenssituation notwendig sein wird?** [Bitte versuchen Sie, dies so gut es geht einzuschätzen]

- <sup>0</sup> In den nächsten 6 Monaten wird keine Veränderung meiner aktuellen Lebenssituation notwendig sein
- <sup>1</sup> In den nächsten 6 Monaten kann ich in meiner gewohnten Umgebung bleiben oder dahin zurückkehren. Allerdings wird eine Betreuung/Hilfe zu Hause nötig sein
- <sup>2</sup> In den nächsten 6 Monaten wird eine Veränderung hin zu einer anderen Wohnsituation nötig sein
- <sup>3</sup> Eine Veränderung hin zu einer anderen Wohnsituation ist sofort notwendig

Prognose – Beeinträchtigung der Versorgung

**20** **Erwarten Sie, dass in den nächsten 6 Monaten eine Veränderung Ihrer aktuellen Lebenssituation notwendig sein wird?** [Bitte versuchen Sie, dies so gut es geht einzuschätzen]

- <sup>0</sup> Ich erwarte, dass ich in den nächsten 6 Monaten gleich oder weniger Betreuung benötige
- <sup>1</sup> Ich erwarte, dass in den nächsten 6 Monaten mein Betreuungsbedarf wachsen wird
- <sup>2</sup> Ich erwarte, dass in den nächsten 6 Monaten mein Betreuungsbedarf sehr stark wachsen wird
- <sup>3</sup> Ich erwarte, dass in den nächsten 6 Monaten mein Bedarf an Betreuung sehr stark wachsen wird und zusätzliche, im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehende Dienstleistungen nötig sein werden

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**