

# Ihre Meinung ist uns wichtig!

Logo

Beispielkrankenhaus PaRiS

Station 10

## **Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,**

uns liegt nicht nur Ihre schnelle Gesundung, sondern auch Ihre Sicherheit ganz besonders am Herzen. Wir führen deshalb eine Befragung zur Patientensicherheit<sup>1</sup> durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie befragen.

Ihre persönliche Meinung ist uns wichtig, über Verbesserungsvorschläge und Kritik freuen wir uns sehr! Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt.

Die Beantwortung des Fragebogens ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden. Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen gibt uns die Möglichkeit, die Qualität der Versorgung zum Wohle aller Patienten kontinuierlich zu steigern. Wir bedanken uns schon jetzt recht herzlich für Ihre Mitarbeit.

**Beantworten Sie bitte, soweit es Ihnen möglich ist, jede Frage!**

**Fragen, die für Sie nicht zutreffen, lassen Sie bitte aus.**

**Vielen Dank !**



<sup>1</sup> Bei Personenbezeichnungen wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, selbstverständlich sind dabei immer Frauen und Männer gemeint.

Das Beste, was  
ich je erlebt habe

Sehr gut

Akzeptabel

Gut

Schlecht

<b>Aufenthalt insgesamt</b>						
1.	Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, sind ...	<input type="checkbox"/>				
2.	Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist ...	<input type="checkbox"/>				
3.	Die Offenheit des Pflegepersonals für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...	<input type="checkbox"/>				
4.	Die Auskünfte des Pflegepersonals der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind ...	<input type="checkbox"/>				
5.	Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch die Ärzte ist ...	<input type="checkbox"/>				
6.	Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der Visite ist ...	<input type="checkbox"/>				
7.	Die Möglichkeit, auch außerhalb der Visite Fragen zu stellen, ist ...	<input type="checkbox"/>				
8.	Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	<input type="checkbox"/>				
9.	Das Wissen der Ärzte um meine Krankheit ist ...	<input type="checkbox"/>				
10.	Die Beantwortung meiner Fragen zur Behandlung ist ...	<input type="checkbox"/>				
11.	Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist ...	<input type="checkbox"/>				
12.	Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist ...	<input type="checkbox"/>				
13.	Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten ...) sind ...	<input type="checkbox"/>				
14.	Die Betreuung während der Wartezeiten ist ...	<input type="checkbox"/>				
15.	Die hygienischen Verhältnisse sind ...	<input type="checkbox"/>				
16.	Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...	<input type="checkbox"/>				
17.	Die Berücksichtigung meiner häuslichen Situation bei der Entlassungsvorbereitung ist ...	<input type="checkbox"/>				
18.	Die Aufklärung über mögliche Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muss, ist ...	<input type="checkbox"/>				
19.	Die Art und Weise, wie hier für meine Sicherheit gesorgt wird, ist ...	<input type="checkbox"/>				
20.	Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt hier gemacht habe, ist ...	<input type="checkbox"/>				
21.	Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ...	<input type="checkbox"/>				

Fragebogenauszug  
Copyright Forschungsgruppe Metrik

<b>Vertrauen in die Ärzte</b>	Immer	Oft	Selten	Nie
a) Ich habe bei den Ärzten das Gefühl, in sicheren Händen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Alle Ärzte sind freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Informationen der Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Erkrankung sind widerspruchsfrei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Ärzte sind da, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Selbstbestimmung</b>				
f) Es wird <u>mit</u> mir gesprochen, nicht <u>über</u> mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Vertrauen in die Pflege</b>				
h) Ich habe beim Pflegepersonal das Gefühl, in sicheren Händen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Das gesamte Pflegepersonal ist freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Bei Bedarf bekomme ich rechtzeitig Hilfe zu gelangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Das Pflegepersonal ist da, wenn ich es brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Wenn ich mich unsicher auf den Beinen fühle, bekomme ich jederzeit vom Personal Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogenauszug  
Copyright Forschungsgruppe Metrik

<b>Sicherheitstechnische Einrichtung</b>				
m) Wenn ich mich unsicher auf den Beinen fühle, sind Gehhilfen und Haltegriffe in erreichbarer Nähe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Die mitgebrachten Wertsachen kann ich sicher aufbewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Händedesinfektion</b>				
o) Bevor ich berührt werde, desinfiziert sich die mich behandelnde Person die Hände.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Nachdem ich berührt wurde, desinfiziert sich die Person die Hände.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Medikamente</b>				
q) Ich weiß, welche Medikamente ich bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Ich bin über die Nebenwirkungen meiner Medikamente informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Situation und Verhalten</b>	Immer	Oft	Selten	Nie
22. Bei Untersuchungen (EKG, Röntgen, ...) werde ich erwartet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vor einer Untersuchung durch eine mir fremde Person werde ich nach meinem Namen gefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Das Personal stellt sich mit Namen und Funktion vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Bis jemand erscheint, muss ich nach dem Drücken der Klingel ca. <input style="width: 50px;" type="text"/> Minuten warten.				
26. Bis ich Schmerzmittel bekomme, muss ich ca. <input style="width: 50px;" type="text"/> Minuten warten.				

<b>Weitere Themen</b>	Teilweise Ja	Nein
27. Ich habe den Eindruck, dass im Krankenhaus zusätzliche Gesundheitsbeschwerden entstanden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Wenn ja, welche: _____		
28. Ich kenne den Namen des Arztes, der mich behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich bekomme nur die Nahrungsmittel, die ich aufgrund meiner Erkrankung / Situation essen darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich hatte während meines Aufenthaltes S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ich will über die Risiken meiner Behandlung vollständig aufgeklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Die Ausstattung des Zimmers ist angemessen bezüglich der		
a) ... Höhe der Toiletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... Verfügbarkeit von Haltegriffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... Rutschfestigkeit der Böden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... Höhe der Betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ich bekomme die Medikation (Tabletten, Infusionen, ...)		
a) ... zur richtigen Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... in der richtigen Menge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... die für mich bestimmt war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Das gesamte Behandlungsteam ist über meine Erkrankung informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Auch andere Bereiche (EKG, Röntgen,...) sind über meine Erkrankung informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die nachfolgenden Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie die Situation erlebt haben.**

<b>Erreichbarkeit</b>	Teilweise Ja	Teilweise Nein	Nein
36. Während der Wartezeiten ist immer Klinikpersonal für meine Belange erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ich kann bei Bedarf auch nachts jemanden erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Transport</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Das Personal, das mich transportiert, stellt sich mit Namen vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Das Personal, das mich transportiert, fragt mich nach meinem Namen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Mir wird erklärt, wohin ich gebracht werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Verbandswechsel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ich wurde informiert, wie ich das Risiko einer Entzündung der Wunde verringern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Das Personal, das den Verbandswechsel durchführt, informiert mich über den Zustand der Wunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Das Personal, das den Verbandswechsel durchführt, erklärt sein Vorgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Das Personal zieht sich Handschuhe an, be	Fragebogenauszug Copyright Forschungsgruppe Metrik		<input type="checkbox"/>
Verbandswechsel durchführt.			<input type="checkbox"/>

<b>Vor der Operation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ich habe mit dem Arzt, der mich operierte, vor der Operation gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Meine Fragen zur Operation wurden geklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Ich wurde vollständig über die Risiken der Operation aufgeklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Mir wurden Behandlungsalternativen vorgestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Der operierende Arzt hat den betroffenen Bereich gekennzeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit, bevor ich mein schriftliches Einverständnis zur Operation gab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Ich konnte mich frei und ungezwungen für diese Operation entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Vor meiner Operation erklärte der Anästhesist mir, welche Narkosearten für mich infrage kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Während der Operation</b>	Teilweise Ja	Teilweise	Nein
53. Das Personal, das mich in den OP transportierte, sorgte für meine sichere Anschlussbetreuung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Das OP-Personal fragte mich nach meinem Namen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ich fühlte mich während des Aufenthaltes im OP in sicheren Händen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Nach der Operation</b>	Teilweise Ja	Teilweise	Nein
56. Bei meiner Rückkehr aus dem OP wurde ich über meine aktuelle Situation angemessen informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Nach meiner Rückkehr aus dem OP erhielt ich Sicherheitshinweise bezüglich meines Verhaltens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Nach meiner Operation kam der Anästhesist und fragte mich nach meinen Erfahrungen mit der Narkose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Spritzen und Infusionen</b>	Teilweise Ja	Teilweise	Nein
59. Bevor ich eine Spritze oder eine Infusion			
a) ... von einer mir fremden Person bekomme, werde ich nach meinem Namen gefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... bekomme, wird die Einstichstelle desinfiziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... bekomme, wird mir erklärt welche Medi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... bekomme, werde ich auf mögliche Neb hingewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogenauszug  
Copyright Forschungsgruppe Metrik

<b>Sondersituationen</b>	Teilweise Ja	Teilweise	Nein
60. Ich wurde bei der pflegerischen Aufnahme intensiv zu meinen pflegerischen Besonderheiten befragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Ich wurde bei der Aufnahme zu Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien befragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Der Weg zur zentralen Notaufnahme war leicht zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Ich wurde auf Selbsthilfegruppen, die mich bei meiner Erkrankung unterstützen können, hingewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Ich bin im Krankenhaus gestürzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt  
 Sehr wichtig  
 Eher wichtig  
 Eher unwichtig

Wie <u>wichtig</u> sind folgende Aspekte für Sie:					
I.	Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II.	Das Gefühl, in sicheren Händen zu sein, ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.	Die pflegerische Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV.	Das Vertrauen in die Pflege ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.	Die ärztliche Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI.	Das Vertrauen in die Ärzte ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII.	Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII.	Meine Selbstbestimmung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX.	Die Informationen zu meinen Medikamenten sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X.	Die Erreichbarkeit des Personals ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XI.	Der professionelle Verbandswechsel ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XII.	Geringe Wartezeiten sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIII.	Die Versorgung während der Wartezeiten ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIV.	Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XV.	Die Betreuung im Funktionsbereich ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XVI.	Der Schutz vor Verwechslungen ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XVII.	Sicherheitstechnische Einrichtungen (z. B. Haltegriffe, Tresor) sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XVIII.	Den Namen und die Funktion des Personals zu kennen, ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIX.	Die angemessene Betreuung während des Transports ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XX.	Die OP-Vorbereitung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXI.	Die Betreuung im OP ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXII.	Die OP-Nachbetreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXIII.	Die Informationen über Spritzen oder Infusionen sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogenauszug  
 Copyright Forschungsgruppe Metrik

### A. Verweildauer

Ich bin jetzt seit  Tagen im Krankenhaus.

### B. Meinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Schlecht

### C. Ich kam ins Krankenhaus ...

*Mehrfachantworten sind möglich*

Auf Empfehlung des Arztes

Auf persönlichen Wunsch

Als Notfall

Sonstiges

### D. Alter und Geschlecht

Jahre

Weiblich

Männlich

**Wenn Sie an diesen Krankenhausaufenthalt denken, wo haben Sie eine Situation der Unsicherheit erlebt?**

Bitte deutlich schreiben.

Fragebogenauszug  
Copyright Forschungsgruppe Metrik

**Wo haben Sie sich während des Aufenthaltes in „sicheren Händen“ gefühlt?**

Station 10 10000 101 111

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !**