

FRAGEBOGEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ARZTPRAXIS / ZAHNARZTPRAXIS

NAV-Virchow-Bund

Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands
Bundesgeschäftsstelle Berlin
Chausseestraße 119b
10115 Berlin

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ

Kaiserstraße 52
53840 Troisdorf

Technische Universität Dresden

Philosophische Fakultät
Institut für Soziologie
Helmholtzstraße 10
01062 Dresden

Projektleitung

Telefon: 030 - 288 774 - 121

Fax: 030 - 288 774 - 112

Email: projekt@nav-virchowbund.de

www.nav-virchowbund.de

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bei den meisten Fragen bitten wir Sie lediglich, das am besten auf Sie zutreffende Feld anzukreuzen. Sie können dabei entweder zwischen verschiedenen vorgegebenen Antwortkategorien auswählen

Beispiel:

Besitzen Sie ein Fahrrad?

ja nein

oder Sie können Ihre Antwort abstufen, je nachdem, was am besten auf Sie zutrifft.

Beispiel:

z.B. Der öffentliche Personennahverkehr stellt in der Stadt eine Alternative zum Auto dar.

stimme voll und ganz zu					stimme ganz und gar nicht zu
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bei Fragen mit Kästchen in dieser Form , schreiben Sie die Antwort bitte in diese Kästchen hinein.

Beispiel:

In welchem Jahr sind Sie geboren?

Jahr:

Bitte füllen Sie offene Antwortfelder mit großen Druckbuchstaben aus.

Beispiel:

Welche Verkehrsmittel nutzen Sie, um in den Urlaub zu fahren?

sonstiges und zwar:

Versiehtlich falsch gegebene Antworten korrigieren Sie bitte durch Ausfüllen des Feldes.

Beispiel:

Besitzen Sie ein Auto?

ja nein

Weitere Anweisungen und Erläuterungen sind im Fragebogen *kursiv* hervorgehoben.

Die am oberen linken Rand befindlichen Zahlencodes dienen uns zum anonymen und automatischen Einlesen des Fragebogens.

Für Ihre Unterstützung durch die Beantwortung der folgenden Fragen bedanken wir uns schon im Voraus!

1. Im Folgenden bitten wir Sie zunächst um einige persönliche Einschätzungen zu den Praxisräumen.

Die Antworten reichen von 1 = "stimme voll und ganz zu" bis 5 = "stimme ganz und gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstimmen.

Wie sehen Sie das?	stimme voll und ganz zu				stimme ganz und gar nicht zu
	1	2	3	4	5
Die Sitzgelegenheiten im Warteraum sind bequem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis meines Arztes/ meiner Ärztin riecht unangenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sauberkeit der Praxisräume ist ohne Tadel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lichtverhältnisse sind angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die farbliche Gestaltung der Räume ist gelungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Qualität der im Wartebereich ausliegenden Zeitschriften ist ausgezeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sauberkeit der Patiententoilette ist verbesserungswürdig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Dekoration mit Blumen und Bildern ist geschmackvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Garderobe ist zweckmäßig und sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mir wünschen, mehr Informationsmaterial im Wartebereich zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einrichtung (Möblierung) ist zweckmäßig und ansprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wir bitten Sie nun um Ihre Einschätzungen zur Organisation der Praxis Ihres Arztes/ Ihrer Ärztin.

Die Antworten reichen von 1 = "stimme voll und ganz zu" bis 5 = "stimme ganz und gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstimmen.

Wie sehen Sie das?	stimme voll und ganz zu				stimme ganz und gar nicht zu
	1	2	3	4	5
Es ist mir möglich, passende Termine zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei akuten gesundheitlichen Problemen ist es für mich einfach, schnelle Hilfe durch meinen Arzt/ meine Ärztin zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich darauf verlassen, dass meine Daten und Unterlagen vertraulich behandelt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit den Wartezeiten in der Praxis meines Arztes/ meiner Ärztin zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemanden in der Praxis telefonisch zu erreichen, ist eher schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis meines Arztes/ meiner Ärztin wirkt sehr gut organisiert und das Praxisteam eingespielt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wir bitten Sie jetzt um einige persönliche Einschätzungen zum Praxisteam Ihres Arztes/ Ihrer Ärztin im Allgemeinen, also nicht nur auf den letzten Arztbesuch bezogen.

Die Antworten reichen von 1 = "stimme voll und ganz zu" bis 5 = "stimme ganz und gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

Wie sehen Sie das?	stimme voll und ganz zu				stimme ganz und gar nicht zu
	1	2	3	4	5
Das Praxispersonal scheint sehr kompetent und gut ausgebildet zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenüber PatientInnen sind die PraxismitarbeiterInnen immer freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Praxispersonal ist stets hilfsbereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Umgangston zwischen den PraxismitarbeiterInnen ist stets freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Verhalten des Personals am Telefon ist freundlich und korrekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das äußere Erscheinungsbild des Praxisteams ist stets korrekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Im Folgenden bitten wir Sie um die persönliche Einschätzung Ihres Arztes/ Ihrer Ärztin im Allgemeinen.

Die Antworten reichen von 1 = "stimme voll und ganz zu" bis 5 = "stimme ganz und gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

Wie sehen Sie das?	stimme voll und ganz zu				stimme ganz und gar nicht zu
	1	2	3	4	5
Mein Arzt/ meine Ärztin hat viel Einfühlungsvermögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfahre von meinem Arzt/ meiner Ärztin viel Zuspruch und Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt/ meine Ärztin hat kein Interesse an mir als Person, sondern nur an meiner Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt/ meine Ärztin bezieht mich in die Entscheidungen über medizinische Behandlungen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt/ meine Ärztin hört mir aufmerksam zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt/ meine Ärztin hat viel Verständnis für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wir bitten Sie nun um Ihre Einschätzung der Informationen, die Sie von Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin in der Regel erhalten.

Die Antworten reichen von 1 = "stimme voll und ganz zu" bis 5 = "stimme ganz und gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstimmen.

Wie sehen Sie das?	stimme voll und ganz zu				stimme ganz und gar nicht zu
	1	2	3	4	5
Mein Arzt/ meine Ärztin gibt mir ausreichend Erklärungen und Erläuterungen zu meinem Krankheitsbild.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt/ meine Ärztin gibt mir ausreichend Informationen zur geplanten Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt/ meine Ärztin gibt mir zu wenige Informationen zu den verordneten Medikamenten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal benutzt mein Arzt/ meine Ärztin medizinische Begriffe, ohne zu erklären, was sie bedeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt/ meine Ärztin gibt mir ausreichend Informationen zu den medizinischen Untersuchungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Erklärungen von Messwerten (Blutdruck, Labor) könnten etwas ausführlicher sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt/ meine Ärztin gibt mir ausreichend Informationen, wie ich Krankheiten vermeiden und gesund bleiben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Im Folgenden geht es uns um Ihre Einschätzung der fachlichen Betreuung durch Ihren Arzt/ Ihre Ärztin.

Die Antworten reichen von 1 = "stimme voll und ganz zu" bis 5 = "stimme ganz und gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstimmen.

Wie sehen Sie das?	stimme voll und ganz zu				stimme ganz und gar nicht zu
	1	2	3	4	5
Mein Arzt/ meine Ärztin scheint sehr kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal sollte mein Arzt/ meine Ärztin bei meiner Untersuchung und Behandlung gründlicher sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Zweifel daran, dass die Diagnose, die mein Arzt/ meine Ärztin stellt, korrekt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Dauer der Konsultation mit meinem Arzt/ meiner Ärztin ist oft nicht lang genug, um alle für mich wichtigen Dinge abzuklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Untersuchung bei meinem Arzt/ meiner Ärztin verläuft in der Regel in Ruhe und ohne Störungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt/ meine Ärztin ist sehr beliebt und seine/ ihre Praxis daher stets gut besucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach meinem Eindruck bewältigt mein Arzt/ meine Ärztin täglich ein enormes Arbeitspensum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Alles in allem, wie wichtig sind Ihnen folgende Aspekte für die Bewertung Ihrer Arztbesuche?

Die Antworten reichen von 1 = "sehr wichtig" bis 5 = "überhaupt nicht wichtig". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

	sehr wichtig				über- haupt nicht wichtig
	1	2	3	4	5
Praxisräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation/ Abläufe in der Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxisteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/ Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information und Aufklärung durch Arzt/ Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachliche Betreuung durch Arzt/ Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir möchten Ihnen nun noch ein paar allgemeine Fragen stellen

8. Wie lange ist Ihrer Erfahrung nach die durchschnittliche Wartezeit in dieser Arztpraxis?

bis 15 min bis 30 min bis 45 min bis 60 min über 60 min

9. Welche Wartezeit finden Sie akzeptabel?

bis 15 min bis 30 min bis 45 min bis 60 min über 60 min

10. Wie sind Sie krankenversichert?

gesetzlich privat

11. Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin und seiner/ ihrer Praxis?

Die Antworten reichen von 1 = "ganz und gar zufrieden" bis 5 = "ganz und gar unzufrieden". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

ganz und gar zufrieden					ganz und gar unzufrieden
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Seit welchem Jahr sind Sie bei Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin Patient/ Patientin?

Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, schätzen Sie bitte.

Jahr:

--	--	--	--

13. Wie oft haben Sie die Praxis Ihrer Ärztin/ Ihres Arztes in den vergangenen 12 Monaten aufgesucht?

Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, schätzen Sie bitte.

--	--	--

 mal

14. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?

Bitte geben Sie anhand der folgenden Skala an, ob sie 1 = "ganz und gar zufrieden" bis 5 = "ganz und gar unzufrieden". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

ganz und gar
zufrieden1
2
3
4
5
ganz und gar
unzufrieden

Abschließend bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person

15. In welchem Jahr sind Sie geboren? Bitte ergänzen Sie die Jahreszahl.

1	9		
---	---	--	--

16. Was ist Ihr Geschlecht?

weiblich männlich

17. Welchen Familienstand haben Sie?

- verheiratet und lebe mit meinem Ehepartner/ meiner Ehepartnerin zusammen → weiter mit Frage 19.
- verheiratet und lebe von meinem Ehepartner/ meiner Ehepartnerin getrennt
- ledig
- geschieden
- verwitwet

18. Leben Sie mit einem Partner/ einer Partnerin zusammen?

ja nein

19. Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

- noch Schüler/ in
- Hauptschule, Volksschule, Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse
- Realschule/ Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse
- Abitur/ erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse/ Fachabitur
- keinen Schulabschluss

einen anderen Schulabschluss, nämlich:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

20. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

- Ich bin noch in Ausbildung (Azubi/ StudentIn).....
- Ich habe keine abgeschlossene berufliche Ausbildung und bin nicht in beruflicher Ausbildung
- Ich habe eine abgeschlossene berufliche Ausbildung (Lehre)
- Ich habe einen Fachhochschulabschluss
- Ich habe einen Hochschulabschluss/ Universitätsabschluss.....

21. Gehen Sie einer beruflichen Tätigkeit nach?

- Ich bin vollbeschäftigt
- Ich bin teilzeitbeschäftigt
- Ich bin nicht erwerbstätig (Rentner, Vorruheständler, Arbeitsloser) ⇨ weiter mit Frage 23.....
- Ich bin Wehrdienst-/ Zivildienstleistender ⇨ weiter mit Frage 23.....

22. Was ist zurzeit Ihre berufliche Position?

- Ich bin selbständig
- Ich bin Beamter/ Beamtin
- Ich bin Angestellter/ Angestellte
- Ich bin Arbeiter/ Arbeiterin

sonstiges, nämlich:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

23. Haben Sie Vorschläge und Anregungen, wie die Qualität der medizinischen Versorgung in der Praxis Ihres Arztes/ Ihrer Ärztin verbessert werden könnte? Oder möchten Sie uns etwas mitteilen?

Nutzen Sie bitte dafür folgendes Feld.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vielen Dank,
dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen zu bearbeiten. Wir schätzen Ihre Unterstützung beim
Zusammentragen der für diese Studie wichtigen Informationen sehr.

Praxis: (Stempel)

Praxis-ID

--	--	--	--

Bitte senden Sie Ihren ausgefüllten Fragebogen innerhalb der nächsten 7 Tage portofrei im beigefügten
adressierten Umschlag an:
Brendan-Schmittmann-Stiftung, Geschäftsstelle Berlin, Chausseestraße 119b, 10115 Berlin