

STUDIE DER TU BERLIN (15.10.2009 – 15.02.2010)

## Berlin & seine Notaufnahmen

Bitte zurücksenden an (siehe auch Rückantwortkuvert anbei):

Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Friesdorf

Lehrstuhl Arbeitswissenschaft & Produktergonomie, TU Berlin (Sekt. KWT 1)

Fasanenstraße 1/Eingang 1

D-10623 Berlin

# PATIENTEN – Fragebogen

### **Kontakt für Rückfragen:**

Lehrstuhl Arbeitswissenschaft & Produktergonomie (AwB) an der TU Berlin

### **Frau Julia Gärtner:**

Tel. +49 (0)30 314 79 5-06, Fax -07, [julia.gaertner@awb.tu-berlin.de](mailto:julia.gaertner@awb.tu-berlin.de)

### **Frau Dipl.-Kffr. Beatrice Podtschaske**

Tel. +49 (0)30 314 79 5-11, Fax -07, [beatrice.podtschaske@awb.tu-berlin.de](mailto:beatrice.podtschaske@awb.tu-berlin.de)

Unter der Schirmherrschaft von Frau Gesundheitssenatorin Katrin Lompscher.

In Kooperation mit Gesundheitsstadt Berlin.

Weitere Partner:

ASB Arbeiter Samariter Bund Berlin-Nordwest eV

HCMB Institute for Health Care Systems Management Berlin eG

(Falls Sie diese Kontaktdaten gerne aufbewahren möchten, so trennen Sie dieses Blatt einfach von der Studie ab).

## Und hier noch ein paar Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bei den meisten Fragen müssen Sie nur eines der vorgegeben Kästchen ankreuzen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Manchmal sieht das auch so aus: Auch hier setzen Sie bitte nur ein Kreuz.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Oder: Sie tragen Ziffern bzw. Text ein	_____
Bei einigen Fragen haben Sie die Möglichkeit, eine Antwort in eigenen Worten zu formulieren.	<i>Meiner Meinung nach ...</i>

### A. ALLGEMEINE DATEN

#### 1. Sie sind ...

- männlich                       weiblich

#### 2. Wie alt sind Sie?

(bitte Alter angeben): \_\_\_\_\_ Jahre

#### 3. Welchen Bildungsabschluss haben Sie?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> kein Abschluss                      | <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss (Volksschule)   | <input type="checkbox"/> Studium                         |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                |
| <input type="checkbox"/> Abitur                              | <input type="checkbox"/> keine Angabe                    |

## B. IHRE LETZTE AMBULANTE\* BEHANDLUNG IN DER NOTAUFNAHME

(\*) Ambulant bedeutet, dass Sie direkt nach der Behandlung das Krankenhaus wieder verlassen haben.

### 4. Wie lange (ungefähr) ist Ihr letzter Besuch in der Notaufnahme her?

- kürzer als 2 Wochen     2 Wochen bis 3 Monate  
 3 bis 12 Monate         länger als 1 Jahr

### 5. Wurden Sie bei Ihrem Besuch in der Notaufnahme von einer vertrauten/ bekannten Person begleitet?

- ja                             nein

Falls ja, bitte die Person näher beschreiben: \_\_\_\_\_

### 6. In welchem Krankenhaus besuchten Sie die Notaufnahme?

Stadtteil (z.B.: Neukölln, Buch, Weißensee, etc.): \_\_\_\_\_

Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

### 7. Wie oft waren Sie bereits in der Notaufnahme dieses Krankenhauses?

- zum 1. Mal         2 – 3 Mal         mehr als 3 Mal     keine Angabe

### 8. Haben Sie das Krankenhaus am gleichen Tag wieder verlassen?

- ja                             nein

### 9. Welche Beschwerden/ Schmerzen/ Verletzungen waren der Grund für Ihren Besuch in der Notaufnahme? (Mehrfachnennung möglich)

#### Verletzung:

- Knochenbruch     Blutende Wunde     Prellung                     Verbrennung

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Beschwerden/ Schmerzen am:

- Kopf         Bauch         Gliedmaßen     Rücken         Herz         Kreislauf

Sonstige: \_\_\_\_\_

**10. Wie stark waren Ihre Schmerzen?**

- keine Schmerzen  
 1 leichte Schmerzen    2 mäßig    3 stark    4 sehr stark    5 stärkste vorstellbare Schmerzen

**C. ANFAHRT & ANMELDUNG**

**11. In welchem Zeitraum kamen Sie in die Notaufnahme?**

- 8 – 16 Uhr    16 – 24 Uhr    24 – 8 Uhr    keine Angabe

**12. Kamen Sie werktags, am Wochenende oder an einem Feiertag in die Notaufnahme?**

- werktags    am Wochenende (Samstag/Sonntag)    Feiertag    keine Angabe

**13. Wie sind Sie zur Notaufnahme gekommen?**

- Rettungsdienst    Taxi    Pkw    Sonstiges: \_\_\_\_\_

**14. Warum wurde diese Notaufnahme ausgewählt?**

- Entscheidung des Rettungsdienstes    schnell erreichbar    eigene positive Erfahrung  
 ärztl. Empfehlung    Sonstiges: \_\_\_\_\_    keine Angabe

**15. Wie empfanden Sie die Dauer der Anmeldung?**

- 1 sehr kurz    2 kurz    3 neutral    4 lange    5 sehr lange

**16. Wie wurden Sie empfangen?**

- 1 sehr freundlich    2 freundlich    3 neutral    4 unfreundlich    5 sehr unfreundlich

**17. Wurden Sie Ihrer Meinung nach bei der Anmeldung ausreichend zu Ihren Beschwerden/  
Schmerzen/ Verletzungen befragt?**

- ja    nein

## D. WARTEZEIT

Im Folgenden möchten wir gerne wissen, wie Sie die Wartebedingungen empfunden haben.

### 18. Wie empfanden Sie den Wartebereich?

- 1 sehr gut       2 gut       3 neutral       4 eher schlecht       5 schlecht

Was könnte besser sein? \_\_\_\_\_

### 19. Waren Sie mit dem Unterhaltungsangebot zufrieden (TV, Zeitschriften, ...)?

- ja       nein       keine Angabe

Was würden Sie sich wünschen? \_\_\_\_\_

### 20. Waren Sie mit der Sauberkeit des Wartebereichs zufrieden?

- ja       nein, weil: \_\_\_\_\_       keine Angabe

### 21. Hatten Sie während der Wartezeit das Gefühl, vergessen worden zu sein?

- ja, weil: \_\_\_\_\_       nein       keine Angabe

### 22. Wie wurden begleitende Angehörige (auf Nachfrage) über Ihren Zustand informiert?

- 1 sehr gut       2 gut       3 neutral       4 eher schlecht       5 gar nicht

### 23. Wie wurden Sie über die Wartezeit informiert?

- 1 sehr gut       2 gut       3 neutral       4 eher schlecht       5 gar nicht

## E. BEHANDLUNG & ENTLASSUNG

24. Wie lange haben Sie auf einen Arzt/ die Ärzte (gefühl) gewartet?

- 1 sehr kurz     2 kurz     3 neutral     4 lange     5 sehr lange

25. Wie freundlich fanden Sie den Arzt/ die Ärzte insgesamt?

- 1 sehr freundlich     2 freundlich     3 neutral     4 unfreundlich     5 sehr unfreundlich

26. Wie empfanden Sie die Behandlung durch den Arzt/ die Ärzte?

- 1 sehr gut     2 gut     3 neutral     4 eher schlecht     5 schlecht

27. Wie empfanden Sie die Versorgung durch das Pflegepersonal insgesamt?

- 1 sehr gut     2 gut     3 neutral     4 eher schlecht     5 schlecht

28. Wie wurden Sie über das Ergebnis der Untersuchung(en) informiert?

- 1 sehr gut     2 gut     3 neutral     4 eher schlecht     5 gar nicht

29. Wie wurden Sie über weitere Untersuchungen/ Behandlungen informiert?

- 1 sehr gut     2 gut     3 neutral     4 eher schlecht     5 gar nicht

30. Falls Ihnen Medikamente verordnet wurden: Wie gut wurden Sie über richtige Einnahme und Wirkung informiert?

- 1 sehr gut     2 gut     3 neutral     4 eher schlecht     5 gar nicht

Es wurden keine Medikamente verordnet.

31. Wie sind Sie nach der Behandlung wieder nach Hause gekommen?

- Taxi     Pkw     Öffentliche Verkehrsmittel     Sonstiges: \_\_\_\_\_

## F. FAZIT

32. Würden Sie diese Notaufnahme bei Beschwerden/ Schmerzen/ Verletzungen wieder aufsuchen?

- ja, jederzeit     eventuell     eher nicht     auf keinen Fall     keine Angabe

33. Wie lange (ungefähr) war insgesamt Ihr Aufenthalt in der Notaufnahme?

- max. 1 Stunde     zwischen 1 bis 3 Stunden     mehr als 3 Stunden     keine Angabe

34. Wurde während Ihres Aufenthaltes Ihre Privatsphäre/ Intimsphäre ausreichend geschützt?

- ja     nein, weil: \_\_\_\_\_     keine Angabe

35. Wie beurteilen Sie insgesamt Ihren Aufenthalt in dieser Notaufnahme?

- 1 sehr gut     2 gut     3 befriedigend     4 ausreichend     5 mangelhaft

36. Verbesserungsvorschläge:

☺ Was war besonders gut?

☹ Was sollte dringend verbessert werden?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!