

18. Elternbefragung im SPZ

Von der Qualitätskommission verabschiedet im Dezember 2006

Publikation am 01.03.2007

Mitglieder des Qualitätszirkels:

Dr. Christian Fricke, Hamburg (Qualitätszirkel-Leiter)

Dr. Christoph Herzberg, DBZ Berlin

Dr. Helmut Hollmann, KNZ Bonn

Dr. Dipl. Psych. Kerstin Jakob, SPZ Landstuhl

Dr. Burkhard Mehl, SPI Bremen

Frau Dr. Margret Petermüller, SPZ Wiesbaden

Dr. Michael Schulz, SPZ Hannover

Dipl. Psych. Michael Wachtendorf, SPZ Hannover

Assoziiert: Dr. Thomas Ruprecht, Hamburg

Dr. Ing. Michael Jacobsen, Hamburg

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Christian Fricke

Werner-Otto-Institut

Bodenschwinghstr. 23

22337 Hamburg

E-Mail: cfricke@werner-otto-institut.de

Vorwort

Der vorliegende Fragebogen wurde vom Werner-Otto-Institut in Zusammenarbeit mit dem Picker-Institut-Europe entwickelt, im Rahmen des Qualitätszirkels modifiziert und in einer parallel laufenden Befragung an 12 SPZ erprobt (der beiliegende Begleitbogen beschreibt den Projektablauf der letzten Befragung). Der Bogen liegt in Papierform und als Online-Version vor. Die Auswertung erfolgte über die Datenbank der Fa. Jsmoin, Hamburg. Die Rechte liegen beim Werner-Otto-Institut, Hamburg.

(Name/Logo)

(Besuchsadresse)

Eltern-Fragebogen
zur Qualität der ambulanten Dienste
des SPZ (Name/Ort)

Liebe Eltern!

Das Ausfüllen ist ganz einfach! Bitte Folgendes beachten:

- Lesen Sie zu jeder Frage erst alle Antwortmöglichkeiten durch.
 - Denken Sie nicht lange nach, kreuzen Sie einfach diejenige Antwort an, die Ihre Erfahrungen und Eindrücke am besten beschreibt.
 - Wenn nichts anderes angegeben ist, kreuzen Sie bitte pro Frage nur eine Antwort an!
- Ihre Antworten bleiben anonym, da dieser Fragebogen keine personenbezogene Kennung hat.

Wenn Sie mit dem Ausfüllen fertig sind ...

- den bedruckten Rückumschlag (an Institut JSmoin adressiert) zur Hand nehmen,
- Fragebogen hinein geben, Umschlag verschließen,
- unfrankiert und ohne Absender in die Post geben – Porto zahlt Empfänger!
- Gleichzeitig bitte auch die Rückantwortkarte zurückschicken, damit Sie keine weiteren Erinnerungsschreiben erhalten. Auch dieses Porto zahlen wir!

Haben Sie noch Fragen?

**Rufen Sie uns an: Tel. 0172-4518 466, oder schreiben Sie uns:
(Ansprechpartner/in, Sozialpädiatrisches Zentrum, (Adresse))**

E-Mail: info@jsmoin.com

Fax: 04101-403 9803

- bitte dieses Deckblatt nicht abtrennen -

Allgemeines

1. Wie sind Sie ans SPZ gekommen?

- Ich/wir von mir/uns aus..... 1
 Durch Haus- oder Kinderarzt..... 2
 Durch anderen (Fach-)Arzt 3
 Durch ein Krankenhaus, bei dem
 das Kind vorher in Behandlung war 4
 Durch die Schule 5
 Durch private Empfehlung..... 6
 Durch den/die Therapeuten/in 7
 Durch jemand anderes 8

2. Wie häufig waren Sie insgesamt schon im SPZ?

(Auch ungefähre Angaben möglich)

- Einmal..... 1
 2-10 Mal 2
 11-20 Mal 3
 21-50 Mal 4
 Mehr als 50 Mal 5

Anmeldung und Termine im SPZ

3. Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit der Mitarbeiterinnen im Empfang?

- Schlecht..... 1
 Mittelmäßig..... 2
 Gut 3
 Sehr gut 4

4. Wie lange mussten Sie warten, bis Sie den gewünschten Termin überhaupt bekamen?

- Musste gar nicht warten (z.B. regelmäßiger
 Kontrolltermin)..... 1
 Weniger als 3 Wochen..... 2
 3-6 Wochen..... 3
 7-10 Wochen..... 4
 Länger als 10 Wochen..... 5

Als Sie das letzte Mal im SPZ waren:

5. Wie lange mussten Sie im Wartebereich warten?

- Gar nicht 1
 Bis zu 5 Minuten..... 2
 6-10 Minuten 3
 11-15 Minuten 4
 Mehr als 15 Minuten..... 5

Die Ärztinnen und Ärzte im SPZ

6. Waren Sie schon einmal mit Ihrem Kind bei einem Arzt oder einer Ärztin des SPZ?

- Ja 1
 Nein 2
 Bin mir nicht sicher..... 3

Bei "Nein" oder "Bin mir nicht sicher"
 bitte gleich weiter mit Frage 18

Als Sie das letzte Mal bei einem Arzt oder einer Ärztin des SPZ waren:

7. War der Arzt / die Ärztin so über den aktuellen Stand bei Ihrem Kind informiert, wie Sie das erwarten?

- Ja, voll und ganz 1
 Einigermaßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3
 Ich / das Kind war(en) zum 1. Mal da.... 4
 Kann / möchte ich nicht beurteilen 5

8. Hat der Arzt / die Ärztin Ihnen zugehört?

- Ja, sehr aufmerksam 1
 Einigermaßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3
 Es gab nichts zu besprechen..... 4

9. Konnten Sie auch über Gefühle und seelische Probleme sprechen?

- Ja 1
 Nein 2
 War nicht nötig / wollte ich nicht..... 3

10. Wenn Sie Fragen stellten, konnten Sie mit den Antworten etwas anfangen?

- Ja 1
 Einigermaßen 2
 Nein 3
 Ich stellte keine Fragen 4

11. Hatten Sie Fragen, die Sie gerne besprochen hätten, aber nicht besprechen konnten?

- Ja 1
 Nein 2

Bei "Nein" bitte gleich weiter mit Frage 13

12. Diese Frage/n haben Sie hauptsächlich nicht angesprochen, weil ...
 (Sie können mehrere ankreuzen!)

- ... Sie diese gerade vergessen hatten ... 1
 ... sie Ihnen erst hinterher eingefallen sind 2
 ... Sie keine Zeit mehr hatten 3
 ... es Ihnen peinlich war 4
 ... Sie Angst hatten / Sie sich nicht sicher fühlten 5
 ... Sie sowieso keine kompetente Antwort bekommen hätten 6
 ... die Ärztin / der Arzt keine Zeit hatte, Ihnen zuzuhören. 7
 ... die Ärztin / der Arzt „von oben herab“ mit Ihnen sprach 8
 ... es zu viele Unterbrechungen / keine Privatsphäre gab 9
 ... Sie die Frage/n nicht in Gegenwart des Kindes besprechen wollten 10

13. Ging der Arzt bzw. die Ärztin darauf ein, welche Auswirkungen die Behandlung Ihres Kindes auf Ihr alltägliches Leben hat (z.B. durch Termine im SPZ)?

- Ja, ausführlich 1
 Einigermaßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3
 War nicht nötig 4

14. Sind die Ärzte im SPZ Ihnen gegenüber offen und ehrlich?

- (Fast) immer 1
 Meistens 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4
 Kann ich (noch) nicht beurteilen 5

15. Haben Sie Vertrauen in den Arzt bzw. die Ärztin?

- Ja, voll und ganz 1
 Einigermaßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3

16. Hatte die Ärztin bzw. der Arzt beim letzten Besuch im SPZ insgesamt genug Zeit für Sie und Ihr Kind?

- Ja, so wie ich das erwarte 1
 Einigermaßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3

17. Wie würden Sie die Freundlichkeit und das Verständnis der Ärztin bzw. des Arztes beurteilen?

- Schlecht 1
 Mittelmäßig 2
 Gut 3
 Sehr gut 4
 Ausgezeichnet 5

Untersuchungen im SPZ

18. Wurden bei Ihrem Kind im SPZ schon einmal technische Untersuchungen (z.B. Blutabnahme/Labortests, EEG) durchgeführt?

- Ja 1
Nein 2

Bei "Nein" bitte gleich weiter mit Frage 22

Als Ihr Kind das letzte Mal solche Untersuchungen hatte:

19. Hat Ihnen jemand die Notwendigkeit dieser Untersuchungen so erklärt, dass Sie es verstehen konnten?

- Ja, voll und ganz 1
Einigermaßen (könnte besser sein) 2
Nein 3
War nicht nötig 4

20. Wie belastend war(en) diese Untersuchung(en) für Ihr Kind?

- Sehr 1
Ziemlich 2
Kaum 3
Gar nicht 4

21. Wenn Sie die Untersuchungsergebnisse nicht gleich erfahren konnten - wurde Ihnen mitgeteilt, wann sie vorliegen?

- Ja 1
Nein 2
Ich bin mir nicht sicher 3
War nicht nötig 4

22. Hatte Ihr Kind im SPZ noch andere Untersuchungen (z.B. was es kann)?

- Ja 1
Nein 2

Bei "Nein" bitte gleich weiter mit Frage 27

23. Durch wen hatte Ihr Kind im SPZ diese Untersuchungen?

(Sie können mehrere ankreuzen!)

- Durch eine Psychologin oder einen Psychologen 1
Durch eine Therapeutin oder einen Therapeuten 2
Durch Andere 3
Ich weiß die Berufsgruppe nicht mehr 4

24. Manchmal kommt es vor, dass sich Kinder bei solchen Tests ganz anders verhalten als im Alltag oder zu Hause. War das so?

- Nein 1
Das Kind war besser als sonst 2
Das Kind war schlechter als sonst 3
Das Kind war anders als sonst 4
Weiß nicht / habe nicht darauf geachtet 5
Weiß nicht, war nicht dabei 6

25. Wurden Sie gefragt, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes in der Untersuchung im Vergleich zum Alltag beurteilen?

- Ja 1
Nein 2
Weiß nicht mehr / war nicht nötig 3

26. Wie belastend war(en) diese Untersuchung(en) / Tests für Ihr Kind?

- Sehr 1
Ziemlich 2
Kaum 3
Gar nicht 4

Die Therapie im SPZ

27. Bekommen Sie als Eltern / Familie derzeit im SPZ eine Beratung oder Therapie für sich?

- Ja 1
 Nein 2
 Nicht sicher / weiß nicht 3

28. Bekommt Ihr Kind derzeit im SPZ eine Therapie (z.B. Ergotherapie, Krankengymnastik, Heilpädagogik, Logopädie, Musik-, Kunsttherapie, Psychotherapie)?

- Ja 1
 Nein 2

Bei "Nein" bitte gleich weiter mit Frage 46

29. Wie viele Therapie-Termine haben Sie derzeit pro Woche im SPZ?

- Einen Termin pro Woche 1
 Mehr als einen Termin 2
 Keinen 3

30. Welche Therapie(n) bekommt Ihr Kind zur Zeit?
 (bitte alle zutreffenden ankreuzen!)

- Logopädie 1
 Krankengymnastik 2
 Ergotherapie 3
 Familientherapie 4
 Heilpädagogik 5
 Kunsttherapie 6
 Musiktherapie 7
 Psychomotorik 8
 Psychotherapie 9
 Bin mir nicht sicher / weiß nicht 10

Im Folgenden wird der Einfachheit halber immer von „den Therapeutinnen“ gesprochen. Gemeint sind auch Therapeuten.

31. Ist Ihr Kind in einer Einzel- oder in einer Gruppentherapie?

- Einzeltherapie 1
 Gruppentherapie 2
 Beides 3
 Bin mir nicht sicher / weiß nicht 3

32. Wissen die Therapeutinnen über den aktuellen Stand bei Ihrem Kind Bescheid (z.B. bisherige Behandlung, Probleme, Fortschritte)?

- Ja, so wie ich das erwarte 1
 Einigermaßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3
 Kann / möchte ich nicht beurteilen 4

33. Werden Ihnen Zweck und Inhalt der Therapie so erklärt, dass Sie es verstehen können?

- Ja, (fast) immer 1
 Meistens 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4
 Ist nicht nötig 5

34. Wenn Sie den Therapeutinnen Fragen stellen, können Sie mit den Antworten etwas anfangen?

- Ja, (fast) immer 1
 Meistens 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4
 Ich hatte (bisher) keine Fragen 5

35. Hatten Sie schon einmal Fragen an die Therapeutinnen, die Sie gerne besprochen hätten, aber nicht besprechen konnten?

- Ja 1
 Nein 2

Bei "Nein" bitte gleich weiter mit Frage 37

36. Diese Frage/n haben Sie hauptsächlich nicht angesprochen, weil ...
(Sie können mehrere ankreuzen!)
- ... Sie diese gerade vergessen hatten.. 1
 - ... sie Ihnen erst hinterher eingefallen sind..... 2
 - ... Sie keine Zeit mehr hatten 3
 - ... es Ihnen peinlich war 4
 - ... Sie Angst hatten / Sie sich nicht sicher fühlten 5
 - ... Sie sowieso keine kompetente Antwort bekommen hätten..... 6
 - ... die Therapeutin keine Zeit hatte, Ihnen zuzuhören..... 7
 - ... die Therapeutin „von oben herab“ mit Ihnen sprach..... 8
 - ... es zu viele Unterbrechungen / keine Privatsphäre gab 9
 - ... Sie die Frage/n nicht in Gegenwart des Kindes besprechen wollten..... 10

37. Sind die Therapeutinnen im SPZ Ihnen gegenüber offen und ehrlich?
(Fast) immer 1
 Meistens 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4
 Kann ich (noch) nicht beurteilen..... 5

38. Haben die Therapeutinnen insgesamt genug Zeit für Sie und Ihr Kind?
 Ja, so wie ich das erwarte..... 1
 Einigermaßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3

39. Wie würden Sie die Freundlichkeit und das Verständnis der Therapeutinnen beurteilen?
 Schlecht..... 1
 Mittelmäßig..... 2
 Gut 3
 Sehr gut 4

40. Haben Sie Vertrauen in die Therapeutinnen?
 Ja, (fast) immer..... 1
 Meistens 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4

41. Sind Sie in der Regel bei der Therapie dabei?
 Ja 1
 Nein 2
 Nein, aber es wäre eigentlich nötig 3
 Nein, es geht besser ohne mich 4

Bei "Nein" bitte gleich weiter mit Frage 43

42. Lernen Sie in den Therapiestunden selbst etwas, was Ihnen im Alltag mit dem Kind hilft?
 Ja, (fast) immer..... 1
 Meistens 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4
 Ist nicht nötig / nicht möglich 5

43. Fühlt sich Ihr Kind in den Therapiestunden wohl?
 Ja, (fast) immer..... 1
 Meistens..... 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4
 Schwer zu sagen..... 5

44. Bekommen Sie therapeutische „Hausaufgaben“ zur Unterstützung Ihres Kindes?
 Ja, regelmäßig 1
 Hin und wieder 2
 Selten oder nie 3
 Möchte ich nicht / ist mir zu viel 4
 Ist nicht (mehr) nötig 5

45. Sind diese „Hausaufgaben“ für Ihren Alltag hilfreich (auch wenn Sie diese nicht immer voll umsetzen können)?

- Ja, (fast) immer 1
 Meistens..... 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4
 Ich bekomme keine „Hausaufgaben“ .. 5

Zur Diagnosevermittlung und Befundbesprechung Ihres Kindes

46. Wurde Ihnen im SPZ die Diagnose für Ihr Kind auf einfühlsame Art und Weise mitgeteilt?

- Ja, voll und ganz 1
 Einigermäßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3
 Diagnose wurde nicht im SPZ mitgeteilt..... 4
 Es gibt keine klare Diagnose 5

47. Wurden Ihnen die Ergebnisse der Tests / Untersuchung(en) so erklärt, dass Sie es verstehen konnten?

- Ja, voll und ganz 1
 Einigermäßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3
 War nicht nötig..... 4

48. Passten die Schlussfolgerungen der Untersucherin/ des Untersuchers zu Ihrer Einschätzung des Kindes?

- Ja, voll und ganz 1
 Einigermäßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3
 Ich habe die Schlussfolgerungen nicht verstanden 4
 Die Schlussfolgerungen wurden mir nicht mitgeteilt 5
 Weiß nicht..... 6

49. Waren die Schlussfolgerungen hilfreich für Ihren Umgang mit dem Kind?

- Ja, sehr..... 1
 Einigermäßen (könnte besser sein)..... 2
 Nein..... 3
 Ich habe die Schlussfolgerungen nicht verstanden..... 4
 Die Schlussfolgerungen wurden mir nicht mitgeteilt..... 5
 Nicht sicher / weiß nicht 6

50. Wurde mit Ihnen besprochen, wie lange die Behandlung voraussichtlich dauern wird?

- Ja, ausführlich 1
 Einigermäßen (könnte besser sein)..... 2
 Nein..... 3
 Nicht nötig / ist nicht abzusehen / mein Kind wird sie immer brauchen.... 4
 Weiß nicht mehr 5

Die Behandlung im SPZ

51. Wurde Ihnen erklärt, was Sie bzw. Ihr Kind von der Behandlung wahrscheinlich erwarten können, „wohin das alles führt“ (langfristige Prognose)?

- Ja, so wie ich es brauchte 1
 Einigermäßen (könnte besser sein)..... 2
 Nein..... 3
 Weiß nicht mehr 4

52. Sind / waren Sie in die Entscheidungen über die Behandlung Ihres Kindes so einbezogen, wie Sie das möchten?

- Ja, voll und ganz 1
 Ja, aber ich musste das erst durchsetzen..... 2
 Teils-teils..... 3
 Nein..... 4
 Ich möchte/kann nicht mitentscheiden 5

53. Wird Ihren Erfahrungen und Vorschlägen bei der Betreuung Ihres Kindes genügend Beachtung geschenkt?

- (Fast) immer 1
 Meistens 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4
 Habe / mache keine Vorschläge 5

54. Hat Ihnen jemand den Zweck der Medikamente, die Ihr Kind einnehmen soll, verständlich erklärt?

- Mein Kind muss keine Medikamente nehmen 1
 Ja, so wie ich es brauchte 2
 Einigermaßen (könnte besser sein) 3
 Nein 4
 Ich brauchte keine Erklärung 5

55. Hat Ihnen jemand erklärt, auf welche Nebenwirkungen dieser Medikamente Sie zu Hause achten sollen?

- Mein Kind muss keine Medikamente nehmen 1
 Ja, so wie ich es brauchte 2
 Einigermaßen (könnte besser sein) 3
 Nein 4
 Ich brauchte keine Erklärung 5

56. Wenn Sie Fragen haben oder Unsicherheiten spüren (z.B. zu den Therapiezielen, bei der Einschätzung Ihres Kindes), bekommen Sie im SPZ hilfreiche Auskünfte?

- Ja, (fast) immer 1
 Meistens 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4
 Ich hatte (bisher) keine Fragen 5

57. Können Sie im SPZ auch sehr persönliche Dinge vertrauensvoll besprechen?

- Ja, (fast) immer 1
 Manchmal 2
 Nein 3
 Möchte / brauche ich (bisher) nicht 4

58. Wie oft bekommen Sie im SPZ widersprüchliche Auskünfte, z.B. über die Fähigkeiten, Probleme oder die Behandlung Ihres Kindes?

- Selten oder nie 1
 Hin und wieder 2
 Häufig 3
 Sehr häufig 4

59. Fühlen Sie sich im SPZ als „Experte/in“ für Ihr Kind ernst genommen?

- (Fast) immer 1
 Meistens 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4

60. Wird Ihr Kind im SPZ individuell gesehen und auch so behandelt?

- (Fast) immer 1
 Meistens 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4
 Kann / möchte ich nicht beurteilen 5

61. Werden die Fähigkeiten Ihres Kindes durch das SPZ richtig beurteilt?

- Ja, voll und ganz 1
 Einigermaßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3
 Kann ich (noch) nicht beurteilen 4

62. Wenn Sie von eigenen Beobachtungen Ihres Kindes berichten, glauben Ihnen die Mitarbeiterinnen im SPZ?

- (Fast) immer 1
 Meistens 2
 Hin und wieder 3
 Selten oder nie 4
 Kann / möchte ich nicht beurteilen 5
 Ich habe bisher keine Beobachtungen gemacht / mitgeteilt 6

63. Werden in der Patientenakte von den Mitarbeiterinnen auch Dinge aufgeschrieben, die Ihnen wichtig sind?

- Ja, (fast) immer 1
- Meistens..... 2
- Hin und wieder 3
- Selten oder nie 4
- War (bisher) nicht nötig..... 5
- Habe / mache dazu keine Vorschläge .. 6
- Weiß nicht..... 7

64. Fühlen Sie sich über die Probleme Ihres Kindes durch das SPZ angemessen informiert?

- Ja, so wie ich es brauche..... 1
- Einigermaßen (könnte besser sein) 2
- Nein 3
- Nicht nötig 4
- Kann ich (noch) nicht beurteilen 5

65. Werden Sie über die derzeitige Behandlung / Betreuung Ihres Kindes angemessen informiert?

- Ja, so wie ich es brauche..... 1
- Einigermaßen (könnte besser sein) 2
- Nein 3
- Nicht nötig 4

66. Wie werden Sie über die Fortschritte Ihres Kindes informiert?

- Regelmäßig..... 1
- Hin und wieder 2
- Selten oder nie 3
- Nicht nötig / keine therapeutische Behandlung 4

67. Haben die Mitarbeiterinnen im SPZ auch zwischendurch ein offenes Ohr für Ihre Fragen und Anliegen (z.B. wenn Sie wegen akuter Probleme anrufen)?

- Ja, (fast) immer 1
- Meistens..... 2
- Hin und wieder 3
- Selten oder nie 4

68. Wenn Ihr Kind derzeit von verschiedenen Mitarbeiterinnen des SPZ betreut wird, haben Sie den Eindruck, die Mitarbeiter tauschen sich aus und arbeiten in dieselbe Richtung?

- Ja, (fast) immer..... 1
- Meistens 2
- Hin und wieder..... 3
- Selten oder nie..... 4
- Kann / möchte ich nicht beurteilen..... 5
- Mein Kind wird derzeit nur von einem/r SPZ-Mitarbeiter/in betreut 6

69. Wenn Behandlungen beendet werden soll(t)en, hat Ihnen jemand verständlich erklärt warum?

- Ja, so wie ich es brauchte 1
- Einigermaßen (könnte besser sein)..... 2
- Nein..... 3
- Kam bisher nicht vor / war nicht nötig..... 4

70. Wird Ihre Lebenssituation mit allen Belastungen (z.B. Berufstätigkeit, weitere zu versorgende Kinder, Wohnsituation usw.) im SPZ ausreichend berücksichtigt?

- Ja, (fast) immer 1
- Meistens 2
- Hin und wieder..... 3
- Selten oder nie..... 4
- Nicht nötig..... 5

71. Kommen Mitarbeiterinnen des SPZ auch zu Ihnen nach Hause (z.B. zur Therapie oder um sich einen Eindruck von der Situation vor Ort zu verschaffen)?

- Ja 1
- Ja, aber zu selten 2
- Nein, würde ich mir aber wünschen 3
- Nicht nötig..... 4

72. Ist in dem Bericht, den das SPZ an Ihren Kinder- oder Hausarzt geschickt hat, Ihr Kind zutreffend beschrieben (z.B. seine Fähigkeiten und Probleme)?

- Ja, voll und ganz..... 1
 Einigermaßen (könnte besser sein) 2
 Nein 3
 Weiß nicht / kann ich nicht beurteilen . 4
 Habe (noch) keinen Bericht erhalten ... 5
 Ich habe den Brief nicht verstanden.... 6

73. Halten die Mitarbeiterinnen des SPZ regelmäßigen Kontakt mit anderen Einrichtungen (z.B. Kindergarten, Schule, andere Ärzte)?

- Ja, von sich aus 1
 Ja, auf Wunsch..... 2
 Nein 3
 Nur schriftliche Berichte 4
 Nicht nötig 5
 Weiß nicht / kann ich nicht beurteilen.. 6

74. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit des SPZ mit den folgenden Einrichtungen?

	Schlecht	Mäßig	Gut	Ausgezeichnet	Trifft für mich nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
1. Kinderärztin oder Kinderarzt (Arzt für Kinder- u. Jugendmedizin)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. Hausärztin oder Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. Andere Fachärztinnen oder Fachärzte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. Therapeutinnen oder Therapeuten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. Frühförderung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. Kindergarten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. Schule	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. Andere	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Die Beratung im SPZ insgesamt gesehen

75. Insgesamt betrachtet, hat Ihnen die Beratung im SPZ etwas gebracht?

- Sehr viel..... 1
Viel 2
Wenig 3
Kaum oder gar nicht..... 4
Ich hatte keine Beratung 5

76. Würden Sie das SPZ bei Bedarf Ihrer Familie oder Freunden weiterempfehlen?

- Ja, ganz sicher 1
Wahrscheinlich 2
Nein 3

Die Behandlung im SPZ insgesamt gesehen

77. Insgesamt betrachtet, hat Ihr Kind seit der Betreuung im SPZ Fortschritte gemacht?

- Ja, sehr 1
Ja, etwas 2
Kaum oder gar nicht..... 3
Schwer zu sagen..... 4

78. Kommt Ihr Kind draußen besser zurecht, seit es im SPZ behandelt wird/wurde (z.B. im Kindergarten, in der Schule, mit anderen Kindern)?

- Ja 1
Teils-teils 2
Nein 3
Kind noch zu klein 4
Schwer zu sagen..... 5

79. Kommen Sie selbst mit dem Kind (noch) besser zurecht, seit es im SPZ behandelt wird/wurde?

- Ja, sehr..... 1
Ja, etwas 2
Kaum oder gar nicht 3
Schwer zu sagen 4

80. Hatten Sie das Gefühl, Ihr Kind wird durch die Behandlung(en) überfordert?

- Ja, (fast) immer..... 1
Meistens 2
Manchmal..... 3
Nein..... 4

81. Hätten Sie sich eigentlich eine andere Behandlung im SPZ für Ihr Kind gewünscht?

- Ja 1
Nein..... 2
Kann ich nicht beurteilen / weiß nicht. 3

82. Haben Sie innerhalb des SPZ schon einmal den Arzt oder Therapeutinnen gewechselt, weil Sie nicht zufrieden waren?

(Sie können mehrere ankreuzen!)

- Nein..... 1
Ja, die Ärztin / den Arzt einmal 2
Ja, die Ärztin / den Arzt mehrfach 3
Ja, die/den Psychologin/-en einmal..... 4
Ja, die/den Psychologin/-en mehrfach 5
Ja, die/den Therapeutin/-en einmal 6
Ja, die/den Therapeutin/-en mehrfach. 7

83. Welches Angebot des SPZ ist / war für Sie und Ihr Kind am besten?

(Sie können mehrere ankreuzen!)

- Die Einzeltherapie..... 1
- Gruppentherapie..... 2
- Beratung..... 3
- Psychologie/Psychotherapie..... 4
- Familientherapie..... 5
- Heilpädagogik..... 6
- Logopädie..... 7
- Krankengymnastik..... 8
- Hörtraining (Hörgeräte)..... 9
- Musiktherapie..... 10
- Ergotherapie..... 11
- Medikamente..... 12
- Sozialberatung..... 13
- Keines der genannten..... 14
- Weiß nicht..... 15

84. Fühlen Sie sich durch die Behandlung Ihres Kindes im SPZ zu stark belastet (z.B. durch Termine, „Hausaufgaben“)?

- Ja, oft..... 1
- Manchmal..... 2
- Nein..... 3
- Kann / möchte ich nicht beurteilen..... 4

85. Wie beurteilen Sie insgesamt den (bisherigen) Behandlungserfolg?

- Sehr gut..... 1
- Gut..... 2
- Mittelmäßig..... 3
- Schlecht..... 4
- Noch offen/nicht absehbar..... 5

Weitere Unterstützung durch das SPZ

86. Haben Sie bzw. hat Ihr Kind alle nötigen Hilfsmittel (z.B. Laufschiene, Gehapparate, orthopädische Schuhe, Hörgeräte usw.) bekommen?

- Ja..... 1
- Nein..... 2
- Mein Kind braucht keine Hilfsmittel..... 3

Wenn Ihr Kind keine Hilfsmittel brauchte bitte gleich weiter mit Frage 90

87. Wenn ja, waren diese Hilfsmittel damals rechtzeitig verfügbar?

- Ja..... 1
- Nein..... 2

88. Sind diese Hilfsmittel für Ihr Kind wirklich von Nutzen?

- Ja, sehr..... 1
- Einigermaßen (könnte besser sein)..... 2
- Nein..... 3

89. Falls Sie nötige Hilfsmittel (bisher) nicht bekommen haben, wer ist dafür verantwortlich?

(Sie können mehrere ankreuzen!)

- Mitarbeiter/innen des SPZ..... 1
- Die Krankenkasse..... 2
- Das Sozialamt..... 3
- Andere..... 4
- Ich weiß es nicht..... 5

90. Hätten Sie vom SPZ noch mehr Unterstützung gebraucht?

(bitte alle zutreffenden ankreuzen!)

- Nein, keine weitere Unterstützung nötig** 1
- Ja, und zwar ...**
- ... Verschreibung / Beschaffung von Hilfsmitteln 2
 - ... beim Finden anderer Ärzte oder Therapeutinnen (z.B. in Wohnortnähe) .. 3
 - ... bei schulischen Fragen 4
 - ... wo das Kind später wohnen und arbeiten soll 5
 - ... beim Versorgungsamt 6
 - ... beim Sozialamt 7
 - ... bei anderen Behörden 8
 - ... beim Vermitteln familienentlastender Dienste 9
 - ... beim Organisieren häuslicher Pflege 10
 - ... beim Finden der richtigen Bücher oder Zeitschriften 11

91. Möchten Sie von Ihrem SPZ noch besser informiert werden?

- Ja** 1
- Nein** 2

Bei "Nein" bitte gleich weiter mit Frage 95

92. Wenn ja, worüber möchten Sie vom SPZ informiert werden?

(bitte alle zutreffenden ankreuzen!)

- Die Probleme Ihres Kindes** 1
- Seine Behandlung** 2
- Nach welchen Richtlinien die Therapeutinnen arbeiten** 3
- Alternative Behandlungsmöglichkeiten** 4
- Das gesamte therapeutische Angebot im SPZ** 5

(weitere Antworten siehe rechts oben!)

- Was es an Hilfsmitteln überhaupt gibt** 6
- Soziale Hilfen, Sozialberatung** 7
- Umgang mit Behörden** 8
- Zubereitung von Speisen für das Kind** 9
- Umgang mit dem Kind zu Hause** 10
- Sprachförderung** 11
- Bewegung/Sport** 12
- Psychotherapeutische Angebote** 13
- Kindergärten, Schulen** 14
- Selbsthilfegruppen oder -vereine** 15
- Den wissenschaftlichen Fortschritt** 16

93. Falls Sie sich vom SPZ noch mehr Informationen wünschen, welche Form wäre für Sie am besten?

- Persönliche Beratung / Gespräch** 1
- (Eltern-) Seminare, Gesprächskreise** . 2
- Internet** 3
- Schriftlich (z.B. Info-Broschüren)** 4

94. Wie informieren Sie sich über die Probleme oder die Behandlung Ihres Kindes sonst noch?

(bitte alle zutreffenden ankreuzen!)

- Familie / Freunde / Bekannte** 1
- Kindergarten / Schule** 2
- Zweitmeinung von Fachleuten (z.B. Ärzte) außerhalb des SPZ** 3
- Selbsthilfegruppen oder Vereine** 4
- Broschüren, Bücher, Literatur** 5
- Medizinische Fachzeitschriften** 6
- Andere Zeitschriften** 7
- Fernsehen / Radio** 8
- Internet** 9
- Sonstige** 10
- Kein Bedarf** 11

Service und Komfort im SPZ

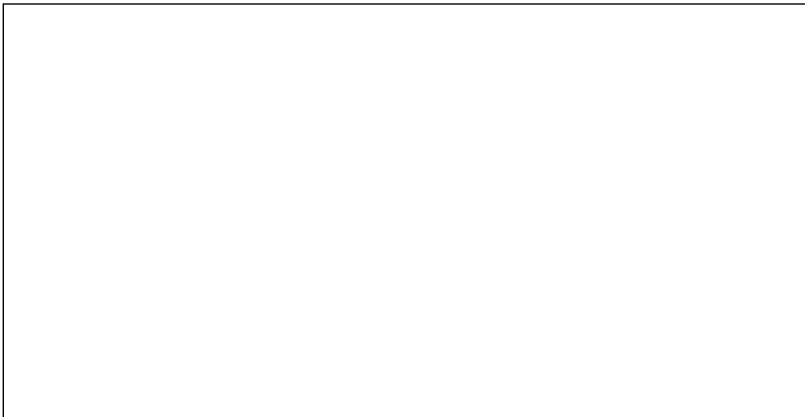
95. Im SPZ finde ich ...

	Schlecht	Mäßig	Gut	Ausgezeichnet	Gibt es nicht / weiß nicht
1. ... die Raumgestaltung insgesamt (Licht, Bilderschmuck, Farbe der Wände usw.):	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... die Sitzgelegenheiten:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. ... die Spielmöglichkeiten für die Kinder während der Wartezeiten:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. ... die Betreuung der Geschwister während der Therapie:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. ... die Möglichkeit zu telefonieren:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. ... die Toilette(n):	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. ... die Sauberkeit im Allgemeinen:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. ... die Parkmöglichkeiten:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

96. Die Behandlungs-/Therapieräume im SPZ sind ...

	Nie	Manchmal	Meistens	Immer
1. ... so sauber und ordentlich, wie ich das erwarte:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. ... freundlich und ansprechend:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. ... zu warm:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. ... zu kühl:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. ... zu klein:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. ... zu unpersönlich:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

97. Wenn Sie im SPZ etwas verändern könnten, was wäre das?



98. Was tut Ihnen besonders gut, was gefällt Ihnen besonders gut im SPZ?



Die sonstige medizinische Betreuung Ihres Kindes in den letzten 12 Monaten

Im Folgenden geht es generell um alle Behandlungsanlässe (z.B. Hausarzt, Facharzt, Krankenhausambulanz, Rehamaßnahme usw.) außerhalb des SPZ

99. Wussten Sie, welche Ärzte/Ärztinnen oder medizinischen Einrichtungen für die verschiedenen Beschwerden und Probleme Ihres Kindes die richtigen sind?

- Ja, immer 1
 Teils-teils 2
 Nein 3
 Bin mir nicht sicher 4

100. War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten noch anderswo in Behandlung (z.B. für Untersuchungen oder zur Therapie)?

- Ja 1
 Nein 2
 Nur wegen Überweisung oder
 Rezeptausstellung
 (z.B. beim Haus-/Kinderarzt) 3

*Bei "Nein" oder "Nur Überweisung/Rezept"
bitte gleich weiter mit Frage 106*

101. Mit wie vielen verschiedenen anderen Ärzten/Ärztinnen oder Einrichtungen hatten Sie bzw. Ihr Kind insgesamt zu tun? Mit ...

- ... einem/r 1
 ... zwei 2
 ... drei 3
 ... vier oder mehr 4

102. Wie viele verschiedene Termine für Ihr Kind haben Sie zur Zeit pro Woche außerhalb des SPZ?

Bitte hier die Anzahl eintragen _____

103. Wo war Ihr Kind sonst noch in Behandlung?

(bitte alle zutreffenden ankreuzen!)

**Beim Hausarzt / Kinderarzt
(z.B. Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
oder für Kinderheilkunde) 1**

**Andere Fachärzte/-ärztinnen
(z.B. Internist, Urologe, Orthopäde,
Neurologe, HNO-Arzt usw.) 2**

Frühförderung 3

Pflegedienst 4

Krankengymnast/in 5

Ergotherapeut/in 6

Logopäde/in 7

Psychologe/in/

Psychotherapeut/in 8

Beratungsstellen 9

Heilpraktiker/in 10

Krankenhaus ambulant 11

Krankenhaus stationär 12

Anderes 13

104. Wie oft bekamen Sie dort verwirrende oder sich widersprechende Auskünfte über die Probleme oder die Behandlung Ihres Kindes?

Nie 1

Hin und wieder 2

Oft 3

Sehr oft 4

Ich bekomme gar keine Auskunft. 5

105. Wenn Ihr Kind in den letzten 12 Monaten außerhalb des SPZ bei anderen Einrichtungen oder Ärzten/Ärztinnen in Behandlung war, insgesamt gesehen, ...

	Nie	Manchmal	Meistens	Immer	Nicht nötig
1. hat Ihr Kind all die Behandlungsleistungen erhalten, die es brauchte:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. hat Ihr Kind alle Hilfsmittel erhalten, die es brauchte:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. wurden Sie über seine Behandlung angemessen informiert:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. wusste man über den aktuellen Stand Ihres Kindes Bescheid:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. wusste man über Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Kind Bescheid:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. wussten Sie, was in der Behandlung Ihres Kindes jeweils als Nächstes kommt:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. haben die verschiedenen Einrichtungen untereinander gut zusammengearbeitet:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. haben die verschiedenen Einrichtungen mit dem SPZ gut zusammengearbeitet:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. haben die verschiedenen Einrichtungen ihr Möglichstes getan, um Ihrem Kind zu helfen:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Zu Ihrem Kind und Ihrer Person

106. In welchem Jahr ist Ihr Kind geboren?

19 ____ / 200__

107. Ihr Kind ist ...

... ein Mädchen 1

... ein Junge 2

108. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt (insgesamt)?

Bitte hier die Anzahl eintragen ____

109. Wie ist Ihr Kind krankenversichert?
 Kassenpatient/in 1
 Kassenpatient/in mit privater Zusatzversicherung... 2
 Privatpatient/in 3
 Privatpatient/in mit Beihilfe 4

110. Wie stehen Sie zum Kind (zur Patientin bzw. zum Patienten)?
 Mutter / Pflegemutter 1
 Vater / Pflegevater 2
 Betreuerin 3
 Betreuer 4
 Anderes 5

Bei der Antwort "Betreuer/in" oder "Anderes" bitte gleich weiter mit Frage 112

111. Wie ist Ihre derzeitige familiäre Situation?
Verheiratet/Lebensgemeinschaft .. 1
Geschieden/getrennt lebend 2
Verwitwet 3
Alleinerziehend 4
112. In welchem Jahr sind Sie selbst geboren?
19 ____
113. Welche Schule oder Ausbildungsstätte haben Sie selbst zuletzt besucht?
Volksschule/Hauptschule 1
Mittelschule/Realschule 2
Fachoberschule/Gymnasium 3
Fachhochschule/Universität 4

114. Sind Sie berufstätig?
Ja, Vollzeit 1
Ja, Teilzeit 2
Ja, geringfügig beschäftigt /
Aushilfe 3
Nein (z.B. Hausfrau/Hausmann,
Student/in) 4
115. Belasten Sie die Probleme Ihres Kindes finanziell?
Sehr stark 1
Stark 2
Mäßig 3
Kaum / gar nicht 4

Hier noch zwei abschließende Fragen:

116. Ist in diesem Fragebogen abgefragt worden, was Ihnen als Eltern(teil) oder Betreuer/-in **wichtig** ist?
Ja, voll und ganz 1
Einigermaßen 2
Nein 3
117. Wenn dieser Fragebogen nur „online“, über das Internet auszufüllen gewesen wäre, hätten Sie trotzdem mitgemacht?
Ja, kein Problem 1
Ja, wenn es gut erklärt ist 2
Nein, weil das zu unsicher wäre 3
Nein, das wäre mir zu teuer 4
Nein, weil ich kein Internet habe ... 5

(Platz für eigene /
Sonderfragen)

Wir danken Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen umfangreichen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben dienen dem Sozialpädiatrischen Zentrum als Grundlage der Qualitätsentwicklung und sind daher sehr wertvoll!

Als neutrale Institution garantiert Ihnen die Firma JSmoin Softnet AG, an die Sie diesen ausgefüllten Fragebogen nun bitte in dem vorbereiteten Umschlag schicken und die Ihre Antworten auswerten wird, absolute Vertraulichkeit. Ihre Angaben können ohnehin nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden, da dieser Fragebogen keine personenbezogene Kennung hat.

Weiterhin alles Gute für Sie, Ihr Kind und Ihre Familie!