

Teil B – Über Sie und Ihre Arbeit

Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen so gut wie möglich. Sie müssen jede Frage beantworten, bevor Sie die nächste ausfüllen.

Abschnitt 1 – Wer sind Sie?

B1 **Welches Geschlecht haben Sie?**

- Männlich Weiblich

B2 **Ihr Alter in Jahren:**

- 20 – 29
 30 – 39
 40 – 49
 50 – 59
 60 – 64
 65 – 69
 70 – 79
 80 oder älter

B3 **Sprachkenntnisse:**

| | Fluessend | Gut | Gebrochen/ Limitiert | Keine |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Deutsch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Französisch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Italienisch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rumantsch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Englisch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Abschnitt 2 – Ihre Osteopathie-Ausbildung

B4 In welchem Jahr haben Sie Ihre Osteopathie-Ausbildung abgeschlossen?

Jahr: _ _ _ _

B5 In welchem Land haben Sie Ihre Osteopathie-Ausbildung abgeschlossen?

Land: _____

B6 Akademische Ausbildung

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

| | Diplom | Bachelor | Master | PhD | CAS | DAS | MAS |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Osteopathie | <input type="checkbox"/> |
| Anderer Gesundheitsberuf | <input type="checkbox"/> |
| Geisteswissenschaften | <input type="checkbox"/> |
| Naturwissenschaften | <input type="checkbox"/> |
| Wirtschaftsfachschule | <input type="checkbox"/> |
| Kunst | <input type="checkbox"/> |
| Andere (bitte angeben): _____ | <input type="checkbox"/> |

B7 Welche GDK-Prüfungen haben Sie erfolgreich abgelegt?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Prüfung für OsteopathInnen die vor der GDK Reglementierung tätig waren (bis 2012)
- 1. Prüfung (Grundwissen)
- 2. Prüfung (klinisch)
- Antrag auf rechtliche Anerkennung einer internationalen staatlichen Registrierung – gleichwertig mit 1. Prüfung

B8 In welchem Jahr haben Sie Ihre letzte GDK-Prüfung abgelegt oder einen Antrag auf rechtliche Anerkennung Ihrer internationalen staatlichen Registrierung gestellt?

Jahr: _ _ _ _ _

B9 Haben Sie 2016 als OsteopathIn praktiziert?

- Ja (weiter mit Abschnitt 4 – Ihre beruflichen Aktivitäten als praktizierende/r OsteopathIn)
- Nein (weiter mit Abschnitt 3 – Ihre beruflichen Aktivitäten als nicht praktizierende/r OsteopathIn)

Abschnitt 3 – Ihre beruflichen Aktivitäten als nicht praktizierende/r OsteopathIn

B10 In welchem Jahr haben Sie aufgehört als OsteopathIn zu arbeiten?

Jahr: _ _ _ _

B11 Weshalb?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Elternzeit
- Fortsetzung meiner Ausbildung
- Pensionierung
- Gesundheitliche Probleme
- Andere klinische Tätigkeit
- Lehrtätigkeit/Forschung
- Arbeit in einem anderen Fachgebiet
- Anderes (bitte angeben): _____

(weiter mit B29)

Abschnitt 4 – Ihre beruflichen Aktivitäten als praktizierende/r OsteopathIn

B12 Wie viele Wochen haben Sie 2016 als OsteopathIn gearbeitet?

(Tipp: Um zu wissen wie viele Wochen Sie gearbeitet haben, können Sie ihre Anzahl Ferienwochen von 52 abziehen.)

Wochen: __

B13 Wie viele Stunden haben Sie 2016 in einer durchschnittlichen Arbeitswoche mit den folgenden Tätigkeiten zugebracht?

| | Stunden |
|--|---------|
| Klinische Tätigkeit als OsteopathIn | -- |
| Supervision anderer OsteopathInnen | -- |
| Geschäftsleitung/administrative Aufgaben | -- |

B14 Welchen Beschäftigungsstatus hatten Sie 2016?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Selbstständige/r OsteopathIn
- Angestellte/r AssistentIn in einer Osteopathie-Praxis
- Angestellte/r MitarbeiterIn in einer Osteopathie-Praxis
- Ehrenamtliche Tätigkeit als OsteopathIn
- Anderes (bitte angeben): _____

B15 Wie viel haben Sie 2016 in einer normalen Arbeitswoche (42 Std.) an diesen Arbeitsorten gearbeitet?

(runden Sie auf die nächst höheren 10%)

| | Nie | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Private osteopathische Einzelpraxis | <input type="radio"/> |
| Private Gemeinschaftspraxis | <input type="radio"/> |
| Lehrklinik | <input type="radio"/> |
| Spital | <input type="radio"/> |
| Private Klinik | <input type="radio"/> |
| Fest zugeordnetes Behandlungszimmer zuhause | <input type="radio"/> |
| Gemischter Wohn- und Behandlungsraum zuhause | <input type="radio"/> |
| Bei den Patienten zuhause | <input type="radio"/> |
| Soziales Fürsorgezentrum | <input type="radio"/> |
| Andere (bitte angeben): | <input type="radio"/> |

B16 In welcher Sprachregion haben Sie 2016 regelmässig als OsteopathIn gearbeitet?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Französischsprachige Schweiz
- Deutschsprachige Schweiz
- Italienischsprachige Schweiz
- Romanischsprachige Schweiz

B17 In welchem Gebiet haben Sie 2016 regelmässig als OsteopathIn gearbeitet?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Städtisches Gebiet (Agglomerationen mit 20'000 oder mehr Einwohnern)
- Ländliches Gebiet

B18 Haben Sie Arbeits-KollegInnen mit welchen Sie anonymisierte Fallgeschichten besprechen können?

(an oder ausserhalb Ihres/-r Arbeitsplatzes/-plätze)

- Ja
- Nein (weiter mit B19)

B18b Mit wem besprechen Sie Ihre Fälle?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

| | <u>An Ihren</u> Arbeitsplätzen | <u>Ausserhalb</u> Ihrer Arbeitsplätze |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| Osteopathie-AssistentInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteopathie-SupervisorInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteopathie-KollegInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HausärztInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GynäkologInnen/GeburtshelferInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| KinderärztInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RheumatologInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SportmedizinerInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ZahnärztInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere FachärztInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PhysiotherapeutInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ChiropraktikerInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ApothekerInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ErgotherapeutInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ErnährungsberaterInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PsychologInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LogopädInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychomotorik-TherapeutInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hebammen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Andere Gesundheitsfachpersonen aus verwandten Berufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AkupunkteurInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HomöopathInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| KinesiologInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bioenergie-TherapeutInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Komplementär-TherapeutInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B19 Auf welchen Therapeutenlisten der Krankenkassen waren Sie 2016 für die Rückerstattung der Behandlungskosten anerkannt?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- EMR/RME
- ASCA
- EGK/SNE
- NVS
- Visana-Gruppe
- Helsana-Gruppe
- SVO-FSO Weiterbildungsliste
- Keine der vorherigen

B20 Wie viele Patienten haben Sie 2016 als OsteopathIn empfangen?

| | Anzahl |
|--------------------------------------|--------|
| In einer normalen Woche (Mo-Fr) | --- |
| An einem normalen Wochenende (So+Sa) | -- |

B21 Wie viele neue Patienten hatten Sie schätzungsweise in einer durchschnittlichen Woche in 2016?

Anzahl: ----

B22 Wie viel Zeit planen Sie ein für die folgenden Termine und wie viel berechnen Sie?

| | |
|---|------------------|
| Neue Patienten | __ Min. CHF ___ |
| Wiederkehrende Patienten mit neuen Beschwerden | __ Min.. CHF ___ |
| Wiederkehrende Patienten mit den gleichen Beschwerden (Folgekonsultation) | __ Min. CHF ___ |
| Kurze Notfallkonsultationen | __ Min. CHF ___ |
| Hausbesuche | __ Min. CHF ___ |

B23 Haben Sie Patienten 2016 ermässigte Behandlungskosten angeboten falls Sie von ihren finanziellen Schwierigkeiten wussten?

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Immer | Oft | Manchmal | Nie | N.Z. |
| <input type="radio"/> |

B24 Schätzen Sie den Prozentsatz Ihrer Patienten ein, bei denen Sie in Ihrer osteopathischen Praxis 2016 die folgenden Techniken und Behandlungen angewandt haben.

| | keine | 1-10% | 11-50% | 51-90% | 91-100% |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Weichteiltechniken (z.B. für Muskeln) | <input type="radio"/> |
| Mobilisation der Gelenke/Wirbelsäule | <input type="radio"/> |
| HVLA-Techniken | <input type="radio"/> |
| Craniale Techniken | <input type="radio"/> |
| Muskelenergie | <input type="radio"/> |
| Strain-Counterstrain | <input type="radio"/> |
| Funktionelle Techniken | <input type="radio"/> |
| General osteopathic treatment (GOT) | <input type="radio"/> |
| Viszerale Techniken | <input type="radio"/> |
| Myofascial Release (MFR) | <input type="radio"/> |
| Inhibitionstechniken (z.B. Triggerpunkte) | <input type="radio"/> |
| Biodynamische Methode | <input type="radio"/> |
| Keine manuelle Behandlung | <input type="radio"/> |

| | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Übungen - Kräftigung | <input type="radio"/> |
| Übungen - Dehnung | <input type="radio"/> |
| Übungen - Koordination | <input type="radio"/> |
| Übungen - Achtsamkeit | <input type="radio"/> |
| Entspannungstechniken | <input type="radio"/> |
| Selbst-Management | <input type="radio"/> |
| Beratung in Fragen der Lebensweise | <input type="radio"/> |
| Neurowissenschaftliche Schmerzlehre (PNE) | <input type="radio"/> |
| Ernährungsberatung | <input type="radio"/> |
| Empfehlung einer Selbstmedikation | <input type="radio"/> |
| Ernährungstherapie | <input type="radio"/> |
| Orthotik | <input type="radio"/> |
| Psychologische Behandlung | <input type="radio"/> |
| Hypnose | <input type="radio"/> |
| Akupunktur | <input type="radio"/> |
| Dry needling | <input type="radio"/> |
| Homöopathie | <input type="radio"/> |
| Pflanzenheilkunde | <input type="radio"/> |
| Angewandte oder klinische Kinesiologie | <input type="radio"/> |
| Bioresonanz-Therapie | <input type="radio"/> |
| Elektrotherapie | <input type="radio"/> |
| Verschreibung eines Medikaments | <input type="radio"/> |
| Injektionen | <input type="radio"/> |
| Andere (bitte angeben): _____ | <input type="radio"/> |

B25 Wie hoch schätzen Sie den Anteil Ihrer Patienten ein, die eine Zusatzversicherung haben, welche die Osteopathie rückvergütet?

(runden Sie auf die nächsten 10%)

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> |

B26 Welchen Prozentsatz Ihrer Zeit haben Sie 2016 in einer normalen Arbeitswoche verwendet, um die folgenden Gruppen zu behandeln?

(runden Sie auf die nächst höheren 10% - da wir aufrunden, kann es vorkommen, dass Ihr Total mehr als 100% ist)

| | Keine | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Kleinkinder (<1 Jahr) | <input type="radio"/> |
| Kinder (1–12 Jahre) | <input type="radio"/> |
| Jugendliche (13-17 Jahre) | <input type="radio"/> |
| Schwangere | <input type="radio"/> |
| SportlerInnen | <input type="radio"/> |
| Auftretende KünstlerInnen (z.B. TänzerInnen, MusikerInnen) | <input type="radio"/> |
| Ältere Personen (>65 Jahre) | <input type="radio"/> |
| Andere Erwachsene (18-64 Jahre) | <input type="radio"/> |
| Tiere | <input type="radio"/> |

B27 Haben Sie 2016 eine der folgenden intimen Untersuchungen durchgeführt?

| | Ja | Nein |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Genitale Untersuchung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rektale Untersuchung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Untersuchung der Brust | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Untersuchung der Mundhöhle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Untersuchung des Gehörgangs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(Falls Sie alle fünf Fragen mit 'Nein' beantwortet haben, weiter mit B28)

B27b Wie erhalten Sie normalerweise das Einverständnis für die folgenden intimen Untersuchungen?

| | Stillschweigend | Mündlich | Schriftlich | Mündlich und schriftlich | Keines erhalten | N.Z. |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Genitale Untersuchung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rektale Untersuchung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Untersuchung der Brust | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Untersuchung der Mundhöhle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Untersuchung des Gehörgangs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B27c Wie oft haben Sie Ihre Patienten gefragt, ob sie die Anwesenheit einer Begleitperson wünschen?

| | Immer | Normalerweise | Manchmal | Nie | N.Z. |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Genitale Untersuchung | <input type="radio"/> |
| Rektale Untersuchung | <input type="radio"/> |
| Untersuchung der Brust | <input type="radio"/> |
| Untersuchung der Mundhöhle | <input type="radio"/> |
| Untersuchung des Gehörgangs | <input type="radio"/> |

B28 Sprechen Sie normalerweise mit den Patienten über die folgenden Punkte?

| | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Ihre Richtlinien in Bezug auf die Absage von Terminen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ihre Richtlinien in Bezug auf den Umgang mit persönlichen Daten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ihre Richtlinien in Bezug auf die Vertraulichkeit der Daten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Die gegenwärtigen Beschwerden (Abmachung welche Beschwerden priorisiert werden sollen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Behandlungsmöglichkeiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Voraussichtliche Reaktion auf die Behandlung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Voraussichtliche Anzahl Behandlungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Möglichkeiten, ein Wiederauftreten zu verhindern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B29 Bei welchen osteopathischen Berufsverbänden waren Sie 2016 Mitglied?
(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Schweizerischer Verband der Osteopathen SVO-FSO (einschliesslich kantonaler Sektionen)
- SwissOsteo
- SAGOM/SAMM
- Andere (bitte angeben): _____

B30 Hatten Sie 2016 neben Ihrer Arbeit als OsteopathIn eine andere berufliche Tätigkeit?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Nein
- Andere nicht osteopathische Tätigkeit im Gesundheitsbereich (bitte angeben): _____
- Lehrtätigkeit auf dem Gebiet der Osteopathie
- Unterricht von Auszubildenden in anderen Gesundheitsberufen
- Forschung
- Studium
- Arbeit in einem anderen Fachgebiet
- Anderes (bitte angeben): _____

B31 Wie viele Weiterbildungsstunden (CPD) haben Sie 2016 in den folgenden Themengebieten absolviert?

(Bitte schreiben Sie "0" wenn Sie kein CPD im Themengebiet absolviert haben)

| | |
|---|---------------|
| Strukturiert aufgebaute Lehrgänge in Osteopathie | __ __ Stunden |
| Strukturiert aufgebaute Lehrgänge in anderen Fachgebieten | __ __ Stunden |
| Vorlesungen | __ __ Stunden |
| Gruppen oder Praxis Treffen | __ __ Stunden |
| Hochschul-/ Universitätsbildung | __ __ Stunden |
| Unterricht/Betreuung/Seminare | __ __ Stunden |
| Veröffentlichungen | __ __ Stunden |
| Fernstudium | __ __ Stunden |
| Lesen und Besprechen von wissenschaftlichen Artikeln | __ __ Stunden |
| Kongress/Konferenz | __ __ Stunden |
| Internetrecherche | __ __ Stunden |
| Anderes (bitte angeben): _____ | __ __ Stunden |

Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben, Teil C der Umfrage zu lesen und auszufüllen.
Beginnen Sie nun mit Teil C.

Falls Sie Fragen, oder Probleme bei der Dateneingabe haben, können Sie Roy Macdonald während den normalen Bürozeiten am Mittwoch, Donnerstagnachmittag oder Freitagmorgen unter +41 (0)26 429 6113 oder roy.macdonald@hefr.ch erreichen.