

Bitte mit *schwarzem / blauem Kugelschreiber* folgendermaßen ankreuzen:

Projekt Nr.: 02.30.57534

### Gesundheitliche Lage

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Ausgezeichnet .....  1-120  
 Sehr gut .....  2  
 Gut .....  3  
 Weniger gut .....  4  
 Schlecht .....  5

2. Sind Sie zur Zeit ...

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- gesund / ohne gesundheitliche Probleme?  1-121  
 akut leicht erkrankt? .....  1-122  
 akut schwer erkrankt? .....  1-123  
 chronisch krank? .....  1-124

3. Besteht bei Ihnen eine Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?

- Ja .....  1-125  
 Nein .....  2

4. Haben Sie irgendeine lang andauernde Krankheit, Behinderung oder körperliche Gebrechlichkeit, die Sie in Ihren Alltagsaktivitäten einschränkt?

- Ja, sie schränkt mich in meinen Alltagsaktivitäten (immer oder manchmal) ein ....  1-126  
 Ja, aber sie schränkt mich nicht in meinen Alltagsaktivitäten ein .....  2  
 Nein, ich habe keine lang andauernde Krankheit, Behinderung oder körperliche Gebrechlichkeit .....  3

5. Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung, deretwegen Sie mindestens einmal im Quartal ärztlicher Hilfe bedürfen oder regelmäßig Medikamente einnehmen?

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Bluthochdruck, Hypertonie .....  1-130  
 Durchblutungsstörungen am Herzen .....  1-131  
 Herzinfarkt .....  1-132  
 Herzschwäche, Herzinsuffizienz .....  1-133  
 Schlaganfall .....  1-134  
 Durchblutungsstörung des Gehirns .....  1-135  
 Asthma bronchiale .....  1-136  
 Chronische Bronchitis .....  1-137

- Zuckerkrankheit mit Insulin .....  1-138  
 Zuckerkrankheit ohne Insulin .....  1-139  
 Krebserkrankung, bösartiger Tumor .....  1-140  
 Gelenkverschleiß .....  1-141  
 Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung .....  1-142  
 Neurodermitis .....  1-143  
 Sonstige chronische Erkrankungen .....  1-144  
 Keine chronischen Erkrankungen .....  1-145

6. Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

- Sehr stark .....  1-148  
 Stark .....  2  
 Mittelmäßig .....  3  
 Weniger stark .....  4  
 Gar nicht .....  5

7. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit?

- Ich habe noch nie geraucht (bis auf ganz seltenes Probieren) .....  1-150  
 Rauche zurzeit täglich .....  2  
 Rauche zurzeit gelegentlich .....  3  
 Habe früher geraucht, rauche seit mehr als einem Jahr nicht mehr .....  4  
 Habe früher geraucht, habe in den letzten 12 Monaten aufgehört zu rauchen .....  5

<p>8. Wie ist Ihr Körpergewicht in kg?</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <span style="margin-left: 10px;">kg &lt; Bitte eintragen! &gt;</span> <span style="margin-left: 100px; font-size: small;">151-153</span> </div>	<p>10. Wie oft betreiben Sie körperliche Aktivitäten, bei denen Sie mindestens ein bisschen außer Atem oder ins Schwitzen kommen (zum Beispiel Sport, Wandern, Tanzen, Gartenarbeiten)?</p> <p>Täglich ..... <input type="checkbox"/> 1-157</p> <p>3-6 mal in der Woche ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>1-2 mal in der Woche ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Seltener, ca. 1 mal im Monat ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Nie ..... <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>9. Wie ist Ihre Körpergröße in cm?</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <span style="margin-left: 10px;">cm &lt; Bitte eintragen! &gt;</span> <span style="margin-left: 100px; font-size: small;">154-156</span> </div>	

11. Wie oft gehören die folgenden Nahrungsmittel zu Ihrem Speiseplan?

	Täglich	Mehr mals in der Woche	Ab und zu	Selten oder nie
Frisches Obst .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-159
Salat, frisches Gemüse .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-160
Tiefkühlkost, Fertiggerichte, Pizza .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-161
Süßigkeiten, Kuchen, Snacks .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-162

<p>12. Wie halten Sie es mit dem Genuss alkoholischer Getränke (Bier, Wein, Spirituosen usw.)? Wie oft nehmen Sie diese zu sich?</p> <p>So gut wie nie ..... <input type="checkbox"/> 1-163</p> <p>Selten ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Manchmal ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Des Öfteren ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Häufig ..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>13. Meinen Sie, dass Sie, von Ausnahmen einmal abgesehen, nachts genug Schlaf haben?</p> <p>Fast immer ..... <input type="checkbox"/> 1-164</p> <p>Meistens ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mal so, mal so ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Eher selten ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Fast nie ..... <input type="checkbox"/> 5</p>
--	---

<p>14. Wenn Sie einmal Ihr Gesundheitsverhalten insgesamt beurteilen (Rauchen, Alkohol, Bewegung, gesunde Ernährung, Schlaf und Erholung usw.), was denken Sie da?</p> <p>Ich sollte sehr viel verbessern ..... <input type="checkbox"/> 1-165</p> <p>Ich sollte manches verbessern ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Es ist im Großen und Ganzen in Ordnung ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Es ist völlig in Ordnung ..... <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>15. Wenn Sie sich einmal mit Personen in Ihrem Alter und Ihres Geschlechts vergleichen, wie würden Sie sich selbst einschätzen, was Ihre Anfälligkeit gegenüber Krankheiten betrifft? Sind Sie ...</p> <p>sehr stark anfällig? ..... <input type="checkbox"/> 1-166</p> <p>durchschnittlich anfällig? ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>weniger stark anfällig? ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 4</p>
--	--

**Nichtraucherschutz in Deutschland**

16. Nur für Raucher: < Bitte Anzahl eintragen! >

Wie viel rauchen Sie zurzeit durchschnittlich pro Tag?

Zigaretten:		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	801-803
Zigarren / Zigarillos:		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	804-806
Pfeifen:		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	807-809

**17. Für alle (Raucher und Nicht-Raucher):**

Wie häufig halten Sie sich in Räumen auf, in denen geraucht wird?

	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
Bei der Arbeit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-810
Zu Hause .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-811
In der Freizeit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-812

18. Empfinden Sie es als störend, wenn dort geraucht wird?

	Ja	Nein
Bei der Arbeit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-813
Zu Hause .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-814
In der Freizeit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-815

19. Wie viele Personen rauchen in Ihrem Haushalt (Sie selbst eingerechnet)?

Personen < Bitte eintragen! > 816-817

20. Derzeit werden in Deutschland einige Maßnahmen diskutiert oder umgesetzt, die dem Nichtrauchererschutz dienen sollen. Sind Sie jeweils für oder gegen ein Rauchverbot an folgenden Orten?

	Sehr dafür	Dafür	Dagegen	Sehr dagegen
Arbeitsplätze .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-818
Restaurants .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-819
Bistros und Cafés .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-820
Kneipen und Bars .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-821
Kleine „Eckkneipen“ mit nur einem Raum .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-822
Diskotheken .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-823
Zuschauertribünen in Sportstadien .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-824
Öffentliche Verkehrsmittel .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-825
Bahnhöfe und Flughäfen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-826
Öffentliche Gebäude .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-827
Kinderspielflächen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-828
Schulen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-829
Jugendzentren .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-830
Bier-, Wein- und Festzelte .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-831
Öffentliche Parks, Grünanlagen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-832
Pkws .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-833

21. Was glauben Sie, welchen Einfluss die Einführung rauchfreier Gastronomie auf Ihr Verhalten haben wird? Im Vergleich zu heute, wie oft werden Sie ...

	Häufiger	Seltener	Unverändert oft
in Restaurants gehen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-834
in Kneipen und Bars gehen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-835
in Bistros und Cafés gehen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-836

**22. Nur für Raucher:**

Werden Sie aller Voraussicht nach zukünftig gezielt solche Gaststätten, Restaurants usw. aufsuchen, in denen es auch noch einen separaten Raum für Raucher gibt?

Ja, auf jeden Fall .....	<input type="checkbox"/> 1-837
Eher ja .....	<input type="checkbox"/> 2
Eher nein .....	<input type="checkbox"/> 3
Nein, auf keinen Fall .....	<input type="checkbox"/> 4

**23. Nur für Raucher:**

Was glauben Sie, welchen Einfluss die neuen Maßnahmen zum Nichtrauchererschutz auf Ihr Rauchverhalten haben werden?

Ich werde mit dem Rauchen aufhören .....	<input type="checkbox"/> 1-838
Ich werde weniger rauchen .....	<input type="checkbox"/> 2
Ich werde mehr rauchen .....	<input type="checkbox"/> 3
An meinem Verhalten wird sich nichts verändern .....	<input type="checkbox"/> 4

24. **Für alle (Raucher und Nicht-Raucher):**

Zum gesetzlichen Rauchverbot gibt es in der Bevölkerung teilweise unterschiedliche Meinungen. Welchen der folgenden Aussagen würden Sie zustimmen?

Das Rauchverbot ...	Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
war unumgänglich, um Nichtraucher vor Gesundheitsrisiken zu schützen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-839
ist eine unangemessene staatliche Bevormundung des Einzelnen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-840
wird dazu führen, dass die Zahl der Raucher in Deutschland zukünftig sinkt .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-841
ist zur Gesundheitsförderung ungeeignet, weil Raucher dann zu Hause oder im Freien mehr rauchen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-842
ist für sich allein zu wenig. Rauchern müsste mehr geholfen werden, um aufzuhören .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-843
wird zu Umsatzrückgängen in der Gastronomie führen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-844

**Gesundheit**

25. Was glauben Sie, wie viel Sie persönlich zum Erhalt Ihrer Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten und gegen eine Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes tun können?

Sehr viel .....	<input type="checkbox"/> 1-225	Sehr wenig .....	<input type="checkbox"/> 4
Eher viel .....	<input type="checkbox"/> 2	Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 5
Eher wenig .....	<input type="checkbox"/> 3		

26. Im Folgenden finden Sie einige Meinungen, die man über Gesundheit haben kann. Bitte kreuzen Sie jeweils an, inwieweit Sie dieser Meinung zustimmen.

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Lehne eher ab	Lehne voll und ganz ab	Weiß nicht
Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Veranlagung und Glück .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-226
Was die Gesundheit betrifft, so kann man nur das tun, was der Arzt sagt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-227
Wie schnell man nach einer Krankheit wieder gesund wird, ist hauptsächlich durch reines Glück bestimmt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-228
Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was man dafür selbst tut .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-229
Ärzte bestimmen die Gesundheit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-230
Man hat seine Gesundheit in den eigenen Händen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-231
Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt beraten lässt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-232
Ob man gesund bleibt, ist eine Frage zufälliger Ereignisse .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-233
Es liegt vor allem an einem selbst, wie schnell man nach einer Krankheit wieder gesund wird .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-234

**Gesundheitliche Problemsituationen im Alltag**

27. Im Alltag steht man bisweilen vor Problemen, die direkt oder indirekt auch mit der Gesundheit zu tun haben. Waren Sie selbst in den letzten zwei Jahren von einem der folgenden Probleme betroffen?

	Ja	Nein
Haben Sie sich gefragt, welcher Nutzen und welche Risiken mit Krankheitsfrüherkennung („Krebsvorsorge“) verbunden sind und ob Sie daran teilnehmen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-850
Haben Sie einen Allgemein- oder Facharzt gesucht und hätten vorher gerne etwas über seine ärztliche Kompetenz erfahren? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-851
Hatten Sie einmal die Sorge, dass Ihr Arzt eine falsche Diagnose gestellt oder nicht die optimale Behandlungsmethode gewählt hat? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-852
Haben Sie sich mal gefragt, ob „alternative Medizin“ (Homöopathie, Akupunktur usw.) gegen Ihre Beschwerden besser hilft? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-853
Hatten Sie Bedenken, dass ein Medikament, das Ihnen verschrieben wurde, zu starke Nebenwirkungen hat? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-854
Haben Sie einmal einen medizinischen Spezialisten für bestimmte Fragen gesucht und hätten gerne erfahren, wie Sie ihn finden? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-855
Haben Sie sich Sorgen über Ihr Gesundheitsverhalten (Rauchen, Ernährung, Sport, Alkohol) gemacht, aber auch Probleme gesehen, es zu ändern? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-856
Hatten Sie Bedenken, ob bestimmte Lebensmittel, die Sie essen, gesundheitsgefährdend sind (durch Pestizide, Bakterien usw.)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-857
Hatten Sie einmal die Sorge, dass eine Ihnen nahestehende Person suchtfährdet ist (Alkohol, Drogen, Tabletten) und aus dem Gleichgewicht gerät? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-858
Hatten Sie mal die Angst, dass die Pflege eines nahen Angehörigen Ihnen über den Kopf wächst? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-859

28. Wenn Sie an Ihre persönlichen Erfahrungen denken:  
Bei welchen der genannten Fragen oder Probleme ist es sehr schwierig oder zeitaufwändig, genaue Informationen zu bekommen, und wo ist es eher einfach?

	Schwierig oder zeit- aufwändig	Eher einfach	Weiß nicht
Nutzen und Risiken von Krankheitsfrüherkennung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-860
Informationen über ärztliche Kompetenz bei der Suche nach einem Arzt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-861
Sorge über falsche Diagnose oder Behandlungsmethode des Arztes .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-862
Frage, ob „alternative Medizin“ besser hilft .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-863
Bedenken über Medikamenten-Nebenwirkungen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-864
Suche nach medizinischem Spezialisten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-865
Sorgen über eigenes Gesundheitsverhalten und Probleme der Veränderung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-866
Bedenken, dass Lebensmittel gesundheitsgefährdend sind .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-867
Sorge über Suchtfährdung nahestehender Person .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-868
Angst, dass Pflege eines nahen Angehörigen einem über den Kopf wächst .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-869

**Kontakte mit Ärzten oder deren Praxispersonal**

29. Mit welchen der folgenden Ärzte oder deren Praxispersonal haben Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt gehabt und wie oft hatten Sie diesen Kontakt?

	Kontakt in den letzten 12 Monaten		Zahl der Kontakte in den letzten 12 Monaten			
			< Bitte eintragen! >			
Praktischer Arzt / Arzt für Allgemeinmedizin .....	<input type="checkbox"/> 1-320	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table>			321-322
Internist .....	<input type="checkbox"/> 1-323	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table>			324-325
Frauenarzt / Gynäkologe .....	<input type="checkbox"/> 1-326	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table>			327-328
Andere Fachärzte .....	<input type="checkbox"/> 1-329	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table>			330-331
Zahnarzt .....	<input type="checkbox"/> 1-332	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table>			333-334
Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner .....	<input type="checkbox"/> 1-335	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table>			336-337
Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Amtsarzt .....	<input type="checkbox"/> 1-338	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table>			339-340
Sonstiger Arzt .....	<input type="checkbox"/> 1-341	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table>			342-343
Hatte mit keinem niedergelassenen Arzt oder dessen Praxispersonal in den letzten 12 Monaten Kontakt .....	<input type="checkbox"/> 1-344	→	<b>Weiter mit Frage 78</b>			

**Kontakte mit dem Hausarzt**

30. Haben Sie einen Hausarzt, zu dem Sie gewöhnlich gehen, wenn Sie krank sind oder einen medizinischen Rat benötigen?

- Ja .....  1-345 ⇒ **Weiter mit Frage 31**
- Nein .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 62**

31. Ist dieser Hausarzt ein ...

Bitte nur **eine** Nennung!

- Praktischer Arzt / Arzt für Allgemeinmedizin .....  1-346
- Internist .....  2
- Frauenarzt / Gynäkologe .....  3
- Sonstiger Arzt .....  4

32. In welcher Praxisform ist dieser Hausarzt tätig?

- Einzelpraxis .....  1-347
- Gruppenpraxis / Praxisgemeinschaft mit Ärzten gleicher Fachrichtung .....  2
- Gruppenpraxis / Praxisgemeinschaft mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung .....  3
- Ambulantes Versorgungszentrum .....  4
- Krankenhausambulanz .....  5
- Anderswo .....  6

<p>33. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich die Hilfe dieses Hausarztes in Anspruch genommen?</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal &lt; Bitte eintragen! &gt;                 </p> <p style="text-align: right; font-size: small;">348-349</p>	<p>34. Wie lange sind Sie schon bei diesem Hausarzt?</p> <p>Seit weniger als 1 Jahr ..... <input type="checkbox"/> 1-350</p> <p>Seit mindestens 1 Jahr, aber weniger als 5 Jahren ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Seit 5 Jahren oder mehr ..... <input type="checkbox"/> 3</p>
---	--

35. Wenn Sie an das letzte Mal denken, als Sie für sich die Hilfe Ihres Hausarztes oder dessen Praxispersonals in Anspruch genommen haben: Was war der Anlass?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Vorsorgeuntersuchungen / Impfungen .....	<input type="checkbox"/> 1-355
Praxisbesuch ohne Arztkontakt (z.B. Rezeptausstellung, Bestrahlung) .....	<input type="checkbox"/> 1-356
Abholen eines Überweisungsscheins .....	<input type="checkbox"/> 1-357
(Wunsch nach) Krankschreibung .....	<input type="checkbox"/> 1-358
Befindlichkeitsstörungen (z.B. allgemeines Unwohlsein, Schlafstörung) .....	<input type="checkbox"/> 1-359
Beratung zu psychischen, sozialen oder mentalen Belastungen .....	<input type="checkbox"/> 1-360
Akute leichte Erkrankungen (z.B. Erkältungskrankheit, Durchfall) .....	<input type="checkbox"/> 1-361
Akute schwere Erkrankungen .....	<input type="checkbox"/> 1-362
Dauerleiden bzw. länger andauernde / chronische Krankheit (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Allergien, Rheuma) .....	<input type="checkbox"/> 1-363
Unfall .....	<input type="checkbox"/> 1-364
Behinderung .....	<input type="checkbox"/> 1-365
Ärztliches Gutachten .....	<input type="checkbox"/> 1-366
Sonstiges .....	<input type="checkbox"/> 1-367

<p>36. Als Sie das letzte Mal bei Ihrem Haus- oder Allgemeinarzt einen Sprechstunden-Termin ausgemacht haben, bei dem Sie auch den Arzt sprechen wollten, wie viele Tage mussten Sie da auf den Termin warten?</p> <p style="text-align: center;">                 Ungefähr <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Tage             </p> <p style="text-align: center;">&lt; Bitte eintragen! &gt;</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">369-371</p>	<p>37. Haben Sie diese Wartezeit empfunden als ...</p> <p>viel zu lang? ..... <input type="checkbox"/> 1-372</p> <p>zu lang? ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>noch akzeptabel? ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Genau meinen Wünschen entsprechend. <input type="checkbox"/> 4</p>
--	--

38. Was war Ihrer Meinung nach der Hauptgrund für die Wartezeit?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Es ist die einzige Arztpraxis im näheren Umkreis und wird deswegen von sehr vielen Patienten besucht .....	<input type="checkbox"/> 1-374
Es ist eine Arztpraxis, in der eine langfristige Terminplanung zur Einbestellung von Patienten üblich ist .....	<input type="checkbox"/> 1-375
Der Arzt hat einen guten Ruf und wird deswegen von sehr vielen Patienten besucht .....	<input type="checkbox"/> 1-376
Der Arzt führt sehr ausführliche Gespräche und sorgfältige Untersuchungen mit seinen Patienten durch .....	<input type="checkbox"/> 1-377
Ich bin kein Stammpatient .....	<input type="checkbox"/> 1-378
Ich bin gesetzlich und nicht privat versichert .....	<input type="checkbox"/> 1-379
Andere Gründe, und zwar:	1100-1199
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> 1-380
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 1-381

<p>39. Haben oder hatten Sie wegen dieser zeitlichen Verzögerung des Praxisbesuchs spürbare gesundheitliche Nachteile?</p> <p>Ja, sicher ..... <input type="checkbox"/> 1-383</p> <p>Ja, vielleicht ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>40. Wie lange mussten Sie bei diesem Besuch in der Arztpraxis warten, bis Sie untersucht, behandelt oder beraten wurden?</p> <p style="text-align: center;">Etwa <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Minuten <span style="float: right;">384-386</span></p> <p style="text-align: center;">◀ Bitte eintragen! ▶</p>
<p> Denken Sie bitte bei der nächsten Frage an den <u>letzten</u> Kontakt mit der Praxis Ihres Hausarztes!</p> <p>41. Haben Sie beim <u>letzten</u> Kontakt mit der Arztpraxis auch mit Ihrem Hausarzt gesprochen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1-388</p> <p>Nein, nur mit dem Praxispersonal ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>42. Wie viele Minuten hat das letzte Behandlungsgespräch mit Ihrem Hausarzt gedauert?</p> <p style="text-align: center;">Etwa <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Minuten <span style="float: right;">389-391</span></p> <p style="text-align: center;">◀ Bitte eintragen! ▶</p>

43. Wie beurteilen Sie die Länge des letzten Behandlungsgesprächs mit Ihrem Hausarzt im Hinblick auf eigene Fragen, Erläuterungen des Arztes, Möglichkeit zu Nachfragen?

Eher zu lang ..... <input type="checkbox"/> 1-392	Etwas zu kurz ..... <input type="checkbox"/> 3
Gerade richtig ..... <input type="checkbox"/> 2	Viel zu kurz ..... <input type="checkbox"/> 4

**Gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient**

44. Welcher der folgenden Aussagen würden Sie am ehesten zustimmen?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

Mein Hausarzt sollte mich auf dem Laufenden halten, aber im Allgemeinen sollte er entscheiden, wie er mich am besten behandelt .....  1-395

Mein Hausarzt sollte die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten mit mir diskutieren, und wir würden dann zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen .....  2

Mein Hausarzt sollte mir die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und das Für und Wider erläutern, und dann würde ich selber entscheiden, was zu tun ist .....  3

Nichts von alledem .....  4

45. Man weiß heute, dass es bei vielen Gesundheitsbeschwerden und Erkrankungen nicht nur eine, sondern verschiedene Möglichkeiten der Therapie gibt. Diese unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Risiken und Verträglichkeit, der Erfolgsaussichten oder der nötigen persönlichen Anstrengungen. Einmal angenommen, Sie hätten solche Gesundheitsbeschwerden und es gäbe verschiedene Therapiemöglichkeiten. Würden Sie sich in dieser Situation wünschen, dass ...

	Sehr stark	Stark	Weniger stark	Gar nicht
der Arzt Sie ausführlich über Vor- und Nachteile der Therapiemöglichkeiten informiert? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-396
Sie dem Arzt alle Ihre Fragen oder Bedenken mitteilen können und er darauf eingeht? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-397
der Arzt Ihnen schriftliche Informationen mitgibt oder empfiehlt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-398
der Arzt Ihnen die Entscheidung abnimmt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-399
Sie ausreichend Bedenkzeit bekommen, bevor eine Entscheidung über die Therapie gefällt wird? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-400
Sie die Möglichkeit bekommen, sich vor einer Entscheidung noch anderweitig zu informieren? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-401
der Arzt eine Therapie-Empfehlung ausspricht? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-402
Sie allein in aller Ruhe die endgültige Entscheidung treffen können? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-403



46. Denken Sie bitte an das letzte Mal, als im Rahmen einer Behandlung durch Ihren Hausarzt eine Entscheidung über das weitere Vorgehen gefällt werden musste. Was ist passiert?

	Ja	Nein
Mein Arzt hat mir verschiedene Behandlungsalternativen vorgeschlagen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-405
Mein Arzt hat mich über Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsalternativen informiert .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-406
Mein Arzt hat mich nach meinen Vorstellungen zum Behandlungsergebnis befragt und sie in seine Behandlungsvorschläge einbezogen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-407
Mein Arzt hat meine Lebensumstände in seine Behandlungsvorschläge einbezogen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-408
Mein Arzt hat mich aufgefordert, Fragen zu stellen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-409
Mein Arzt hat mir alles gut verständlich erklären können .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-410
Mein Arzt hat mir Informationsmaterial mitgegeben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-411
Mein Arzt hat mich ermuntert, auch bei anderen Quellen Informationen über Behandlungsmöglichkeiten zu suchen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-412
Ich konnte alle Fragen stellen, die mir in den Kopf kamen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-413
☞ Trifft nicht zu, ich hatte keine Fragen .....	<input type="checkbox"/> 3-414	
Mein Arzt hat alle meine Fragen beantwortet .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-415
☞ Trifft nicht zu, ich hatte keine Fragen .....	<input type="checkbox"/> 3-416	

**Erfahrungen beim Hausarzt**

47. **Bitte denken Sie bei den Fragen 47-50 an Ihren letzten direkten Kontakt mit Ihrem (Haus-)Arzt!**  
 (Wenn Sie Ihren Hausarzt in den letzten 12 Monaten nicht besucht haben, denken Sie bitte an den Arzt, der Sie in den letzten 12 Monaten am intensivsten betreut hat.)

	Sehr intensiv	Intensiv	Teils / teils	Weniger intensiv	So gut wie gar nicht
<b>Wie intensiv ...</b>					
hat Ihnen Ihr Hausarzt zugehört, unabhängig davon, wie beschäftigt er war? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-420
hat er - wenn nötig - nach Einzelheiten Ihrer Lebenssituation gefragt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-421
hat er die geplante Therapie mit Ihnen abgesprochen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-422
hat er Ihnen die Krankheit, Verletzung oder Beschwerden erklärt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-423
ist er auf Ihre Fragen eingegangen und hat zu Fragen ermuntert? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-424
	Sehr stark	Stark	Teils / teils	Kaum	Gar nicht
<b>Und wie stark ...</b>					
hat er Ihnen das Gefühl vermittelt, Sie vergeudet seine Zeit? ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-425
hatten Sie das Gefühl, dass er Ihre Äußerungen über Ihren Gesundheitszustand bzw. über Ihre Krankheit ernst nimmt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-426
hat er Ihre Sorgen und Ängste berücksichtigt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-427
ist er Ihnen mit Respekt und Achtung begegnet? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-428

48. Wenn Sie an die letzten Besuche bei Ihrem Haus- oder Allgemeinarzt denken, ist es vorgekommen, dass ...

	Öfter als einmal	Einmal	Nie
der Arzt Sie Ihrer Meinung nach nicht gründlich genug untersucht hat? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-430
Ihre Beschwerden über einen längeren Zeitraum nicht besser wurden? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-431
bei der Therapie Komplikationen auftraten (z.B. Schmerzen wurden stärker, zusätzliche Beschwerden traten auf)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-432
der Arzt wegen vieler Patienten im Wartezimmer unter sehr großem Zeitdruck stand? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-433
der Arzt Ihnen ein Medikament verschrieben hat, das Sie nicht vertragen haben (erhebliche Nebenwirkungen)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-434
der Arzt Ihnen ein Medikament verschrieben hat, das keinerlei oder kaum Wirkung hatte? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-435
der Arzt nach Ihrem Eindruck mit „seinem Latein am Ende war“? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-436
Sie noch einen anderen Arzt aufgesucht haben, weil die Beschwerden nicht besser wurden? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-437
Sie einen Heilpraktiker oder Arzt aus der Alternativmedizin (Homöopathie, Akupunktur, Anthroposophie, Chinesische Medizin usw.) aufgesucht haben, weil Beschwerden nicht besser wurden? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-438

49. Als Ihnen Ihr Hausarzt das letzte Mal ein Medikamenten-Rezept ausgestellt hat, hat er ...

	Vollkommen aus- reichend	Aus- reichend	Teils / teils	Weniger aus- reichend	Unzu- reichend
Sie über die Wirkungsweise der Medikamente aufgeklärt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-440
Sie über die möglichen Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-441
deutlich erklärt, wie und wann Sie die Medikamente einnehmen müssen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-442
Ihnen empfohlen, den Beipackzettel zu lesen, ohne dass er Sie über die Wirkungsweise und die Nebenwirkungen des Medikaments selbst informiert hat? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-443			

50. Wie viel weiß Ihr Hausarzt über Ihre gesundheitliche Entwicklung in den letzten Jahren bzw. über Ihre Krankengeschichte?

Sehr viel .....	<input type="checkbox"/> 1-444		Wenig .....	<input type="checkbox"/> 4
Viel .....	<input type="checkbox"/> 2		Sehr wenig .....	<input type="checkbox"/> 5
Teils-teils .....	<input type="checkbox"/> 3			

**Bitte denken Sie bei den Fragen 51-56 an Kontakte in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Hausarzt!**

51. Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie mit der Diagnose oder der vorgeschlagenen Behandlung eines Arztes nicht einverstanden waren?

Nein .....	<input type="checkbox"/> 1-445	⇒ <b>Weiter mit Frage 54</b>
Ja, ein- oder zweimal .....	<input type="checkbox"/> 2	} → <b>Weiter mit Frage 52</b>
Ja, schon öfters .....	<input type="checkbox"/> 3	

52. Haben Sie in dieser Situation ...

*Mehrere Antworten möglich! Bitte gehen Sie mit der niedrigsten zutreffenden Fragennummer weiter!*

Ihre Meinung für sich behalten? .....	<input type="checkbox"/> 1-446	⇒ <b>Weiter mit Frage 54</b>
Ihre Meinung dem Arzt auch gesagt? .....	<input type="checkbox"/> 2-446	⇒ <b>Weiter mit Frage 53</b>
einen anderen Arzt dazu befragt? .....	<input type="checkbox"/> 3-446	⇒ <b>Weiter mit Frage 54</b>

<p>53. Hat Ihr Hausarzt es akzeptiert, dass Sie seinen Behandlungsvorschlag abgelehnt haben?</p> <p>Ja, ohne Probleme ..... <input type="checkbox"/> 1-449</p> <p>Ja, mit Einschränkungen ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>54. Würde es Ihr Hausarzt akzeptieren, wenn Sie einen anderen Behandlungsweg gehen als den, den er empfiehlt?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1-450</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 3</p>
<p>55. Hätte Ihr Hausarzt etwas dagegen, wenn Sie sich eine Zweitmeinung bei einem anderen Arzt über den richtigen Behandlungsweg einholen würden?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1-451</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>56. Haben Sie schon einmal den Hausarzt gewechselt, weil Sie mit der Behandlung nicht einverstanden waren?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1-452</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>

**Praxisorganisation, -räume und -personal**

57. Wie wichtig sind Ihnen folgende Aspekte bei einem Arzt bzw. in seiner Praxis?

	Äußerst wichtig	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig
Gute telefonische Erreichbarkeit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-455
Höfliche und zuvorkommende Behandlung durch Personal am Telefon .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-456
Günstige Sprechzeiten (auch für Berufstätige) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-457
Kurzfristige Vergabe von Arztterminen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-458
Kurze Wartezeiten in der Praxis mit Termin .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-459
Kurze Wartezeiten in der Praxis ohne Termin .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-460
Ausstattung des Wartezimmers .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-461
Gepflegte und saubere Praxisräume .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-462
Ansprechende und angenehme Praxisräume .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-463
Freundliches und hilfsbereites Praxispersonal .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-464
Erfahrenes und sachkundiges Praxispersonal .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-465
Völlige Diskretion in der Praxis (z.B. bei der Anmeldung oder bei Erkrankungen) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-466

58. Wie zufrieden sind Sie mit diesen Aspekten bei Ihrem jetzigen Hausarzt?

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Annehmbar	Schlecht
Gute telefonische Erreichbarkeit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-470
Höfliche und zuvorkommende Behandlung durch Personal am Telefon .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-471
Günstige Sprechzeiten (auch für Berufstätige) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-472
Kurzfristige Vergabe von Arztterminen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-473
Kurze Wartezeiten in der Praxis mit Termin .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-474
Kurze Wartezeiten in der Praxis ohne Termin .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-475
Ausstattung des Wartezimmers .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-476
Gepflegte und saubere Praxisräume .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-477
Ansprechende und angenehme Praxisräume .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-478
Freundliches und hilfsbereites Praxispersonal .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-479
Erfahrenes und sachkundiges Praxispersonal .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-480
Völlige Diskretion in der Praxis (z.B. bei der Anmeldung oder bei Erkrankungen) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-481

**Zufriedenheit mit dem Hausarzt**

59. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Hausarzt und seiner Praxis?

- Vollkommen zufrieden .....  1-485
- Sehr zufrieden .....  2
- Zufrieden .....  3
- Weniger zufrieden .....  4
- Unzufrieden .....  5

60. Wenn Sie an die letzte Behandlung denken: Hat sich Ihr Zustand durch die Behandlung verbessert, ist er gleich geblieben oder hat er sich verschlechtert?

- Verbessert .....  1-486
- Gleich geblieben .....  2
- Verschlechtert .....  3

61. Wenn Sie an das Verhalten Ihres Hausarztes in den letzten 12 Monaten denken: Welche der folgenden Aussagen treffen zu?

- |  | Trifft zu                  | Trifft nicht zu                |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| Kosten der Behandlung werden immer öfter angesprochen .....                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-487 |
| Es häufen sich kritische Bemerkungen zur Gesundheitspolitik .....          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-488 |
| Es häufen sich kritische Bemerkungen speziell zu meiner Krankenkasse ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-489 |

**Fachärzte**

62. Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten ...

Bitte zählen Sie nicht dazu Ihre Besuche beim Zahnarzt, Frauenarzt oder Kinderarzt!

**Ohne Überweisung** durch einen Hausarzt direkt zu einem Facharzt gegangen?

- |                          |                      |                                |
|--------------------------|----------------------|--------------------------------|
| <input type="text"/> mal | ← Bitte eintragen! → | 490-491                        |
| Keinmal .....            |                      | <input type="checkbox"/> 1-492 |

Von Ihrem Hausarzt an einen Facharzt **überwiesen** worden?

- |                          |                      |                                |
|--------------------------|----------------------|--------------------------------|
| <input type="text"/> mal | ← Bitte eintragen! → | 493-494                        |
| Keinmal .....            |                      | <input type="checkbox"/> 1-495 |

63. Bei welchem Facharzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Bitte **nur einen Arzt** ankreuzen! Bitte **nicht** Ihren Hausarzt angeben!

- |                               |                                |  |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| Internist .....               | <input type="checkbox"/> 1-496 | Psychotherapeut .....                        | <input type="checkbox"/> 1-504 |
| Frauenarzt / Gynäkologe ..... | <input type="checkbox"/> 1-497 | Arzt für Naturheilkunde .....                | <input type="checkbox"/> 1-505 |
| Augenarzt .....               | <input type="checkbox"/> 1-498 | Arzt für Homöopathie .....                   | <input type="checkbox"/> 1-506 |
| Orthopäde .....               | <input type="checkbox"/> 1-499 | Röntgenarzt, Radiologe .....                 | <input type="checkbox"/> 1-507 |
| Hals-Nasen-Ohrenarzt .....    | <input type="checkbox"/> 1-500 | Chirurg .....                                | <input type="checkbox"/> 1-508 |
| Hautarzt .....                | <input type="checkbox"/> 1-501 | Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner   | <input type="checkbox"/> 1-509 |
| Urologe .....                 | <input type="checkbox"/> 1-502 | Arzt für öffentl. Gesundheitswesen, Amtsarzt | <input type="checkbox"/> 1-510 |
| Nervenarzt, Psychiater .....  | <input type="checkbox"/> 1-503 | Sonstiger Arzt .....                         | <input type="checkbox"/> 1-511 |

64. Auf welchem Weg sind Sie zu dem Facharzt, der Sie zuletzt behandelt hat, gekommen?

- Ich bin nach Untersuchung durch meinen Hausarzt an den Facharzt überwiesen worden .....  1-870
  - Ich bin nach Untersuchung durch einen anderen Facharzt an den Facharzt überwiesen worden .....  2
  - Ich habe in meiner Hausarztpraxis selbst um die Überweisung zu dem Facharzt gebeten. Sie wurde mir ohne Untersuchung ausgehändigt .....  3
  - Ich habe in einer anderen Facharztpraxis selbst um die Überweisung zu dem Facharzt gebeten. Sie wurde mir ohne Untersuchung ausgehändigt. ....  4
  - Ich bin ohne Überweisung zu dem Facharzt gegangen .....  5
- **Weiter mit Frage 66**  
 ⇨ **Weiter mit Frage 65**

65. Wenn Sie ohne Überweisung zum Facharzt gegangen sind: Was war der Grund?

- Ich bin schon lange bei diesem Arzt in Behandlung .....  1-513
- Ich habe keinen Hausarzt .....  1-514
- Ich sah keine Notwendigkeit, vorher meinen Hausarzt aufzusuchen .....  1-515
- Ich wollte keine Zeit verlieren .....  1-516
- Ich bin mit der Überweisungspraxis meines Hausarztes nicht zufrieden .....  1-517
- Anderer Grund .....  1-518

→ Weiter mit Frage 67

66. Fand die Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt Ihrer Meinung nach rechtzeitig, zu früh oder zu spät statt?

- Zu früh .....  1-519
- Rechtzeitig .....  2
- Zu spät .....  3
- Weiß nicht .....  4

67. Denken Sie bitte an das letzte Mal, als Ihr Hausarzt Sie an einen anderen Arzt überwiesen hat: Hat Ihr Hausarzt Ihnen klar und deutlich erklärt, warum Sie überwiesen werden?

- Ja, mein Hausarzt hat es mir erklärt .....  1-520
- Teils / teils .....  2
- Nein .....  3

68. Als Sie den Facharzt, an den Sie überwiesen wurden, zum ersten Mal aufsuchten: Hatte er Ihrer Meinung nach alle notwendigen Informationen über Sie persönlich und über Ihren Gesundheitszustand und die Art Ihrer Behandlung?

- Ja .....  1-521
- Teils / teils .....  2
- Nein .....  3
- Weiß nicht .....  5

69. Wenn Sie den Überweisungsprozess im Nachhinein beurteilen, wie stark treffen die folgenden Aussagen zu?

	Trifft sehr zu	Trifft eher zu	Teils / teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Der Facharzt war durch den Hausarzt gut informiert worden, was er mit mir machen soll .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-525
Ich wurde beim Facharzt freundlich behandelt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-526
Ich erhielt Behandlungen / Untersuchungen, die mein Hausarzt nicht hätte durchführen können .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-527
Ich erhielt Behandlungen / Untersuchungen, auf die mich mein Hausarzt nicht vorbereitet hatte .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-528
Die Behandlung durch meinen Hausarzt hat sich durch die Überweisung / nach der Überweisung geändert .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-529
Ich habe wichtige neue Informationen über meine Erkrankung und deren Behandlung erhalten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-530
Mein Hausarzt hat wichtige Informationen erhalten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-531
Mein Hausarzt hätte mich besser auf die Überweisung vorbereiten sollen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-532
Mir wurden Ängste bezüglich meiner Erkrankung genommen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-533
Der Facharzt hätte mir mehr erklären sollen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-534
Die Überweisung war überflüssig .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-535

70. Als Sie das letzte Mal bei einem Facharzt einen Sprechstunden-Termin ausgemacht haben, bei dem Sie auch den Arzt sprechen wollten, wie viele Tage mussten Sie da auf den Termin warten?

Ungefähr    Tage 540-542  
 < Bitte eintragen! >

71. Haben Sie diese Wartezeit empfunden als ...

- viel zu lang? .....  1-543
- zu lang? .....  2
- noch akzeptabel? .....  3
- Genau meinen Wünschen entsprechend.  4

72. Was war Ihrer Meinung nach der Hauptgrund für die Wartezeit?

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Weil es die einzige Arztpraxis im näheren Umkreis ist und deswegen von sehr vielen Patienten besucht wird .....  1-544
- Weil es eine Arztpraxis ist, in der eine langfristige Terminplanung zur Einbestellung der Patienten üblich ist .....  1-545
- Weil der Arzt einen guten Ruf hat und deswegen von sehr vielen Patienten besucht wird .....  1-546
- Weil der Arzt sehr ausführliche Gespräche und sorgfältige Untersuchungen mit seinen Patienten führt und deswegen wenig Zeit für weitere Patienten hat .....  1-547
- Weil ich kein Stammpatient bin .....  1-548
- Weil ich gesetzlich und nicht privat versichert bin .....  1-549
- Andere Gründe, und zwar: ..... 1200-1299
- .....  1-550
- Weiß nicht .....  1-551

73. Hatten oder haben Sie wegen der Verschiebung spürbare gesundheitliche Nachteile?

- Ja, sicher .....  1-555
- Ja, vielleicht .....  2
- Nein .....  3
- Weiß nicht .....  4

74. Wie lange mussten Sie bei diesem Besuch in der Facharzt-Praxis warten, bis Sie untersucht, behandelt oder beraten wurden?

Etwa    Minuten 556-558

◀ Bitte eintragen! ▶

**Zusammenarbeit mehrerer Ärzte**

75. Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass an Ihrer Untersuchung oder Behandlung außer Ihrem Hausarzt auch ein Facharzt oder mehrere Fachärzte (nicht im Krankenhaus!) beteiligt waren?

- Ja .....  1-560 ⇒ **Weiter mit Frage 76**
- Nein .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 78**

76. Traten in der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Ärzten irgendwelche der folgenden Probleme auf?

	Ja	Nein	Weiß nicht
Es hat lange gedauert, bis ich bei allen beteiligten Ärzten Untersuchungs- bzw. Behandlungstermine erhalten habe .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-561
Es hat lange gedauert, bis der mich hauptsächlich behandelnde Arzt die Untersuchungsergebnisse und Behandlungsvorschläge des anderen Arztes / der anderen Ärzte <u>erhalten</u> hat .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-562
Es hat lange gedauert, bis der mich hauptsächlich behandelnde Arzt die Untersuchungsergebnisse und Behandlungsvorschläge des anderen Arztes / der anderen Ärzte <u>mit mir besprochen</u> hat .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-563
Es gab Doppeluntersuchungen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-564
Mir wurden widersprüchliche Untersuchungsergebnisse mitgeteilt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-565
Mir wurden widersprüchliche Behandlungsvorschläge gemacht .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-566
Mir wurden widersprüchliche Informationen zu den Heilungsaussichten gegeben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-567
Ich habe nicht immer verstanden, warum die verschiedenen Ärzte an meiner Untersuchung oder Behandlung beteiligt waren .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-568

77. Was haben Sie gemacht, als eines oder mehrere dieser Probleme auftraten?

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Ich habe den Arzt / die Ärzte um weitere Aufklärung / Informationen geben .....  1-570
- Ich habe mich an andere Personen / Einrichtungen gewandt, um mir einen Rat zu holen .....  1-571
- Ich habe nichts unternommen und habe weiterhin an den Untersuchungen / Behandlungen teilgenommen .....  1-572
- Ich habe nicht mehr an den weiteren Untersuchungen / Behandlungen teilgenommen .....  1-573
- Anderes .....  1-574

**Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen**

78. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten in der Arztpraxis aufgeführt. Bitte geben Sie jeweils an, ob diese Aufgaben nach Ihrer persönlichen Erfahrung überwiegend von einem Arzt, vom Praxispersonal oder von beiden (mal so, mal so) durchgeführt werden.

	Arzt	Praxispersonal	Mal so, mal so	Weiß nicht
Aufnahme meiner Krankengeschichte und Beschwerden (Anamnese) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-880
Messen von Körperwerten, z.B. Blutdruck, Puls, Blutzucker .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-881
Blut abnehmen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-882
Röntgenaufnahmen machen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-883
Röntgenaufnahmen auswerten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-884
Diagnose stellen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-885
Planen der Behandlungsschritte .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-886
Beantworten Ihrer Fragen zur Behandlung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-887
Spritzen geben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-888
Versorgen von kleineren Wunden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-889
Impfen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-890

79. Und wer wäre Ihnen bei der Durchführung dieser Tätigkeiten am liebsten?

	Arzt	Praxispersonal	Ist mir egal
Aufnahme meiner Krankengeschichte und Beschwerden (Anamnese) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-891
Messen von Körperwerten, z.B. Blutdruck, Puls, Blutzucker .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-892
Blut abnehmen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-893
Röntgenaufnahmen machen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-894
Röntgenaufnahmen auswerten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-895
Diagnose stellen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-896
Planen der Behandlungsschritte .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-897
Beantworten Ihrer Fragen zur Behandlung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-898
Spritzen geben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-899
Versorgen von kleineren Wunden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-900
Impfen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-901

80. Im Ausland übernehmen teilweise speziell weitergebildete Personen ärztliche Aufgaben. Würden Sie auch in Deutschland speziell weitergebildete Arzthelfer oder Pflegekräfte aufsuchen (an Stelle vom Haus- oder Facharzt), wenn ...

	Ja	Nein	Weiß nicht
Sie eine Behandlung für eine leichte Erkrankung benötigen, z.B. Erkältungen, Durchfall, Kopfschmerzen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-910
Sie eine Behandlung für Ihr Dauerleiden benötigen, z.B. Diabetes, Bluthochdruck oder Asthma? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-911
Medikamente gegen einfache Beschwerden das erste Mal verschrieben werden müssen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-912
Sie ein Folge Rezept benötigen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-913
Sie eine Beratung für Ihr Gesundheitsproblem benötigen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-914

81. Ich lehne grundsätzlich die Übertragung heutiger ärztlicher Aufgaben an speziell weitergebildete Arzthelfer oder Pflegekräfte ab.

Ja .....  
 Nein .....  
 Weiß nicht .....

<input type="checkbox"/>	1-915	⇒	<b>Weiter mit Frage 84</b>
<input type="checkbox"/>	2	} →	<b>Weiter mit Frage 82</b>
<input type="checkbox"/>	3		

82. Wie wichtig wären Ihnen folgende Voraussetzungen, damit Sie sich - außer bei schwerwiegenden Erkrankungen - auch durch speziell weitergebildete Arzthelfer oder Pflegekräfte behandeln lassen?

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Völlig unwichtig	Weiß nicht
Die speziell weitergebildete Kraft und der Arzt arbeiten unter einem Dach .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-916
Die speziell weitergebildete Kraft berichtet dem Arzt regelmäßig über meinen Fall .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-917
Ich darf jedes Mal wählen, ob mich der Arzt oder die speziell weitergebildete Kraft behandelt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-918
Die speziell weitergebildete Kraft muss eine Universität oder Fachhochschule besucht haben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-919
Die speziell weitergebildete Kraft verfügt über langjährige Berufserfahrung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-920
Ich erhalte Informationen über die Qualifikation der speziell weitergebildeten Kraft .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-921
Sonstiges, und zwar:					1300-1399

83. Wie wichtig wären Ihnen folgende mögliche Vorteile, damit Sie sich - außer bei schwerwiegenden Erkrankungen - durch speziell weitergebildete Arzthelfer oder Pflegekräfte behandeln lassen?

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Völlig unwichtig	Weiß nicht
Ich muss nicht auf einen Termin warten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-930
Ich habe keine Wartezeiten vor der Behandlung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-931
Ich erhalte einen Bonus durch meine Krankenversicherung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-932
Ich werde versorgt durch eine auf mein Gesundheitsproblem spezialisierte Kraft .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-933
Ich kann bei Bedarf auch zu Hause versorgt werden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-934
Ich erhalte einen festen Ansprechpartner in der Versorgung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-935
Ich erhalte bei Bedarf ein längeres Behandlungsgespräch .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-936
Sonstiges, und zwar:					1400-1499



84. Wenn Sie an die Übertragung heutiger ärztlicher Aufgaben an speziell weitergebildete Arzthelfer oder Pflegekräfte denken: In wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme ganz und gar nicht zu	Weiß nicht
Der Arzt ist immer der bessere Ansprechpartner .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-940
Die Übertragung von Aufgaben an speziell weitergebildete Kräfte ist eine Sparmaßnahme, die auf Kosten der Gesundheit der Patienten geht .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-941
Speziell weitergebildete Arzthelfer oder Pflegekräfte können schwere Krankheiten übersehen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-942
Ein weiterer Ansprechpartner in der Gesundheitsversorgung schafft neue Probleme .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-943
Durch die Übertragung bestimmter Aufgaben wird der Arzt entlastet, so dass er mehr Zeit für das Wesentliche hat .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-944
Sonstiges, und zwar:					1500-1599

**Hausarztzentrierte Versorgung (Hausarztmodelle)**

85. Alle Krankenkassen sollen so genannte Hausarztmodelle anbieten. Dabei schreiben sich die Versicherten für mindestens ein Jahr fest bei einem Hausarzt ein und verpflichten sich, bei gesundheitlichen Beschwerden nicht gleich einen Facharzt, sondern immer erst ihren Hausarzt aufzusuchen. Bietet Ihre Krankenkasse solche Modelle an?

Ja .....  1-580  
 Nein .....  2  
 Weiß nicht .....  3

86. Nehmen Sie bereits an einem Hausarztmodell teil?

Ja .....  1-581 ⇒ **Weiter mit Frage 87**  
 Nein .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 92**

87. Seit ungefähr wie vielen Monaten nehmen Sie bereits an einem Hausarztmodell teil?

Ungefähr   Monaten 582-583

◀ Bitte eintragen! ▶

88. Haben Sie dazu den Hausarzt gewechselt?

Ja .....  1-584  
 Nein .....  2

89. Wie fühlen Sie sich seit Ihrer Teilnahme am Hausarztmodell durch den Hausarzt versorgt?

Besser .....  1-585  
 Schlechter .....  2  
 Genauso wie früher .....  2

90. Hat sich Ihr Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen, Bewegung, Ernährung) durch Ihre Teilnahme am Hausarztmodell geändert?

Ja, stark .....  1-586  
 Ja, ein wenig .....  2  
 Nein .....  3

91. Im Hausarztmodell entscheidet allein der Hausarzt darüber, ob Sie zu anderen Ärzten überwiesen werden oder nicht. Hatten Sie schon Zweifel an den Überweisungsentscheidungen Ihres Hausarztes oder das Gefühl, dass Ihnen dadurch Nachteile entstanden sind?

Ja, häufiger .....  1-587  
 Ja, selten .....  2  
 Nein, noch nie .....  3

92. Könnten Sie sich vorstellen, in Zukunft an einem Hausarztmodell Ihrer Krankenkasse teilzunehmen?

- Ja .....  1-588 ⇒ **Weiter mit Frage 94**  
 Nein .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 93**

93. Wenn Sie sich nicht vorstellen können, in Zukunft an einem Hausarztmodell Ihrer Krankenkasse teilzunehmen: Welche der folgenden Gründe sprechen für Sie persönlich gegen die Teilnahme an einem Hausarztmodell?

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Ich habe zu wenige Informationen über die Bedingungen des Hausarztmodells .....  1-590  
 Ich bin der Meinung, dass sich an der Qualität der Behandlung nichts verändert .....  1-591  
 Der finanzielle Vorteil, den mir die Krankenkasse gewährt (Erlass der Praxisgebühr), ist für mich uninteressant .....  1-592  
 Mein Hausarzt nimmt nicht am Hausarztmodell meiner Krankenkasse teil, ich müsste den Hausarzt wechseln .....  1-593  
 Ich habe Befürchtungen, dass der Hausarzt mich dann stärker als bisher drängt, ungesunde Lebensweisen zu ändern (z.B. Rauchen, Bewegung, Ernährung) .....  1-594  
 Ich möchte nicht, dass der Hausarzt immer alles über meine Krankheitsverläufe erfährt .....  1-595  
 Ich möchte selber entscheiden, ob und in welchen Fällen ich zu einem Facharzt gehe .....  1-596  
 Ich möchte mich grundsätzlich nicht in der freien Arztwahl einschränken lassen .....  1-597  
 Ich habe Befürchtungen, dass vom Hausarzt an andere Stellen weitergeleitete persönliche Daten missbraucht werden .....  1-598

### Pflege

94. In der Politik wird seit einiger Zeit über eine Pflegereform beraten und in den Medien wird viel über Mängel in der Pflege berichtet. Fühlen Sie sich durch solche Berichte beunruhigt?

- Ja .....  1-950 ⇒ **Weiter mit Frage 95**  
 Nein .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 96**

95. Sind Sie beunruhigt, weil ...

- |  | Ja                         | Nein                           |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| ein Angehöriger zurzeit pflegebedürftig ist? .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-951 |
| ein Angehöriger pflegebedürftig werden könnte? ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-952 |
| Sie selbst zurzeit pflegebedürftig sind? .....       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-953 |
| Sie selbst pflegebedürftig werden könnten? .....     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-954 |

96. Welche Bedeutung hat das Thema Pflege für Sie heute - wenn Sie es mit der Zeit vor zwei Jahren vergleichen?

- Mehr .....  1-955  
 Weniger .....  2  
 Gleich .....  3  
 Ich beschäftige mich mit diesem Thema nicht .....  4

97. Sind Sie auf Pflege durch jemand anderen angewiesen?

- Ja .....  1-959 ⇒ **Weiter mit Frage 98**  
 Nein .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 99**

98. Von wem werden Sie zurzeit gepflegt?

- Von einer vertrauten Person .....  1-960  
 Von einem professionellen Pflegedienst .....  2  
 Nichts davon / werde nicht gepflegt .....  3

99. Von wem würden Sie sich Hilfe wünschen, wenn Sie im Alter auf pflegerische Hilfe angewiesen wären?

 Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- Hilfe durch vertraute Person (z.B. aus dem Familien- und Bekanntenkreis) .....  1-961
- Hilfe durch professionelle Pflegekraft .....  2
- Mischung von Hilfe durch eine vertraute Person und durch einen professionellen Pflegedienst .....  3
- Weiß nicht .....  4

100. Aktuell beraten Politiker darüber, was als Leistung der Sozialen Pflegeversicherung anerkannt wird. Was sollten Pflegeleistungen, die von der Pflegeversicherung bezahlt werden, Ihrer Meinung nach umfassen?

 Mehrfachnennungen möglich!

- |   | Ja                         | Nein                           |
|---|----------------------------|--------------------------------|
| Unterstützung im Alltag (z.B. Hilfe beim Essen und Trinken oder bei der Haushaltsführung) .....                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-962 |
| Unterstützung bei körperlichen Einschränkungen (z.B. Körperpflege oder Verbände wechseln) ..                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-963 |
| Psychosoziale Unterstützung, z.B. die Möglichkeit, mit jemand spazieren zu gehen, Gespräche zu führen etc. .... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-964 |

101. Die Soziale Pflegeversicherung vergütet zurzeit fast ausschließlich Leistungen, die sich auf die körperbezogene Pflege beziehen. Sollten Ihrer Meinung nach auch Leistungen erstattet werden, die die psychosoziale Betreuung (z. B. emotionale Zuwendung, Gespräche führen, soziale Kontakte fördern) umfassen, auch wenn dann die Pflege in Deutschland teurer wird?

- Ja .....  1-965
- Nein .....  2

102. Würden Sie einer Beitragserhöhung in der Sozialen Pflegeversicherung zustimmen, wenn dadurch mehr Geld für die psychosoziale Betreuung (z. B. emotionale Zuwendung, Gespräche führen, soziale Kontakte fördern) ausgegeben werden könnte?

- Ja .....  1-966
- Nein .....  2

104. Man hört heute viele Schreckensberichte über die Situation in Altenpflegeheimen. Haben Sie selbst Befürchtungen, im Pflegefall in einem Heim schlecht versorgt zu werden?

- Ja .....  1-968
- Nein .....  2

103. Die soziale Pflegeversicherung wird zurzeit aus den Beiträgen aller Arbeitnehmer finanziert. Würden Sie eine private Versicherung des Einzelnen für die Pflege im Alter befürworten, damit die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung nicht weiter steigen?

- Ja .....  1-967
- Nein .....  2
- Weiß nicht .....  3

105. Kennen Sie von Bekannten / Verwandten Berichte über schlechte Versorgung im Pflegeheim?

- Ja .....  1-969
- Nein .....  2

106. Pflegt zurzeit ein professioneller Pflegedienst einen Ihrer Angehörigen?

- Ja .....  1-970
- Nein .....  2

107. Wie schätzen Sie die Kompetenzen von Pflegekräften a) im Krankenhaus, b) im Pflegeheim) ein?

- |  | Im Kranken-<br>haus        | Im Pflege-<br>heim             |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| Überwiegend hoch .....                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-971 |
| Sehr unterschiedlich (abhängig vom Einzelfall) ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-972 |
| Überwiegend mangelhaft .....                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-973 |
| Weiß nicht .....                                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-974 |

<p>108. Heute entstehen viele Pflegedienste, die Pflegeleistungen zu Hause anbieten (mobile Pflege). Wie schätzen Sie die Qualität dieser Dienste ein?</p> <p>Überwiegend hoch ..... <input type="checkbox"/> 1-975</p> <p>Sehr unterschiedlich (abhängig vom Einzelfall) ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Überwiegend mangelhaft ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>109. Besteht Ihrer Meinung nach ein Qualitätsunterschied zwischen der Pflege in einem Pflegeheim und der Pflege zu Hause, wenn ein professioneller Pflegedienst eingeschaltet wird?</p> <p>Die Qualität im Pflegeheim ist höher ..... <input type="checkbox"/> 1-976</p> <p>Die Qualität im Pflegeheim ist geringer .... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Die Qualität ist gleich hoch ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>110. Wie viel Pflege kann ein Familienmitglied im Vergleich zu einem professionellen Pflegedienst zu Hause leisten?</p> <p>Mehr ..... <input type="checkbox"/> 1-977</p> <p>Genau so viel ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Weniger ..... <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>111. Pflegen Sie zurzeit selbst einen Angehörigen oder haben Sie einmal einen Familienangehörigen - Pflegestufe I bis III - gepflegt?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1-978</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>112. Für wie wichtig halten Sie es, dass Pflegepersonen bei allem persönlichen Aufwand für die Pflege ihrer Angehörigen auch auf ihre eigene Gesundheit achten?</p> <p>Überhaupt nicht wichtig ..... <input type="checkbox"/> 1-981</p> <p>Eher nicht wichtig ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Eher wichtig ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Sehr wichtig ..... <input type="checkbox"/> 4</p>	
<p>113. <b>Nicht, wenn selbst pflegebedürftig:</b></p> <p>Stellen Sie sich vor, ein Mitglied Ihrer Familie wird pflegebedürftig. Wie würden Sie die Pflege organisieren wollen?</p> <p>So lange wie möglich privat und nur wenig Unterstützung von außen ..... <input type="checkbox"/> 1-982</p> <p>So schnell wie möglich außerhalb der Familie, in einem Pflegeheim etc. .... <input type="checkbox"/> 2</p>	
<p>114. <b>Nicht, wenn selbst pflegebedürftig:</b></p> <p>Wären Sie grundsätzlich bereit, ein Familienmitglied zu pflegen?</p> <p>Grundsätzlich ja ..... <input type="checkbox"/> 1-983 ⇒ <b>Weiter mit Frage 115</b></p> <p>Grundsätzlich nein ..... <input type="checkbox"/> 2 ⇒ <b>Weiter mit Frage 116</b></p>	
<p>115. <b>Nicht, wenn selbst pflegebedürftig:</b></p> <p>Was wären für Sie die wichtigsten Gründe, einen Angehörigen zu pflegen?</p> <p> Bitte alles Zutreffende ankreuzen!</p> <p>Verbundenheit mit dem Familienangehörigen ..... <input type="checkbox"/> 1-984</p> <p>Die Soziale Pflegeversicherung bezahlt meine private Pflegearbeit ..... <input type="checkbox"/> 1-985</p> <p>Weil es so üblich ist ..... <input type="checkbox"/> 1-986</p> <p>In der Familie wird man besser gepflegt als in einem Pflegeheim ..... <input type="checkbox"/> 1-987</p> <p>Wenn man keinen (passenden) Pflegeheimplatz findet ..... <input type="checkbox"/> 1-988</p> <p>Wenn die Pflegeperson nicht in ein Pflegeheim möchte ..... <input type="checkbox"/> 1-989</p> <p>Wir können uns einen Pflegeheimplatz finanziell nicht leisten ..... <input type="checkbox"/> 1-990</p> <p>Die Qualität der Pflegeheime ist zu schlecht ..... <input type="checkbox"/> 1-991</p>	

116. Heute spielen Wettbewerb und finanzielle Anreize im Gesundheitswesen eine immer wichtigere Rolle. Dadurch verändert sich auch die Situation im Pflegebereich. Wir möchten hierzu Ihre Einschätzung erfahren:

 Bitte nur eine Antwort pro Zeile ankreuzen!

	Ja	Nein	Weiß nicht
Finanzielle Anreize erhöhen eher die Qualität in der Pflege .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-1002
Ich sehe die Qualität von Pflegeleistungen durch finanzielle Anreize eher gefährdet ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-1003

117. Haben Sie sich schon einmal über Pflgethemen selbstständig informiert oder beraten lassen?

Ja .....  1-1004  
 Nein .....  2

118. Wissen Sie, dass jede Gemeinde / Stadt eine Pflegeberatungsstelle besitzt?

Ja .....  1-1005  
 Nein .....  2

119. Würden Sie empfehlen, eine Pflegeberatungsstelle aufzusuchen, um besser informiert zu sein und kompetenter die eigene Pflege oder die Pflege eines Angehörigen planen zu können?

Ja .....  1-1006  
 Nein .....  2

**Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004**

120. Haben Sie im dritten Quartal 2007 (Juli bis September) einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro ...

 Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

aufgeschoben (z.B. das nahe Ende eines Quartals abgewartet)? .....  1-600  
 vermieden (und sich statt dessen ohne ärztliche Hilfe auskuriert)? .....  2  
 zusätzlich gemacht (um die Überweisung zu einem Facharzt zu erhalten)? .....  3

121. Waren Sie in den vergangenen Jahren aufgrund einer chronischen Krankheit von Zuzahlungen (für Medikamente und andere Leistungen) befreit?


Ja .....  1-1010  
 Nein .....  2  
 Weiß nicht .....  3

122. Die Zuzahlungen für Personen mit einer chronischen Krankheit sind auf 1 % des Haushaltseinkommens begrenzt. Sind Sie chronisch krank und müssen Sie nur 1 % Ihres Haushaltseinkommens zuzahlen?

Ja .....  1-1011  
 Nein .....  2  
 Weiß nicht .....  3

**Krankenversicherung**

123. Welcher Krankenversicherung gehören Sie an?

 Gemeint ist nur die Hauptversicherung!

AOK .....  1-605  
 DAK .....  2  
 Barmer Ersatzkasse (BEK) .....  3  
 Techniker Krankenkasse (TK) .....  4  
 Gmünder Ersatzkasse (GEK) .....  5  
 Kaufmännische Krankenkasse (KKH) .....  6  
 Innungskrankenkasse (IKK) .....  7  
 Andere Ersatzkasse .....  8  
 Betriebskrankenkasse (BKK) .....  9  
 Private Krankenversicherung (voll privat versichert) .....  1-606  
 Als Beamter oder Angestellter im öffentlichen Dienst beihilfeberechtigt mit privater Zusatzversicherung .....  2  
 Andere Krankenversicherung .....  3

124. Sind Sie persönlich in dieser Krankenkasse ...

- Beitragzahlendes Pflichtmitglied .....  1-607
- Beitragzahlendes freiwilliges Mitglied .....  2
- Mitversichertes Familienmitglied .....  3
- Versichert als Rentner / Arbeitsloser / Student / Wehr- oder Zivildienstleistender .....  4

125. Haben Sie seit 1996 schon einmal die Krankenkasse gewechselt?

- Ja, einmal .....  1-608 ⇒ **Weiter mit Frage 127**
- Ja, schon mehrfach .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 126**
- Nein, aber beabsichtige demnächst .....  3 } ⇒ **Weiter mit Frage 127**
- Nein .....  2 }

126. Wie oft haben Sie seit 1996 die Krankenkasse gewechselt?

mal < Bitte eintragen! > 610

127. Haben Sie eine der folgenden privaten Zusatzversicherungen abgeschlossen?

- |  | Ja                         | Nein                           |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| Zahnersatz .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-615 |
| Auslandskrankenversicherung .....                                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-616 |
| Einzel-, Zweibettzimmer oder Chefarztbehandlung im Krankenhaus ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-617 |
| Für bestimmte Heilmethoden (z.B. Akupunktur) .....                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-618 |
| Freizeitunfälle, Verletzung durch Risikosportarten .....             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-619 |
| Sonstige .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-620 |
| Nein, ich habe keine private Zusatzversicherung abgeschlossen .....  |                            | <input type="checkbox"/> 2-621 |

128. Wie hoch sind nach Ihrer Einschätzung derzeit die durchschnittlichen Beitragssätze (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil zusammen) zur Krankenversicherung?

% (in Prozent vom Bruttoeinkommen) < Bitte eintragen! > 625-626

Weiß nicht .....  1-627

**Finanzierung des Gesundheitswesens**

129. Alle Arbeitnehmer zahlen einen bestimmten Prozentsatz ihres Bruttoeinkommens in die gesetzliche Krankenversicherung ein. Die Krankenkassen geben das eingenommene Geld in unterschiedlicher Höhe für die verschiedenen Gruppen in der Gesellschaft aus. Für wie gerecht oder ungerecht halten Sie die folgenden Regelungen?

- |  | Voll-<br>kommen<br>gerecht | Über-<br>wiegend<br>gerecht | Über-<br>wiegend<br>ungerecht | Voll-<br>kommen<br>ungerecht | Weiß<br>nicht                  |
|--|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Gesunde Beitragszahler unterstützen kranke Beitragszahler .....                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3    | <input type="checkbox"/> 4   | <input type="checkbox"/> 5-630 |
| Junge Beitragszahler unterstützen alte Beitragszahler .....                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3    | <input type="checkbox"/> 4   | <input type="checkbox"/> 5-631 |
| Alleinstehende Beitragszahler unterstützen Familien .....                        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3    | <input type="checkbox"/> 4   | <input type="checkbox"/> 5-632 |
| Die Bezieher hoher Einkommen unterstützen die Bezieher niedriger Einkommen ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3    | <input type="checkbox"/> 4   | <input type="checkbox"/> 5-633 |

130. Derzeit werden in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht berufstätige Ehepartner und Kinder kostenlos mit-versichert. Für wie gerecht oder ungerecht halten Sie die folgenden Regelungen?

	voll- kommen gerecht	über- wiegend gerecht	über- wiegend ungerecht	voll- kommen ungerecht	Weiß nicht
Die kostenlose Mitversicherung von Ehepartnern, die nicht erwerbstätig sind und <u>keine</u> Kinder betreuen, ist .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-635
Die kostenlose Mitversicherung von Ehepartnern, die nicht erwerbstätig sind <u>und</u> Kinder betreuen, ist .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-636
Die kostenlose Mitversicherung von Kindern ist .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-637

131. Bislang werden in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Einkommensschwächeren durch die Einkommensstärkeren unterstützt. Welche Form der Absicherung gegen Krankheit würden Sie befürworten?

 Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

Die umfassende Absicherung aller Krankheitsrisiken sollte von allen gemeinsam finanziert werden, um auch den Einkommensschwächeren einen Anspruch auf alle Leistungen zu ermöglichen .....	<input type="checkbox"/> 1-640
Die Absicherung der Krankheitsrisiken sollte in Form einer Grundsicherung von allen gemeinsam finanziert werden; spezielle Risiken wie z.B. Sportunfälle oder zusätzlich gewünschte Leistungen wie z.B. Akupunktur sollten durch eine private Zusatzversicherung bezahlt werden .....	<input type="checkbox"/> 2
Es ist eigentlich nicht einzusehen, dass man für die Absicherung anderer zahlen muss. Es wäre viel sinnvoller, wenn sich jeder gegen die Krankheitsrisiken selbstständig absichert .....	<input type="checkbox"/> 3

### Gesundheitswesens in Deutschland I

132. Wie wird sich Ihrer Meinung nach der Umfang der medizinischen Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden, in den nächsten fünf Jahren vermutlich entwickeln?

Erhöhung .....	<input type="checkbox"/> 1-650
Verringerung .....	<input type="checkbox"/> 2
Keine Veränderung .....	<input type="checkbox"/> 3
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 4

133. Wie wird sich die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge im deutschen Gesundheitssystem in den nächsten fünf Jahren vermutlich entwickeln?

Erhöhung .....	<input type="checkbox"/> 1-651
Senkung .....	<input type="checkbox"/> 2
Gleich bleibende Beiträge .....	<input type="checkbox"/> 3
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 4

134. Wenn Sie einmal Ihre Erfahrungen in unserem Gesundheitssystem zusammenfassen, wie bewerten Sie ...

	Sehr gut	Gut	Befrie- digend	Schlecht	Sehr schlecht
die Qualität der medizinischen Leistungen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-662
die Qualifikation von Ärzten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-663
Einrichtung und technische Ausstattung von Arztpraxen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-664
Wartezeiten auf Praxis-Termine .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-665
die Zeitdauer für das Arzt-Patient-Gespräch .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-666
die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-667

135. Und was denken Sie, wie werden sich diese Merkmale in den nächsten fünf Jahren entwickeln?

	Ver- besse- rung	Ver- schlechte rung	Keine Ver- änderung	Weiß nicht
Die Qualität der medizinischen Leistungen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-660
Die Qualifikation von Ärzten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-661
Einrichtung und technische Ausstattung von Arztpraxen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-662
Wartezeiten auf Praxis-Termine .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-663
Die Zeitdauer für das Arzt-Patient-Gespräch .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-664
Die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-665

136. Um die Qualität in der Gesundheitsversorgung zu sichern, sind verschiedene Maßnahmen denkbar. Stimmen Sie den folgenden Aussagen eher zu oder lehnen Sie diese ab?

	Stimme sehr zu	Stimme zu	Teils- teils	Lehne ab	Lehne sehr ab
Die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland ist so gut, dass keine zusätzlichen Maßnahmen notwendig sind .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-670
Die Qualifikation von Ärzten sollte regelmäßig überprüft werden (z.B. in Form eines Ärzte-TÜVs) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-671
Es sollte mehr Informationen über Qualität von Ärzten und Krankenhäusern geben (z.B. Ranglisten in Zeitungen oder im Internet) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-672
Eine staatliche Institution sollte patientenverständlich über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern informieren .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-673
Die Krankenkassen sollten über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern informieren .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-674
Die finanzielle Vergütung von Ärzten sollte so beschaffen sein, dass auch ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten sich finanziell lohnt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-675
Ärzte sollten in gewissen Zeitabständen auch von Patienten beurteilt werden und die Beurteilung sollte von einer unabhängigen Einrichtung geprüft werden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-676
Es sollte mehr Einrichtungen geben, bei denen man sich als Patient die Zweitmeinung eines kompetenten Mediziners einholen kann .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-677
In der Arztausbildung sollte nicht nur medizinisches Fachwissen vermittelt werden, sondern auch Fähigkeiten wie Einfühlungsvermögen und Gesprächsführung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-678



**Neue Versorgungsformen und neue Möglichkeiten der Vertragsgestaltung mit der Krankenkasse**

137. Seit dem 1.1. 2004 und nach Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 gibt es eine Reihe neuer Möglichkeiten der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Uns interessieren Ihr derzeitiger Kenntnisstand und Ihre aktuelle und geplante Inanspruchnahme dieser Versorgungsformen.

Ja            Nein

Haben Sie bereits einmal ...

von strukturierten Behandlungsprogrammen (**DMP** = Disease Management Programm) für chronisch Kranke, z.B. für Diabetiker, Asthmatiker, Herz-Kreislauf-Kranke und Brustkrebspatientinnen gehört? Diese Programme sind von den Krankenkassen und den Ärzten entwickelt worden. Jeder Arzt muss nach bestimmten qualitätsgeprüften Leitlinien seine Patienten behandeln. Aber auch jeder Patient muss sich an das Behandlungsprogramm halten. ....

1             2-680

Von so genannten **Bonusprogrammen** gehört? Dies sind Programme, in denen Sie durch gesundheitsbewusstes Verhalten (etwa Kurse im Bereich Bewegung / Ernährung / Entspannung, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen) Bonuspunkte sammeln, die dann z.B. gegen Sach- oder Geldprämien eingetauscht werden können. ....

1             2-681

Von der Möglichkeit der **Kostenerstattung** gehört? Alle Versicherten können künftig von ihrem Arzt Leistungen wie ein Privatpatient in Anspruch nehmen. Sie erhalten von ihrem Arzt eine Rechnung, die sie selbst bezahlen und dann bei ihrer Krankenkasse zur Erstattung einreichen. ....

1             2-682

Von **Selbstbehalten** gehört? Hierbei verpflichtet sich der Versicherte, einen Teil der jährlichen Behandlungskosten selbst zu übernehmen. Im Gegenzug erhält er von seiner Krankenkasse eine Prämie oder zahlt einen geringeren Krankenkassenbeitrag. ....

1             2-683

Von der **Beitragsrückerstattung** gehört? Wer innerhalb eines Jahres keine medizinischen Leistungen (außer Vorsorgeuntersuchungen) in Anspruch nimmt, erhält von seiner Krankenkasse einen Teil der Beiträge zurückerstattet (bis zu einem Zwölftel des Jahresbeitrages). ....

1             2-684

138. Gehören Sie bereits zu den Nutzern ...

	eines DMP	eines Bonusprogramms	der Kostenerstattung	von Selbstbehalten	der Beitragsrückerstattung
Ja .....	<input type="checkbox"/> 1-685	<input type="checkbox"/> 1-686	<input type="checkbox"/> 1-687	<input type="checkbox"/> 1-688	<input type="checkbox"/> 1-689
Nein .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

139. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in nächster Zeit die Möglichkeit ... nutzen?

	eines DMP	eines Bonusprogramms	der Kostenerstattung	von Selbstbehalten	der Beitragsrückerstattung
Sehr wahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/> 1-690	<input type="checkbox"/> 1-691	<input type="checkbox"/> 1-692	<input type="checkbox"/> 1-693	<input type="checkbox"/> 1-694
Wahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Eher nicht wahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Unwahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

### DMP — Chronikerprogramme

140. Falls Sie bereits an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP = Disease Management Programm) für z.B. Diabetiker, Asthmatiker, Herz-Kreislauf-Kranke oder Brustkrebskranke teilnehmen:  
Wie hat sich Ihre Behandlung im strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) gegenüber der früheren Behandlung durch Ihren Hausarzt geändert?
- |   | Stimme<br>sehr zu          | Stimme<br>zu               | Teils-<br>teils            | Stimme<br>weniger<br>zu    | Stimme<br>gar nicht<br>zu       |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Mein Hausarzt behandelt mich mit mehr Aufmerksamkeit als früher .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1020 |
| Mein Hausarzt überprüft meinen Gesundheitszustand öfter / eingehender als früher .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1021 |
| Mein Hausarzt behandelt meine Krankheit mit einem Therapieplan, den er mir deutlicher / ausführlicher als früher erläutert .....    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1022 |
| Mein Hausarzt macht mir mehr Vorschläge für den richtigen Umgang mit meiner Krankheit als früher .....                              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1023 |
| Mein Hausarzt dokumentiert meine Behandlung und meine Behandlungsergebnisse kontinuierlicher / intensiver als früher .....          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1024 |
| Ich muss meinem Hausarzt öfter / regelmäßiger als früher berichten, ob ich seine Behandlungsmaßnahmen und -vorschläge befolge ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1025 |
| Mein Hausarzt veranlasst öfter als früher weitere sorgfältige Untersuchungen durch andere Ärzte / Spezialisten .....                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1026 |
| Mein Hausarzt informiert und berät mich ausführlicher / öfter als früher über meine Krankheit und deren Behandlung .....            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1027 |
| Ich arbeite aktiver als früher an der Verbesserung meines Gesundheitszustandes mit .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1028 |
| Mein Hausarzt bietet mir Kurse und Schulungen an, bei denen ich lerne, besser mit meiner Krankheit umzugehen .....                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1029 |
| Mein Hausarzt vereinbart mit mir Gesundheitsziele, die ich im Laufe der Behandlung erreichen soll .....                             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1030 |
| Durch die Teilnahme am DMP fühle ich mich insgesamt besser durch Ärzte versorgt .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-1031 |

141. An welchem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) nehmen Sie zurzeit teil?

- |                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| DMP Diabetes, Typ 1 oder 2 ..... | <input type="checkbox"/> 1-1032 |
| DMP Koronare Herzkrankheit ..... | <input type="checkbox"/> 2      |
| DMP Brustkrebs .....             | <input type="checkbox"/> 3      |
| DMP Asthma / COPD .....          | <input type="checkbox"/> 4      |

142. Inwieweit können Sie folgenden Aussagen zustimmen?

	Trifft sehr zu	Trifft eher zu	Teils / teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Durch die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm ...					
verstehe ich meine Krankheit besser .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1040
habe ich viel über den Umgang mit meiner Krankheit gelernt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1041
fällt mir der Umgang mit der Krankheit leichter .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1042
befasse ich mich intensiver mit meiner Krankheit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1043
ist mein Umgang mit der Krankheit insgesamt regelmäßiger ge- worden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1044
fällt es mir leichter, regelmäßig auf meine medizinischen Werte zu achten und die Arzttermine wahr zu nehmen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1045
stehe ich mit meinen Problemen mit der Krankheit nicht mehr so alleine da .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1046
bin ich angespornt, mehr für mich zu tun .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1047
kann ich in der Familie oder mit Freunden besser über meine Krankheit sprechen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1048
sehe ich zuversichtlicher in die Zukunft .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1049
passiert es mir nicht mehr so oft, dass ich meine Krankheit phasen- weise schleifen lasse .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1050
sind meine Ängste vor Spätfolgen gesunken .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1051
gab es bei mir Aha-Erlebnisse in Bezug auf meinen Umgang mit meiner Krankheit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-1052

143. Wie haben sich Ihre gesundheitlichen Beschwer-  
den im Laufe der DMP-Behandlung verändert?

- Sie sind geringer geworden .....  1-1053
- Sie haben sich nicht verändert .....  2
- Sie sind stärker geworden .....  3

144. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem DMP?

- Sehr zufrieden .....  1-1054
- Zufrieden .....  2
- Teils-teils .....  3
- Unzufrieden .....  4
- Sehr unzufrieden .....  5

145. Haben Sie die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm beendet?

- Ja .....  1-1055 ⇒ **Weiter mit Frage 146**
- Nein .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 147**

146. Aus welchen Gründen haben Sie das strukturierte Behandlungsprogramm beendet?

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Kein persönlicher gesundheitlicher Nutzer erkennbar .....  1-1060
- Zu viel persönlicher Aufwand .....  1-1061
- Auf Empfehlung meines Arztes .....  1-1062
- Auf Empfehlung meiner Krankenkasse .....  1-1063
- Sonstiges, und zwar: ..... 1600-1699

## Gesundheitswesen in Deutschland II

147. Wenn Sie eine Gesamtbeurteilung des deutschen Gesundheitswesens abgeben sollten: Was trifft zu?

 Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- Im Großen und Ganzen funktioniert unser Gesundheitswesen gut, nur kleinere Verbesserungen sind notwendig .....  1-708
- Es gibt einige gute Dinge in unserem Gesundheitswesen, aber einschneidende Maßnahmen sind nötig, um es zu verbessern .....  2
- Unser Gesundheitswesen funktioniert so schlecht, dass es von Grund auf verändert werden muss .....  3

148. Stimmen Sie den folgenden Aussagen eher zu oder eher nicht zu?

- |   | Stimme<br>eher zu          | Stimme<br>eher<br>nicht zu     |
|---|----------------------------|--------------------------------|
| Die Krankenversicherungsbeiträge für Versicherte sind zu hoch .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-709 |
| Der Gesamtbetrag der Zuzahlungen zu Medikamenten und zu medizinischen Leistungen ist zu hoch .....              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-710 |
| Die Qualität der medizinischen Behandlung und anderer medizinischer Dienstleistungen müsste erhöht werden ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-711 |
| Die Qualität der Krankenhausgebäude und -einrichtungen müsste erhöht werden .....                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-712 |
| Es müsste mehr moderne medizinische Behandlungen und Dienstleistungen geben .....                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-713 |
| Die Qualität der einzelnen Ärzte und ärztlichen Einrichtungen ist zu unterschiedlich .....                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-714 |
| Nicht jeder Bürger hat die gleichen Möglichkeiten einer guten medizinischen Versorgung .....                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-715 |
| Das Gesundheitswesen bietet nicht genügend medizinische Dienstleistungen an .....                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-716 |
| Es gibt keine Probleme .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-717 |

149. Befürchten Sie, dass ...

- |  | Ja                         | Nein                           |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| Sie im Alter nicht ausreichend medizinisch versorgt sein werden? .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-720 |
| Wartezeiten auf bestimmte Therapien oder Operationen zunehmen? .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-721 |
| bei Ihrer Behandlung ein Behandlungsfehler gemacht wird? .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-722 |
| Ihre Krankenversicherung künftig nicht mehr die Leistungen übernimmt, die für Sie wichtig sind? .....                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-723 |
| Ihre persönlichen Gesundheits- und Behandlungsdaten von nicht dazu berechtigten Personen eingesehen werden können? ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-724 |

150. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland? (Denken Sie dabei bitte nicht nur an Ärzte und andere Gesundheitsberufe, sondern auch an die Verfügbarkeit von Behandlungseinrichtungen, an die Qualität der Versorgung im Krankheitsfall, an die Finanzierung des Gesundheitswesens usw.)

- Sehr zufrieden .....  1-1070
- Zufrieden .....  2
- Teils / teils .....  3
- Etwas unzufrieden .....  4
- Sehr unzufrieden .....  5

**Angaben zu Ihrer Person**

S1 Ihr Geschlecht?

Männlich .....  1-726      Weiblich .....  2

S2 In welchem Jahr sind Sie geboren?

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

◀ Bitte Geburtsjahr eintragen! ▶ 727-728

S3 Welchen Familienstand haben Sie?

Ledig .....  1-729  
 Verheiratet .....  2  
 Verwitwet .....  3  
 Geschieden .....  4

S5 Welche Nationalität haben Sie?

Deutsche .....  1-731  
 Andere .....  2

↳ Falls andere:  
 Wie lange wohnen Sie schon in Deutschland?

Seit 

--	--

 Jahr(en) 732-733

◀ Bitte eintragen! ▶

S4 Leben Sie mit einem (Ehe-)Partner / einer (Ehe-)Partnerin zusammen?

Ja .....  1-730  
 Nein .....  2

S6 Welchen Schulabschluss haben Sie? Wenn Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie nur den höchsten!

Hauptschule / Volksschulabschluss .....  1-734  
 Realschule / Mittlere Reife .....  2  
 Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) .....  3  
 Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) .....  4  
 Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS) .....  5  
 Anderen Schulabschluss .....  6  
 Schule ohne Abschluss beendet .....  7  
 Noch keinen Schulabschluss .....  8

S7 Welchen **beruflichen** Ausbildungsabschluss haben Sie? Falls Sie noch in Ausbildung oder Student(in) sind, geben Sie das bitte unter G oder H an. Was alles auf dieser Liste trifft auf Sie zu?

☞ *Mehrfachnennungen möglich!*

**Für Schüler ohne Berufsausbildung gilt A !**

A Ich habe keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung .....  1-735  
 B Ich habe eine beruflich-schulische Ausbildung (Lehre) bzw. eine beruflichschulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen .....  1-736  
 C Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen .....  1-737  
 D Ich habe einen Fachhochschulabschluss .....  1-738  
 E Ich habe einen Hochschulabschluss .....  1-739  
 F Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss .....  1-740  
 G Ich bin noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende(r), Lehrling, Berufsfach- / Handelsschule) .....  1-741  
 H Ich bin Student(in) .....  1-742

S8 Sind Sie zur Zeit erwerbstätig? Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?  
 Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr (auch Wehr- / Zivildienstleistende)..... | <input type="checkbox"/> 1-743                           | } → <b>Weiter mit Frage S9</b> |
| Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden .....                                      | <input type="checkbox"/> 2                               |                                |
| Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden .....                        | <input type="checkbox"/> 3                               |                                |
| In Mutterschafts- / Erziehungsurlaub oder in sonstiger Beurlaubung .....   | <input type="checkbox"/> 4                               |                                |
| Zur Zeit arbeitslos / Null-Kurzarbeit .....  | <input type="checkbox"/> 5                               |                                |
| Auszubildender / Lehrling .....  | <input type="checkbox"/> 6                               |                                |
| Zur Zeit <b>nicht</b> erwerbstätig, aber früher erwerbstätig .....   | <input type="checkbox"/> 7                               |                                |
| Zur Zeit <b>nicht</b> erwerbstätig und auch früher <b>nie</b> erwerbstätig .....   | <input type="checkbox"/> 8 ⇒ <b>Weiter mit Frage S11</b> |                                |

S9 Zu welcher Gruppe gehört Ihr Beruf?

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Selbstständiger Landwirt / Genossenschaftsbauer</b> (auch mithelfender Familienangehöriger) ..... | <input type="checkbox"/> 1-744 |
| <b>Akademiker in freiem Beruf</b> .....  | <input type="checkbox"/> 2     |
| <b>Selbstständige im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie usw.</b> .....                             | <input type="checkbox"/> 3     |
| <b><u>Beamter / Richter / Berufssoldat ...</u></b>   |                                |
| im einfachen oder mittleren Dienst .....   | <input type="checkbox"/> 5     |
| im gehobenen Dienst .....  | <input type="checkbox"/> 6     |
| im höheren Dienst .....  | <input type="checkbox"/> 7     |
| <b><u>Angestellter ...</u></b>   |                                |
| mit einer Tätigkeit, die nach Anweisung erledigt wird .....  | <input type="checkbox"/> 8     |
| mit selbstständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit .....                                     | <input type="checkbox"/> 9     |
| mit umfassenden Führungsaufgaben .....   | <input type="checkbox"/> 0     |
| <b><u>Arbeiter, und zwar ...</u></b>   |                                |
| ungelernt / angelernt .....  | <input type="checkbox"/> 1-745 |
| Facharbeiter .....   | <input type="checkbox"/> 2     |
| Vorarbeiter, Kolonnenführer / Meister, Polier, Brigadier .....                                       | <input type="checkbox"/> 3     |
| In <b>Ausbildung / Lehre</b> .....   | <input type="checkbox"/> 4     |
| <b>Wehr- / Zivildienstleistender</b> .....   | <input type="checkbox"/> 5     |

<p>S10 Haben Sie jemals eine berufliche Tätigkeit im Gesundheitssektor ausgeübt?</p> <p>Ja, derzeit ..... <input type="checkbox"/> 1-746</p> <p>Ja, früher ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>S11 Sind Sie Rentner(in), Pensionär(in) oder im Vorruhestand?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1-747</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>S12 Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit gerechnet? Zählen Sie dabei bitte auch alle im Haushalt lebenden Kinder mit.</p> <p><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Personen &lt; Bitte eintragen! &gt; 748-749</p>	<p>S13 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt beziehen ein eigenes Einkommen, z.B. aus Berufstätigkeit, Rente oder anderem?</p> <p>Eine Person ..... <input type="checkbox"/> 1-755</p> <p>Zwei Personen ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Drei Personen ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Vier Personen und mehr ..... <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>Davon Anzahl der Personen im Haushalt <b>über</b> 18 Jahren:</p> <p><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Personen &lt; Bitte eintragen! &gt; 750-751</p>	<p>S14 Wie hoch ist das monatliche <b>Netto</b>-Einkommen Ihres <b>Haushaltes</b> insgesamt? Gemeint ist dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.</p> <p>Unter 500 € ..... <input type="checkbox"/> 1-756</p> <p>500 bis unter 1.000 € ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>1.000 bis unter 1.500 € ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>1.500 bis unter 2.000 € ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>2.000 bis unter 2.500 € ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>2.500 bis unter 3.000 € ..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>3.000 bis unter 4.000 € ..... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>4.000 bis unter 5.000 € ..... <input type="checkbox"/> 8</p> <p>5.000 € und mehr ..... <input type="checkbox"/> 9</p>
<p>Davon Anzahl der Personen im Haushalt <b>unter</b> 18 Jahren:</p> <p><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Personen &lt; Bitte eintragen! &gt; 752-753</p>	
<p>Bei Personen unter 18 Jahren: Sind Sie Alleinerziehende/r?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1-754</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	

**Abschließend noch eine Frage zum Thema "Politik"**

S15 Welche Partei würden Sie wählen, wenn am kommenden Sonntag Bundestagswahl wäre?

<p>SPD ..... <input type="checkbox"/> 1-1071</p> <p>CDU / CSU ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Bündnis 90 / Die Grünen ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>FDP ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Die Linke ..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>Republikaner / DVU / NPD ..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Andere Partei ..... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Würde nicht wählen ..... <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Würde ungültig wählen ..... <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 0</p>
--	--

**Zum Schluss bitten wir Sie um eine kurze Bewertung des Fragebogens**

A War der Fragebogen einfach oder schwierig auszufüllen? Bitte kreuzen Sie die Skala entsprechend an:

- ♦ 1 bedeutet: Fragebogen war einfach auszufüllen,
- ♦ 6 bedeutet: Fragebogen war schwierig auszufüllen.

Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihre Meinung abstimmen.

Einfach auszufüllen ←—————→ Schwierig auszufüllen

1                      2                      3                      4                      5                      6-759

B Wie fanden Sie das Beantworten der Fragen insgesamt, eher interessant oder eher langweilig? Bitte kreuzen Sie wieder die Skala entsprechend an:

Interessant ←—————→ Langweilig

1                      2                      3                      4                      5                      6-760

C Wie beurteilen Sie die Länge des Fragebogens? Bitte kreuzen Sie wieder die Skala entsprechend an:

Viel zu lang ←—————→ In Ordnung

1                      2                      3                      4                      5                      6-761

D Wie viel Zeit haben Sie zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

Minuten    < Bitte eintragen! >                      762-764

E Haben Sie noch Anmerkungen zum Fragebogen?

---



---



---



---



---

1700-1799

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme.**