

Bitte mit schwarzem / blauem Kugelschreiber
folgendermaßen ankreuzen:

Projekt Nr.: **73.08.057534**

Gesundheitliche Lage

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

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

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

- Ja 1-125
 Nein 2

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

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: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 5px;">kg < Bitte eintragen! ></div> <div style="margin-left: 20px; font-size: small;">151-153</div> </div> <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: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 5px;">cm < Bitte eintragen! ></div> <div style="margin-left: 20px; font-size: small;">154-156</div> </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>11. Wie oft gehören die folgenden Nahrungsmittel zu Ihrem Speiseplan?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Täglich</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Mehr- mals in der Woche</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ab und zu</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Selten oder nie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frisches Obst</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4-159</td> </tr> <tr> <td>Salat, frisches Gemüse</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4-160</td> </tr> <tr> <td>Tiefkühlkost, Fertiggerichte, Pizza</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4-161</td> </tr> <tr> <td>Süßigkeiten, Kuchen, Snacks</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4-162</td> </tr> </tbody> </table>			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
	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>																									
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; display: inline-block;"> <h3 style="margin: 0;">Gesundheit im Alltag</h3> </div>																										
<p>16. Wie oft hatten Sie in den letzten vier Wochen aufgrund Ihres körperlichen Gesundheitszustandes folgende Probleme bei Ihrer Arbeit oder bei anderen regelmäßigen Aktivitäten?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Die ganze Zeit</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Meistens</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Manch- mal</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Selten</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Niemals</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sie konnten weniger erreichen, als Sie eigentlich erreichen wollten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5-</td> </tr> <tr> <td>Sie konnten Ihre gewohnten Aktivitäten weniger sorgfältig durchführen als sonst</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5-</td> </tr> </tbody> </table>			Die ganze Zeit	Meistens	Manch- mal	Selten	Niemals	Sie konnten weniger erreichen, als Sie eigentlich erreichen wollten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-	Sie konnten Ihre gewohnten Aktivitäten weniger sorgfältig durchführen als sonst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-							
	Die ganze Zeit	Meistens	Manch- mal	Selten	Niemals																					
Sie konnten weniger erreichen, als Sie eigentlich erreichen wollten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-																					
Sie konnten Ihre gewohnten Aktivitäten weniger sorgfältig durchführen als sonst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-																					

17. Wie oft hatten Sie in den letzten vier Wochen aufgrund von emotionalen Problemen (wie z.B. depressive Stimmung oder Angstgefühle) folgende Schwierigkeiten bei Ihrer Arbeit oder bei anderen regelmäßigen Aktivitäten?

	Die ganze Zeit	Meistens	Manch- mal	Selten	Niemals
Sie konnten weniger erreichen, als Sie eigentlich erreichen wollten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Sie konnten Ihre gewohnten Aktivitäten weniger sorgfältig durchführen als sonst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-

18. Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie sich in den letzten vier Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen gegangen ist. Nennen Sie bitte für jede Frage die Antwortkategorie, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

Wie oft in den letzten vier Wochen haben Sie ...	Die ganze Zeit	Meistens	Manch- mal	Selten	Niemals
sich richtig lebendig gefühlt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
sich ausgesprochen angespannt gefühlt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
sich so niedergeschlagen gefühlt, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
sich ruhig und gelassen gefühlt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
großen Tatendrang verspürt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
sich entmutigt und deprimiert gefühlt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
sich erschöpft gefühlt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
sich glücklich gefühlt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
sich müde gefühlt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-

19. Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

 Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils / teils	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-

20. Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit ...

 Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
Ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
den körperlichen Arbeitsbedingungen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
den Herausforderungen und Fertigkeiten, die Ihre Arbeit beinhaltet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-

21. Energie und psychisches Wohlbefinden:
Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie für Sie zutrifft.

 Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Immer	Oft	Manch- mal	Selten	Nie / fast nie
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Wie häufig denken Sie „Ich kann nicht mehr“?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-

22. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ...

	Sehr zu- frieden	Eher zu- frieden	Eher unzu- frieden	Sehr unzu- frieden
Ihrem Arbeitspensum?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
den Anforderungen, die an Ihre Konzentration gestellt werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
der Gestaltung Ihres Arbeitsplatzes?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
den körperlichen Anforderungen durch Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-

23. Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten 3 Jahren ausüben können?

Sehr wahrscheinlich	<input type="checkbox"/> 1-		Unwahrscheinlich	<input type="checkbox"/> 4
Wahrscheinlich	<input type="checkbox"/> 2		Sehr unwahrscheinlich	<input type="checkbox"/> 5
Nicht sicher	<input type="checkbox"/> 3			

Gesundheitsverhalten und Krankheitsrisiken

24. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zum Gesundheitsverhalten und zu Krankheitsrisiken. Bitte kreuzen Sie jeweils an, ob die Aussage Ihrer Meinung nach zutreffend ist oder nicht.

	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Weiß nicht
Körperliche Bewegung ist nur gesundheitsförderlich, wenn man dies auch täglich und sehr intensiv betreibt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Nahrungsergänzungsmittel und Vitamine in Pillenform sind für gesunde Personen fast immer überflüssig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Mit dem Rauchen aufzuhören, bringt für Ältere, die ihr Leben lang geraucht haben, keine gesundheitlichen Vorteile mehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Ein Schnaps nach dem Essen räumt den Magen auf und fördert die Verdauung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Wenn man abnehmen will, ist es am allerwichtigsten, auf Fett in der Nahrung zu verzichten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Erfrischungsgetränke (wie Cola, Fanta, Sprite usw.) sind eher ungesund	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Viel Salz im Essen kann gesundheitlich nicht schaden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Täglich 3 - 4 Gläser Rotwein zu trinken, ist nach neueren Studien gesund und erhöht die Lebenserwartung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Vitamin C hat keinen nachweisbaren Nutzen zur Vorbeugung von Erkältungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Babys sollten so warm wie möglich eingepackt werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-

Fortsetzung nächste Seite!

Fortsetzung Frage 24 :

	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Weiß nicht
Übergewicht wird vererbt, durch Ernährung oder Bewegung kann man da nichts ausrichten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Bei älteren Menschen ist ein erhöhter Blutdruck normal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Ein niedriger Cholesterinwert schützt vor Krankheiten und erhöht die Lebenserwartung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Von psychischen Erkrankungen (z.B. Depressionen, Ängste, "Burn out") ist die Mehrzahl der Bevölkerung im Laufe des Lebens zumindest einmal betroffen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Eine AIDS-Erkrankung ist aufgrund neuer Medikamente heute kein großes Problem mehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Der Satz "Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben" galt früher einmal, aber heute nicht mehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Dass Menschen heute sehr viel länger leben als vor 100 oder 200 Jahren, verdanken wir dem medizinischen Fortschritt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-

25. Die folgenden Fragen betreffen die medizinische Versorgung und die Krankenkasse. Bitte kreuzen Sie auch hier wieder an, ob die Aussage Ihrer Meinung nach zutreffend ist oder nicht.

	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Weiß nicht
Die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung (z.B. Krebs) ist mit keinerlei medizinischen Risiken verbunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Wenn Diabetes (Zuckerkrankheit) nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wird, kann dies schwerwiegende Folgen haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Viele der für Kleinkinder empfohlenen Schutzimpfungen sind unnötig und teilweise sogar gesundheitsgefährlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Ein gutes und wirksames Arzneimittel kann man schon am Preis erkennen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Medikamente sollte man genau so lange einnehmen wie verschrieben - auch wenn man sich vorher schon wieder gesund fühlt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Wenn man anderer Meinung als der Arzt ist, dann sollte man sich als Laie besser der Meinung des Experten beugen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Bei Rückenschmerzen sollte man im Bett bleiben und Ruhe halten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Bei schweren Erkältungskrankheiten kürzt ein Antibiotikum die Krankheitsdauer ab	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Medizin kann heute gegen viele Krankheiten helfen, gegen psychische Erkrankungen (wie Depressionen, Wahnvorstellungen) ist sie jedoch völlig machtlos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Eine Chefarzt-Behandlung im Krankenhaus hat fast immer bessere medizinische Erfolge als die Behandlung durch einen "normalen" Klinikarzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Heutzutage sind Röntgenaufnahmen und andere Verfahren wie die Computertomografie durch den technischen Fortschritt völlig unschädlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Eine Behandlung mit Hormonen ist für Frauen in den Wechseljahren mit Gesundheitsrisiken verbunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
In der Gesetzlichen Krankenversicherung hat man schon ab dem Alter von 35 Anspruch auf eine kostenlose Gesundheitsuntersuchung ("Check-up")	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Bei vielen Gesetzlichen Krankenkassen kann man sich inzwischen auch kostenlos von Medizinern beraten lassen oder eine ärztliche "Zweitmeinung" einholen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
In der Gesetzlichen Krankenversicherung darf man erst nach Ablauf eines Quartals den Arzt wechseln, sonst muss man die Behandlung selbst bezahlen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-

26. Es gibt viele Vorschläge, um Verbraucher und Patienten besser als bislang zu gesundheitlichen Fragen zu informieren. Allerdings hat jeder eine andere Meinung, was besonders wichtig ist und was nicht. Bitte kreuzen Sie von den folgenden 12 Vorschlägen jene an, die Sie persönlich für die wichtigsten halten.

 Bitte höchstens 6 Vorschläge ankreuzen!

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|
| Auf Lebensmitteln sollte man mit einem Blick erkennen, ob das Produkt ungesund ist | <input type="checkbox"/> | 1- |
| Es sollte Broschüren geben, die ausführlich informieren über Patienten-Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen usw. | <input type="checkbox"/> | 1- |
| Beipackzettel für alle Medikamente sollten übersichtlich und für jedermann leicht verständlich sein | <input type="checkbox"/> | 1- |
| Ärzte sollten in der Ausbildung lernen, sich für Patienten verständlich und ohne Fachbegriffe auszudrücken | <input type="checkbox"/> | 1- |
| Eine unabhängige Einrichtung für pflegende Angehörige sollte über Hilfen und Unterstützungsangebote beraten | <input type="checkbox"/> | 1- |
| Versicherte sollten regelmäßig über ihnen zustehende Früherkennungsuntersuchungen (Vorteile und Risiken) informiert werden | <input type="checkbox"/> | 1- |
| Es sollte ausführlichere und verständlichere Informationsmöglichkeiten geben über die Kompetenz und Qualität von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen | <input type="checkbox"/> | 1- |
| Bei Gesundheitsrisiken in Lebensmitteln (Schadstoffe, Pestizide, "Gammelfleisch") sollten die Namen der Hersteller öffentlich genannt werden | <input type="checkbox"/> | 1- |
| Ärzte sollten Patienten mehr beraten über persönliche Verhaltensmöglichkeiten zur Krankheitsvorbeugung | <input type="checkbox"/> | 1- |
| Gesundheits-Seiten im Internet sollten von unabhängigen Einrichtungen auf ihre Zuverlässigkeit kontrolliert und die Ergebnisse veröffentlicht werden | <input type="checkbox"/> | 1- |
| Im Haushalt häufig verwendete Produkte (Reinigungsmittel, Kosmetik, Farben usw.) sollten eine deutlichere Kennzeichnung haben, ob sie gesundheitsgefährlich sind | <input type="checkbox"/> | 1- |
| Es sollte mehr Aufklärung nicht nur über körperliche, sondern auch über psychische Erkrankungen geben | <input type="checkbox"/> | 1- |

27. Politiker diskutieren zurzeit über Möglichkeiten, gründliche Kenntnisse über Gesundheits- und Krankheitsfragen schon in der Schule zu vermitteln. Was ist Ihre Meinung, sollte zukünftig in den Schulen ...

	Ja, auf jeden Fall	Eher ja	Eher nein	Nein, auf keinen Fall
ein Unterrichtsfach "Gesundheit" eingeführt werden, das über Gesundheitsrisiken (durch Rauchen, Alkohol, Drogen, Ernährung, Bewegung, Stress, Depression) informiert?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
mehr als bislang über wichtige Krankheiten (Ursachen, Verlauf, Behandlung) und das Gesundheitssystem informiert werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
ein Unterrichtsfach "Kochen und gesunde Ernährung" eingeführt werden? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
mehr Sportunterricht und körperliche Bewegung stattfinden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-

28. Wenn Sie sich über Gesundheits- und Krankheits-Themen informieren, wo und wie oft geschieht dies?

	Sehr häufig	Häufig	Gelegent- lich	Selten oder nie
Bücher, Lexika	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Apotheken- oder Krankenkassen-Zeitschriften	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Wochen-Zeitschriften (z.B. Stern, Spiegel, Focus, Zeit)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Tageszeitungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Beim Arzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Im Internet: spezielle Gesundheits-Seiten und Portale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Im Internet: Gesundheitsseiten großer Zeitungen, Zeitschriften	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Fernsehsendungen, Radio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Bei der Krankenkasse (Zeitschriften, Internetportal, Anruf)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Call Center, Telefonberatung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Patientenverbände, Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-
Anderswo, sonstige Quellen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-

29. Wären Sie unter Umständen bereit, Ihre Kenntnisse zu Gesundheits- oder Krankheits-Themen gründlich und umfassend zu erweitern, zum Beispiel in der Volkshochschule oder im Kurs einer Krankenkasse?

- Nein, auf keinen Fall 1-
- Ja, wenn der Unterricht kostenlos ist 2
- Ja, wenn meine zeitlichen Belastungen (Arbeit, Haushalt) geringer wären 3
- Ja, bei einer schweren Erkrankung 4
- Ja, wenn die ärztliche Behandlung nicht anspricht, Beschwerden nicht besser werden 5
- Ja, wenn ich mit den ärztlichen Erklärungen und Informationen sehr unzufrieden wäre 6

30. Haben Sie schon einmal einen solchen Kurs oder eine solche Veranstaltung mitgemacht?

- Ja, schon öfter 1-
- Ja, einmal 2
- Nein 3

31. Sind Sie Mitglied einer Selbsthilfegruppe oder eines Patientenverbandes?

- Ja 1-
- Nein 2

Kontakte mit Ärzten oder deren Praxispersonal

32. 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; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			321-322
Internist	<input type="checkbox"/> 1-323	→	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			324-325
Frauenarzt / Gynäkologe	<input type="checkbox"/> 1-326	→	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			327-328
Andere Fachärzte	<input type="checkbox"/> 1-329	→	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			330-331
Zahnarzt	<input type="checkbox"/> 1-332	→	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			333-334
Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner	<input type="checkbox"/> 1-335	→	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			336-337
Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Amtsarzt	<input type="checkbox"/> 1-338	→	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			339-340
Sonstiger Arzt	<input type="checkbox"/> 1-341	→	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			342-343
Hatte mit keinem niedergelassenen Arzt oder dessen Praxispersonal in den letzten 12 Monaten Kontakt	<input type="checkbox"/> 1-344	→	Weiter mit Frage 72			

Kontakte mit dem Hausarzt

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

- Ja 1-345 ⇒ **Weiter mit Frage 34**
 Nein 2 ⇒ **Weiter mit Frage 58**

34. Ist dieser Hausarzt ein ...

 Bitte nur **eine** Nennung!

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

35. 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

36. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich die Hilfe dieses Hausarztes in Anspruch genommen?

--	--

mal < Bitte eintragen! >

348-349

37. Wie lange sind Sie schon bei diesem Hausarzt?

- Seit weniger als 1 Jahr 1-350
 Seit mindestens 1 Jahr, aber weniger als 5 Jahren 2
 Seit 5 Jahren oder mehr 3

38. 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 1-355
 Praxisbesuch ohne Arztkontakt (z.B. Rezeptausstellung, Bestrahlung) 1-356
 Abholen eines Überweisungsscheins 1-357
 (Wunsch nach) Krankschreibung 1-358
 Befindlichkeitsstörungen (z.B. allgemeines Unwohlsein, Schlafstörung) 1-359
 Beratung zu psychischen, sozialen oder mentalen Belastungen 1-360
 Akute leichte Erkrankungen (z.B. Erkältungskrankheit, Durchfall) 1-361
 Akute schwere Erkrankungen 1-362
 Dauerleiden bzw. länger andauernde / chronische Krankheit (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Allergien, Rheuma) 1-363
 Unfall 1-364
 Behinderung 1-365
 Ärztliches Gutachten 1-366
 Sonstiges 1-367

39. 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?

Ungefähr Tage 369-371

◀ Bitte eintragen! ▶

40. Haben Sie diese Wartezeit empfunden als ...

viel zu lang? 1-372

zu lang? 2

noch akzeptabel? 3

Genau meinen Wünschen entsprechend. 4

41. Haben oder hatten Sie wegen dieser zeitlichen Verzögerung des Praxisbesuchs spürbare gesundheitliche Nachteile?

Ja, sicher 1-383

Ja, vielleicht 2

Nein 3

Weiß nicht 4

42. Wie lange mussten Sie bei diesem Besuch in der Arztpraxis warten, bis Sie untersucht, behandelt oder beraten wurden?

Etwa Minuten 384-386

◀ Bitte eintragen! ▶

Denken Sie bitte bei der nächsten Frage an den letzten Kontakt mit der Praxis Ihres Hausarztes!

43. Haben Sie beim *letzten* Kontakt mit der Arztpraxis auch mit Ihrem Hausarzt gesprochen?

Ja 1-388

Nein, nur mit dem Praxispersonal 2

44. Wie viele Minuten hat das letzte Behandlungsgespräch mit Ihrem Hausarzt gedauert?

Etwa Minuten 389-391

◀ Bitte eintragen! ▶

45. 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

Erfahrungen beim Hausarzt

46. **Bitte denken Sie bei den Fragen 46-48 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.)

Wie intensiv ...	Sehr intensiv	Intensiv	Teils / teils	Weniger intensiv	So gut wie gar nicht
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
Und wie stark ...	Sehr stark	Stark	Teils / teils	Kaum	Gar nicht
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

47. 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

48. 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 49-54 an Kontakte in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Hausarzt!

49. 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	⇒ Weiter mit Frage 52
Ja, ein- oder zweimal	<input type="checkbox"/> 2	} → Weiter mit Frage 50
Ja, schon öfters	<input type="checkbox"/> 3	

50. 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	⇒ Weiter mit Frage 52
Ihre Meinung dem Arzt auch gesagt?	<input type="checkbox"/> 2-446	⇒ Weiter mit Frage 51
einen anderen Arzt dazu befragt?	<input type="checkbox"/> 3-446	⇒ Weiter mit Frage 52

51. Hat Ihr Hausarzt es akzeptiert, dass Sie seinen Behandlungsvorschlag abgelehnt haben?

Ja, ohne Probleme	<input type="checkbox"/> 1-449
Ja, mit Einschränkungen	<input type="checkbox"/> 2
Nein	<input type="checkbox"/> 3

52. Würde es Ihr Hausarzt akzeptieren, wenn Sie einen anderen Behandlungsweg gehen als den, den er empfiehlt?

Ja	<input type="checkbox"/> 1-450
Nein	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 3

53. Hätte Ihr Hausarzt etwas dagegen, wenn Sie sich eine Zweitmeinung bei einem anderen Arzt über den richtigen Behandlungsweg einholen würden?

Ja	<input type="checkbox"/> 1-451
Nein	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 3

54. Haben Sie schon einmal den Hausarzt gewechselt, weil Sie mit der Behandlung nicht einverstanden waren?

Ja	<input type="checkbox"/> 1-452
Nein	<input type="checkbox"/> 2

Zufriedenheit mit dem Hausarzt

55. 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

56. 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

57. 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

58. 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 style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal < Bitte eintragen! > | 490-491 |
| Keinmal | <input type="checkbox"/> 1-492 |

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

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal < Bitte eintragen! > | 493-494 |
| Keinmal | <input type="checkbox"/> 1-495 |

59. 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 |

60. 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 62**
- ⇨ **Weiter mit Frage 61**

61. 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 63**

62. 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

63. 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

64. 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

65. 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! >

66. Haben Sie diese Wartezeit empfunden als ...

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

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

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

68. 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

69. 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 70**
 Nein 2 ⇒ **Weiter mit Frage 72**

70. 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 erhalten 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 mit mir besprochen 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

71. 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

Informationsbedarf und Informationssuche

72. Ist es bei Ihnen in den letzten Jahren vorgekommen, dass Sie ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Nein	Ja, einmal	Ja, zweimal oder öfter
einen neuen Haus- oder Allgemeinarzt gesucht haben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-430
einen neuen Facharzt (z.B. Orthopäde, Internist, Augenarzt) gesucht haben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-431

73. Wenn Sie einen neuen Arzt suchen müssten, welche genaueren **Informationen zum Arzt selber** hätten Sie gerne, die Ihnen bei der Auswahl des Arztes helfen könnten?

 Bitte in jeder Zeile jeweils ein Kreuz für Hausarzt und ein Kreuz für Facharzt machen!

Informationen zum <u>Arzt selber</u>	Hausarzt			Facharzt		
	Sehr wichtig	Eher wichtig	Nicht so wichtig	Sehr wichtig	Eher wichtig	Nicht so wichtig
A Alter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
B Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
C Foto des Arztes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
D Dokortitel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E Fremdsprachenkenntnisse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
F Nachweise über Fortbildung des Arztes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
G Tätigkeitsschwerpunkte des Arztes (z.B. Darmspiegelungen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
H Spezialisierungen (z.B. für Naturheilkunde oder Rheuma, Diabetes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
I Berufserfahrung in der Klinik vor der Niederlassung.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J Berufserfahrung als niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
K Empfehlung durch andere Ärzte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
L Empfehlung durch Verwandte oder Freunde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
M Erfahrungen bzw. Zufriedenheit anderer Patienten mit dem Arzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
N Vorhandensein guter Kontakte zu anderen Fachärzten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
O Ergebnisse einer unabhängigen Qualitätsprüfung des Arztes ("Ärzte-TÜV")	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
P Behandlung nach neuestem medizinischen Wissensstand	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Q Erfahrung des Arztes mit speziellen Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
R Erfolgsrate bei Behandlungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
S Komplikationsrate bei Behandlungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
T Freundlichkeit, Umgangston	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
U Verständlichkeit der Erklärungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
V Eingehen auf Fragen der Patienten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
W Bereitschaft des Arztes, Hausbesuche oder Altenheimbesuche zu machen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

74. Welche Informationen haben Sie in der Vergangenheit selber am ehesten genutzt?

 Bitte tragen Sie hier die Buchstaben aus Frage 73 für jene Informationen ein, die Sie selbst **bei der Arztsuche** genutzt haben!

	Buchstabe für Hausarzt	Buchstabe für Facharzt
1. Information:	<input type="checkbox"/> xxx-xxx	<input type="checkbox"/> xxx-xxx
2. Information:	<input type="checkbox"/> xxx-xxx	<input type="checkbox"/> xxx-xxx
3. Information:	<input type="checkbox"/> xxx-xxx	<input type="checkbox"/> xxx-xxx

Ich habe keine der genannten Informationen zur Auswahl eines ... genutzt

Hausarztes

Facharztes

1

1

75. Wenn Sie einen neuen Arzt suchen müssten, welche genaueren **Informationen zur Arztpraxis** hätten Sie gerne, die Ihnen bei der Auswahl der Arztpraxis helfen könnten?

 Bitte in jeder Zeile jeweils ein Kreuz für Hausarztpraxis und ein Kreuz für Facharztpraxis machen!

Informationen zur Arztpraxis	Hausarztpraxis			Facharztpraxis		
	Sehr wichtig	Eher wichtig	Nicht so wichtig	Sehr wichtig	Eher wichtig	Nicht so wichtig
A Fotos der Praxis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
B Nähe zum Wohnort	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
C Erreichbarkeit der Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
D Barrierefreiheit / Zugang für Behinderte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E Technische Ausstattung der Praxis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
F Sauberkeit der Praxis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
G Ausreichend Platz im Wartebereich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
H Unterhaltungsmöglichkeiten, um die Wartezeit zu verkürzen (Musik, Videos, Zeitschriften)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
I Beschilderung der Räume innerhalb der Praxis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J Gestaltung der Räumlichkeiten, so dass Vertraulichkeit gewahrt wird (z.B. beim Empfang) .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
K Wartezeit auf einen Untersuchungs- / Behandlungstermin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
L Wartezeit in der Praxis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
M Erweiterte Öffnungszeiten (z.B. Abend- oder Samstagssprechstunden)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
N Gemeinschaftspraxis (mehrere Ärzte in einer Praxis)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
O Präsentation der Praxis im Internet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
P Erstkontakt per E-Mail möglich (z.B. Anmeldung, Terminvereinbarung)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Q Broschüre der Praxis mit Vorstellung der Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
R Zertifikate oder Urkunden darüber, dass die Qualität der Praxis von einer unabhängigen Organisation geprüft wurde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
S Freundlichkeit / Umgangston der Medizinischen Fachangestellten (Arzthelfer/in)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
T Erfahrungen bzw. Zufriedenheit anderer Patienten mit der Arztpraxis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
U Ausweisung der Praxis als Schwerpunktpraxis (z.B. für Diabetiker)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
V Angebot so genannter individueller Gesundheitsleistungen (nicht von der Krankenkasse bezahlte Leistungen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
W Führen einer elektronischen Patientenakte (der Arzt trägt alle Befunde in ein Computersystem ein)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
X Informationen über die Art der Patienten in der Praxis (z.B. viele Ältere, Frauen, Studenten)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Y Bereitstellung von Broschüren, die die normalen Abläufe in der Praxis erklären	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Z Sicherstellung einer Begleitung hilfebedürftiger Patienten innerhalb der Praxis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

76. Welche Informationen haben Sie in der Vergangenheit selber am ehesten genutzt?

 Bitte tragen Sie hier die Buchstaben aus Frage 75 für jene Informationen ein, die Sie selbst bei der Suche nach einer Hausarzt- oder Facharztpraxis genutzt haben!

	Buchstabe für Hausarztpraxis	Buchstabe für Facharztpraxis
1. Information:	<input type="checkbox"/> xxx-xxx	<input type="checkbox"/> xxx-xxx
2. Information:	<input type="checkbox"/> xxx-xxx	<input type="checkbox"/> xxx-xxx
3. Information:	<input type="checkbox"/> xxx-xxx	<input type="checkbox"/> xxx-xxx
Ich habe keine der genannten Informationen zur Auswahl einer ... genutzt		
	Hausarzt- praxis	Facharzt- praxis
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

77. Welche Informationsquellen halten Sie für geeignet, um sich über Ärzte bzw. Arztpraxen zu informieren?

	Sehr geeignet	Eher geeignet	Eher nicht geeignet
Branchenverzeichnis / Gelbe Seiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Persönliches Gespräch mit anderen Ärzten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Persönliches Gespräch mit Verwandten oder Freunden, Kollegen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Beratungsstellen für Patienten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Broschüren oder Telefon-Hotlines der Krankenkassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Internet: eigene Darstellung der Ärzte / Praxen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Internet: Darstellung aller Ärzte / Arztpraxen durch die Ärzteverbände	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Internet: Darstellung aller Ärzte / Arztpraxen durch unabhängige Beratungsstellen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Internet: Portale, in denen andere Patienten anonym ihre Arztbewertung abgeben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Darstellungen in Zeitungen / Zeitschriften	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Radio- und Fernsehsendungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-

78. Welche Organisation halten Sie für geeignet, verlässliche Informationen über Ärzte / Arztpraxen und die Qualität der Behandlung bereit zu stellen?

	Sehr geeignet	Eher geeignet	Eher nicht geeignet
Krankenkassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Verbraucherschutzeinrichtungen (z.B. Verbraucherzentrale, Stiftung Warentest)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Staatliche Einrichtungen (z.B. Gesundheitsamt, Gesundheitsbehörde)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Patientenberatungsstellen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Universitäten, wissenschaftliche Einrichtungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Gemeinnützige Organisationen (z.B. Arbeiterwohlfahrt, Rotes Kreuz)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-
Ärzteverbände (Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-

Hausarztzentrierte Versorgung (Hausarztmodelle)

79. 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

80. Nehmen Sie bereits an einem Hausarztmodell teil?

Ja 1-581 ⇒ **Weiter mit Frage 81**
 Nein 2 ⇒ **Weiter mit Frage 86**

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

Ungefähr Monaten 582-583
 < Bitte eintragen! >

82. Haben Sie dazu den Hausarzt gewechselt?

Ja 1-584
 Nein 2

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

Besser 1-585
 Schlechter 2
 Genauso wie früher 3

84. 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

85. 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

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

Ja 1-588
 Nein 2

Integrierte Versorgungsmodelle

87. Einige Krankenkassen bieten ihren Versicherten seit 2004 sogenannte Integrierte Versorgungsmodelle durch bestimmte Ärzte bzw. Krankenhäuser an. Diese Verträge verfolgen das Ziel, die Abstimmung der beteiligten Ärzte über die Grenzen der jeweiligen Praxis oder Klinik hinaus zu fördern. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig und erfordert in der Regel eine Einschreibung bei dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Klinik. Haben Sie jemals an einer solchen "Integrierten Versorgung" teilgenommen?

Ja 1-
 Nein 2

Erfahrungen in der Apotheke

Seit dem 01.04.2007 können Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern Verträge über Preisnachlässe (sog. "Rabattverträge") abschließen. Die Apotheken sind hierbei verpflichtet, nur noch Arzneimittel der Hersteller abzugeben, mit denen die Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat. Die Krankenkassen wollen mit den Rabattverträgen ihre Arzneimittelausgaben senken.

88. Kennen Sie diese neue Regelung?

 *Mehrfachnennungen möglich!*

- Ja, ich wurde von meinem Arzt hierüber informiert 1-
- Ja, ich wurde von meiner Apotheke hierüber informiert 2
- Ja, ich wurde von meiner Krankenkasse hierüber informiert 3
- Ja, ich habe hiervon aus Medien und / oder von Bekannten erfahren 4
- Nein, ich kenne diese Regelung nicht 5

89. Wie bewerten Sie diese neue Regelung?

- | | | |
|--------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|
| Bin sehr dafür <input type="checkbox"/> 1- | | Bin eher dagegen <input type="checkbox"/> 4 |
| Bin eher dafür <input type="checkbox"/> 2 | | Bin sehr dagegen <input type="checkbox"/> 5 |
| Teils / teils <input type="checkbox"/> 3 | | Weiß nicht <input type="checkbox"/> 6 |

90. Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate in einer Apotheke ein anderes Arzneimittel erhalten als Sie eigentlich erwartet haben bzw. als auf Ihrem Rezept stand?

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------|
| Ja <input type="checkbox"/> 1- | ⇒ | Weiter mit Frage 91 |
| Nein, ich habe die Arzneimittel erhalten, die ich erwartet habe <input type="checkbox"/> 2 | } → | Weiter mit Frage 96 |
| Nein, ich habe in den letzten 6 Monaten keine Arzneimittel verordnet bekommen <input type="checkbox"/> 3 | | |

91. Welche Erklärungen erhielten Sie von den Mitarbeitern der Apotheke?

 *Mehrfachnennungen möglich!*

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------|
| Mir wurde nichts erklärt <input type="checkbox"/> 1- | ⇒ | Weiter mit Frage 94 |
| Das sei eine Folge der letzten Gesundheitsreform <input type="checkbox"/> 1- | } → | Weiter mit Frage 92 |
| Es wurde auf Verträge oder Rabattverträge hingewiesen <input type="checkbox"/> 1- | | |
| Der Arzt hätte etwas nicht angekreuzt bzw. es läge am Arzt <input type="checkbox"/> 1- | | |
| Das sei neu, aber so üblich <input type="checkbox"/> 1- | | |
| Das Arzneimittel sei vorübergehend nicht lieferbar <input type="checkbox"/> 1- | | |
| Das Arzneimittel sei gerade nicht vorrätig, werde aber bestellt <input type="checkbox"/> 1- | | |
| Das Arzneimittel sei nicht lieferbar und das Rezept müsse abgeändert werden <input type="checkbox"/> 1- | | |

92. Wie erfolgte die Erklärung?

 *Mehrfachnennungen möglich!*

- Ich erhielt eine schriftliche Information 1-
- Ich wurde mündlich informiert 1-
- Ich wurde für weitere Informationen an meinen Arzt verwiesen 1-
- Ich wurde für weitere Informationen an meine Krankenkasse verwiesen 1-

93. Haben Sie die Ihnen gegebenen Erklärungen als ...
 Ausrede wahrgenommen oder 1-
 als triftige Begründung empfunden? 2

94. Hat sich der Medikamentenwechsel auf die Einnahme des erhaltenen Arzneimittels ausgewirkt?
 *Mehrfachnennungen möglich!*

Nein 1-
 Ja, ich war skeptisch, ob das neue Medikament genauso wirkt 1-
 Ja, ich musste die Einnahmezeit oder -häufigkeit ändern 1-
 Ja, ich habe für alle Fälle noch mal beim Arzt nachgefragt 1-
 Ja, ich habe nochmals anderswo nach Informationen gesucht 1-
 Ja, ich habe es nicht oder nicht regelmäßig eingenommen 1-
 Ja, ich habe es nicht eingenommen und mir vom Arzt eine Verordnung geholt, mit der ich mein altes
 Arzneimittel doch erhielt 1-

95. Mussten Sie in den letzten 6 Monaten noch ein zweites Mal in Ihre Apotheke kommen, weil Ihr Arzneimittel nicht
 vorrätig war?
 Nein 1-
 Nein, es wurde mir nach Hause geliefert 1-
 Ja 1-

Qualitätsvergleich von Gesundheitseinrichtungen

96. Seit dem Jahr 2005 können sich die Versicherten über die Qualität der medizinischen Versorgung in Kranken-
 häusern Deutschlands informieren. Alle Krankenhäuser mussten dazu so genannte Qualitätsberichte im Internet
 veröffentlichen. Patienten sollen mit Hilfe der Qualitätsberichte leichter ein Krankenhaus auswählen können.
 Haben Sie schon von diesen Qualitätsberichten gehört?
 Ja 1-434 ⇒ **Weiter mit Frage 97**
 Nein 2 ⇒ **Weiter mit Frage 99**

97. Haben Sie sich schon mal einen dieser Qualitätsberichte angeschaut?
 Ja 1-435 ⇒ **Weiter mit Frage 98**
 Nein 2 ⇒ **Weiter mit Frage 99**

98. Was halten Sie von diesen Qualitätsberichten?

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Lehne eher ab	Lehne voll ab	Weiß nicht
Die Qualitätsberichte enthalten genau die Informationen, die ich für eine Krankenhauswahl bräuchte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-440
Einige der Informationen waren für mich unverständlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-441
Es war leicht, die für mich wichtigen Informationen in den Qualitäts- berichten zu finden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-442
Falls ich ins Krankenhaus müsste, würde ich mich mit Hilfe der Qualitätsberichte informieren und dann ein Krankenhaus aus- wählen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-443

99. (Einmal abgesehen von einem Notfall, bei dem Sie durch einen Rettungsdienst in ein Krankenhaus eingewiesen würden). Angenommen, Sie müssen ein Krankenhaus wegen einer Erkrankung / Operation auswählen, wie gehen Sie dann vor?

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Lehne eher ab	Lehne voll ab	Weiß nicht
Ich entscheide nach der Nähe zu meinem Wohnort	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-444
Ich verlasse mich auf Empfehlungen von Verwandten oder Freunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-445
Ich verlasse mich voll und ganz auf die Entscheidung meines Arztes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-446
Ich frage meinen Hausarzt oder andere Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin und entscheide gemeinsam mit dem Arzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-447
Ich informiere mich bei Verbraucherberatungsstellen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-448
Ich informiere mich bei Selbsthilfeorganisationen oder Patientenverbänden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-449
Ich nutze Vergleichslisten in Zeitschriften oder im Internet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-450
Ich finde, dass man mit Krankenhäusern seine eigenen Erfahrungen machen muss, Empfehlungen allein reichen nicht aus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-451

Alter und Gesundheit

100. Ein Sprichwort sagt: "Man ist immer so alt, wie man sich fühlt". Aber wann ist - im Durchschnitt gesehen - für Sie persönlich ein Mensch alt?

Ab einem Alter von Jahren xxx-xxx

◀ Bitte eintragen! ▶

101. Wenn Sie an das eigene Altwerden denken, verbinden Sie damit ...

- ganz überwiegend positive Aspekte 1-
- eher positive Aspekte 2
- etwa gleich viele positive wie negative Aspekte 3
- eher negative Aspekte 4
- ganz überwiegend negative Aspekte 5

102. Welche positiven Aspekte des Altwerdens fallen Ihnen als erstes ein?

1.

2.

3.

103. Und welche negativen Aspekte fallen Ihnen in Bezug auf das Altwerden ein?

1.

2.

3.

104. Wie wichtig sind Ihnen in Ihrer derzeitigen Lebensphase die folgenden Bereiche?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Teils / teils	Eher un-wichtig	Sehr un-wichtig
Partnerschaft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Familienbeziehungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Freundschaften und Bekanntschaften	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Freizeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Religion	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Eigene Gesundheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Gesundheit von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Selbstständigkeit / persönlicher Freiraum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Finanzielle Sicherheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Bildung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Beruf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Ehrenamt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-

Sonstiges, und zwar:

xxxx-xxxx

105. Und wie zufrieden sind Sie derzeit mit folgenden Bereichen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Teils / teils	Eher un-zufrieden	Sehr un-zufrieden
Partnerschaft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Familienbeziehungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Freundschaften und Bekanntschaften	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Freizeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Religion	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Eigene Gesundheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Gesundheit von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Selbstständigkeit / persönlicher Freiraum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Finanzielle Sicherheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Bildung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Beruf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Ehrenamt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-

106. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem jetzigen Leben insgesamt?

Sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> 1-		Eher unzufrieden	<input type="checkbox"/> 4
Eher zufrieden	<input type="checkbox"/> 2		Sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/> 5
Teils / teils	<input type="checkbox"/> 3			

107. Jeder Mensch hat eine persönliche Vorstellung von Gesundheit. Was verstehen Sie unter Gesundheit?

 Bitte kreuzen Sie bis zu 3 Bereiche an!

Gesundheit ist für mich ...

Wohlbefinden	<input type="checkbox"/> 1-
Jungsein	<input type="checkbox"/> 1-
an kulturellen und sozialen Ereignissen teilnehmen	<input type="checkbox"/> 1-
körperliche Funktionsfähigkeit	<input type="checkbox"/> 1-
Zukunft haben	<input type="checkbox"/> 1-
das Leben selbstständig / eigenverantwortlich meistern können	<input type="checkbox"/> 1-
geistig fit und auf der Höhe sein	<input type="checkbox"/> 1-
Fähigkeit, Alltagsanforderungen zu bewältigen	<input type="checkbox"/> 1-
Fähigkeit, mit Einschränkungen umgehen zu können	<input type="checkbox"/> 1-
Fitness, Kondition, Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> 1-
Abwesenheit von Krankheit	<input type="checkbox"/> 1-

Sonstiges, und zwar::

XXXX-XXXX

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

109. Es gibt unterschiedliche Ansichten darüber, inwieweit man seine Gesundheit beeinflussen kann. Was meinen Sie?

 Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Ich kann meine Gesundheit beeinflussen durch ...	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Lehne eher ab	Lehne voll und ganz ab	Weiß nicht
gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Sport, körperliche Bewegung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
ausreichend Schlaf und Erholung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
seelisches Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Vermeiden von Stress	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
gute soziale Beziehungen, Freundschaften	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
sinnerfüllte Betätigungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
bei Beschwerden rechtzeitig zum Arzt gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Religiösen Glauben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Ausschalten von gesundheitsgefährdenden Faktoren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-

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

 Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Lehne eher ab	Lehne voll und ganz ab	Weiß nicht
Meine Gesundheit ist erblich bedingt und damit wenig beeinflussbar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von Glück.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Ärzte bestimmen die Gesundheit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
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-
Aufgrund von belastenden Arbeitsbedingungen, an denen ich nichts ändern kann, ist meine Gesundheit beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
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-
Meine Gesundheit wird durch belastende Lebensbedingungen, auf die ich keinen Einfluss habe, beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
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-
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-
Ich kann auf meine Gesundheit keinen Einfluss nehmen, weil Gesundheit altersabhängig ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-
Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt beraten bzw. untersuchen lässt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-

Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004

111. Haben Sie im ersten Quartal 2008 (Januar bis März) einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro ...

 Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

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

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

Ja	<input type="checkbox"/> 1-1010
Nein	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 3

113. 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	<input type="checkbox"/> 1-1011
Nein	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 3

Krankenversicherung

114. Welcher Krankenversicherung gehören Sie an?

Gemeint ist nur die Hauptversicherung!

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|---------------------------------|
| AOK | <input type="checkbox"/> | 1-605 | } → Weiter mit Frage 115 |
| DAK | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| Barmer Ersatzkasse (BEK) | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| Techniker Krankenkasse (TK) | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| Gmünder Ersatzkasse (GEK) | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| Kaufmännische Krankenkasse (KKH) | <input type="checkbox"/> | 6 | |
| Innungskrankenkasse (IKK) | <input type="checkbox"/> | 7 | |
| Andere Ersatzkasse | <input type="checkbox"/> | 8 | |
| Betriebskrankenkasse (BKK) | <input type="checkbox"/> | 9 | |
| Private Krankenversicherung (voll privat versichert) | <input type="checkbox"/> | 1-606 | ⇒ Weiter mit Frage 126 |
| Als Beamter oder Angestellter im öffentlichen Dienst beihilfeberechtigt mit privater Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> | 2 | } → Weiter mit Frage 115 |
| Andere Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> | 3 | |

115. Sind Sie persönlich in dieser Krankenkasse ...

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|
| Beitragzahlendes Pflichtmitglied | <input type="checkbox"/> | 1-607 |
| Beitragzahlendes freiwilliges Mitglied | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Mitversichertes Familienmitglied | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Versichert als Rentner / Arbeitsloser / Student / Wehr- oder Zivildienstleistender | <input type="checkbox"/> | 4 |

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

- | | | | |
|-----------------------------------------|--------------------------|-------|---------------------------------|
| Ja, einmal | <input type="checkbox"/> | 1-608 | ⇒ Weiter mit Frage 118 |
| Ja, schon mehrfach | <input type="checkbox"/> | 2 | ⇒ Weiter mit Frage 117 |
| Nein, aber beabsichtige demnächst | <input type="checkbox"/> | 3 | } → Weiter mit Frage 118 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | 2 | |

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

mal < Bitte eintragen! > 610

118. 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

Erfahrungen mit der Kranken- / Pflegekasse

119. Ist es in den letzten 2 Jahren vorgekommen, dass Sie mit einer Entscheidung oder einem Bescheid Ihrer Gesetzlichen Krankenkasse bzw. Pflegekasse nicht einverstanden waren?

- | | | | |
|------------|--------------------------|-------|-------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | 1-345 | ⇒ Weiter mit Frage 120 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | 2 | ⇒ Weiter mit Frage 126 |

120. Um welche Leistungen ging es bei der Entscheidung oder dem Bescheid?

 *Mehrfachnennungen möglich!*

- Krankengeld 1-
- Zuzahlungen / Eigenbeteiligungen an Leistungen 1-
- Rehabilitations- oder Vorsorgeleistung (z.B. Mütterkur, Mutter-Kind-Leistung, Kur) 1-
- Gesundheitsförderung (z.B. Kurse zu Bewegung, Ernährung, Entspannung) 1-
- Leistungen im Rahmen von Bonusprogrammen 1-
- Pflegebegutachtung 1-
- Leistung der Pflegeversicherung 1-
- Erstattung von Kosten einer zunächst selbst bezahlten Leistung 1-
- Erstattung von Fahrtkosten 1-
- Beitragsangelegenheiten 1-
- Feststellung der Mitgliedschaft 1-
- Sonstiges 1-

121. Haben Sie etwas unternommen, um den Kassen-Bescheid zu Ihren Gunsten zu ändern?

- Ja 1-345 ⇒ **Weiter mit Frage 122**
- Nein 2 ⇒ **Weiter mit Frage 124**

122. Was haben Sie unternommen und wie verlief die Angelegenheit weiter?

Ja Nein

- Haben Sie mit einem Kassenmitarbeiter (persönlich oder telefonisch) gesprochen? 1 2-
- Hatten Sie einen Briefwechsel mit der Kasse? 1 2-
- Haben Sie eine Beschwerdestelle der Kasse kontaktiert (Call Center / Telefondienst, Beschwerdemanagement)? 1 2-
- Haben Sie eine Einrichtung außerhalb der Kasse (z.B. Rechtsberatung) in Anspruch genommen? 1 2-
- Haben Sie bei der Kasse schriftlich Widerspruch eingelegt gegen den Bescheid? 1 2-
- Haben Sie später auch ein förmliches Widerspruchsverfahren in Gang gesetzt? 1 2-
- Kam es zu einer Tagung und Entscheidung des Widerspruchsausschusses? 1 2-
- Haben Sie auch ein Verfahren beim Sozialgericht in Gang gesetzt? 1 2-
- Kam es zu einer Tagung und Entscheidung des Sozialgerichts? 1 2-

123. Wurde der Kassen-Bescheid dann letztendlich geändert und wurde die Angelegenheit ...

- vollständig zu Ihren Gunsten entschieden? 1-
- zumindest teilweise zu Ihren Gunsten entschieden? 2
- zu Ihren Ungunsten entschieden? 3

124. Wie bewerten Sie die Art der Informationen Ihrer Krankenkasse in dieser Angelegenheit?

- | | Trifft
voll zu | Trifft
eher zu | Trifft
eher
nicht zu | Trifft
überhaupt
nicht zu |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Ausführlich genug | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4- |
| Für Laien verständlich | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4- |
| Ohne Androhungen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4- |
| Ohne anmaßende Belehrungen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4- |

125. Wie war insgesamt der Tonfall bzw. die Atmosphäre in dieser Angelegenheit?

- Freundlich 1-
- Neutral 2
- Unfreundlich 3

Finanzierung des Gesundheitswesens

126. 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- kommen gerecht	Über- wiegend gerecht	Über- wiegend ungerecht	Voll- kommen ungerecht	Weiß 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

127. Derzeit werden in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht berufstätige Ehepartner und Kinder kostenlos mitversichert. 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

128. 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

Gesundheitswesen in Deutschland I

129. 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

130. 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

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

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	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"/> 5-653
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"/> 5-654
Wartezeiten auf Praxis-Termine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-655
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"/> 5-656
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"/> 5-657

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

	Verbesserung	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

133. 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

134. 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. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 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). | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-684 |

135. 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 |

136. 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 |
| Eher nicht wahrscheinlich | <input type="checkbox"/> 3 |
| Unwahrscheinlich | <input type="checkbox"/> 4 |

Gesundheitswesen in Deutschland II

137. 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

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

- | | Stimme
eher zu | Stimme
eher
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 |

139. 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 |

140. 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 | } → Weiter mit Frage S9 |
| 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 nicht erwerbstätig, aber früher erwerbstätig | <input type="checkbox"/> 7 | |
| Zur Zeit nicht erwerbstätig und auch früher nie erwerbstätig | <input type="checkbox"/> 8 | |

S9 Zu welcher Gruppe gehört Ihr Beruf?

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Selbstständiger Landwirt / Genossenschaftsbauer (auch mithelfender Familienangehöriger) | <input type="checkbox"/> 1-744 |
| Akademiker in freiem Beruf | <input type="checkbox"/> 2 |
| Selbstständige im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie usw. | <input type="checkbox"/> 3 |
| <u>Beamter / Richter / Berufssoldat ...</u> | |
| im einfachen oder mittleren Dienst | <input type="checkbox"/> 5 |
| im gehobenen Dienst | <input type="checkbox"/> 6 |
| im höheren Dienst | <input type="checkbox"/> 7 |
| <u>Angestellter ...</u> | |
| 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 |
| <u>Arbeiter, und zwar ...</u> | |
| ungelernt / angelernt | <input type="checkbox"/> 1-745 |
| Facharbeiter | <input type="checkbox"/> 2 |
| Vorarbeiter, Kolonnenführer / Meister, Polier, Brigadier | <input type="checkbox"/> 3 |
| In Ausbildung / Lehre | <input type="checkbox"/> 4 |
| Wehr- / Zivildienstleistender | <input type="checkbox"/> 5 |

S10 Haben Sie jemals eine berufliche Tätigkeit im Gesundheitssektor ausgeübt?

Ja, derzeit 1-746
 Ja, früher 2
 Nein 3

S11 Sind Sie Rentner(in), Pensionär(in) oder im Vorruhestand?

Ja 1-747
 Nein 2

S12 Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit gerechnet? Zählen Sie dabei bitte auch alle im Haushalt lebenden Kinder mit.

Personen < Bitte eintragen! > 748-749

S13 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt beziehen ein eigenes Einkommen, z.B. aus Berufstätigkeit, Rente oder anderem?

Eine Person 1-755
 Zwei Personen 2
 Drei Personen 3
 Vier Personen und mehr 4

Davon Anzahl der Personen im Haushalt **über** 18 Jahren:

Personen < Bitte eintragen! > 750-751

S14 Wie hoch ist das monatliche **Netto**-Einkommen Ihres **Haushaltes** 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.

Unter 500 € 1-756
 500 bis unter 1.000 € 2
 1.000 bis unter 1.500 € 3
 1.500 bis unter 2.000 € 4
 2.000 bis unter 2.500 € 5
 2.500 bis unter 3.000 € 6
 3.000 bis unter 4.000 € 7
 4.000 bis unter 5.000 € 8
 5.000 € und mehr 9

Davon Anzahl der Personen im Haushalt **unter** 18 Jahren:

Personen < Bitte eintragen! > 752-753

Bei Personen unter 18 Jahren: Sind Sie Alleinerziehende/r?

Ja 1-754
 Nein 2

Abschließend noch eine Frage zum Thema "Politik"

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

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

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.