

Bitte mit schwarzem / blauem Kugelschreiber folgendermaßen ankreuzen:

Projekt Nr.:  
73.08.101856

### Gesundheitliche Lage

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

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

2. Sind Sie zurzeit ...

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

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

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

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

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

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

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

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- |   |   |
|---|---|
| Bluthochdruck, Hypertonie ..... <input type="checkbox"/> 1-130        | Zuckerkrankheit mit Insulin ..... <input type="checkbox"/> 1-138                      |
| Durchblutungsstörungen am Herzen ..... <input type="checkbox"/> 1-131 | Zuckerkrankheit ohne Insulin ..... <input type="checkbox"/> 1-139                     |
| Herzinfarkt ..... <input type="checkbox"/> 1-132                      | Krebserkrankung, bösartiger Tumor ..... <input type="checkbox"/> 1-140                |
| Herzschwäche, Herzinsuffizienz ..... <input type="checkbox"/> 1-133   | Gelenkverschleiß ..... <input type="checkbox"/> 1-141                                 |
| Schlaganfall ..... <input type="checkbox"/> 1-134                     | Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung ..... <input type="checkbox"/> 1-142 |
| Durchblutungsstörung des Gehirns ..... <input type="checkbox"/> 1-135 | Neurodermitis ..... <input type="checkbox"/> 1-143                                    |
| Asthma bronchiale ..... <input type="checkbox"/> 1-136                | Sonstige chronische Erkrankungen ..... <input type="checkbox"/> 1-144                 |
| Chronische Bronchitis ..... <input type="checkbox"/> 1-137            | Keine chronischen Erkrankungen ..... <input type="checkbox"/> 1-145                   |

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

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

7. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit?

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

<p>8. Wie ist Ihr Körpergewicht in kg?</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 5px;">kg &lt; Bitte eintragen! &gt;</div> <div style="margin-left: 20px; font-size: small;">151-153</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>9. Wie ist Ihre Körpergröße in cm?</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 5px;">cm &lt; Bitte eintragen! &gt;</div> <div style="margin-left: 20px; font-size: small;">154-156</div> </div>	

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

	Täglich	Mehrmals 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 Ihres Alters 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>
--	--

**Arbeit und Gesundheit**

Bitte die Fragen 16 bis 37 nur beantworten, wenn Sie derzeit erwerbstätig sind, sonst weiter mit Frage 38. Unter Erwerbstätigkeit wird jede mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.

16. Wie oft ist es bei Ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie ...

Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Keinmal	Einmal	Zweimal oder öfter
zur Arbeit gegangen sind, obwohl Sie sich richtig krank gefühlt haben? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
zur Genesung bis zum Wochenende durchgehalten haben? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
gegen den Rat des Arztes Ihrer Arbeit nachgegangen sind? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
zur Genesung Urlaubstage genommen haben? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
sich vom Arzt ein Medikament verschreiben ließen, um fit für die Arbeit zu sein? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx

Wenn Sie alles mit "Keinmal" angekreuzt haben, bitte weiter mit Frage 18!

<p>17. Wenn Sie trotz gesundheitlicher Beschwerden zur Arbeit gegangen sind: Gesah dies...</p> <p> Bitte alles Zutreffende ankreuzen!</p> <p>um keine beruflichen Nachteile zu haben? <input type="checkbox"/> 1-xxx</p> <p>mit Rücksicht auf Kollegen? ..... <input type="checkbox"/> 1-xxx</p> <p>aus Pflichtgefühl, weil sonst Arbeit liegen bleibt? ..... <input type="checkbox"/> 1-xxx</p> <p>weil Sie nicht gern den ganzen Tag zu Hause sind? ..... <input type="checkbox"/> 1-xxx</p> <p>um Ihren Arbeitsplatz nicht zu verlieren? . <input type="checkbox"/> 1-xxx</p>	<p>18. Gibt es in Ihrem Betrieb / bei Ihrem Arbeitgeber routinemäßig sogenannte „Rückkehrgespräche“, führt also ein Vorgesetzter automatisch ein Gespräch mit dem Mitarbeiter, sobald er nach einer Krankschreibung wieder zu Arbeit erscheint?</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 1-xxx</p> <p>Ja, aber dies hat keine oder keine nennenswerten negativen Folgen für den Mitarbeiter ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ja, dies kann auch erhebliche negative Folgen für den Mitarbeiter haben ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 4</p>
--	---

19. Soweit Sie es übersehen können, kam es bei Mitarbeitern, die häufiger oder länger krankgeschrieben sind, bei Ihnen im Betrieb in den letzten 12 Monaten ...

Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Nie	In Einzelfällen	Öfter
zu beruflichen Nachteilen, Entzug von Vergünstigungen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
zu Hilfe und Unterstützung durch Kollegen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
zu Abmahnungen, schriftlichen Ermahnungen und Ähnlichem? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
zur Rücksichtnahme und Verständnis bei Vorgesetzten? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
zu Kündigungen oder Aufhebungsverträgen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx

20. Welche der folgenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter bietet Ihr Arbeitgeber an?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Mitarbeiterbefragungen zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Gesprächskreise zu gesundheitlichen Problemen im Betrieb (sogenannte "Gesundheitszirkel") .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Kurse zum gesundheitsgerechten Verhalten (z.B. Ernährungsberatung, Maßnahmen zum Stressabbau) ....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Massagen / Gymnastik / Entspannungsübungen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Betriebssport .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Gesundes Kantinenessen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Bauliche, technische oder organisatorische Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsplatzes / der Arbeitsumgebung .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Sonstiges .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Nichts davon .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx

21. Handelt es sich bei Ihrer Arbeit um ...

Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Ja	Nein
ein Zeitarbeits- oder Leiharbeitsverhältnis? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
ein zeitlich befristetes Arbeitsverhältnis? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
eine Teilzeitbeschäftigung (unter 20 Stunden)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
eine ABM-Stelle oder eine Gemeinnützige Arbeit (1-Euro-Job)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
eine geringfügige Beschäftigung nach der 400- oder 800-Euro-Regelung (Mini oder Midi-Job)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
eine selbständige Arbeit als Alleinunternehmer (ohne Beschäftigte)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Nichts davon .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx	

**Arbeitsalltag und Gesundheit**

Bitte die Fragen 22 bis 37 nur beantworten, wenn Sie derzeit erwerbstätig sind, sonst weiter mit Frage 38.

22. Seit wie vielen Jahren / Monaten sind Sie an Ihrem jetzigen Arbeitsplatz bzw. üben Sie diese Tätigkeit aus?

Seit   Jahr(en) xxx-xxx  
 < Bitte eintragen! >

Wenn Sie weniger als 1 Jahr dort arbeiten, bitte eintragen, seit wie vielen Monaten.

Seit   Monat(en) xxx-xxx  
 < Bitte eintragen! >

23. Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise in Ihrer Haupttätigkeit (einschließlich Überstunden)?

Stunden pro Woche xxx-xxx  
 < Bitte eintragen! >

24. Wie viele Tage pro Woche arbeiten Sie normalerweise in Ihrer Haupttätigkeit?

Tag(e) pro Woche xxx-xxx  
 < Bitte eintragen! >

25. Üben Sie neben Ihrer Haupttätigkeit noch eine / mehrere andere bezahlte Tätigkeit(en) aus?

Nein, keine andere bezahlte Tätigkeit .....	<input type="checkbox"/>	1-xxx	⇒	<b>Weiter mit Frage 27</b>
Ja, regelmäßig .....	<input type="checkbox"/>	2	}	<b>Weiter mit Frage 26</b>
Ja, gelegentlich .....	<input type="checkbox"/>	3		
Ja, saisonbedingt .....	<input type="checkbox"/>	4		

26. Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie durchschnittlich in Ihrer / Ihren Nebentätigkeit(en)?

Stunden pro Woche xxx-xxx  
 < Bitte eintragen! >

27. Wie viele Minuten sind Sie normalerweise pro Tag insgesamt unterwegs, um von zu Hause zur Arbeit zu gelangen und wieder zurück?

Minuten pro Tag xxx-xxx  
 < Bitte eintragen! >

28. Wie ist Ihre Arbeitszeit geregelt?

Sie wird vom Arbeitgeber festgelegt, Änderungen sind nicht möglich. ....  1-xxx

Man kann zwischen verschiedenen festen Arbeitszeitplänen auswählen, die vom Arbeitgeber festgelegt werden. ....  2

Man kann die Arbeitszeit innerhalb eines gewissen Rahmens anpassen (z.B. Gleitzeit). ....  3

Die Arbeitszeit kann vollständig individuell festgelegt werden. ....  5

29. Kommt es regelmäßig zu Änderungen Ihrer Arbeitszeiten durch den Arbeitgeber?

Nein .....  1-xxx

**Falls ja:**  
 Wie lange im Voraus wissen Sie normalerweise über diese Änderungen Bescheid?

Ja, am selben Tag .....  2

Ja, am Vortag .....  3

Ja, einige Tage im Voraus .....  4

Ja, einige Wochen im Voraus .....  5

Sonstiges, weiß nicht .....  6

30. Arbeiten Sie im Schichtdienst?

Nein. ....  1-xxx

Ja, in Tages-Teilschichten (mit mindestens vier Stunden Pause dazwischen). ....  2

Ja, gleich bleibende Schichten (keine Nachtarbeit). ....  3

Ja, wechselnde Schichten ohne Nachtarbeit. ....  4


Ja, wechselnde Schichten mit Nachtarbeit .....  5

Ja, ausschließlich Nachtarbeit (keine Wechselschicht). ....  6

31. Die folgenden Fragen betreffen bestimmte Aspekte Ihrer Arbeitsbedingungen.

	In sehr hohem Maße	In hohem Maße	Teils-teils	In geringem Maße	In sehr geringem Maße
Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Arbeiten Sie unter Termindruck? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Kommt es bei Ihrer Arbeit zu störenden Unterbrechungen wegen anderer unvorgesehener Aufgaben? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Erfordert Ihre Arbeit ein ständiges Einarbeiten in neue Aufgabengebiete? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Erfordert Ihre Arbeit ein hohes Arbeitstempo? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu lernen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Verlangt Ihre Arbeit, dass Sie Initiative ergreifen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx

32. Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen 12 Monaten insgesamt so krank, dass Sie Ihren üblichen (Arbeits-)Tätigkeiten nicht nachgehen konnten?

 Bitte zählen Sie alle Tage zusammen, an denen Sie wegen Krankheit nicht zur Arbeit konnten oder Ihren üblichen Tätigkeiten nicht nachgehen konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren. Falls Sie die Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!

--	--	--

Tag(e) pro Jahr

xxx-xxx

< Bitte eintragen! >

33. Machen Sie sich Sorgen, dass ...

 Wenn Sie selbständig sind, kreuzen Sie bitte das Feld ganz rechts unten an.

	In sehr hohem Maße	In hohem Maße	Teils-teils	In geringem Maße	In sehr geringem Maße
Sie arbeitslos werden? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
neue Technologien Sie überflüssig machen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Bin selbständig .....					<input type="checkbox"/> 1-xxx

34. Kam es in den letzten Wochen und Monaten in Ihrem Betrieb...

	Ja	Nein
zu Kurzarbeit? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
zum Abbau von Überstunden, kürzeren Arbeitszeiten? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
zu betriebsbedingten Entlassungen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx

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


Sehr wahrscheinlich	Wahrscheinlich	Nicht sicher	Unwahrscheinlich	Sehr unwahrscheinlich
<input type="checkbox"/> 1-204	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

36. 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"/> 5-180
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"/> 5-184

37. Die folgenden Fragen betreffen Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen und zu Ihrem Vorgesetzten.

 Wenn Sie keine Kollegen und keinen Vorgesetzten haben, kreuzen Sie bitte das Feld ganz unten an!

	Immer	Oft	Manch- mal	Selten	Nie / fast nie
Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Wie oft sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Wie oft ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Wie oft spricht Ihr Vorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Wie oft sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Arbeiten Sie getrennt von Ihren Kollegen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Können Sie sich mit Kollegen unterhalten, während Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen gut? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Fühlen Sie sich durch Kollegen und Vorgesetzte häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Ich habe weder Kollegen noch Vorgesetzte .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx				

**Gesundheit und Alltag**  
**Bitte jetzt wieder alle (auch die Nicht-Erwerbstätigen) die folgenden Fragen beantworten!**

38. Auch im Privatleben gibt es mitunter Probleme, die einem auf der Seele lasten. Wie ist das bei Ihnen, wie stark fühlen Sie sich durch folgende Ereignisse, Probleme oder Konflikte beeinträchtigt?

Bitte je eine Angabe pro Zeile!


	Gar nicht	Kaum	Mittel- mäßig	Stark	Sehr stark
Eigene gesundheitliche Probleme .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Schwere Erkrankungen in der Familie .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Schwierigkeiten in der Partnerschaft .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Probleme bei der Organisation der Kinderbetreuung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Belastungen durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Konflikte mit Freunden oder Nachbarn .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Erfahrungen von körperlicher oder sexueller Gewalt oder Bedrohung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Verlust einer nahe stehenden Person .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Finanzielle Probleme oder Sorgen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Sorgen, im Alter von Armut betroffen zu sein .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx

39. Nachstehend finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet worden sind.

	Gar nicht	Kaum	Mittel- mäßig	Stark	Sehr stark
Wie sehr litten Sie <u>in den letzten zwei Wochen</u> unter:					
Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Rückenschmerzen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
dem Gefühl, wertlos zu sein? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Schmerzen in Muskeln oder Gelenken? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Kopf- oder Gesichtsschmerzen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder zug? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx

40. Nachstehend finden Sie eine Liste von Problemen und Schwierigkeiten, die man im Kontakt mit anderen Menschen haben kann. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie sich in den letzten zwei Wochen durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen usw.) belastet oder beeinträchtigt gefühlt haben.

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Stark	Sehr stark
Wie sehr litten Sie <u>in den letzten zwei Wochen</u> :					
unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx

41.  Lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie entsprechend Ihrer Antwort „Ja“ oder „Nein“ an.

	Ja	Nein
Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> mehrere Monate lang unter körperlichen Beschwerden gelitten, für die Ihr Arzt <b>keine eindeutige Erklärung</b> finden konnte? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Haben Sie sich <u>in den letzten 12 Monaten</u> erhebliche <b>Sorgen</b> gemacht, eine ernsthafte körperliche Erkrankung zu haben? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Hatten Sie <u>jemals</u> einen <b>Angstfall</b> , manche nennen das auch Panikattacke oder Angst-attacke, bei dem Sie plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Gab es <u>in den letzten 12 Monaten</u> eine Zeitspanne von einem Monat oder länger, in der Sie sich oft oder meistens ängstlich, angespannt oder voller <b>ängstlicher Besorgnis</b> gefühlt haben? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Litten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> unter unbegründet starken Ängsten <b>in sozialen Situationen</b> , wie mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Litten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> unter unbegründet starken Ängsten, <b>öffentliche Verkehrsmittel</b> zu benutzen, in Geschäfte zu gehen, Schlange zu stehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Haben Sie <u>jemals</u> ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis oder eine ungewöhnlich schreckliche oder <b>bedrohliche Situation</b> erlebt, unter deren Nachwirkungen Sie auch <u>in den letzten 12 Monaten</u> noch monatelang gelitten haben? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> für mehr als zwei Wochen fast täglich unter Gefühlen von <b>Traurigkeit</b> oder Niedergeschlagenheit gelitten? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> für mehr als zwei Wochen fast täglich unter Interessenverlust, Müdigkeit oder <b>Energielosigkeit</b> gelitten? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Haben Sie sich <u>in den letzten 12 Monaten</u> über mehrere Monate hinweg große Sorgen gemacht, wie viel Sie essen, oder darüber, <b>zu dick</b> zu sein, zuzunehmen oder zu dick zu werden? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> mehrmals Anregungsmittel, Beruhigungsmittel, Schlaf- oder Schmerzmittel <b>ohne ärztliche Verschreibung</b> eingenommen oder in höherer Dosierung als verschrieben? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx




42. Wenn ein guter Freund / eine gute Freundin an Depression oder einer Angsterkrankung leidet, welche Behandlung empfehlen Sie bzw. empfehlen Sie nicht?

 Beantworten Sie diese Frage jeweils für Depression und Angsterkrankung getrennt voneinander.

Depression					Angsterkrankung					
Sehr em- pfehlen	Em- pfehlen	Weder noch	Eher nicht em- pfehlen	Überhaupt nicht em- pfehlen		Sehr em- pfehlen	Em- pfehlen	Weder noch	Eher nicht em- pfehlen	Überhaupt nicht em- pfehlen
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx	Psychotherapie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx	Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx	Naturheilmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx	Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx

43. Mit welchem der folgenden Ärzte hatten Sie in den letzten 12 Monaten wegen psychischer Beeinträchtigungen oder seelischer Probleme Kontakt gehabt und wie oft hatten Sie diesen Kontakt? Fühlten Sie sich insgesamt ausreichend behandelt und beraten?

	Kontakt	Wie oft?	Ausreichend behandelt / beraten	
			Ja	Nein
Hausarzt, das heißt mit dem Arzt, zu dem Sie gewöhnlich gehen, wenn Sie krank sind oder einen medizinischen Rat benötigen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Psychiater / Nervenarzt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Psychotherapeut .....	<input type="checkbox"/> 1	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Anderer Facharzt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Psychiatrische Institutsambulanz .....	<input type="checkbox"/> 1	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Beratungsstelle .....	<input type="checkbox"/> 1	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Nichts davon .....	<input type="checkbox"/> 1-345	⇒ <b>Weiter mit Frage 47</b>		

44.  Diese Frage bitte nur beantworten, wenn Sie mindestens einmal "Kontakt" in Frage 43 angekreuzt haben. Sonst weiter mit Frage 45!

Welche der folgenden Behandlungen haben Sie in den letzten 12 Monaten dabei erhalten?

	Ja	Nein
Ausführliche Information über die Erkrankung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Ärztliche Beratung (mehrere kürzere Gespräche) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Medikamente < Falls ja, welche? > .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Antidepressiva .....	<input type="checkbox"/> 1	
Beruhigungsmittel .....	<input type="checkbox"/> 1	
Schlafmittel .....	<input type="checkbox"/> 1	
Neuroleptika .....	<input type="checkbox"/> 1	
Sonstige Medikamente .....	<input type="checkbox"/> 1	
Psychotherapie .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx
Stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-xxx

45. Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine psychische Erkrankung von einem Arzt, Psychotherapeuten oder Berater diagnostiziert?

- Ja .....  1-xxx ⇒ **Weiter mit Frage 46**  
 Nein .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 47**

46. Wenn ja, welche?

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Depression .....  1-xxx  
 Angsterkrankung .....  1-xxx  
 Essstörung .....  1-xxx  
 Abhängigkeitserkrankung .....  1-xxx  
 Sonstige psychische Erkrankung .....  1-xxx

47. Haben Sie jemals eine Psychotherapie gemacht?

- Ja, einmal .....  2  
 Ja, zweimal .....  3  
 Ja, mehr als zweimal .....  4  
 Nein .....  1-xxx ⇒ **Weiter mit Frage 50**

48. In welchem Jahr haben Sie Ihre letzte bzw. derzeitige Psychotherapie begonnen?

Im Jahr: 

--	--	--	--

 xxx-xxx  
 < Bitte eintragen! >

49. Wie lange mussten Sie vor Ihrer letzten bzw. derzeitigen Psychotherapie auf einen Behandlungsplatz warten?

--	--

 Woche(n) xxx-xxx  
 < Bitte eintragen! >

**Kontakte mit Ärzten oder deren Praxispersonal**

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


	Kontakt in den letzten 12 Monaten		Zahl der Kontakte in den letzten 12 Monaten		
< Bitte eintragen! >					
Praktischer Arzt / Arzt für Allgemeinmedizin .....	<input type="checkbox"/> 1-320	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 321-322		
Internist .....	<input type="checkbox"/> 1-323	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 324-325		
Frauenarzt / Gynäkologe .....	<input type="checkbox"/> 1-326	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 327-328		
Andere Fachärzte .....	<input type="checkbox"/> 1-329	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 330-331		
Zahnarzt .....	<input type="checkbox"/> 1-332	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 333-334		
Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner .....	<input type="checkbox"/> 1-335	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 336-337		
Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Amtsarzt .....	<input type="checkbox"/> 1-338	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 339-340		
Sonstiger Arzt .....	<input type="checkbox"/> 1-341	→	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 342-343		
Hatte mit keinem niedergelassenen Arzt oder dessen Praxispersonal in den letzten 12 Monaten Kontakt .....	<input type="checkbox"/> 1-344	→	<b>Weiter mit Frage 94</b>		

**Kontakte mit dem Hausarzt**

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

- Ja .....  1-345 ⇒ **Weiter mit Frage 52**  
 Nein .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 80**

52. Ist dieser Hausarzt ein ...

 *Bitte nur eine Nennung!*

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

53. 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

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

mal < Bitte eintragen! > 348-349

55. 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

56. 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

57. 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! ▶

58. Haben Sie diese Wartezeit empfunden als ...

viel zu lang? .....  1-372

zu lang? .....  2

noch akzeptabel? .....  3

genau meinen Wünschen  
entsprechend .....  4

(wenn letzte Antwort zutrifft, bitte weiter mit Fr. 60)

59. 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

60. 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!

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

Ja .....  1-388

Nein, nur mit dem Praxispersonal .....  2

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

Etwa    Minuten 389-391

◀ Bitte eintragen! ▶

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

**Erfahrungen beim Hausarzt**

64. Bitte denken Sie bei der Frage 64 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
<b>Und wie stark ...</b>	<b>Sehr stark</b>	<b>Stark</b>	<b>Teils / teils</b>	<b>Kaum</b>	<b>Gar nicht</b>
hat er Ihnen das Gefühl vermittelt, Sie vergeudeteten 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

65. 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, zusätz- liche 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 (er- hebliche 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

66. Wie viel weiß Ihr Hausarzt über Ihre gesundheitliche Entwicklung in den letzten Jahren bzw. über Ihre Kranken-  
geschichte?

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

 Bitte denken Sie bei den Fragen 67-75 an Kontakte in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Hausarzt!

67. Ist es vorgekommen, dass Sie auch wegen psychischer Beeinträchtigungen oder seelischer Probleme dort waren,  
diese aber nicht ausreichend zur Sprache kamen?

Ja .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx	⇒ Weiter mit Frage 68
Nein .....	<input type="checkbox"/> 2	⇒ Weiter mit Frage 69

68. Woran lag es, dass diese seelischen Probleme nicht ausreichend zur Sprache kamen?

 Mehrere Antworten möglich!

Der Arzt stand unter Zeitdruck, war kurz angebunden .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Ich hatte nicht den Mut, dies anzusprechen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Der Arzt ging nicht auf meine Hinweise ein .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Ich hatte das Gefühl, dass der Arzt meine seelischen Probleme als unwichtig abtun würde .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Der Arzt hat mich nicht verstanden .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx

69. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen für Ihre Gespräche mit Ihrem Arzt zu?

	Trifft völlig zu	Trifft zu	Trifft teilweise zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht nicht
Mein Arzt hat mich von sich aus nach psychischen Beeinträchti- gungen oder seelischen Problemen gefragt. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5- 807
Mein Arzt hat es mir möglich gemacht, offen über meine psychi- schen Beschwerden und Belastungen zu sprechen. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-808
Ich hatte das Gefühl, mehr über psychische Erkrankungen zu wissen als mein Arzt. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-809


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

Nein .....  1-445 ⇒ **Weiter mit Frage 73**

Ja, ein- oder zweimal .....  2 } ⇒ **Weiter mit Frage 71**

Ja, schon öfters .....  3 }

71. Haben Sie in dieser Situation ...

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

Ihre Meinung für sich behalten? .....  1-446 ⇒ **Weiter mit Frage 73**

Ihre Meinung dem Arzt auch gesagt? .....  2-447 ⇒ **Weiter mit Frage 72**

einen anderen Arzt dazu befragt? .....  3-448 ⇒ **Weiter mit Frage 73**

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

Ja, ohne Probleme .....  1-449

Ja, mit Einschränkungen .....  2

Nein .....  3

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

Ja .....  1-450

Nein .....  2

Weiß nicht .....  3

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

Ja .....  1-451

Nein .....  2

Weiß nicht .....  3

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

Ja .....  1-452

Nein .....  2

### Zufriedenheit mit dem Hausarzt

76. 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

77. 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

78. 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

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

 Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- Mein Hausarzt sollte mich auf dem Laufenden halten, aber im Allgemeinen sollte er entscheiden, wie er mich am besten behandelt .....  1-xxx
- Mein Hausarzt sollte die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten mit mir diskutieren, und wir würden dann zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen .....  2
- Mein Hausarzt sollte mir die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und das Für und Wider erläutern, und dann würde ich selber entscheiden, was zu tun ist .....  3
- Nichts von alledem .....  4


**Fachärzte**

80. 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?   mal < Bitte eintragen! > 490-491  
Keinmal .....  1-492
- Von Ihrem Hausarzt an einen Facharzt **überwiesen** worden?   mal < Bitte eintragen! > 493-494  
Keinmal .....  1-495

81. 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                         |

82. 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 ⇒ **Weiter mit Frage 84**
- 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 → **Weiter mit Frage 85**
- 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 83**

83. 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 85**

84. 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

85. 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

86. 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

87. 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! ▶

88. Haben Sie diese Wartezeit empfunden als ...

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

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

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

90. 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

91. 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 92**
- Nein .....  2 ➔ **Weiter mit Frage 94**



92. 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 <b>erhalten</b> 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 <b>mit mir besprochen</b> 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


93. 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 .....	<input type="checkbox"/> 1-570
Ich habe mich an andere Personen / Einrichtungen gewandt, um mir einen Rat zu holen .....	<input type="checkbox"/> 1-571
Ich habe nichts unternommen und habe weiterhin an den Untersuchungen / Behandlungen teilgenommen .....	<input type="checkbox"/> 1-572
Ich habe nicht mehr an den weiteren Untersuchungen / Behandlungen teilgenommen .....	<input type="checkbox"/> 1-573
Anderes .....	<input type="checkbox"/> 1-574

### Prävention und Gesundheitsverhalten

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

 Bitte kreuzen Sie höchstens 3 Bereiche an!

**Gesundheit ist für mich ...**

Wohlbefinden .....	<input type="checkbox"/> 1-853
körperliche Funktionsfähigkeit .....	<input type="checkbox"/> 1-856
das Leben selbstständig / eigenverantwortlich meistern können .....	<input type="checkbox"/> 1-858
geistig fit und auf der Höhe sein .....	<input type="checkbox"/> 1-859
Kondition, Belastbarkeit .....	<input type="checkbox"/> 1-862
Abwesenheit von Krankheit .....	<input type="checkbox"/> 1-863

Sonstiges, und zwar:

1800-1899

95. Es gibt große Unterschiede, was die Lebenserwartung anbetrifft: Manche Leute werden nur 60 Jahre alt, andere weit über 80. Wie groß ist Ihrer Meinung nach der Einfluss der folgenden Faktoren auf die Lebenserwartung?

	Sehr groß	Groß	Mittel	Gering	Weiß nicht
Erbanlagen und Veranlagung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Belastungen und Stress bei der Arbeit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Stress und Sorgen im Privatleben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Individuelle Lebensweise: Rauchen, Alkohol, Ernährung usw. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Gute Freunde und Ansprechpartner bei Problemen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Finanzielle Sorgen, Armut, Arbeitslosigkeit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Persönlicher Charakter, Elan, Lebensmut .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Schicksal, Zufall, Glück oder Pech .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Gute Schul- und Berufsausbildung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Einflussmöglichkeiten und Spielräume zur Lebensgestaltung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Rechtzeitige Arztbesuche bei Beschwerden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx

96. Personen, die nicht rauchen, nur in Maßen Alkohol trinken, sich gesund ernähren und häufig Sport treiben, werden auch älter als solche mit einer eher ungesunden Lebensweise - zumindest im Durchschnitt. Was vermuten Sie: Um wie viele Jahre ist die Lebenserwartung bei gesunder Lebensweise höher?

Schätzungsweise etwa   Jahre < Bitte eintragen! > xxx-xxx

Weiß nicht .....  1-xxx

97. Bitte schätzen Sie noch einmal: Werden Personen mit hohem Bildungsniveau (z. B. Hochschulabschluss) im Durchschnitt älter als solche mit niedrigem Schulabschluss (z. B. Hauptschule)?

Ja, schätzungsweise etwa   Jahre < Bitte eintragen! > xxx-xxx

Nein, das spielt keine Rolle .....  1-xxx

Weiß nicht .....  2

98. Die Maßnahmen gegen das Rauchen waren zuletzt auch in Deutschland sehr umfangreich: Werbeverbote, Warnhinweise, Rauchverbote in Gaststätten und öffentlichen Gebäuden. Einige Leute meinen, man müsste in ähnlicher Weise nun auch gegen andere Gesundheitsrisiken vorgehen. Wären Sie dafür oder dagegen, jetzt Maßnahmen und Regelungen in Gang zu setzen im Bereich...

	Sehr dafür	Eher dafür	Eher dagegen	Sehr dagegen
ungesunde Nahrungsmittel? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Alkohol? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
zu wenig Sport und körperliche Bewegung? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Drogen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx

99. Es sind sehr unterschiedliche Maßnahmen und Regelungen denkbar, um eine gesündere Ernährung der Bevölkerung zu fördern. Was ist Ihre Meinung, wären Sie für oder gegen folgende Maßnahmen?

	Sehr dafür	Eher dafür	Eher dagegen	Sehr dagegen
Verbot der Werbung für ungesunde (z.B. zu fette, zu zuckerhaltige) Lebensmittel .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Verständliche und einfache Kennzeichnung von gesundheitsbezogenen Inhaltsstoffen von Lebensmitteln, Warnhinweise .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Mehr Aufklärung in Schulen über eine gesunde Ernährung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Höhere Steuern und damit Preise für ungesunde Lebensmittel .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Bessere Information der Bevölkerung über gesunde Ernährung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Verbot von Fast-Food-Restaurants in der Nähe von Schulen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx

100. Und was ist Ihre Meinung hinsichtlich der folgenden Möglichkeiten zur Bekämpfung übermäßigen Alkoholgenusses?

	Sehr dafür	Eher dafür	Eher dagegen	Sehr dagegen
Unübersehbare Warnhinweise auf Flaschen mit alkoholischen Getränken ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Ein generelles und umfassendes Verbot der Werbung für Alkohol .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Eine drastische Erhöhung der Alkoholsteuer und damit der Preise .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Häufige und scharfe Kontrollen, ob Alkohol an Minderjährige verkauft wird ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Ein generelles Alkoholverbot in Fußballstadien und bei Sportveranstaltungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Mehr Informationskampagnen über Risiken des Alkoholmissbrauchs .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Verbot des Alkoholverkaufs außerhalb der normalen Laden-Öffnungszeiten (an Tankstellen, Bahnhöfen usw.) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx

101. Die Bundesregierung möchte mit Kampagnen wie „Täglich 3.000 Schritte extra“ das Gesundheitsverhalten der Bürger verändern. Kennen Sie die folgenden Kampagnen oder Botschaften?

	Nein	Ja, vom Namen her	Ja, auch von den Inhalten
"Gib AIDS keine Chance" .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
"Täglich 3.000 Schritte extra" .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
"Fit statt fett" .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
"Keine Macht den Drogen" .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
"Fünf am Tag" .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx

102. Was glauben Sie, wie viele Bürger aufgrund solcher Kampagnen ihr Verhalten ändern?


Sehr viele .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Eher viele .....	<input type="checkbox"/> 2
Eher wenige .....	<input type="checkbox"/> 3
Sehr wenige .....	<input type="checkbox"/> 4
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 5

103. Haben Sie selbst einmal aufgrund einer solchen Kampagne Ihr Gesundheitsverhalten geändert?

Nein .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Ja, teilweise oder zeitweise .....	<input type="checkbox"/> 2
Ja, dauerhaft .....	<input type="checkbox"/> 3

104. Haben Sie in den letzten 12 Monaten einmal über eine Änderung Ihres Gesundheitsverhaltens ernsthaft nachgedacht, und zwar...

	Ja	Nein	Trifft nicht zu	Lebe in dieser Hinsicht gesund
mit dem Rauchen aufhören .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
weniger Alkohol trinken .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
mehr körperliche Bewegung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
gesündere Ernährung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
mehr Schlaf und Erholung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx

105.  *Nur falls Sie in den letzten 12 Monaten einmal über eine Änderung Ihres Gesundheitsverhaltens ernsthaft nachgedacht haben, sonst weiter mit Frage 106!*

Haben Sie Ihr Vorhaben auch in die Tat umsetzen können?

	Ja, weitgehend	Ja, teilweise oder zeitweise	Nein	Trifft für mich nicht zu
Mit dem Rauchen aufhören .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Weniger Alkohol trinken .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Mehr körperliche Bewegung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Gesündere Ernährung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Mehr Schlaf und Erholung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx

106. Einmal angenommen, Sie wollten Ihr Gesundheitsverhalten ändern und hätten gerne Informationen, wie dies am erfolgreichsten zu bewerkstelligen ist. Würden Sie, auch wenn Sie nicht krank sind, speziell dazu zum Arzt gehen und um Rat bitten?

Sicher ja	Eher ja	Eher nein	Sicher nein	Weiß nicht
<input type="checkbox"/> 1-xxx	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

107. Gibt es Ihrer Meinung nach Gründe, bei solchen Fragen **nicht** zum Arzt zu gehen?

Ja .....	<input type="checkbox"/> 1-581	⇒ <b>Weiter mit Frage 108</b>
Nein .....	<input type="checkbox"/> 2	⇒ <b>Weiter mit Frage 109</b>

108. Welche Gründe sind das Ihrer Meinung nach hauptsächlich?

 *Mehrere Antworten möglich!*

Mein Arzt hat meist eine volle Praxis und zu wenig Zeit für solche Fragen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Mein Arzt ist dafür nicht ausgebildet und kompetent .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Ich hätte Scheu, meinen Arzt deswegen zu behelligen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Ich glaube, mein Arzt würde das Problem nicht richtig ernst nehmen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Ich habe das bei meinem Arzt schon versucht und war nicht zufrieden .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Den Arzt sollte man nur bei Krankheiten oder Beschwerden in Anspruch nehmen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Der Arzt wird für solche Informationen oder Ratschläge gar nicht bezahlt .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx

109. Hat Ihr Hausarzt Sie schon einmal von sich aus und ohne dass Sie gefragt haben, angesprochen auf ...

	Schon öfter	Einmal	Noch nie
Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung (z.B. Krebs) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Gesundheitsrisiken von Übergewicht .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Mit dem Rauchen verbundene Risiken, Entwöhnungsmethoden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Gesunde Ernährung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Alkoholkonsum, Gesundheitsrisiken durch Alkohol .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Risiken durch Drogen und Rauschmittel .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx

110. Eine gesunde Lebensweise wird immer öfter gefordert, um das Risiko späterer Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu reduzieren. Wie sehr stimmen Sie in diesem Zusammenhang den folgenden Aussagen zu?

	Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Viele Menschen leben ungeheuer gesund und bekommen trotzdem im Alter eine schwere Krankheit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Durch die medizinischen Fortschritte und die Gentechnik werden in 10 oder 20 Jahren auch schwere Krankheiten heilbar .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Ob man später einmal eine schwere chronische Krankheit bekommt, ist genetisch festgelegt und kaum durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx

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

**Informationen zu Gesundheits- und Krankheitsfragen**

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

 Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

Ich versuche, viele Informationen über Gesundheitsthemen zu bekommen, die mich betreffen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Ich achte nicht speziell auf Informationen über Gesundheitsthemen, interessiere mich aber dafür .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Ich bin nicht sehr an Informationen über Gesundheitsthemen interessiert .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx

**Zuzahlungen**

113. Haben Sie im vierten Quartal 2008 (Oktober bis Dezember) 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"/> 1-896
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
Nichts davon .....	<input type="checkbox"/> 4

114. Waren Sie in den vergangenen Jahren aufgrund der Teilnahme an Bonusprogrammen von der Zahlung der Praxisgebühr befreit?
- Ja .....  1-xxx
- Nein .....  2
- Weiß nicht .....  3

115. Waren Sie in den vergangenen Jahren aufgrund einer chronischen Krankheit oder persönlichen finanziellen Überlastung von Zuzahlungen für Medikamente und andere Leistungen befreit?
- Ja .....  1-1010
- Nein .....  2
- Weiß nicht .....  3

### Auswirkungen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007

116. Um gesundheitlich nicht notwendige Ausgaben zu vermeiden und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern, wurde im „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ vom 1.4. 2007 eine Reihe von Maßnahmen beschlossen. Was halten Sie davon, dass künftig ...

 Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Stimme ich voll und ganz zu	Stimme eher zu	Lehne ich eher ab	Lehne ich voll und ganz ab	Kann ich nicht beurteilen
Ihr Arzt bei der Verordnung ganz spezieller und teurer Medikamente die <b>Meinung eines zweiten Arztes</b> einholen muss? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
<b>neue Arzneimittel</b> nur dann verordnet werden dürfen, wenn sie bei einem <b>Vergleich mit älteren Arzneimitteln</b> hinsichtlich der Kosten und des Nutzens besser abschneiden? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Hospize und Pflegeheime ungenutzte Arzneimittel aus <b>angebrochenen Packungen</b> von Personen, die das Heim verlassen haben oder verstorben sind, an andere Bewohner weitergeben dürfen? ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Apotheken bei ausgewählten Arzneimitteln auch <b>einzelne Tabletten</b> statt ganzer Packungen ausgeben dürfen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
eine spezialisierte Schmerztherapie für Schwerstkranke eingerichtet wird. Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal werden in den Fällen, in denen eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, diesen Menschen ein <b>würdevolles Sterben</b> mit möglichst wenig Schmerzen ermöglichen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
häusliche <b>Krankenpflege</b> auch <b>in neuen Wohngemeinschaften</b> oder Wohnformen und in besonderen Ausnahmefällen auch in Heimen erbracht werden kann? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
durch die Nutzung <b>mobiler Rehabilitations-Teams</b> ältere rehabilitationsbedürftige Menschen so lange wie möglich zuhause wohnen bleiben können und eine Einweisung in Pflegeheime vermieden werden kann? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
<b>Mutter-Kind-Kuren</b> und Vater-Kind-Kuren zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen werden und bezahlt werden müssen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Versicherte sich bei <b>selbst verschuldeten Behandlungen</b> (Schönheits-Operationen, Tätowierungs-Entfernung, Piercing) an den Kosten beteiligen sollen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
<b>chronisch Kranke</b> nur noch dann nur <b>1%</b> statt - wie bei allen anderen - <b>2%</b> zuzahlen müssen, wenn sie sich an regelmäßigen Gesundheitsvorsorgemaßnahmen beteiligen oder sich therapiegerecht verhalten, z.B. an einem bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx

117. Haben Sie bereits einmal von der bereits seit 2004 bestehenden Möglichkeit gehört, sich quartalsweise und schriftlich eine Patientenquittung ausstellen zu lassen, in der alle durchgeführten Behandlungen und Maßnahmen in verständlicher Form aufgeführt und die jeweiligen Kosten zugeordnet sind?

Ja .....  1-xxx


Nein .....  2

118. Haben Sie sich innerhalb der letzten 12 Monate eine Patientenquittung ausstellen lassen?

Ja .....  1-xxx ⇒ **Weiter mit Frage 119**

Nein .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 120**

119. Welchen praktischen Nutzen hatte die Patientenquittung für Sie?

 Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Keinen .....  1-xxx

Ich entdeckte Unstimmigkeiten zwischen meiner Wahrnehmung der Behandlung und der abgerechneten Leistungen und ließ es dabei bewenden .....  1-xxx

Ich entdeckte Unstimmigkeiten zwischen meiner Wahrnehmung der Behandlung und der abgerechneten Leistungen und sprach darüber mit meinem Arzt .....  1-xxx

Ich entdeckte Unstimmigkeiten zwischen meiner Wahrnehmung der Behandlung und der abgerechneten Leistungen und sprach darüber mit meiner Krankenkasse .....  1-xxx

Ich wunderte mich über den geringen Betrag, den der Arzt für meine Behandlung abrechnete .....  1-xxx

Ich wunderte mich über den hohen Betrag, den der Arzt für meine Behandlung abrechnete .....  1-xxx

Ich fragte mich im Nachhinein, ob all die erbrachten und abgerechneten Leistungen wirklich notwendig gewesen waren und nahm mir vor, in Zukunft zusammen mit meinem Arzt zurückhaltender zu sein .....  1-xxx

120. Haben Sie vor, sich in Zukunft eine Patientenquittung ausstellen zu lassen?

Ja .....  1-xxx


Nein .....  2

Weiß nicht .....  3

**Rationierung von medizinischen Leistungen**

Experten sagen, dass die medizinische Versorgung von Patienten aufgrund neu entdeckter Therapien und technischer Fortschritte zukünftig immer höhere Kosten verursachen. In einigen europäischen Ländern werden Ausgaben im Gesundheitssystem bereits durch Rationierung eingeschränkt. Dies bedeutet zum Beispiel, dass medizinisch notwendige Leistungen bei leichteren Gesundheitsbeeinträchtigungen (wie Schnarchen oder Kopfläuse) generell nicht mehr von der Krankenversicherung abgedeckt sind, aber auch, dass zum Beispiel bei schwerwiegenden Erkrankungen Organtransplantationen oder neue Hüftgelenke für ältere Patienten nicht mehr von der Kasse bezahlt werden.

121. Was ist Ihre Meinung, sollte man in Deutschland...

 Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

die Ausgaben für die medizinische Versorgung in Zukunft begrenzen, so dass **bestimmte** (jetzt noch von der Krankenversicherung übernommene) **Leistungen privat bezahlt** werden bzw. durch eine private Zusatzversicherung abgedeckt werden müssen oder .....  1-xxx

sollten die Ausgaben für die medizinische **Versorgung** trotz steigender Kosten auch in Zukunft **nicht begrenzt** werden, so dass mehr Geld für das Gesundheitssystem ausgegeben werden muss? .....  2

Weiß nicht .....  3

122. Was ist Ihre Meinung zu den folgenden Aussagen:  
Die steigenden Kosten im Gesundheitssystem sollten aufgefangen werden durch ...

 Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Sehr dafür	Eher dafür	Eher dagegen	Sehr dagegen	Weiß nicht
staatliche Zuschüsse aufgrund von Einsparungen in anderen Bereichen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
staatliche Zuschüsse aufgrund von Steuererhöhungen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Senkung oder Begrenzung der Honorare und Preise (Ärzte, Kliniken, Pharmahersteller) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Einschränkung der von der Kasse bezahlten, medizinisch notwendigen Leistungen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
höhere Krankenversicherungs-Beiträge der Versicherten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
höhere Zuzahlungen von Kranken (z.B. Krankenhaus, Medikamente) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx

123. Wenn es keine andere Möglichkeit der Kosteneingrenzung im Gesundheitssystem als die einer Rationierung gäbe (also einer Einschränkung der von der Kasse bezahlten, medizinisch notwendigen Leistungen). Wie sollte dies im Einzelnen aussehen, sollten folgende Gruppen im Bedarfsfall weniger Leistungen erhalten?

 Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Sehr dafür	Eher dafür	Eher dagegen	Sehr dagegen	Weiß nicht
Patienten ab einem bestimmten Lebensalter (z.B. 70 oder 80 Jahre)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Patienten, die schon sehr viele Leistungen in Anspruch genommen und eine finanzielle Obergrenze überschritten haben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Chronisch Kranke, deren Krankheit nicht lebensbedrohlich ist .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Patienten, die nur sehr niedrige Beiträge in die Krankenversicherung eingezahlt haben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Patienten mit einer gesundheitsschädigenden Lebensweise (z.B. Raucher, Alkoholiker) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Unheilbar kranke Patienten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Patienten, die keine Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen haben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Finanziell wohlhabende Patienten, die Leistungen problemlos privat bezahlen können .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx

124. Wenn eine Rationierung in Zukunft nicht zu vermeiden ist, sollte es Ihrer Meinung nach hierfür ...

exakt definierte und allgemein gültige Regeln ohne Ausnahme geben (z.B. genereller Ausschluss bestimmter Krankheiten oder bestimmter Therapien für Versicherte ab einem bestimmten Alter) oder .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
sollte dies in jedem Einzelfall unter Berücksichtigung der besonderen Umstände gesondert entschieden werden? .....	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 3



125. Wer sollte darüber entscheiden, für welche Patienten oder für welche Therapien im Einzelnen eine Rationierung durchgeführt wird? Wie groß sollte der Einfluss folgender Gruppen für diese Entscheidungen sein?

	Sehr groß	Mittel	Sehr gering	Weiß nicht
Politiker .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Krankenversicherung .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Die behandelnden Ärzte .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Ethik-Gremien .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Wissenschaftler .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Patientenorganisationen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Selbsthilfegruppen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Verbraucherschutzorganisationen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Kirchenvertreter .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx

126. Denken Sie, dass bei zukünftigen Entscheidungen etwa zur „Rationierung“ medizinischer Leistungen ...

- die Bevölkerung stärker beteiligt werden sollte oder .....  1-xxx
- ist das eine Angelegenheit für politische und wissenschaftliche Experten? .....  2

127. Wir möchten Sie im folgenden „Experiment“ bitten, unterschiedliche Leistungen im Gesundheitssystem danach zu bewerten, wie wichtig sie Ihrer Meinung nach sind und ob dafür in jedem Fall oder nur unter bestimmten Bedingungen Geld verfügbar sein sollte. Bitte lesen Sie sich die folgenden 10 Leistungen zunächst in Ruhe durch und tragen Sie danach Zahlen von 1 bis 10 ein.

Eine „1“ bekommt jene Leistung, die an erster Stelle steht, also Ihrer Meinung nach am wichtigsten ist und für die auf jeden Fall Geld im Gesundheitssystem verfügbar sein sollte.

Die zweitwichtigste Leistung bekommt eine „2“ und so weiter.

Eine „10“ tragen Sie für jene Leistung ein, die an 10. Stelle ganz hinten steht und Ihrer Meinung nach am wenigsten wichtig ist.

< Bitte Zahl eintragen! >

Schutzimpfungen für Kinder .....	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	xxx-xxx
Nichtraucher-Erziehung für Kinder .....	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	xxx-xxx
Allgemeinärztliche Behandlung alltäglicher Krankheiten .....	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	xxx-xxx
Früherkennungsuntersuchung für Brustkrebs .....	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	xxx-xxx
Intensive Versorgung Frühgeborener bzw. kranker Neugeborener .....	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	xxx-xxx
Unterstützung für pflegende Angehörige .....	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	xxx-xxx
Behandlung von Patienten mit Schizophrenie .....	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	xxx-xxx
Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks .....	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	xxx-xxx
Herztransplantation .....	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	xxx-xxx
Krebstherapie für Raucher .....	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	xxx-xxx

128. Das „Experiment“, das Sie in der letzten Frage anhand einiger weniger Beispiele durchgeführt haben, wird in anderen europäischen Staaten schon praktisch angewendet, und zwar sehr viel umfassender und systematischer. Damit versucht man, steigende Kosten im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Die Rangfolge der einzelnen Leistungen bestimmt dann, was von der Krankenversicherung bezahlt wird und was nicht. Wären Sie eher für oder gegen ein solches Vorgehen als Maßnahme der Kostendämpfung auch in Deutschland?

Sehr dafür	Eher dafür	Eher dagegen	Sehr dagegen	Weiß nicht
<input type="checkbox"/> 1-xxx	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

129. Einige Experten schlagen vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen eine **Zweistufung der Krankenversicherung** vor. Einige Leistungen werden danach von der Kasse übernommen (Grundsicherung), für andere Leistungen wäre eine private Zusatzversicherung auf eigene Kosten abzuschließen. Welche Aufteilung befürworten Sie?

 Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

Eine **kostengünstige** medizinische **Grundsicherung**, die aber bestimmte, eher seltene Krankheiten und Therapien nicht einschließt. Die Leistungen für diese zusätzlichen Leistungen wären privat abzuschließen. ..  1-xxx

Eine **nicht ganz so kostengünstige medizinische Grundsicherung**, die alle medizinisch notwendigen Leistungen umfasst. Privat abzuschließen wären nur Leistungen, die mehr Komfort bieten. ....  1-xxx

Jeder sollte individuell z.B. zum Jahresende für das gesamte folgende Jahr entscheiden können, für welche **Leistungen er im Einzelnen** eine Krankenversicherung abschließt und für welche nicht. Die Beiträge dafür können entsprechend sehr niedrig oder sehr hoch sein. ....  1-xxx

130. Sofern die zuletzt beschriebene Zweiteilung der Krankenversicherung und die Einführung einer Zusatzversicherung Wirklichkeit werden sollte, was ist Ihre Meinung?

	Ja	Nein	Weiß nicht
Sollten "Risikogruppen" (also Ältere oder chronisch Kranke) für die <b>Grundsicherung</b> mehr als Junge und Gesunde bezahlen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Sollten "Risikogruppen" (also Ältere oder chronisch Kranke) für die <b>Zusatzversicherung</b> mehr als Junge und Gesunde bezahlen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Sollte es Krankenversicherungen erlaubt sein, den Abschluss einer Versicherung davon <b>abhängig</b> zu machen, dass die <b>Antragsteller</b> sich ärztlich <b>untersuchen</b> lassen und die Ergebnisse der Versicherung bekannt geben? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Sollte es Krankenversicherungen erlaubt sein, eine Versicherung für bestimmte <b>Antragsteller</b> aufgrund ihres Gesundheitszustands oder Alters <b>abzulehnen</b> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx

131. Sind die in den Medien verfügbaren Informationen über zukünftige Entwicklungen im Gesundheitssystem (beispielsweise zur „Rationierung“ medizinischer Leistungen) für Sie persönlich ...

völlig ausreichend .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
meistens ausreichend .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
manchmal unzureichend, ich hätte ab und zu gern mehr Informationen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
völlig unzureichend, ich hätte meistens gern mehr Informationen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx

**Krankenversicherung**

132. Welcher Krankenversicherung gehören Sie an?

Gemeint ist nur die Hauptversicherung!

- |   |                          |       |   |                               |
|---|--------------------------|-------|---|-------------------------------|
| AOK .....   | <input type="checkbox"/> | 1-605 |   |                               |
| 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     | } | ➔ <b>Weiter mit Frage 133</b> |
| 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 | ⇒ | <b>Weiter mit Frage 137</b>   |
| Als Beamter oder Angestellter im öffentlichen Dienst beihilfeberechtigt mit privater Zusatzversicherung ..... | <input type="checkbox"/> | 2     | } | ➔ <b>Weiter mit Frage 133</b> |
| Andere Krankenversicherung .....  | <input type="checkbox"/> | 3     |   |                               |

133. 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     |

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

- |   |                          |       |   |                               |
|---|--------------------------|-------|---|-------------------------------|
| Ja, einmal .....                        | <input type="checkbox"/> | 1-608 |   |                               |
| Ja, schon mehrfach .....                | <input type="checkbox"/> | 2     | ⇒ | <b>Weiter mit Frage 135</b>   |
| Nein, aber beabsichtige demnächst ..... | <input type="checkbox"/> | 3     | } | ➔ <b>Weiter mit Frage 136</b> |
| Nein .....                              | <input type="checkbox"/> | 4     |   |                               |

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

mal < Bitte eintragen! > 610

136. 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

### Pharma-Industrie und Information über rezeptpflichtige Medikamente

Im Folgenden interessiert uns Ihre Meinung über die Pharmazeutische Industrie, gemeint sind damit all jene Unternehmen, die rezeptpflichtige und frei verkäufliche Medikamente, pflanzliche Arzneien und ähnliche Produkte entwickeln und verkaufen.

137. Wie stark vertrauen Sie der Pharma-Industrie, und zwar im Hinblick darauf, dass sie ...

	Sehr stark	Ein wenig	Nicht besonders	Überhaupt nicht
zuverlässig über die Wirkung ihrer Medikamente informiert? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
zuverlässig über Nebenwirkungen und Sicherheit ihrer Medikamente informiert? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
neue, wirksame Medikamente entwickelt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
faire Preise für ihre Produkte festlegt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
die Öffentlichkeit schnell informiert, wenn sie von einem Risiko bei einem ihrer Arzneimittel erfährt? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx

138. Was ist Ihre Ansicht, machen Unternehmen der Pharma-Industrie ...

zu hohe Gewinne .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx		angemessene Gewinne .....	<input type="checkbox"/> 3
niedrige Gewinne .....	<input type="checkbox"/> 2		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 4

139. Die Meinungen über die Pharma-Industrie sind sehr unterschiedlich. Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?  
Die meisten Pharma-Unternehmen ...

Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Weiß nicht
testen und kontrollieren die Sicherheit ihrer Medikamente in ausreichendem Maße .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
sind zu stark daran interessiert, Gewinne zu machen und zu wenig daran interessiert, Menschen zu helfen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
stecken zu viel Geld in die Entwicklung von "Lifestyle"-Produkten wie Viagra oder Botox für kosmetische Zwecke und zu wenig Geld in die Entwicklung von Medikamenten gegen schwere Erkrankungen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
bewilligen Forschungsgelder für neue Medikamente nur, wenn diese auch Gewinne versprechen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
helfen Ländern in der "Dritten Welt" durch hohe Rabatte, auch wenn dies ihren Gewinn schmälert .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
geben zu viel Geld für Werbung und zu wenig Geld für Forschung aus .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx

140. Für frei verkäufliche Arzneien (wie Schmerztabletten, Salben gegen Gelenkbeschwerden usw.) darf bei uns in Zeitschriften und im Fernsehen Werbung gemacht werden. Was ist Ihre Meinung, diese Zeitschriften-Anzeigen oder Fernseh-Werbespots ...


Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Fast immer	Manchmal	Selten	Nie
machen überzogene Versprechungen zur Wirkung der Arzneien .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
bieten für Patienten durchaus wichtige Informationen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
geben Anregungen und Ideen gegen Krankheitsbeschwerden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
schaue ich mir mit Interesse an .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx

141. Wie oft ist es bei Ihnen schon vorgekommen, dass Sie ...

	Öfter	Ein- oder zweimal	Noch nie
in der Apotheke ein frei verkäufliches Medikament erworben haben, weil Sie durch Werbung darauf aufmerksam wurden? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx
Ihren Arzt um ein Rezept für ein ganz bestimmtes Medikament gebeten haben, das Ihnen jemand empfohlen hat? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-xxx

142. In Deutschland ist eine direkte Werbung für rezeptpflichtige Medikamente bislang nicht erlaubt. Es gibt allerdings Bestrebungen der Europäischen Union, zukünftig zwar keine Werbung, aber zumindest Informationen zu gestatten. Pharma-Unternehmen wäre es dann erlaubt, in Zeitschriften, im Internet oder auch im Fernsehen über ihre Medikamente zu informieren. Was ist Ihre Meinung?

 Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Weiß nicht
Pharma-Unternehmen werden über ihre Produkte kaum neutral und objektiv informieren .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Mündige Patienten sollten selbst entscheiden, wo und bei wem sie sich informieren .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Die Information über Risiken und Nebenwirkungen wird beschönigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx
Das bisherige Verbot stellt eine Einschränkung der Meinungsfreiheit dar .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-xxx


143. Wären Sie alles in allem eher dafür oder eher dagegen, Pharma-Unternehmen solche Information über rezeptpflichtige Medikamente zukünftig zu gestatten?

Eher dafür .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Eher dagegen .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Unentschieden, weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx

144. Wenn Sie an Ihre persönlichen Erfahrungen denken: Gibt es derzeit bei uns für Patienten genug Möglichkeiten, sich über Arzneimittel zu informieren?

Ja .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Nein .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 1-xxx

145. Wem würden Sie stark und wem nicht vertrauen, wenn Sie sich über ein rezeptpflichtiges Medikament informieren wollen, über Wirkungen und unerwünschte Nebenwirkungen, Risiken und Nutzen?

 Bitte je eine Angabe pro Zeile!

	Sehr stark	Stark	Weniger stark	Gar nicht
Ihrem Arzt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Verbraucherschutzorganisation, Stiftung Warentest .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Hersteller des Medikaments, Pharma-Unternehmen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Unabhängige wissenschaftliche Einrichtung, Universität .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx
Selbsthilfegruppe, Patientenorganisation .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-xxx

146. Was wäre wichtig, um die Informationen über Arzneimittel zu verbessern?
- |   | Sehr wichtig               | Wichtig                    | Nicht so wichtig               |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Regelmäßige Tests der Stiftung Warentest auch über Arzneimittel .....                                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |
| Arzneimittel-Informationen einer unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtung im Internet .....            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |
| Verständlichere Erklärungen auf Medikamenten-Beipackzetteln .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |
| Eine schriftliche Information durch den Arzt, in der persönliche Besonderheiten berücksichtigt sind ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |
| eine neutrale und unabhängige telefonische Auskunftsstelle .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |

147. Nehmen Sie zurzeit rezeptpflichtige Medikamente ein?
- Ja .....  1-560 ⇒ **Weiter mit Frage 148**
- Nein .....  2 ⇒ **Weiter mit Frage 150**

148. Nehmen Sie diese Medikamente dauerhaft ein, zum Beispiel wegen einer chronischen Erkrankung?
- Ja, dauerhaft .....  1-xxx
- Nein, nur vorübergehend .....  2

149. Wie viele verschiedene rezeptpflichtige Medikamente nehmen Sie derzeit ein?
- |                     |                                |                               |                            |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Medikament .....  | <input type="checkbox"/> 1-xxx | 3 Medikamente .....           | <input type="checkbox"/> 3 |
| 2 Medikamente ..... | <input type="checkbox"/> 2     | 4 Medikamente oder mehr ..... | <input type="checkbox"/> 4 |

### Gesundheitswesen in Deutschland I

150. Befürchten Sie, dass zukünftig ...
- |   | Ja                         | Nein                       | Weiß nicht                     |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Kassenpatienten deutlich schlechter medizinisch versorgt werden als Privatpatienten?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |
| Kassenpatienten (noch) deutlich länger auf eine medizinische Behandlung warten müssen als Privatpatienten? .....              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |
| Kassenpatienten solche lebensrettenden Therapien vorenthalten werden, die sie bekämen, wenn sie privatversichert wären? ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |
| alte Menschen bei der medizinischen Versorgung besonders benachteiligt werden? ...  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |
| Kinder bei der medizinischen Versorgung besonders benachteiligt werden? .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |
| chronisch Kranke oder Behinderte bei der medizinischen Versorgung besonders benachteiligt werden? .....                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |
| mehr medizinische Leistungen gekürzt werden als medizinisch vertretbar ist? .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |
| Leistungskürzungen dazu führen, dass das Gesundheitssystem insgesamt schlechter wird? .....                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-xxx |

- |   |  |
|---|--|
| <p>151. Wie wird sich Ihrer Meinung nach der Umfang der medizinischen Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden, <u>in den nächsten fünf Jahren</u> vermutlich entwickeln?</p> <p>Erhöhung ..... <input type="checkbox"/> 1-650</p> <p>Verringerung ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Keine Veränderung ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 4</p> | <p>152. Wie wird sich die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge im deutschen Gesundheitssystem <u>in den nächsten fünf Jahren</u> vermutlich entwickeln?</p> <p>Erhöhung ..... <input type="checkbox"/> 1-651</p> <p>Senkung ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Gleich bleibende Beiträge ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 4</p> |
|---|--|

153. 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"/> 5-652
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

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

	Verbesserung	Ver-schlech-terung	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

155. 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

## Gesundheitswesen in Deutschland II

156. 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

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

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

158. 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 |

159. 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?

Deutsch .....  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 beruflich-schulische 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 zurzeit 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).....

1-743

Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden .....

2

Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden .....

3

In Mutterschafts- / Erziehungsurlaub oder in sonstiger Beurlaubung .....

4

Zurzeit arbeitslos / Null-Kurzarbeit .....

5

Auszubildender / Lehrling .....

6

Zurzeit **nicht** erwerbstätig, aber früher erwerbstätig .....

7

Zurzeit **nicht** erwerbstätig und auch früher **nie** erwerbstätig .....

8

→ **Weiter mit Frage S9**

⇒ **Weiter mit Frage S11**

S9 Zu welcher Gruppe gehört Ihr Beruf?

**Selbstständiger Landwirt / Genossenschaftsbauer** (auch mithelfender Familienangehöriger) .....

1-744

**Akademiker in freiem Beruf** .....

2

**Selbstständige im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie usw.** .....

3

**Beamter / Richter / Berufssoldat ...**

im einfachen oder mittleren Dienst .....

5

im gehobenen Dienst .....

6

im höheren Dienst .....

7

**Angestellter ...**

mit einer Tätigkeit, die nach Anweisung erledigt wird .....

8

mit selbstständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit .....

9

mit umfassenden Führungsaufgaben .....

0

**Arbeiter, und zwar ...**

ungelernt / angelernt .....

1-745

Facharbeiter .....

2

Vorarbeiter, Kolonnenführer / Meister, Polier, Brigadier .....

3

In **Ausbildung / Lehre** .....

4

**Wehr- / Zivildienstleistender** .....

5

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

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

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

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

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

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

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

Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihre Meinung abstimmen.

Einfach auszufüllen	←—————→	Schwierig auszufüllen
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1		6-759
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2		5
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3		4
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4		3
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5		2
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6		1

B Wie fanden Sie das Beantworten der Fragen insgesamt, eher interessant oder eher langweilig?

Bitte kreuzen Sie wieder die Skala entsprechend an:

Interessant	←—————→	Langweilig
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1		6-760
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2		5
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3		4
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4		3
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5		2
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6		1

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

Viel zu lang	←—————→	In Ordnung
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1		6-761
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2		5
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3		4
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4		3
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5		2
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6		1

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

--	--	--

Minuten < Bitte eintragen! >

762-764

E Haben Sie noch Anmerkungen zum Fragebogen?

---



---



---



---



---

1900-1999

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme.**