



Fragen zum Thema Gesundheit

In der folgenden Befragung geht es um verschiedene Themen zur Gesundheit, z. B. zu Ihrem Informationsverhalten dazu, um den Kontakt mit Ärzten bzw. dem Hausarzt, um die medizinische Versorgung in Deutschland, um Arzneimittel, um Ihre Meinung zum Gesundheitssystem und weiteren Themen.

A. Fragen zum Thema Gesundheit allgemein.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

schlecht	weniger gut	gut	sehr gut	ausgezeichnet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Was trifft zurzeit auf Sie zu? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- ich bin gesund / bin ohne gesundheitliche Probleme
- ich bin akut leicht erkrankt
- ich bin akut schwer erkrankt
- ich bin chronisch krank

3. Haben Sie zurzeit irgendeine lang andauernde Krankheit, Behinderung oder körperliche Gebrechlichkeit?

- ja ⇒ bitte weiter mit Frage 4.
- nein ⇒ bitte weiter mit Frage 6.

4. Wie häufig schränken diese Erkrankung oder Phasen Ihrer Erkrankung Sie in Ihren Alltagsaktivitäten ein?

- (fast) jeden Tag
- mindestens einmal pro Woche
- mindestens einmal pro Monat
- nur phasenweise in größeren Abständen von mehreren Monaten oder Jahren
- nie

5. Wie stark schränken Ihre Erkrankung oder Phasen Ihrer Erkrankung Sie in Ihrem Alltag ein?

- sehr stark, ich kann mich praktisch um nichts mehr kümmern
- stark, ich bin bei den meisten Verrichtungen des Alltags erheblich eingeschränkt
- mäßig stark, ich bewältige den Alltag noch gerade so eben
- geringfügig, ich schaffe den Alltag, aber es fällt etwas schwer
- gar nicht

6. Bitte geben Sie an, wie häufig Ihnen in letzter Zeit Folgendes passiert ist.

- ich habe Verabredungen oder Termine vergessen, oder wusste nicht mehr, dass ich Besuch bekomme
- ich konnte mich nicht mehr an eine mir gut bekannte Telefonnummer oder Anschrift erinnern
- ich habe einen Geburtstag oder ein anderes wichtiges Datum vergessen

gar nicht	selten	ab und zu	oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Kam es in der letzten Zeit bei Ihnen persönlich zu wichtigen Veränderungen oder Umbrüchen, die Sie belastet haben bzw. belasten? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- ja, und zwar ...
 - im Betrieb oder am Arbeitsplatz
 - in der Familie
 - im Freundeskreis
- in gesundheitlicher Hinsicht
- in finanzieller Hinsicht
- nein, es gab in der letzten Zeit keine Veränderungen oder Umbrüche

8. Bitte geben Sie an, an welcher bzw. welchen der folgenden Krankheiten Sie leiden. Wir meinen damit nur Krankheiten, deretwegen Sie mindestens einmal im Quartal ärztlicher Hilfe bedürfen oder regelmäßig Medikamente einnehmen.
(bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Bluthochdruck, Hypertonie
- Herzerkrankungen (z. B. Durchblutungsstörungen am Herzen, Herzinfarkt, Herzschwäche, Herzinsuffizienz)
- Schlaganfall, Durchblutungsstörung des Gehirns
- Asthma bronchial, Chronische Bronchitis
- Diabetes / Zuckerkrankheit mit Insulintherapie
- Diabetes / Zuckerkrankheit ohne Insulintherapie
- Krebserkrankung, bösartiger Tumor
- Gelenkverschleiß
- entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung
- Neurodermitis
- sonstige chronische Erkrankungen
- keine chronischen Erkrankungen

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

- sehr stark
- stark
- mittelmäßig
- weniger stark
- gar nicht

10. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit?

- ja, ich rauche zurzeit und zwar täglich
- ja, ich rauche zurzeit, aber nur gelegentlich
- ja, ich habe früher geraucht, habe aber innerhalb der letzten 12 Monate aufgehört zu rauchen
- ja, ich habe früher geraucht, habe aber vor mehr als einem Jahr aufgehört zu rauchen
- nein, ich habe noch nie geraucht (bis auf ganz seltenes Probieren)

11. Wie ist Ihr Körpergewicht in kg?

_____ kg (bitte eintragen)

12. Wie ist Ihre Körpergröße in cm?

_____ cm (bitte eintragen)

13. Wie oft betreiben Sie körperliche Aktivitäten, bei denen Sie mindestens ein bisschen außer Atem oder ins Schwitzen kommen (z. B. Sport, Wandern, Tanzen, Gartenarbeiten)?

- täglich
- mehrmals pro Woche
- 1 x pro Woche
- 2 - 3 x pro Monat
- 1 x pro Monat
- seltener / nie

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

	täglich	mehrmals in der Woche	ab und zu	seltener / nie
frisches Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salat, frisches Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefkühlkost, Fertiggerichte, Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten, Kuchen, Snacks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke (z. B. Bier, Wein, Spirituosen usw.)?

- häufig
- des Öfteren
- manchmal
- seltener
- (so gut wie) nie

16. Meinen Sie, dass Sie, von Ausnahmen einmal abgesehen, nachts genug Schlaf haben?

- ja, fast immer
- ja, meistens
- mal so, mal so
- nein, eher selten
- nein, fast nie

17. Bitte denken Sie nun an Ihr Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkohol, Bewegung, gesunde Ernährung, Schlaf und Erholung usw.). Wie würden Sie dieses insgesamt beurteilen? Sind Sie der Meinung, dass Sie es verbessern sollten oder finden Sie es in Ordnung?

- ich sollte sehr viel verbessern
- ich sollte manches verbessern
- es ist im Großen und Ganzen in Ordnung
- es ist völlig in Ordnung

18. Wenn Sie sich einmal mit Personen Ihres Alters und Ihres Geschlechts vergleichen, wie würden Sie sich selbst einschätzen, was Ihre Anfälligkeit gegenüber Krankheiten betrifft?

- ich bin viel anfälliger
- ich bin etwas anfälliger
- ich bin gleich anfällig
- ich bin weniger anfällig
- weiß nicht

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

- sehr viel
- eher viel
- eher wenig
- sehr wenig
- weiß nicht

Falls Sie ausschließlich in einer privaten Krankenversicherung (PKV) versichert sind, bitte weiter mit Frage 23. (Seite 4 oben), ansonsten weiter mit Frage 20.

20. Versicherte in Gesetzlichen Krankenkassen können kostenlos folgende Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen: Männer: ab dem Alter von 35 alle zwei Jahre einen Gesundheits-Checkup, ab 45 einmal jährlich eine Krebsfrüherkennung; Frauen: ab dem Alter von 35 alle zwei Jahre einen Gesundheits-Checkup, ab dem Alter von 20 einmal jährlich eine Krebsfrüherkennung. Wussten Sie Bescheid, ob und wie oft Sie persönlich einen Anspruch auf diese Früherkennungsuntersuchungen haben?

	ja, exakt	nur teilweise	nein
für den Gesundheits-Checkup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für die Krebsfrüherkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Wie oft haben Sie bislang den Gesundheits-Checkup durchführen lassen?

- regelmäßig alle 2 Jahre
- alle 3 – 4 Jahre
- seltener
- gar nicht
- war noch nicht anspruchsberechtigt

22. Wie oft haben Sie bislang die Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchführen lassen?

- regelmäßig jedes Jahr
- in der Regel alle 2 Jahre
- seltener
- gar nicht
- war noch nicht anspruchsberechtigt

23. Haben Sie schon einmal Blut gespendet (z. B. bei einer gemeinnützigen Einrichtung oder in einer Klinik)?

- ja, und tue dies auch jetzt noch regelmäßig
- ja, früher schon einmal oder mehrmals
- nein, noch nie

B. Fragen zu Ihrem Informationsverhalten zum Thema Gesundheit.

1. **Welcher der folgenden Aussagen würden Sie am ehesten zustimmen?** (bitte nur eine Angabe)

- ich versuche, viele Informationen über Gesundheitsthemen zu bekommen, die mich betreffen
- ich achte nicht speziell auf Informationen über Gesundheitsthemen, interessiere mich aber dafür
- ich bin nicht sehr an Informationen über Gesundheitsthemen interessiert

2. **Wie oft nutzen Sie das Internet im Durchschnitt?**

- (fast) jeden Tag
- mindestens einmal in der Woche
- mindestens einmal im Monat
- weniger als einmal im Monat
- gar nicht
- } ⇒ bitte weiter mit Frage 3.
- } ⇒ bitte weiter mit Frage 4.

3. **Im Folgenden sehen Sie eine Liste mit Möglichkeiten, wie man sich im Internet zum Thema Gesundheit informieren kann. Wie häufig haben Sie diese Möglichkeit bisher genutzt?**

	noch nie	ein- bis zweimal	öfter als zweimal
Gesundheitsinformationen über eine Suchmaschine (z. B. Google) gesucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetseiten mit unabhängigen Patienteninformationen über Krankheiten besucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Internet nach einem geeigneten Krankenhaus gesucht (z. B. über Weiße Liste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Internet nach einem geeigneten niedergelassenen Arzt gesucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit meinem Arzt über Gesundheitsinformationen gesprochen, die ich mir aus dem Internet geholt hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich in einem Internet-Forum über die Meinungen anderer Patienten zu Gesundheitsthemen informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich an einem Chat-Forum beteiligt und mit anderen Betroffenen ausgetauscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **Verschiedene Menschen haben zum Teil sehr unterschiedliche Meinungen zu Gesundheit und Krankheit und darüber, wie man mit seinen Erkrankungen umgehen sollte. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils - teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Meine Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Veranlagung und Glück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was meine Gesundheit betrifft, so kann ich nur tun, was mir der Arzt sagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man sollte seine gesundheitlichen Probleme besser für sich behalten und diese nur mit dem behandelnden Arzt besprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diejenigen, die sich aktiv um ihre Gesundheit kümmern, sollten weniger Krankenversicherungsbeiträge zahlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Patienten sich untereinander ohne ärztliche Anleitung über ihre Erkrankungen austauschen, ist dies für den Krankheitsverlauf ziemlich gefährlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten, die sich mit Ihrer Erkrankung auseinandersetzen, wissen über ihre Erkrankung oft besser Bescheid als ihr Hausarzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist besser, man steuert seine Behandlung und gesundheitliche Versorgung selbst, als dies dem Hausarzt zu überlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit chronischen Erkrankungen sollten sich verpflichtet fühlen, anderen Betroffenen mit ihrem Erfahrungswissen zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Fragen zum Thema Ausgaben für Gesundheit.

1. **Welcher der folgenden Aussagen würden Sie am ehesten zustimmen?** (bitte nur eine Angabe)

- ich tue alles, um meine Gesundheit zu erhalten
- ich konzentriere mich auf einige wenige Dinge, um meine Gesundheit zu erhalten
- ich mache mir über meine Gesundheit keine großen Gedanken

2. Wenn Sie an einen typischen Monat denken: Wie oft treffen da die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

	täglich	mehrmals pro Woche	einmal wöchentlich	ein bis zweimal monatlich	seltener	weiß nicht
ich tue gezielt etwas für meine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich tue gezielt etwas, von dem ich denke, dass es nicht gesund ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich tue gezielt etwas, um gesundheitliche Sünden auszugleichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Welche der folgenden Produkte und Dienstleistungen haben Sie in den letzten 12 Monaten auf eigene Kosten gekauft bzw. in Anspruch genommen, um etwas für Ihre Gesundheit zu tun? Bitte geben Sie jeweils an, wie oft Sie diese Leistungen in Anspruch genommen bzw. solche Produkte gekauft haben.

	in den letzten 12 Monaten:		
	nie	gelegentlich	regelmäßig
auf eigene Kosten bezahlte Leistungen bei meinen Ärzten (z. B. IGeL = Individuelle Gesundheitsleistungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spezielle Nahrungsmittel (Probiotika usw.) gekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spezielle Arzneimittel gekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Mineralien gekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücher oder Videos zu Fragen der Gesundheit gelesen / gekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheits- oder wellness-orientierte Reisen, Wochenend- und Freizeitangebote unternommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fitnesscenter besucht / Sport im Verein getrieben usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportartikel, Sportausrüstung gekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere gesundheitsbezogene Leistungen / Produkte in Anspruch genommen / gekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie in den letzten 12 Monaten keine dieser Produkte oder Dienstleistungen auf eigene Kosten gekauft bzw. in Anspruch genommen haben, bitte weiter mit Frage 7. a. (Seite 6 oben), ansonsten weiter mit Frage 4.

4. Wie viel Euro geben Sie durchschnittlich pro Monat für die genannten Produkte und Dienstleistungen aus?

ungefähr _____ Euro (bitte eintragen)
 weiß nicht / kann ich nicht sagen

5. Wie bzw. wo werden Sie in der Regel auf diese Produkte oder Dienstleistungen aufmerksam? (mehrere Antworten möglich)

- Arzt
- Radio / Fernsehen
- Zeitungen / Zeitschriften / Bücher
- Internet
- Familie / Freundeskreis
- ich erkundige mich selbst
- auf andere Weise
- weiß nicht

6. Was möchten Sie erreichen, wenn Sie Produkte oder Dienstleistungen für Ihre Gesundheit in Anspruch nehmen und aus eigener Tasche bezahlen? Bitte nennen Sie uns die drei wichtigsten Gründe.

	wichtigster Grund	zweitwichtigster Grund	drittwichtigster Grund
Ich möchte ...			
... Schmerzen oder Beschwerden lindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... körperlich fit bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... geistig fit bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Leistungsfähigkeit steigern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... möglichst lange leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... besser schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Stimmung verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mein Wohlbefinden steigern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... besser aus sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit netten Menschen zusammen sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus anderen Gründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus Gewohnheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. a. Für wie wichtig halten Sie die nachfolgenden Aspekte für Ihre Gesundheit?

	überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	teils - teils	eher wichtig	sehr wichtig
regelmäßige Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Teilnahmen an Vorsorgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gute Informationen über Nutzen und Risiken von Untersuchungen und Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gute Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßiger Stressabbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klare Trennung von Arbeit und Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gute soziale Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein oder nur mäßiger Alkoholgenuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht zu rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abzuschalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intaktes Familienleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. b. Für die Aspekte, die Sie laut Frage 7. a. für „wichtig“ oder „sehr wichtig“ halten: Wie konsequent setzen Sie selbst diese Aspekte um?

	überhaupt nicht konsequent	weniger konsequent	teils - teils	konsequent	sehr konsequent
regelmäßige Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Teilnahmen an Vorsorgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gute Informationen über Nutzen und Risiken von Untersuchungen und Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gute Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßiger Stressabbau / regelmäßig abschalten bzw. entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klare Trennung von Arbeit und Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gute soziale Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein oder nur mäßiger Alkoholgenuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht zu rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Stellen Sie sich bitte vor, Sie könnten beeinflussen, wie alt Sie werden. Welches Alter möchten Sie in diesem Fall mindestens erreichen?

- mindestens 60 Jahre
- mindestens 70 Jahre
- mindestens 80 Jahre
- mindestens 90 Jahre
- mindestens 100 Jahre
- egal
- weiß nicht

9. Niemand will von einer ernsten Erkrankung betroffen sein. Welche Krankheit man jedoch am meisten fürchtet, variiert von Person zu Person. Wie ist das bei Ihnen? Welche der unten aufgeführten Krankheiten fürchten Sie persönlich für sich am meisten? Bitte geben Sie dieser Krankheit ein „1“. Der Krankheit, die Sie am zweitmeisten fürchten, geben Sie die „2“, und so weiter. Bitte vergeben Sie für die aufgeführten Krankheiten die Zahlen 1 – 5.

Herzkrankheiten: _____

Schlaganfall: _____

Krebs: _____

Lungenkrankheiten: _____

Demenz / Alzheimer: _____

10. **Wie wichtig ist für Sie, dass die Produkte und Dienstleistungen, die Sie auf eigene Kosten gekauft oder in Anspruch genommen haben, um etwas für Ihre Gesundheit zu tun, in wissenschaftlichen Studien untersucht wurden, um Vor- und Nachteile, Nutzen und Risiken zu erfassen?**

- sehr wichtig
wichtig
teils - teils
weniger wichtig
überhaupt nicht wichtig

11. **Wenn Sie selbst Informationen zu Nutzen und Risiken von Produkten oder Dienstleistungen für Ihre Gesundheit suchen: Welche Quellen nutzen Sie dann hierfür?**

- meinen Arzt
Radio / Fernsehen
Zeitungen / Zeitschriften / Bücher
Internet
Familie / Freundeskreis
sonstige Quelle
weiß nicht
ich suche keine derartigen Informationen

12. a. **Wie gut fühlen Sie sich über die Vor- und Nachteile der folgenden Produkte und Dienstleistungen informiert?**

	sehr schlecht	eher schlecht	teils - teils	eher gut	sehr gut
aus eigener Tasche bezahlte Leistungen bei meinen Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spezielle Nahrungsmittel (Probiotika usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spezielle Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Mineralien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. b. **Und wie gut fühlen Sie sich über die gesundheitsfördernden Aspekte der folgenden Produkte und Dienstleistungen informiert?**

	sehr schlecht	eher schlecht	teils - teils	eher gut	sehr gut
Bücher oder Videos zu Fragen der Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesundheits- oder wellness-orientierte Reisen, Wochenend- und Freizeitangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch in Fitnesscentern / Mitgliedschaft im Sportverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportartikel, Sportausrüstung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. **Werden von den Krankenkassen Ihrer Meinung nach genug Leistungen im Bereich Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung bezahlt?**

- ja, auf jeden Fall
ja, eher schon
nein, eher nicht
nein, auf keinen Fall
weiß nicht

14. **Bitte geben Sie an, wie stark die nachfolgenden Faktoren Ihrer Meinung nach die Gesundheit eines Menschen beeinflussen?**

	beeinflussen die Gesundheit ...				
	sehr gering	eher gering	teils - teils	eher stark	sehr stark
seelische Faktoren wie Stress, psychische Belastungen usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperliche Faktoren wie falsche Ernährung, Mangel an Bewegung, Rauchen usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vererbte Einflüsse und Zufälle, also Dinge, die der Einzelne nicht steuern kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. **Wenn ein guter Freund Sie aufgrund anhaltender Gesundheitsbeschwerden um Rat fragen würde: Würden Sie ihm empfehlen, einmal alternative Heilmethoden (z. B. Homöopathie, Akupunktur, Osteopathie) auszuprobieren?**

- ja, ganz sicher
ja, wahrscheinlich
vielleicht, kommt drauf an
nein, wahrscheinlich nicht
nein, ganz sicher nicht

D. Fragen zum Thema Kontakt mit Ärzten und mit dem Hausarzt.

1. **Mit welchen der folgenden Ärzte oder deren Praxispersonal haben Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt gehabt und wie oft hatten Sie diesen Kontakt?** (bitte eintragen)

	Kontakt in den letzten 12 Monaten	Anzahl der Kontakte in den letzten 12 Monaten (bitte eintragen)
Praktischer Arzt / Arzt für Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
Internist	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
Frauenarzt / Gynäkologe	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
andere Fachärzte	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
Zahnarzt	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Amtsarzt	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
sonstiger Arzt	<input type="checkbox"/> ⇒	_____

hatte mit keinem niedergelassenen Arzt oder dessen Praxispersonal in den letzten 12 Monaten Kontakt ⇒ bitte weiter mit Teil E. „Fragen zum Thema medizinische Versorgung in Deutschland“ (Seite 11)

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

ja ⇒ bitte weiter mit Frage 3.
nein ⇒ bitte weiter mit Frage 22. (Seite 10)

3. **Ist dieser Hausarzt ein ...** (bitte nur eine Angabe)

Praktischer Arzt / Arzt für Allgemeinmedizin
Internist
Frauenarzt / Gynäkologe
sonstiger Arzt

4. **In welcher Praxisform ist dieser Hausarzt tätig?**

Einzelpraxis
Gruppenpraxis / Praxisgemeinschaft mit Ärzten gleicher Fachrichtung
Gruppenpraxis / Praxisgemeinschaft mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung
Ambulantes Versorgungszentrum
Krankenhausambulanz
anderswo

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

_____ mal (bitte eintragen)

6. **Wie lange sind Sie schon bei diesem Hausarzt?**

seit weniger als 1 Jahr
seit mindestens 1 Jahr, aber weniger als 5 Jahren
seit 5 Jahren oder mehr

7. **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
Praxisbesuch ohne Arztkontakt (z. B. Rezeptausstellung, Bestrahlung)
Abholen eines Überweisungsscheins
(Wunsch nach) Krankschreibung
Befindlichkeitsstörungen (z. B. allgemeines Unwohlsein, Schlafstörung)
Beratung zu psychischen, sozialen oder mentalen Belastungen
akute leichte Erkrankungen (z. B. Erkältungskrankheit, Durchfall)
akute schwere Erkrankungen
Dauerleiden oder länger andauernde / chronische Krankheit (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Allergien, Rheuma)
Unfall
Behinderung
Ärztliches Gutachten
sonstiges

8. Denken Sie bitte bei der folgenden Frage an den letzten Kontakt mit der Praxis Ihres Hausarztes. Haben Sie beim letzten Kontakt mit der Arztpraxis auch mit Ihrem Hausarzt gesprochen?

ja

nein, nur mit dem Praxispersonal

In den folgenden Fragen 9. bis 14. geht es um Ihren letzten Besuch bei Ihrem Hausarzt, bei dem Sie auch den Arzt sprechen wollten.

9. Als Sie das letzte Mal bei Ihrem Hausarzt 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 (bitte eintragen)

10. Haben Sie diese Wartezeit empfunden als ...

viel zu lang ⇒ bitte weiter mit Frage 11.

zu lang ⇒ bitte weiter mit Frage 11.

noch akzeptabel ⇒ bitte weiter mit Frage 11.

genau meinen Wünschen entsprechend ⇒ bitte weiter mit Frage 12.

11. Haben oder hatten Sie wegen dieser zeitlichen Verzögerung des Praxisbesuchs Ihrer Meinung nach spürbare gesundheitliche Nachteile?

ja, sicher

ja, vielleicht

nein

weiß nicht

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

etwa _____ Minuten (bitte eintragen)

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

etwa _____ Minuten (bitte eintragen)

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

eher zu lang

gerade richtig

etwas zu kurz

viel zu kurz

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

sehr viel

viel

teils - teils

wenig

sehr wenig

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

ja

nein

weiß nicht

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

ja

nein

weiß nicht

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

ja

nein

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

- vollkommen zufrieden
- sehr zufrieden
- zufrieden
-
- weniger zufrieden
- unzufrieden

20. **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
- gleich geblieben
- verschlechtert

21. **Welcher der folgenden Aussagen würden Sie am ehesten zustimmen? (bitte nur eine Angabe)**

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

22. **Bitte denken Sie im Folgenden an Ihren Hausarzt. Falls Sie Ihren Hausarzt in den letzten 12 Monaten nicht besucht haben oder keinen Hausarzt haben, denken Sie bitte an den Arzt, der Sie in den letzten 12 Monaten am intensivsten betreut hat. Auf welchen Arzt beziehen Sie sich?**

- meinen Hausarzt
- einen Facharzt

23. **Wie intensiv hat dieser Arzt ...**

	so gut wie gar nicht	weniger intensiv	teils - teils	intensiv	sehr intensiv
Ihnen zugehört, unabhängig davon, wie beschäftigt er war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat er - wenn nötig - nach Einzelheiten Ihrer Lebenssituation gefragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat er die geplante Therapie mit Ihnen abgesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat er Ihnen die Krankheit, Verletzung oder Beschwerden erklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist er auf Ihre Fragen eingegangen und hat zu Fragen ermuntert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. **Und wie stark ...**

	gar nicht	kaum	teils - teils	stark	sehr stark
hat er Ihnen das Gefühl vermittelt, Sie vergeudeteten seine Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatten Sie das Gefühl, dass er Ihre Äußerungen über Ihren Gesundheitszustand bzw. über Ihre Krankheit ernst nimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat er Ihre Sorgen und Ängste berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist er Ihnen mit Respekt und Achtung begegnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. **Wenn Sie an die letzten Besuche bei diesem Arzt denken, ist es vorgekommen, dass ...**

	nie	einmal	öfter als einmal
der Arzt Sie Ihrer Meinung nach nicht gründlich genug untersucht hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Beschwerden über einen längeren Zeitraum nicht besser wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Therapie Komplikationen auftraten (z. B. Schmerzen wurden stärker, zusätzliche Beschwerden traten auf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Arzt wegen vieler Patienten im Wartezimmer unter sehr großem Zeitdruck stand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Arzt Ihnen ein Medikament verschrieben hat, das Sie nicht vertragen haben (erhebliche Nebenwirkungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Arzt Ihnen ein Medikament verschrieben hat, das keinerlei oder kaum Wirkung hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Arzt nach Ihrem Eindruck mit „seinem Latein am Ende war“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie noch einen anderen Arzt aufgesucht haben, weil die Beschwerden nicht besser wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie einen Heilpraktiker oder Arzt aus der Alternativmedizin (Homöopathie, Akupunktur, Anthroposophie, Chinesische Medizin usw.) aufgesucht haben, weil die Beschwerden nicht besser wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie den Eindruck hatten, sich besser mit Ihrer Erkrankung auszukennen als Ihr Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- ja, schon öfters ⇒ bitte weiter mit Frage 27.
 ja, ein- oder zweimal ⇒ bitte weiter mit Frage 27.
 nein ⇒ bitte weiter mit Teil E. „Fragen zum Thema medizinische Versorgung in Deutschland“

27. Haben Sie in dieser Situation ... (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Ihre Meinung für sich behalten
 Ihre Meinung dem Arzt auch gesagt
 einen anderen Arzt dazu befragt

28. Falls Sie Ihre Meinung dem Arzt auch gesagt haben: Hat er es akzeptiert, dass Sie seinen Behandlungsvorschlag abgelehnt haben?

- ja, ohne Probleme
 ja, mit Einschränkungen
 nein

E. Fragen zum Thema medizinische Versorgung in Deutschland.

1. Was glauben Sie, wie häufig Ärzte heutzutage in den nachfolgend genannten Weisen vorgehen, wenn sie sich über die beste Behandlung für ihre Patienten nicht ganz sicher sind?

	nie	selten	meistens	fast immer	weiß nicht
sie verlassen sich auf ihre Erfahrung und ihre Routine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sie verlassen sich auf ihr „Bauchgefühl“ (Intuition)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sie beraten sich mit Kollegen und Kolleginnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sie lesen in der wissenschaftlichen Fachliteratur (Fachbücher, Fachzeitschriften)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sie informieren sich im Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sie besprechen ihre Unsicherheit mit dem Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Auch Ärzte können in ihrem Beruf Fehler machen. Wie sinnvoll wären aus Ihrer Sicht folgende Maßnahmen, um diese Fehler zu verhindern?

	nicht sinnvoll	teilweise sinnvoll	sehr sinnvoll	weiß nicht
regelmäßige Kontrollen, ob die Fachkenntnisse auf dem neuesten Stand sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strenge Pflicht zur regelmäßigen beruflichen Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unkomplizierte Möglichkeit für Ärzte, sich z. B. über das Internet mit Kollegen zu beraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zusätzliche Honorare für Ärzte, die ihre Behandlungserfolge nachweisen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zusätzliche Honorare für Ärzte, die nachweisen können, dass sie bei der Behandlung von Patienten die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Was vermuten Sie, wie oft kommen nachfolgend genannte Situationen in Arztpraxen in Deutschland vor?

	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft	weiß nicht
Es werden medizinisch unnötige, in gesundheitlicher Hinsicht überflüssige Leistungen erbracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden überflüssige Untersuchungen empfohlen, die die Patienten selbst zahlen müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden sinnvolle medizinische Untersuchungen und Behandlungen unterlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingesetzt, die nach aktuellem wissenschaftlichen Erkenntnissen unwirksam sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingesetzt, die nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sogar schädlich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Und was vermuten Sie, wie oft kommen nachfolgend genannte Situationen in Krankenhäusern in Deutschland vor?

	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft	weiß nicht
Es werden medizinisch unnötige, in gesundheitlicher Hinsicht überflüssige Leistungen erbracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden überflüssige Untersuchungen empfohlen, die die Patienten selbst zahlen müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden sinnvolle medizinische Untersuchungen und Behandlungen unterlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingesetzt, die nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen unwirksam sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingesetzt, die nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sogar schädlich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Für die beste Behandlung von Patienten haben die Fachgesellschaften der Ärzte sogenannte „Leitlinien“ veröffentlicht. Darin wird genau beschrieben, welche Untersuchungen bei einzelnen Beschwerden am sinnvollsten sind und welche Behandlungsmethoden aufgrund aktueller wissenschaftlicher Untersuchungen am meisten Erfolg versprechen. Was wissen Sie über diese medizinischen Leitlinien?

	nein	ja
Ich habe vor dieser Befragung schon einmal das Wort Leitlinien in diesem Zusammenhang gehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß ungefähr, was mit diesem Begriff Leitlinien gemeint ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wo ich diese Leitlinie im Internet finden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Arzt / eine Ärztin hat mir schon einmal gesagt, dass die Behandlung auf Leitlinien beruht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe schon einmal einen Arzt / eine Ärztin gefragt, ob meine Behandlung auf Leitlinien beruht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie als Patient den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

	lehne völlig ab	lehne eher ab	stimme eher zu	stimme völlig zu	weiß nicht
Leitlinien ...					
... sind eine Bevormundung von Ärzten und Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind sinnvolle und hilfreiche Informationen für Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind sinnvolle und hilfreiche Informationen für Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind für Patienten ein Schutz vor unwirksamen oder schädlichen ... Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sparen Kosten im Gesundheitswesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind so etwas wie ein „Kochbuch“ und in der Medizin nicht angebracht, weil jeder Patient anders ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Stellen Sie sich bitte vor, Ihnen würde vor einer Untersuchung anhand eines Zahlenverhältnisses mitgeteilt, wie hoch das Risiko ist, nach dieser Untersuchung eine schwere Blutung zu erleiden. Welche der folgenden Zahlen drückt aus Ihrer Sicht dann das höchste Risiko aus, die Blutung zu erleiden? (bitte nur eine Angabe)

- 1 von 10
- 1 von 100
- 1 von 1000

8. Inwieweit stimmen Sie nachfolgenden Aussagen zu?

	lehne völlig ab	lehne eher ab	stimme eher zu	stimme völlig zu	weiß nicht
Neue medizinische Untersuchungsmethoden sind meistens besser als ältere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je mehr medizinische Leistungen ein Patient erhält (z. B. Untersuchungen, Medikamente), desto besser ist dies für seine Genesung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die besten Therapien sind häufig auch am teuersten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausmittel gegen einfache Erkrankungen sind manchmal genau so wirksam wie Arzneimittel oder sogar besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Billige Medikamente helfen nicht so gut wie die teuren Originalmedikamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um eine sichere Diagnose zu stellen, sollte ein Arzt so viele Untersuchungsmethoden wie möglich einsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die besten Therapien erhalten oft nur die Privatpatienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien sagen den Nutzen einer Behandlung für den betroffenen Patienten eindeutig voraus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien sind manchmal abhängig vom Auftraggeber der Untersuchung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden wird in wissenschaftlichen Studien untersucht. Was glauben Sie, wie gut sind die nachfolgend genannten Studien für die Beurteilung der Wirksamkeit einer Behandlung geeignet?

	gar nicht geeignet	weniger geeignet	geeignet	gut geeignet	sehr gut geeignet	weiß nicht
Studien, bei denen man vor und nach der Behandlung den Gesundheitszustand vergleicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studien, bei denen der Erfolg einer Behandlung (z. B. Medikament) gegenüber einer Scheinbehandlung (Plazebo) untersucht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studien, bei denen weder Patienten noch Untersucher wissen, ob sie eine echte Behandlung (z. B. Medikament) oder eine Scheinbehandlung (Plazebo) bekommen oder nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgfältige Beobachtung von einzelnen Kranken durch ihre Behandler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studien, die über eine sehr lange Zeit gehen und auch noch Monate nach der Behandlung die mittel- und langfristigen Folgen überprüfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Stellen Sie sich vor, Sie leiden an einer immer wiederkehrenden Krankheit, z. B. an Migräne. Wenn Sie sich über diese Krankheit und die besten Behandlungen informieren wollen, wie hoch ist dann Ihr Vertrauen in die im Folgenden aufgelisteten Informationsquellen?

	mein Vertrauen in diese Informationen ist ...				
	sehr niedrig	niedrig	mittelmäßig	hoch	sehr hoch
Informationen des Hausarztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen eines Spezialisten (Facharzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfahrungsberichte von Freunden oder Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfahrungsberichte von anderen Betroffenen im Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfahrungsberichte von anderen Betroffenen, z. B. in Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen aus Studien, die an Universitäten durchgeführt wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen aus Studien, die z.B. von der Pharmaindustrie in Auftrag gegeben wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen eines Heilpraktikers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen eines Apothekers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Fragen zum Thema Arzneimittel / Medikamente.

1. Waren Sie persönlich oder eine Ihnen nahestehende Person bereits einmal von schweren unerwünschten Nebenwirkungen eines Medikaments betroffen?

ja, ich persönlich
ja, eine mir nahestehende Person
nein

2. Hat Ihnen ein Arzt in den letzten 12 Monaten ein rezeptpflichtiges Medikament verschrieben?

ja ⇒ bitte weiter mit Frage 3.
nein ⇒ bitte weiter mit Frage 18. (Seite 15)

3. Welcher Arzt hat Ihnen zuletzt ein Medikament verschrieben?

ein Hausarzt
ein Facharzt

4. Wann wurde Ihnen dieses Medikament verschrieben?

April bis Juni 2010
Juli bis September 2010
Oktober bis Dezember 2010
im Jahr 2011

5. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie Ihr Arzt vorab über das verschriebene Medikament zu nachfolgenden Aspekten informiert bzw. aufgeklärt hat.

	überhaupt nicht ausreichend	weniger ausreichend	teils - teils ausreichend	vollkommen ausreichend
Er hat mir erklärt, gegen welche Beschwerden oder welche Erkrankung das Medikament helfen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er hat mir erklärt, wie oft und wie lange ich das Medikament einnehmen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er hat mich über die Wirkungsweise dieses Medikaments aufgeklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er hat mich über die möglichen Nebenwirkungen dieses Medikaments aufgeklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er hat mich darüber aufgeklärt, was ich tun soll, falls Nebenwirkungen auftreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. **Hat dieser Arzt Ihnen empfohlen, den Beipackzettel des Medikaments zu lesen, anstatt Sie persönlich über das Medikament zu informieren?**

- ja
nein

7. **War der Arzt zu dem Zeitpunkt, als er das Medikament verschrieben hat, darüber im Bilde, ob Sie noch andere Medikamente einnehmen?**

- ja, er wusste genau darüber Bescheid
- ja, er hat direkt danach gefragt } bitte weiter mit Frage 8.
- ja, ich nehme es an, aber er hat nicht danach gefragt
-
- nein, ich vermute nicht
- weiß nicht } bitte weiter mit Frage 9.
- zu diesem Zeitpunkt nahm ich keine weiteren Medikamente

8. **Wusste Ihr Arzt auch, welche Medikamente im Einzelnen das sind, die Sie einnehmen müssen?**

- ja, er wusste genau darüber Bescheid
- ja, er hat direkt danach gefragt
- ja, ich nehme es an, aber er hat nicht danach gefragt
-
- nein, ich vermute nicht
- weiß nicht

9. **Haben Sie dann das Rezept auch in einer Apotheke eingelöst?**

- ja
- nein
- weiß nicht mehr

10. **Für welchen Zeitraum wurde dieses Medikament verordnet?**

- dauerhaft / bis heute
- mehrere Monate
- mehrere Wochen
- mehrere Tage

11. **Als Ihnen dieses Medikament verschrieben wurde: Wie viele andere Medikamente (in Form von Tabletten, Tropfen, Zäpfchen, Salben, Tinkturen usw.) mussten Sie zu diesem Zeitpunkt außerdem noch einnehmen / anwenden?**

- noch ____ andere Medikamente
(bitte Anzahl verschiedener Medikamente eintragen)
- kein weiteres Medikament
- weiß nicht mehr

12. **Wie oft ist es nach der Verschreibung dieses Medikaments zu folgenden Situationen gekommen?**

- Ich habe dieses oder ein anderes verschriebenes Medikament vergessen einzunehmen.
- Ich habe dieses oder ein anderes verschriebenes Medikament nicht eingenommen, weil ich erhebliche Nebenwirkungen verspürte.
- Ich habe dieses oder ein anderes verschriebenes Medikament vorübergehend abgesetzt, weil ich mich fit und gesund fühlte.
- Ich habe dieses oder ein anderes verschriebenes Medikament übersehen einzunehmen, weil ich verreist oder nicht zu Hause war.

	nie	einmal	zwei- bis dreimal	häufiger als dreimal	weiß nicht
Ich habe dieses oder ein anderes verschriebenes Medikament vergessen einzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe dieses oder ein anderes verschriebenes Medikament nicht eingenommen, weil ich erhebliche Nebenwirkungen verspürte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe dieses oder ein anderes verschriebenes Medikament vorübergehend abgesetzt, weil ich mich fit und gesund fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe dieses oder ein anderes verschriebenes Medikament übersehen einzunehmen, weil ich verreist oder nicht zu Hause war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. **Wenn Sie an das bzw. die rezeptpflichtigen Medikamente denken, die Sie in den letzten 12 Monaten einnehmen mussten, wie stark ...**

- helfen Ihnen diese gegen Ihre Beschwerden
- waren / sind Ihre Befürchtungen über zukünftige Nebenwirkungen
- waren / sind Nebenwirkungen, die Sie schon einmal erlebt haben
-
- war / ist Ihre Angst, dass Sie abhängig werden
- haben Sie Informationen auf dem Beipackzettel verwirrt oder beunruhigt

	sehr gering	eher gering	eher stark	sehr stark
helfen Ihnen diese gegen Ihre Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
waren / sind Ihre Befürchtungen über zukünftige Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
waren / sind Nebenwirkungen, die Sie schon einmal erlebt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war / ist Ihre Angst, dass Sie abhängig werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haben Sie Informationen auf dem Beipackzettel verwirrt oder beunruhigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. **Ist es vorgekommen, dass Sie in den letzten 12 Monaten ein verschriebenes Medikament gar nicht erst eingenommen oder die Einnahme vorzeitig abgebrochen haben?**

- ja, dreimal oder häufiger ⇒ bitte weiter mit Frage 15.
- ja, zweimal ⇒ bitte weiter mit Frage 15.
- ja, einmal ⇒ bitte weiter mit Frage 15.
- nein, nie ⇒ bitte weiter mit Frage 16.

15. **Warum haben Sie das Medikament gar nicht erst eingenommen oder die Einnahme vorzeitig abgebrochen?**
(bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- es ging mir schon wesentlich besser
- es traten zu starke Nebenwirkungen auf
- ich dachte, das Medikament hilft nicht
- die Warnungen auf dem Beipackzettel haben mir Angst gemacht
- mein Arzt hat mir nicht bzw. nicht ausreichend erklärt, warum das Medikament wichtig ist

16. **Haben Sie bei den rezeptpflichtigen Medikamenten, die Sie in den letzten 12 Monaten einnehmen mussten, den Zettel mit den Beipackzettel durchgelesen?**

- ja, und meistens sehr genau ⇒ bitte weiter mit Frage 17.
- ja, aber meistens nur flüchtig ⇒ bitte weiter mit Frage 17.
- nein, meistens nicht ⇒ bitte weiter mit Frage 18.

17. **Fanden Sie die Informationen auf dem Beipackzettel ...**

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	ja, im Großen und Ganzen
verständlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nützlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verwirrend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beängstigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anschaulich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. **Bitte kreuzen Sie jeweils an, inwieweit nachfolgende Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht.**

	Dies trifft bei mir ...			
	gar nicht zu	eher nicht zu	eher zu	völlig zu
Medikamente, die der Arzt mir verschreibt, nehme ich so wie verschrieben ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man ein Medikament nicht verträgt, sollte man es besser wegwerfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich nie trauen, ein verordnetes Medikament wegzulassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag Medikamente nicht. Wenn ich ohne sie auskäme, würde ich sie weglassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Gesundheit ist das Wichtigste überhaupt. Und wenn ich Medikamente einnehmen muss, um gesund zu bleiben, dann tue ich das auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was der Arzt mir sagt, befolge ich genau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. **Was sind insgesamt Ihre Erfahrungen, was Informationen über Medikamente anbetrifft: Wie gut fühlen Sie sich durch die nachfolgenden Informationsquellen informiert?**

	schlecht	weniger gut	teils - teils	gut	sehr gut
durch den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Beipackzettel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Apotheker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Freunde, Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. **Wie wichtig sind Ihrer Meinung nach folgende Aspekte, um die Informationen über Arzneimittel zu verbessern?**

	nicht so wichtig	wichtig	sehr wichtig
regelmäßige Tests der Stiftung Warentest auch über Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für Patienten verständliche Medikamenten-Informationen einer unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtung im Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verständlichere Erklärungen auf Medikamenten-Beipackzetteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine schriftliche Information durch den Arzt, in der persönliche Besonderheiten berücksichtigt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine unabhängige telefonische Auskunftsstelle mit medizinischen Fachkenntnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. **Man kann zu Ärzten und auch zu Medikamenten ganz unterschiedliche Ansichten haben. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu
Ärzte verschreiben zu oft Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die meisten Medikamente machen abhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naturheilmittel sind sanfter als Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte vertrauen zu stark auf Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
letztlich sind Medikamente Gift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr Zeit für den Patienten würde viele Medikamente überflüssig machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Fragen zum Thema Gesundheitssystem.

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

	sehr schlecht	schlecht	befriedigend	gut	sehr gut
die Qualität der medizinischen Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Qualifikation von Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Einrichtung und technische Ausstattung von Arztpraxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Wartezeiten auf Praxis-Termine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Zeitdauer für das Arzt-Patient-Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	wird sich verbessern	wird sich verschlechtern	wird unverändert bleiben	weiß nicht
die Qualität der medizinischen Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Qualifikation von Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Einrichtung und technische Ausstattung von Arztpraxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Wartezeiten auf Praxis-Termine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Zeitdauer für das Arzt-Patient-Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wenn Sie eine Gesamtbeurteilung des deutschen Gesundheitswesens abgeben sollten: Was trifft zu?
(bitte nur eine Angabe)

Im Großen und Ganzen funktioniert unser Gesundheitswesen gut, nur kleinere Verbesserungen sind notwendig.

Es gibt einige gute Dinge in unserem Gesundheitswesen, aber einschneidende Maßnahmen sind nötig, um es zu verbessern.

Unser Gesundheitswesen funktioniert so schlecht, dass es von Grund auf verändert werden muss.

4. Befürchten Sie, dass ...

	nein	ja
Sie im Alter nicht ausreichend medizinisch versorgt sein werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeiten auf bestimmte Therapien oder Operationen zunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Ihrer Behandlung ein Behandlungsfehler gemacht wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Krankenversicherung künftig nicht mehr die Leistungen übernimmt, die für Sie wichtig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre persönlichen Gesundheits- und Behandlungsdaten von nicht dazu berechtigten Personen eingesehen werden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 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

zufrieden

teils - teils

etwas unzufrieden

sehr unzufrieden

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

	vollkommen ungerecht	überwiegend ungerecht	überwiegend gerecht	vollkommen gerecht	weiß nicht
gesunde Beitragszahler unterstützen kranke Beitragszahler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
junge Beitragszahler unterstützen alte Beitragszahler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alleinstehende Beitragszahler unterstützen Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Bezieher hoher Einkommen unterstützen die Bezieher niedriger Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. In den Medien war zuletzt öfter zu lesen, dass es in Deutschland teilweise eine „Zwei-Klassen-Medizin“ gibt und Kassenpatienten eine schlechtere medizinische Versorgung bekommen als Privatpatienten. Was ist Ihre Meinung, haben Kassenpatienten bei den folgenden Aspekten Nachteile?

	auf keinen Fall	eher nein	eher ja	ja, auf jeden Fall	weiß nicht
Wartezeiten auf einen Arzttermin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeiten in der Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung auch neuester medizinischer Erkenntnisse bei Untersuchungen und Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bessere Medikamente (Wirksamkeit, weniger Nebenwirkungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit der Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die sich Ärzte für den Patienten nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgfalt und Gründlichkeit bei Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Alles in allem genommen – inwiefern gibt es bei uns in Deutschland nach Ihrer persönlichen Erfahrung derzeit eine „Zwei-Klassen-Medizin“?

- in sehr starkem Maße
 teilweise
 nur in Ausnahmefällen
 gar nicht
 weiß nicht

H. Fragen zum Thema Organtransplantationen.

1. Besitzen Sie einen Organ-Spenderausweis?

- ja ⇒ bitte weiter mit Frage 3.
 nein ⇒ bitte weiter mit Frage 2.

2. Wären Sie zur Organspende für den Fall Ihres eigenen Todes bereit?

- ja, auf jeden Fall
 ja, eher schon
 nein, eher nicht
 nein, auf keinen Fall

3. Kennen Sie jemanden, der sich einer Organtransplantation unterzogen hat, d.h. ein Organ als Empfänger erhalten hat? (mehrere Antworten möglich)

- ja, ich selbst
 ja, eine Person in meiner Familie
 ja, eine Person im engeren Freundes- oder Bekanntenkreis
 ja, eine Person, die mir entfernt bekannt ist
 nein, niemanden

4. Kannten Sie jemanden, der nach seinem Tod ein Organ gespendet hat? (mehrere Antworten möglich)

- ja, eine Person in meiner Familie
 ja, eine Person im engeren Freundes- oder Bekanntenkreis
 ja, eine Person, die mir entfernt bekannt ist
 nein, niemanden

5. Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu? „Wer einen Spendenausweis bei sich trägt, muss befürchten, dass sich Ärzte mehr für die Spender-Organen als für seine Lebensrettung interessieren.“

- stimme voll und ganz zu
 stimme eher zu
 bin unentschieden
 stimme eher nicht zu
 stimme überhaupt nicht zu

Die Transplantations-Medizin hat große Behandlungserfolge zu verzeichnen. Es gibt bei uns jedoch zu wenig Transplantate von verstorbenen Organ Spendern. Daher können nicht alle Patienten, die auf ein Organ warten, berücksichtigt werden. Im Folgenden stellen wir Ihnen verschiedene Szenarien vor, bei denen es um die Auswahl des Organ-Empfängers geht. Bitte geben Sie an, ob die folgenden Faktoren bei der Auswahl des Empfängers eine Rolle spielen sollten oder nicht.

6. a. Die Wartezeiten auf ein passendes Organ unterscheiden sich zum Teil erheblich: Manche warten nur wenige Monate darauf, andere viele Jahre. Soll eine lange Wartezeit bei der Auswahl des Empfängers positiv berücksichtigt werden?

nein, auf keinen Fall	nein, eher nicht	ja, eher schon	auf jeden Fall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. b. Ein möglicher Organempfänger, der ohne Transplantat voraussichtlich noch einige Monate überleben würde, könnte nach einer Transplantation noch etwa zehn Jahre leben, ein anderer würde innerhalb der nächsten Woche ohne Transplantation versterben und könnte nach einer Transplantation noch etwa ein Jahr überleben. Soll die unmittelbare Todesnähe trotz schlechterer Erfolgsaussicht bei der Auswahl des Empfängers positiv berücksichtigt werden?

nein, auf keinen Fall	nein, eher nicht	ja, eher schon	auf jeden Fall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. c. Manche Transplantationsbedürftige haben ihren Gesundheitszustand durch Medikamenten- oder Drogenmissbrauch mit verschuldet. Soll das eigene Mitverschulden bei der Auswahl des Empfängers negativ berücksichtigt werden?

nein, auf keinen Fall	nein, eher nicht	ja, eher schon	auf jeden Fall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. d. Soll die Tatsache, dass von zwei gleich geeigneten Empfängern der eine 25 und der andere 65 Jahre alt ist, zugunsten des Fünfundzwanzigjährigen positiv berücksichtigt werden?

nein, auf keinen Fall	nein, eher nicht	ja, eher schon	auf jeden Fall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Szenarien beziehen sich speziell auf Nierenspenden nach dem Tod und die Auswahl des Organ-Empfängers. Bitte geben Sie auch hier an, ob die folgenden Faktoren bei der Auswahl des Empfängers eine Rolle spielen sollten oder nicht.

7. a. Eine transplantierte Niere ist länger funktionstüchtig, wenn der Empfänger keine oder nur eine sehr kurze Wartezeit mit einer gleichzeitigen Dialysebehandlung (zur Reinigung des Blutes) hatte. Soll dieses Merkmal bei der Auswahl des Empfängers positiv berücksichtigt werden?

nein, auf keinen Fall	nein, eher nicht	ja, eher schon	auf jeden Fall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. b. Eine gute Verträglichkeit zwischen dem Organ- und dem Empfängergewebe erhöht die zu erwartende Funktionsdauer eines Nierentransplantates. Soll dieser Aspekt bei der Auswahl des Empfängers positiv berücksichtigt werden?

nein, auf keinen Fall	nein, eher nicht	ja, eher schon	auf jeden Fall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. c. Die durch die Dialyse verursachten Krankheitsfolgekosten sind von Patient zu Patient sehr unterschiedlich. Soll die Höhe der Einsparung an Krankheitskosten bei zwei gleich geeigneten Empfängern positiv bei der Auswahl des Empfängers berücksichtigt werden?

nein, auf keinen Fall	nein, eher nicht	ja, eher schon	auf jeden Fall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Um die Bereitschaft zur Organspende und die Zahl der Spenderorgane zu erhöhen, werden bei uns derzeit verschiedene Änderungen der Regelungen diskutiert.

8. Ein Vorschlag lautet: Angehörige des Organspenders erhalten eine moderate Geldzahlung, etwa in Höhe der Beerdigungskosten. Was halten Sie von diesem Vorschlag?

- stimme vollkommen zu
- stimme zu
- weder noch
-
- lehne ab
- lehne vollkommen ab

9. **Wie würde sich Ihre Bereitschaft zur Organspende verändern, wenn Ihre Angehörigen im Fall der Organentnahme bei Ihnen eine moderate Geldzahlung erhalten würden?**
- Meine Bereitschaft würde ...**
- ...zunehmen
- ...unverändert bleiben
- ...abnehmen
10. **Ein anderer Vorschlag lautet: Organe dürfen einer verstorbenen Person generell entnommen werden, es sei denn, diese Person hat zu Lebzeiten einer späteren Entnahme widersprochen. Was halten Sie von diesem Vorschlag?**
- stimme vollkommen zu
- stimme zu
- weder noch
- lehne ab
- lehne vollkommen ab
11. **Falls dieser Vorschlag ungesetzt werden würde: Würden Sie dann einer Organentnahme bei Ihnen selbst widersprechen?**
- nein
- vielleicht
- ja
12. **Ein weiterer Vorschlag lautet: Bei Patienten, die sich vor einer eigenen akuten Erkrankung zur Organspende bereit erklärt haben, wird die eigene Bereitschaft zur Organspende bei der Auswahl des Empfängers positiv berücksichtigt. Was halten Sie von diesem Vorschlag?**
- stimme vollkommen zu
- stimme zu
- weder noch
- lehne ab
- lehne vollkommen ab
13. **Wie würde sich Ihre Bereitschaft zur Organspende nach Umsetzung dieses Vorschlags verändern?**
- Meine Bereitschaft würde ...**
- ...zunehmen
- ...unverändert bleiben
- ...abnehmen

I. Fragen zum Thema Impfen.

Im Folgenden möchten wir Sie bitten, einige Fragen zum Thema Grippe zu beantworten. Wenn bei den folgenden Fragen von „Virusgrippe“ die Rede ist, dann ist hiermit die saisonale Grippe (Influenza) gemeint, die regelmäßig in den Wintermonaten auftritt. Teilweise werden jedoch auch Fragen zur Schweinegrippe gestellt.

1. **Haben Sie sich für die Saison 2010 / 2011 gegen die Virusgrippe impfen lassen (Impfung im Herbst / Winter 2010 / 2011)?**
- ja
- nein
- weiß nicht
2. **Haben Sie sich für die Saison 2009 / 2010 gegen die Virusgrippe impfen lassen (Impfung im Herbst / Winter 2009 / 2010)?**
- ja
- nein
- weiß nicht
3. **Wie würden Sie Ihr Impfverhalten bezogen auf die Virusgrippe auf einer Skala von 1 bis 5 einstufen?**
 Dabei bedeutet: 1 = ich lasse mich nie impfen und 5 = ich lasse mich jedes Jahr impfen. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Impfhäufigkeit abstufen.

ich lasse mich nie impfen	←----->				ich lasse mich jedes Jahr impfen
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. **Hatten Sie jemals Nebenwirkungen in Folge einer Impfung gegen die Virusgrippe?**
- ja
- nein
- ich habe mich nie gegen die Virusgrippe impfen lassen

5. Sie lassen sich nicht jährlich gegen die Virusgrippe impfen. Inwieweit sind die nachfolgend aufgeführten Aspekte ein Grund dafür?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	bin unentschieden	trifft etwas zu	trifft voll und ganz zu
Der Zeitaufwand für Terminvereinbarungen beim Arzt ist mir zu hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wartezeiten auf einen Termin beim Arzt sind mir zu lang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wartezeiten in der Arztpraxis im Wartezimmer sind mir zu lang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen sehr langen oder beschwerlichen Weg zum Arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe wenig Zeit für Arzttermine aufgrund beruflicher Pflichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe wenig Zeit für Arzttermine aufgrund familiärer Pflichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Nutzen erscheint mir fragwürdig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lehne Impfungen grundsätzlich ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst vor schweren Nebenwirkungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich keiner Risikogruppe für eine Ansteckung mit der Virusgruppe zugehörig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie gut fühlen Sie sich über die Vor- und Nachteile der Schutzimpfung gegen die Virusgrippe informiert?

Hierbei bedeutet 1 = sehr schlecht und 5 = sehr gut. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstimmen.

sehr schlecht	←-----→			sehr gut
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Kann man Ihrer Meinung nach durch eine Impfung gegen die Virusgrippe an Influenza erkranken?

- ja
 nein
 weiß nicht

8. Haben Sie sich für die Saison 2010/2011 gegen die Schweinegrippe impfen lassen (Impfung im Herbst / Winter 2010 / 2011)?

- ja
 nein
 weiß nicht

9. Haben Sie sich für die Saison 2009/2010 gegen die Schweinegrippe impfen lassen (Impfung im Herbst / Winter 2009 / 2010)?

- ja
 nein
 weiß nicht

10. Hatten Sie jemals Nebenwirkungen in Folge einer Schweinegrippeimpfung?

- ja
 nein
 weiß nicht
 ich habe mich nie gegen die Schweinegrippe impfen lassen

11. Im Nachhinein betrachtet: Wie hat die Schweinegrippe Ihre generelle Impfbereitschaft beeinflusst?

Die Schweinegrippe hat meine Impfbereitschaft ...

- ...stark erhöht
 ...etwas erhöht
 ...nicht beeinflusst
 ...eher gesenkt
 ...stark gesenkt

12. Wie gut fühlen Sie sich über die Vor- und Nachteile der Schutzimpfung gegen die Schweinegrippe informiert?

Hierbei bedeutet: 1 = sehr schlecht und 5 = sehr gut. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstimmen.

sehr schlecht	←-----→			sehr gut
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. **Wie würden Sie generell Ihre Impfbereitschaft einstufen?**

Hierbei bedeutet 1 = sehr niedrig und 5 = sehr hoch. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Impfbereitschaft abstimmen.

sehr niedrig	←-----→				sehr hoch
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. **Halten Sie die Impfbereitschaft und die Teilnahme an Schutzimpfungen in Deutschland generell für ...**

- zu hoch
- angemessen
- zu niedrig
- weiß nicht

15. **Stellen Sie sich bitte eine Impfung vor, die perfekt gegen eine Erkrankung schützt. Diese Impfung hat dabei zwei Wirkungen.**

A: Sie können sich selbst nicht mehr anstecken.

B: Sie können die Krankheit nicht mehr übertragen und andere anstecken.

Für wie wichtig erachten Sie diese beiden Wirkungen im Verhältnis zueinander?

nur A ist wichtig	←-----→				A und B sind gleich wichtig		-----→		nur B ist wichtig
1	2	3	4	5	6	7			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

16. **Wie groß ist Ihre Angst vor Nebenwirkungen bei Impfungen?**

Dabei bedeutet: 1 = habe überhaupt keine Angst und 5 = habe sehr große Angst. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstimmen.

habe überhaupt keine Angst	←-----→				habe sehr große Angst
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. **Befolgen Sie bei Ihren Impfentscheidungen die Empfehlung Ihres Arztes?**

Dabei bedeutet: 1 = nein, nie und 5 = ja, immer. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstimmen

nein, nie	←-----→				ja, immer
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. Fragen zum Thema Umgang mit Krankheiten.

Im folgenden Abschnitt geht es um den persönlichen Umgang mit Krankheiten oder Behinderungen sowie um verschiedene Möglichkeiten der Unterstützung und Hilfe.

1. **Was denken Sie, wie gut Sie persönlich mit den Erkrankungen zu Recht kommen bzw. gekommen sind, von denen Sie bisher betroffen waren?**

- sehr gut
- gut
- mäßig
- eher schlecht
- sehr schlecht

2. **Um mit chronischen Krankheiten oder einer Behinderung gut zu Recht zu kommen, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Für wie wichtig halten Sie die im Folgenden genannten Möglichkeiten? Wenn Sie selbst nicht chronisch erkrankt sind, beantworten Sie die Fragen bitte trotzdem. Uns ist auch die Meinung derjenigen wichtig, die nicht von einer chronischen Erkrankung oder Behinderung betroffen sind.**

	unwichtig	eher unwichtig	eher wichtig	wichtig	sehr wichtig
auf die Erkrankung abgestimmte fachärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Steuerung der Behandlung durch den Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strukturiertes Behandlungsprogramm für Chroniker (z. B. Disease Management Programm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der gegenseitige Austausch mit Gleichbetroffenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetportale mit Gesundheitsinformationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broschüren und Bücher über chronische Erkrankungen und Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
professionelle Beratung und Schulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Gespräch mit der Familie oder nahestehenden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. **Es gibt neben Ärzten und Psychotherapeuten eine Reihe weiterer Unterstützungsstellen, die zu gesundheitlichen oder psychosozialen Problemen oder zu Fragen der Behandlung und Pflege eine Beratung anbieten. Haben Sie sich schon einmal an eine oder mehrere der folgenden Unterstützungsstellen gewandt?** (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

ja, und zwar an eine...

- ...Ärztchammer
- ...Krankenkasse
- ...Verbraucherzentrale

- ...Öffentliche Beratungsstelle
- ...Selbsthilfekontaktstelle, Selbsthilfegruppe, Patientenorganisation
- ...sonstige Beratungsstelle

} ⇒ bitte weiter mit Frage 4.

nein, ich habe noch nie eine solche Stelle aufgesucht ⇒ bitte weiter mit Frage 8.

4. **Falls Sie sich schon einmal an eine Unterstützungsstelle gewandt haben, was war der Anlass hierfür?** (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- eine eigene Erkrankung und deren Behandlung
- die gesundheitliche Situation eines Angehörigen (Krankheit, Behinderung, Pflege)
- Probleme in der Familie (z. B. Erziehungs- oder Schulprobleme, Eheprobleme usw.)

- Suche nach weiteren Hilfen (z.B. Betreuung, Behandlung, Therapie, Heim usw.)
- Klärung von rechtlichen Ansprüchen (z. B. gegenüber Krankenkassen oder Ärzten)
- psychologische Gründe
- sonstige Gründe

5. **Wie viele solcher Beratungsstellen haben Sie aufgesucht?**

- eine
- zwei
- mehr als zwei

6. **Wie aufwendig war es, diese Beratungsstelle(n) zu finden?**

Wenn Sie mehr als eine Beratungsstelle aufgesucht und dabei unterschiedliche Erfahrungen gemacht haben, können Sie mehrere Angaben machen.

- überhaupt nicht aufwendig, ich wusste sofort, wohin ich mich wenden kann
- ein wenig aufwendig, ich musste mich erst ein wenig informieren
- ziemlich aufwendig, ich musste mich ziemlich lang informieren
- sehr aufwendig, ich musste einige Zeit und Umwege in Kauf nehmen

7. **War die Beratung für Sie hilfreich?**

Wenn Sie mehr als eine Beratung genutzt und dabei unterschiedliche Erfahrungen gemacht haben, können Sie mehrere Angaben machen.

- ja, hilfreich
 - eher hilfreich

 - teils-teils
 - eher nicht hilfreich
 - nein, nicht hilfreich
- } ⇒ bitte weiter mit Frage 9. a. (Seite 23)

8. **Falls Sie noch niemals eines der genannten Beratungsangebote genutzt haben: Was sind bzw. waren die Gründe hierfür?** (mehrere Antworten möglich)

- ich hatte noch niemals einen entsprechenden Anlass
- ich kann meine Probleme sehr gut alleine lösen
- mir sagen solche Angebote nicht zu

- ich kenne die meisten dieser Angebote eigentlich gar nicht
- aus sonstigen Gründen

9. a. Bitte geben Sie an, welche der nachfolgend genannten gesundheitsbezogenen Beratungen oder Schulungen Sie schon einmal wegen einer Erkrankung oder eines gesundheitlichen Problems genutzt haben. Sollte sich eine von Ihnen besuchte Schulung mehreren Themengebieten zuordnen lassen, kreuzen Sie bitte das an, was am ehesten passt.

9. b. Für die von Ihnen besuchten Beratungen bzw. Schulungen: wie hilfreich waren diese Angebot für Sie?

	a. habe ich genutzt	b. die Beratung / Schulung war ...			
		gar nicht hilfreich	etwas hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich
Ernährungsberatung, -schulung, gesundheitsbezogene Kochkurse	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetesschulung	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information und Aufklärung über bestimmte Erkrankungen (z. B. zu Arthrose, Osteoporose, Wirbelsäulenerkrankungen usw.)	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol- oder Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Alltagsstress oder Schlafstörungen, Problem- und Konfliktlösungsstrategien	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzbewältigung	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung und körperliches Training, Rückenschule, Gangschulung usw.	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Hilfsmitteln (Prothesen, Rollstuhl, Stoma, Gehhilfen usw.)	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Selbstkontrolle (Blutdruckselbstmessung, Blutzuckermessung usw.)	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Schulung oder Beratung im gesundheitsbezogenen Bereich	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nein, ich habe noch niemals eines der oben genannten Beratungsangebote genutzt

Falls Sie noch niemals eine Schulung oder Beratung genutzt haben, bitte weiter mit Frage 11., ansonsten weiter mit Frage 10.

10. Wurde Ihnen von Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin schon einmal eine gesundheitsbezogene Schulung oder Beratung angeboten oder empfohlen?

ja, aber ich nutze Schulungen oder Beratungen generell nicht ⇒ bitte weiter mit Frage 11.

ja, aber ich bin noch nicht dazu gekommen, diese zu nutzen

ja, und ich habe dies auch schon genutzt

nein

} ⇒ bitte weiter mit Teil K. „Fragen zum Thema Krankenversicherungen“

11. Warum nutzen Sie solche Schulungen oder Beratungen generell nicht? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

ich komme mit meinen gesundheitlichen Problemen sehr gut alleine zurecht

mir sagen solche Schulungen oder Beratungen nicht zu

mir ist das zu aufwendig

K. Fragen zum Thema Krankenversicherungen.

1. Welcher Krankenversicherung gehören Sie an? Gemeint ist nur die Hauptversicherung.

AOK

Barmer GEK

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK)

Techniker Krankenkasse (TK)

KKH-Allianz

Hanseatische Krankenkasse (HEK)

hkk Erste Gesundheit

Innungskrankenkasse (IKK)

Betriebskrankenkasse (BKK)

andere Krankenversicherung

private Krankenversicherung (voll privat versichert)

als Beamter oder Angestellter im öffentlichen Dienst
beihilfeberechtigt mit privater Zusatzversicherung

2. Sind Sie persönlich in dieser Krankenkasse ...

beitragszahlendes Pflichtmitglied

beitragszahlendes freiwilliges Mitglied

mitversichertes Familienmitglied

versichert als Rentner / Arbeitsloser / Student /
Wehr- oder Zivildienstleistender

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

ja, schon einmal ⇒ bitte weiter mit Frage 4. (Seite 24)

ja, schon zweimal oder öfter ⇒ bitte weiter mit Frage 4. (Seite 24)

nein ⇒ bitte weiter mit Frage 5. (Seite 24)

4. **Haben Sie im Jahr 2010 wegen eines Zusatzbeitrages die Kasse gewechselt?**

- ja
nein

5. **Beabsichtigen Sie, in nächster Zeit die Kasse zu wechseln?**

- ja, auf jeden Fall
ja, wenn das Angebot stimmt
nein

6. **Man kann, auch wenn man in einer Gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, bestimmte Leistungen zusätzlich absichern. Über welche Zusatzversicherungen verfügen Sie? (mehrere Antworten möglich)**

- Krankenhaustagegeld, Krankentagegeld
Zahnersatz
Krankenhaus: Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung
Sehhilfen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
zusätzliche Pflegeversicherung
alternative Heilmethoden / Naturheilkunde
Kuren, spezielle Vorsorgeuntersuchungen
privatärztliche Behandlung
ich verfüge über keine der genannten Zusatzversicherungen

Seit dem 1.1.2004 und zusätzlich nach Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 gibt es eine Reihe neuer Möglichkeiten der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Im Folgenden interessieren uns Ihr derzeitiger Kenntnisstand und Ihre aktuelle und geplante Inanspruchnahme dieser Versorgungsformen.

7. **Haben Sie bereits von diesen Versorgungsformen gehört?**

	nein	ja
strukturierte Behandlungsprogramme (DMP = Disease Management Programm) für chronisch Kranke, z. B. für Diabetiker, Asthmatiker, Herz-Kreislauf-Kranke und Brustkrebspatientinnen. Diese Programme sind von den Krankenkassen und den Ärzten entwickelt worden. Jeder Arzt muss nach bestimmten qualitätsgeprüften Leitlinien seine Patienten behandeln. Aber auch jeder Patient muss sich an das Behandlungsprogramm halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
so genannte Bonus-Programme Dies sind Programme, in denen Sie durch gesundheitsbewusstes Verhalten (etwa Kurse im Bereich Bewegung / Ernährung / Entspannung, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen) Bonuspunkte sammeln, die dann z. B. gegen Sach- oder Geldprämien eingetauscht werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit der Kostenerstattung Alle Versicherten können künftig von ihrem Arzt Leistungen wie ein Privatpatient in Anspruch nehmen. Sie erhalten von ihrem Arzt eine Rechnung, die sie selbst bezahlen und dann bei ihrer Krankenkasse zur Erstattung einreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbehalte Hierbei verpflichtet sich der Versicherte, einen Teil der jährlichen Behandlungskosten selbst zu übernehmen. Im Gegenzug erhält er von seiner Krankenkasse eine Prämie oder zahlt einen geringeren Krankenkassenbeitrag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beitragsrückerstattung Wer innerhalb eines Jahres keine medizinischen Leistungen (außer Vorsorgeuntersuchungen) in Anspruch nimmt, erhält von seiner Krankenkasse einen Teil der Beiträge zurückerstattet (bis zu einem Zwölftel des Jahresbeitrages).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
so genannte Hausarztprogramme In Hausarztprogrammen verpflichtet sich der Patient, bei allen Erkrankungen zuerst seinen Hausarzt zu konsultieren. Falls notwendig überweist dieser ihn dann an Fachärzte oder ins Krankenhaus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verträge zur integrierten Versorgung Bei integrierter Versorgung arbeiten Hausärzte auf vertraglicher Grundlage eng mit Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen zusammen und teilen sich ein gemeinsames Budget.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **Gehören Sie bereits zu den Nutzern ...**

	nein	ja
eines DMP (Disease Management Programm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eines Bonus-Programms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Kostenerstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Selbstbehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Beitragsrückerstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eines Hausarztprogramms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eines integrierten Versorgungsprogramms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	sehr unwahrscheinlich	eher unwahrscheinlich	wahrscheinlich	sehr wahrscheinlich
eines DMP (Disease Management Programm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eines Bonus-Programms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Kostenerstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Selbstbehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Beitragsrückerstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eines Hausarztprogramms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eines Vertrags zur integrierten Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Falls Sie Nutzer eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) sind, um was für ein DMP handelt es sich? (mehrere Antworten möglich)

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- koronare Herzkrankheit (KHK)
- Modul Herzinsuffizienz zum DMP KHK
- Asthma
- chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

11. Wie stark treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

- Es gibt in der Gesundheitsversorgung so viele Neuerungen, dass ich den Überblick verliere.
- Die Angebote der Krankenkassen wahrzunehmen, kostet mich zuviel Zeit und Nerven.
- DMPs, Hausarztprogramme oder integrierte Versorgung nützen eher den Ärzten als mir selbst.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
Es gibt in der Gesundheitsversorgung so viele Neuerungen, dass ich den Überblick verliere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angebote der Krankenkassen wahrzunehmen, kostet mich zuviel Zeit und Nerven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DMPs, Hausarztprogramme oder integrierte Versorgung nützen eher den Ärzten als mir selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. Fragen zu Entscheidungen

1. Stellen Sie sich bitte eine Entscheidungssituation vor, in der Sie zwischen zwei Alternativen wählen sollen. Alternative 1 ist eine Lotterie, in der Sie entweder 50 Euro oder 200 Euro gewinnen. Die Chance, ob Sie 50 oder 200 Euro gewinnen, ist „fifty-fifty“ (jeweils 50 Prozent). Alternative 2 bringt Ihnen einen bestimmten Geldbetrag, den Sie mit Sicherheit erhalten. Welchen Geldbetrag müsste Ihnen die Alternative 2 mindestens garantieren, damit Sie Alternative 2 wählen? Kreuzen Sie in der nachfolgenden Tabelle den Bereich an, in dem Ihr Betrag liegt.

Sichere Auszahlung bei Alternative 2:

- 90 bis 100 Euro
- 101 bis 110 Euro
- 111 bis 120 Euro
- 121 bis 130 Euro
- 131 bis 140 Euro
- 141 bis 150 Euro
- Anderer Betrag (bitte eintragen):
- _____ Euro
- weiß nicht

2. Stellen Sie sich vor, Sie haben die Wahl, entweder 500 Euro sofort zu bekommen oder eine andere Summe in einem Jahr. Wie hoch müsste der Betrag in einem Jahr sein, den man Ihnen geben müsste, damit Sie sich nicht für die 500 Euro jetzt, sondern für den Betrag in einem Jahr entscheiden? Bitte gehen Sie bei Beantwortung dieser Frage davon aus, dass es keine Inflation gibt und Sie mit Sicherheit auch in einem Jahr noch leben.

Betrag in einem Jahr:

- 500 bis 550 Euro
- 551 bis 600 Euro
- 601 bis 650 Euro
- 651 bis 700 Euro
- 701 bis 750 Euro
- Anderer Betrag (bitte eintragen):
- _____ Euro
- weiß nicht

3. Stellen Sie sich vor, Sie haben die Wahl, entweder 500 Euro in 10 Jahren zu bekommen oder eine andere Summe in 11 Jahren. Wie hoch müsste der Betrag in 11 Jahren sein, den man Ihnen geben müsste, damit Sie sich nicht für die 500 Euro in 10 Jahren, sondern für den Betrag in 11 Jahren entscheiden? Bitte gehen Sie bei Beantwortung dieser Frage davon aus, dass es keine Inflation gibt und Sie mit Sicherheit auch in 11 Jahren noch leben.

Betrag in 11 Jahren:

- 500 bis 550 Euro
- 551 bis 600 Euro
- 601 bis 650 Euro
- 651 bis 700 Euro
- 701 bis 750 Euro
- Anderer Betrag (bitte eintragen):
- _____ Euro
- weiß nicht

M. Angaben zu Ihrer Person.

1. Welchen Familienstand haben Sie?

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden

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

- ja
- nein

3. Welche Nationalität haben Sie?

- deutsch
- andere

Falls andere:

Wie lange wohnen Sie schon in Deutschland?

seit _____ Jahren (bitte eintragen)

4. Welchen Schulabschluss haben Sie? Wenn Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie bitte nur den höchsten.

- Hauptschule / Volksschulabschluss
- Realschule / Mittlere Reife
- Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse
(falls Sie Ihren Abschluss vor 1965 gemacht haben: Polytechnische
Oberschule 8. Klasse)
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)
- Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife
(Gymnasium bzw. Erweiterte Oberschule (EOS))
- anderen Schulabschluss
- Schule ohne Abschluss beendet
- noch keinen Schulabschluss (bin noch Schüler)

5. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an. (mehrere Antworten möglich)

Falls Sie noch in Ausbildung oder Student(in) sind, geben Sie das bitte unter G oder H an. Für Schüler ohne Berufsausbildung gilt A.

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

6. **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) | <input type="checkbox"/> | } bitte weiter mit Frage 7. |
| Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden | <input type="checkbox"/> | |
| Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden | <input type="checkbox"/> | |
| in Mutterschafts- / Erziehungsurlaub oder in sonstiger Beurlaubung | <input type="checkbox"/> | |
| zurzeit arbeitslos / Null-Kurzarbeit | <input type="checkbox"/> | |
| Auszubildender / Lehrling | <input type="checkbox"/> | |
| zurzeit nicht erwerbstätig, aber früher erwerbstätig | <input type="checkbox"/> | |
| zurzeit nicht erwerbstätig und auch früher nie erwerbstätig | <input type="checkbox"/> | ⇒ bitte weiter mit Frage 9. |

7. **Zu welcher Gruppe gehört / gehörte Ihr Beruf?**

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

8. **Haben Sie jemals eine berufliche Tätigkeit im Gesundheitssektor ausgeübt?**

- | | |
|-------------|--------------------------|
| ja, derzeit | <input type="checkbox"/> |
| ja, früher | <input type="checkbox"/> |
| nein | <input type="checkbox"/> |

9. **Wo haben Sie vor 1990 überwiegend gelebt?**

- | | |
|---|--------------------------|
| in der ehemaligen DDR | <input type="checkbox"/> |
| in der Bundesrepublik | <input type="checkbox"/> |
| nicht in Deutschland, sondern im Ausland | <input type="checkbox"/> |
| entfällt, bin erst 1990 oder später geboren | <input type="checkbox"/> |

10. **Falls Personen unter 18 Jahren in Ihrem Haushalt leben: Sind Sie Alleinerziehende/r?**

- | | |
|------|--------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> |
| nein | <input type="checkbox"/> |

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

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| eine Person | <input type="checkbox"/> |
| zwei Personen | <input type="checkbox"/> |
| drei Personen | <input type="checkbox"/> |
| vier Personen und mehr | <input type="checkbox"/> |

12. **Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?**

- katholisch
- evangelisch
- islamisch

- andere
- keine
- ich möchte hierzu keine Angabe machen

13. **Wie würden Sie sich selbst charakterisieren, was Religion und Glauben anbetrifft: Sind Sie ...**

- stark gläubig
- eher gläubig
- teils - teils

- eher ungläubig
- stark ungläubig
- ich möchte hierzu keine Angabe machen

14. **Abschließend noch eine Frage zum Thema „Politik“. Welche Partei würden Sie wählen, wenn am kommenden Sonntag Bundestagswahl wäre?**

- SPD
- CDU / CSU
- Bündnis 90 / Die Grünen

- FDP
- Die Linke
- Republikaner / DVU / NPD

- andere Partei
- würde nicht wählen
- würde ungünstig wählen

- weiß nicht

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Die Mitarbeit bei uns ist freiwillig. Das Einhalten aller Datenschutzbestimmungen wird von uns garantiert.

