



## Fragen zum Thema Gesundheit

**Bitte beachten Sie folgenden Hinweis:**

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 Pflege, um Ihre Meinung zum Gesundheitssystem und weitere 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 mir Frage 4.
- nein  ⇒ bitte weiter mir 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, 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

7. **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

8. **Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?**

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

9. **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)

10. **Wie ist Ihr Körpergewicht in kg?**

\_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

11. **Wie ist Ihre Körpergröße in cm?**

\_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

12. **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

13. **Wie oft gehören die folgenden Nahrungsmittel zu Ihrem Speiseplan?**

	täglich	mehrmals in der Woche	ab und zu	selten / 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"/>

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

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

15. **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

16. 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

17. 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

**B. 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 C. „Fragen zum Thema Arzt-Patienten-Beziehung: Termine und Terminvereinbarung“ (Seite 6)

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

- ja  ⇒ bitte weiter mir Frage 3.
- nein  ⇒ bitte weiter mir Frage 22. (Seite 5)

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   | <input type="checkbox"/> |
| Praxisbesuch ohne Arztkontakt (z. B. Rezeptausstellung, Bestrahlung)   | <input type="checkbox"/> |
| Abholen eines Überweisungsscheins  | <input type="checkbox"/> |
| (Wunsch nach) Krankschreibung  | <input type="checkbox"/> |
| Befindlichkeitsstörungen (z. B. allgemeines Unwohlsein, Schlafstörung)                                       | <input type="checkbox"/> |
| Beratung zu psychischen, sozialen oder mentalen Belastungen  | <input type="checkbox"/> |
| Akute leichte Erkrankungen (z. B. Erkältungskrankheit, Durchfall)  | <input type="checkbox"/> |
| Akute schwere Erkrankungen   | <input type="checkbox"/> |
| Dauerleiden oder länger andauernde / chronische Krankheit (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Allergien, Rheuma) | <input type="checkbox"/> |
| Unfall   | <input type="checkbox"/> |
| Behinderung  | <input type="checkbox"/> |
| Ärztliches Gutachten   | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges  | <input type="checkbox"/> |

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 ...

- Ihnen zugehört, unabhängig davon, wie beschäftigt er war
- hat er - wenn nötig - nach Einzelheiten Ihrer Lebenssituation gefragt
- hat er die geplante Therapie mit Ihnen abgesprochen
- hat er Ihnen die Krankheit, Verletzung oder Beschwerden erklärt
- ist er auf Ihre Fragen eingegangen und hat zu Fragen ermuntert

so gut wie gar nicht	weniger intensiv	teils - teils	intensiv	sehr intensiv
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Und wie stark ...

- hat er Ihnen das Gefühl vermittelt, Sie vergeudet seine Zeit
- hatten Sie das Gefühl, dass er Ihre Äußerungen über Ihren Gesundheitszustand bzw. über Ihre Krankheit ernst nimmt
- hat er Ihre Sorgen und Ängste berücksichtigt
- ist er Ihnen mit Respekt und Achtung begegnet

gar nicht	kaum	teils - teils	stark	sehr stark
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 C. „Fragen zum Thema Arzt-Patienten-Beziehung: Termine und Terminvereinbarung“

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

**C. Fragen zum Thema Arzt-Patienten-Beziehung: Termine und Terminvereinbarung.**

1. Wie häufig hatten Sie in den letzten drei Jahren Probleme, einen Termin bei Ihrem Hausarzt zu bekommen (z. B. keinen Termin oder einen Termin viel später als gewünscht zu bekommen)?

- 4 mal oder öfter  ⇒ bitte weiter mit Frage 2.  
2 – 3 mal  ⇒ bitte weiter mit Frage 2.  
einmal  ⇒ bitte weiter mit Frage 2.  
nie  ⇒ bitte weiter mit Frage 7. (Seite 7)  
ich habe keinen Hausarzt  ⇒ bitte weiter mit Frage 7. (Seite 7)  
ich war in den letzten 3 Jahren nicht bei meinem Hausarzt  ⇒ bitte weiter mit Frage 7. (Seite 7)

2. Es kann verschiedene Gründe haben, warum es zu Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung kommt. Bitte geben Sie an, welche der nachfolgenden Gründe Ihnen von der Arztpraxis Ihres Hausarztes genannt wurden. (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- die Praxis ist stark ausgelastet   
der Arzt ist im Urlaub   
es werden nur noch Privatpatienten behandelt   
Termine sind erst im nächsten Quartal verfügbar   
mir wurde ein anderer Grund für die Terminverschiebung genannt   
mir wurde kein Grund für die Terminverschiebung genannt

3. Und was vermuten Sie, welche der unten genannten Gründe lagen für die Terminverschiebung tatsächlich vor?

- die Praxis war stark ausgelastet   
der Arzt war im Urlaub   
es wurden nur noch Privatpatienten behandelt   
Termine waren erst im nächsten Quartal verfügbar

4. a. Bitte geben Sie an, ob die nachfolgenden Aspekte bei Ihnen vorgekommen sind, als Sie Probleme hatten, einen Termin bei Ihrem Hausarzt zu bekommen.

	nein, dies ist nie vorgekommen	ja, dies ist vorgekommen
Mein gesundheitliches Wohlbefinden wurde beeinträchtigt oder Ängste wurden hervorgerufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es kam zu einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands oder zu Komplikationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich musste einen ärztlichen Notdienst oder Rettungsdienst rufen oder in die Notaufnahme eines Krankenhauses ausweichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe daraufhin dauerhaft den Arzt gewechselt, bei dem ich keinen Termin bekommen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe versucht, einen Termin bei einem anderen Arzt zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. b. Falls Sie versucht haben, einen Termin bei einem anderen Arzt zu bekommen: Haben Sie diesen Termin dann auch schnell bekommen?

ja   
nein

5. Haben Sie im Zeitraum Dezember 2010 bis April 2011 versucht, einen Termin bei Ihrem Hausarzt zu bekommen?

ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 6.  
nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 7.

6. Und hatten Sie in diesem Zeitraum das Problem, einen Termin zu bekommen? (mehrere Antworten möglich)

ja, und zwar ...

im Dezember 2010   
im Januar 2011   
im Februar 2011   
im März 2011   
im April 2011

nein, ich hatte in diesem Zeitraum keine Probleme, einen Termin zu bekommen

7. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Facharzt (z. B. einen Internisten, Augenarzt, Frauenarzt usw.) zur Beratung oder Behandlung aufgesucht? Falls Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte. Falls ein Facharzt Ihr Hausarzt ist (siehe Teil B, Frage 3), bitte weiter mit Frage 14. (Seite 8.)

ca. \_\_\_\_\_ mal (bitte eintragen)

8. Wie häufig hatten Sie in den letzten drei Jahren Probleme, einen Termin bei einem Facharzt zu bekommen (z. B. keinen Termin oder einen Termin viel später als gewünscht zu bekommen)?

4 mal oder öfter  ⇒ bitte weiter mit Frage 9.  
2 – 3 mal  ⇒ bitte weiter mit Frage 9.  
einmal  ⇒ bitte weiter mit Frage 9.  
nie  ⇒ bitte weiter mit Frage 14. (Seite 8)  
ich war in den letzten 3 Jahren nicht bei einem Facharzt  ⇒ bitte weiter mit Frage 14. (Seite 8)

9. Für Schwierigkeiten bei der Terminvergabe kommen verschiedene Gründe in Frage. Bitte geben Sie an, ob Ihnen die nachfolgenden Gründe von der Arztpraxis des Facharztes genannt wurden.

die Praxis ist stark ausgelastet   
der Arzt ist im Urlaub   
es werden nur noch Privatpatienten behandelt   
Termine sind erst im nächsten Quartal verfügbar   
mir wurde ein anderer Grund für die Terminverschiebung genannt   
mir wurde kein Grund für die Terminverschiebung genannt

10. Und was vermuten Sie, welche der unten genannten Gründe lagen für die Terminverschiebung tatsächlich vor?

die Praxis war stark ausgelastet   
der Arzt war im Urlaub   
es wurden nur noch Privatpatienten behandelt   
Termine waren erst im nächsten Quartal verfügbar

11. a. Bitte geben Sie an, ob die nachfolgenden Aspekte bei Ihnen vorgekommen sind, als Sie Probleme hatten, einen Termin bei Ihrem **Facharzt** zu bekommen.

Mein gesundheitliches Wohlbefinden wurde beeinträchtigt oder Ängste wurden hervorgerufen.

Es kam zu einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands oder zu Komplikationen.

Ich habe versucht, einen Termin bei einem anderen Arzt zu bekommen.

Ich habe daraufhin dauerhaft den Arzt gewechselt, bei dem ich keinen Termin bekommen hatte.

Ich musste einen ärztlichen Notdienst oder Rettungsdienst rufen oder in die Notaufnahme eines Krankenhauses ausweichen.

nein, dies ist nie vorgekommen	ja, dies ist vorgekommen
<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"/>

11. b. Falls Sie versucht haben, einen Termin bei einem anderen Arzt zu bekommen: Haben Sie diesen Termin dann auch schnell bekommen?

ja

nein

12. Haben Sie im Zeitraum Dezember 2010 bis April 2011 versucht, einen Termin bei einem **Facharzt** zu bekommen?

ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 13.

nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 14.

13. Und hatten Sie in diesem Zeitraum das Problem, einen Termin zu bekommen? (mehrere Antworten möglich)

ja, und zwar ...

im Dezember 2010

im Januar 2011

im Februar 2011

im März 2011

im April 2011

nein, ich hatte in diesem Zeitraum keine Probleme, einen Termin zu bekommen

14. Kassenärzte sind grundsätzlich verpflichtet, Kassenpatienten zu behandeln. Gegen Ende eines Abrechnungsquartals erhalten Ärzte allerdings für die Behandlung eines Patienten häufig nur noch eine geringere Vergütung als am Anfang des Quartals. Haben Sie Verständnis dafür, dass Ärzte deshalb am Quartalsende Terminwünsche ablehnen und ins nächste Quartal verschieben?

ja

nein

15. Hat Ihnen Ihr **Hausarzt** im Jahr 2010 Leistungen angeboten, die keine Kassenleistungen waren und die Sie selbst bezahlen mussten (sogenannte **IGeL** = Individuelle Gesundheitsleistungen)?

ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 16.

nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 18.

16. Wie häufig haben Sie diese individuellen Gesundheitsleistungen im Jahr 2010 in Anspruch genommen?

5 mal oder öfter

3 – 4 mal

2 mal

einmal

nie

} ⇒ bitte weiter mit Frage 17.

⇒ bitte weiter mit Frage 18.

17. Wie viel Geld haben Sie im Jahr 2010 für individuelle Gesundheitsleistungen bei Ihrem Hausarzt ausgegeben? Falls Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

\_\_\_\_\_ Euro (bitte eintragen)

18. Hat Ihnen ein **Facharzt** im Jahr 2010 Leistungen angeboten, die keine Kassenleistungen waren und die Sie selbst bezahlen mussten (sogenannte **IGeL** = Individuelle Gesundheitsleistungen)?

ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 19. (Seite 9)

nein  ⇒ bitte weiter mit Frageblock D. „Fragen zum Thema Arzneimittel / Medikamente“ (Seite 9)



19. Wie häufig haben Sie diese Leistungen im Jahr 2010 in Anspruch genommen?

- 5 mal oder öfter
- 3 – 4 mal
- 2 mal
- einmal
- nie
- ⇒ bitte weiter mit Frage 20.
- ⇒ bitte weiter mit Frageblock D. „Fragen zum Thema Arzneimittel / Medikamente“

20. Wie viel Geld haben Sie im Jahr 2010 für individuelle Gesundheitsleistungen von Fachärzten ausgegeben? Falls Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

\_\_\_\_\_ Euro (bitte eintragen)

**D. Fragen zum Thema Arzneimittel / Medikamente.**

1. Wie viele rezeptpflichtige, d. h. vom Arzt verschriebene Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein? Bitte denken Sie hierbei nicht nur an Medikamente in Form von Tabletten, sondern auch an Tropfen, Zäpfchen, Salben, Tinkturen usw. (Gemeint ist hier nicht die Anzahl der Tabletten, die Sie täglich einnehmen, sondern die Anzahl der verschiedenen, vom Arzt verschriebenen Medikamente)

\_\_\_\_\_ Medikamente (bitte Anzahl verschiedener Medikamente eintragen)

Falls Sie zurzeit rezeptpflichtige Medikamente einnehmen, bitte weiter mit Frage 2., ansonsten weiter mit Frage 11. (Seite 10)

2. Und wie viele von diesen rezeptpflichtigen Medikamenten nehmen Sie schon seit drei Monaten oder länger ein?

\_\_\_\_\_ Medikamente (bitte Anzahl verschiedener Medikamente eintragen)

3. Und wie viele rezeptpflichtige Medikamente müssen Sie wegen einer chronischen Erkrankung dauerhaft einnehmen?

\_\_\_\_\_ Medikamente (bitte Anzahl verschiedener Medikamente eintragen)

4. Wenn Sie an das bzw. die rezeptpflichtigen Medikamente denken, die Sie in den letzten 12 Monaten einnehmen mussten, inwieweit stimmen Sie den nachfolgenden Aussagen in diesem Zusammenhang zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils - teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
die Medikamente halfen mir gegen meine Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich hatte Befürchtungen über zukünftige Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es traten starke Nebenwirkungen auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich hatte Angst, abhängig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen auf dem Beipackzettel haben mich verwirrt oder beunruhigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie oft ist es in den letzten drei Monaten zu folgenden Situationen gekommen?

	nie	einmal	zwei- bis dreimal	viermal oder öfter
Ich habe ein rezeptpflichtiges Medikament vergessen einzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ein rezeptpflichtiges Medikament bewusst weggelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Haben Sie schon einmal ein rezeptpflichtiges Medikament nicht so wie vom Arzt angeordnet eingenommen?

- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 7.
- nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 8.

7. Was waren die Gründe, dass Sie ein Medikament nicht so wie vom Arzt angeordnet eingenommen haben? (mehrere Antworten möglich)

- Angst vor möglichen Nebenwirkungen
- schon eingetretene Nebenwirkungen
- eigene Nachlässigkeit, Vergessen
- Nutzen des Medikaments war unklar
- Gesundheitsbeschwerden hatten nachgelassen
- Einnahme/Anwendung des Medikaments war zu kompliziert
- die Übersicht verloren wegen zu vieler Medikamente
- besondere äußere Umstände (Urlaub, Wochenendreise usw.)
- besonderer privater oder beruflicher Stress
- andere Gründe

8. Wie viele Ärzte (z. B. Ihr Hausarzt, Fachärzte wie Orthopäden, Internisten usw.) verschreiben Ihnen zurzeit regelmäßig Medikamente? Bitte geben Sie die Anzahl der Ärzte an.

\_\_\_\_\_ Ärzte verschreiben mir regelmäßig Medikamente



Falls Sie regelmäßig von mehr als einem Arzt Medikamente verschrieben bekommen, bitte weiter mit Frage 9. Falls Sie von keinem oder einem Arzt regelmäßig Medikamente verschrieben bekommen, bitte weiter mit Frage 10.

9. Wissen diese Ärzte auch, welche Medikamente Ihnen von anderen Ärzten verordnet werden?

- ja, ich weiß genau, dass dies der Fall ist
- ja, ich vermute, dass dies der Fall ist
- nein, ich vermute, dass dies **nicht** der Fall ist
- nein, ich weiß genau, dass dies **nicht** der Fall ist

10. Wissen Sie genau, welches Medikament der Arzt Ihnen gegen welche Beschwerden oder wegen welcher Erkrankung verschrieben hat?

- ja, das weiß ich bei allen Medikamenten
- ja, das weiß ich bei fast allen Medikamenten
- nein, das weiß ich bei einigen Medikamenten nicht
- nein, das weiß ich bei keinem Medikament

11. Wie gut fühlen Sie sich in der Regel hinsichtlich der Einnahme rezeptpflichtiger Medikamente durch die nachfolgend genannten Quellen beraten?

	schlecht	weniger gut	teils - teils	gut	sehr gut
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden sehen Sie eine Liste mit verschiedenen Aspekten zur Ihrer Beratung und Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten seitens Ärzten und Apothekern.

12. a. Wünschen Sie sich mehr Beratung und Unterstützung in diesen Bereichen?

12. b. Wenn ja, von wem wünschen Sie sich mehr Beratung / Unterstützung?

	a. hier wünsche ich mir mehr Beratung / Unterstützung		b. ich wünsche mir mehr Beratung / Unterstützung ...		
	nein	ja	nur von meinem Arzt	nur von Apothekern	von meinem Arzt <u>und</u> von Apothekern
schriftliche Einnahmehinweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung der Wechselwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Frage nach anderen Medikamenten, die eingenommen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bessere Abstimmung von Ärzten / Apothekern untereinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

13. Wurden Sie in einer Apotheke schon einmal auf Wechselwirkungen oder Unverträglichkeiten verschiedener Medikamente hingewiesen?

- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 14.
- nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 16.

14. Haben Sie den Arzt, der Ihnen das Medikament verschrieben hatte, auf diese Hinweise des Apothekers angesprochen?

- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 15.
- nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 16.

15. Wie hat der Arzt darauf reagiert? (mehrere Antworten möglich)

- er hat dies ignoriert
- er hat das Medikament gewechselt
- er hat die Einnahme bzw. Dosierung verändert
- er hat mir erklärt, woran es gelegen hat

16. Nehmen Sie zurzeit **rezeptfrei** erhältliche Medikamente ein?

- ja, schon seit 3 Monaten oder länger
- ja, seit kurzem (weniger als 3 Monate)
- nein

17. Falls Sie seit 3 Monaten oder länger rezeptfrei erhältliche Medikamente einnehmen: Wie viel verschiedene Medikamente nehmen Sie ein?

\_\_\_\_\_ Medikamente (bitte Anzahl verschiedener Medikamente eintragen)

18. 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"/>

### E. Fragen zum Thema Zahnarzt.

1. Wie oft haben Sie in den letzten fünf Jahren Ihren Zahnarzt gewechselt?

\_\_\_\_\_ mal (bitte eintragen)

keinmal  ⇒ bitte weiter mit Frage 4.

2. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem letzten Zahnarzt und seiner Praxis?

vollkommen zufrieden

sehr zufrieden

zufrieden

weniger zufrieden

unzufrieden

3. Wenn Sie gewechselt haben: Was war der Grund für Ihren Zahnarztwechsel? Bitte nennen Sie die drei wichtigsten Gründe. (Falls Sie Ihren Zahnarzt schon mehrfach gewechselt haben, denken Sie bitte im Folgenden an Ihren letzten Zahnarztwechsel)

ich wollte eine neue Praxis probieren

ein Familienmitglied / der Partner wechselte zu anderem Zahnarzt

aus meiner Sicht hatte die Behandlung keine gute Qualität

mangelndes Vertrauen in den Zahnarzt

zu hohe Zuzahlungen auf eigene Kosten

unfreundliches Praxispersonal

zu lange Wartezeiten

keine oder unzureichende Informationen (z. B. über Ursachen von Beschwerden, Behandlungsalternativen, private Zuzahlungen usw.)

keine oder unzureichende Einbindung in die Entscheidung (z. B. über die Art der Behandlung)

Zahnarzt hatte zu wenig Zeit für die Behandlung

Praxis bot nicht die von mir gewünschte Therapien (z. B. Implantate)

die Praxisausstattung war veraltet

ich war mit der Praxishygiene / Sauberkeit nicht einverstanden

ich wollte eine zweite Meinung zur vorgeschlagenen Therapie einholen

es gab keine Abend- / Wochenendsprechstunden

unzureichende Fachkompetenz des Zahnarztes

ich bin umgezogen

aus anderen Gründen

4. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem jetzigen Zahnarzt und seiner Praxis?

vollkommen zufrieden

sehr zufrieden

zufrieden

weniger zufrieden

unzufrieden

5. Wie sind Sie auf Ihren jetzigen Zahnarzt aufmerksam geworden?

durch eine Zeitungsanzeige

über das Telefonbuch

über Arztsuche-Portale im Internet

über die Praxishomepage

durch die Empfehlung von Freunden, Verwandten

ich habe das Praxisschild gesehen

sonstiges

**6. Was war der Anlass Ihres letzten Zahnarztbesuchs?**

- Vorsorgeuntersuchung
- umfangreiche Behandlung
- akute Schmerzbehandlung
- ästhetische Behandlung
- sonstiger Grund

**7. Wie häufig gehen Sie zum Zahnarzt, wenn keine größere Behandlung ansteht?**

- 3 mal oder öfter im Jahr
- etwa 2 mal im Jahr
- etwa einmal im Jahr
- ungefähr alle 2 Jahre
- seltener, nur bei Schmerzen

**8. Wie würden Sie Ihre aktuelle Mund- und Zahnsituation beschreiben? (mehrere Antworten möglich)**

- ich habe Probleme mit meinem Zahnfleisch / Zahnhalteapparat („Parodontose“)
- ich habe Zahnfüllungen
- ich habe Zahnersatz
- ich habe ein oder mehrere Implantate
- ich trage eine Zahnspange
- ich trage eine Schiene gegen Knirschen
- ich habe unversorgte Zahnlücken
- ich habe Zahnschmerzen
- ich habe Schmerzen am Kiefergelenk und / oder an der Kaumuskulatur
- ich habe wahrscheinlich Karies an einem oder mehreren Zähnen
- nichts davon

**9. Es ist bekannt, dass sehr viele Menschen Angst vor dem Zahnarzt haben. Wie groß ist Ihre Angst vor dem Zahnarzt?**

- ich habe...
- panische Angst
  - sehr große Angst
  - eher große Angst
  - eher geringe Angst
  - sehr geringe Angst
  - keine Angst

**10. Was erwarten Sie von einem guten Zahnarzt? Bitte geben Sie an, wie wichtig Ihnen die nachfolgenden Aspekte sind.**

	unwichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig
er ist fachlich kompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er erklärt, wie ich meine Zähne gesund erhalten kann (Zahnpflege, Ernährung ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er bietet professionelle Zahnreinigung an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er berücksichtigt meine Bedürfnisse und Wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er erklärt mir ausführlich und verständlich Untersuchungsergebnisse und geplante Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er bietet mir verschiedene Möglichkeiten der Behandlung an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er bezieht mich in seine Behandlungsvorschläge ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er informiert vor der Behandlung ausführlich über die Kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er nimmt sich ausreichend Zeit für die Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er arbeitet gut mit seinem Team zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er kennt auch meine persönliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er sieht Zahngesundheit im Zusammenhang mit meiner gesamten körperlichen Verfassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er arbeitet mit anderen Gesundheitsberufen zusammen (z. B. Physiotherapeuten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seine Praxis ist auf dem neuesten technischen Stand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeiten (auf Termine, in der Sprechstunde) sind nicht so lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er bildet sich regelmäßig weiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er bietet verschiedene, hochwertige Materialien z. B. bei Zahnfüllungen an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Ergebnis ist ästhetisch ansprechend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er arbeitet geschickt und soweit möglich schmerzfrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er nimmt meine Ängste ernst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

12. Haben Sie vor, in der nächsten Zeit Ihren jetzigen Zahnarzt zu wechseln?

- ja, bestimmt
- ja, wahrscheinlich
- eventuell
- nein, wahrscheinlich nicht
- nein, bestimmt nicht
- } ⇒ bitte weiter mit Frage 13.
- } ⇒ bitte weiter mit Frage 14.

13. Aus welchem Grund wollen Sie Ihren jetzigen Zahnarzt (eventuell) wechseln? Bitte nennen Sie die drei wichtigsten Gründe.

- ich will eine neue Praxis probieren
- ein Familienmitglied / der Partner sind zu anderem Zahnarzt gewechselt
- aus meiner Sicht hatte die Behandlung bei meinem bisherigen Zahnarzt keine gute Qualität
- 
- mangelndes Vertrauen in meinen Zahnarzt
- zu hohe Zuzahlungen auf eigene Kosten
- unfreundliches Praxispersonal
- 
- zu lange Wartezeiten
- keine oder unzureichende Informationen (z. B. über Ursachen von Beschwerden, Behandlungsalternativen, private Zuzahlungen usw.)
- keine oder unzureichende Einbindung in die Entscheidung (z. B. über die Art der Behandlung)
- 
- mein Zahnarzt hat zu wenig Zeit für die Behandlung
- die Praxis bietet nicht die von mir gewünschte Therapien (z. B. Implantate)
- die Praxisausstattung ist veraltet
- 
- ich bin mit der Praxishygiene / Sauberkeit nicht einverstanden
- ich will eine zweite Meinung einholen
- es gibt keine Abend- / Wochenendsprechstunden
- 
- unzureichende Fachkompetenz des Zahnarztes
- ich werde umziehen
- aus anderen Gründen

14. Würden Sie einem Familienangehörigen, Freund oder Kollegen Ihre jetzige Zahnarztpraxis empfehlen?

- ja, bestimmt
- ja, wahrscheinlich
- vielleicht
- 
- nein, wahrscheinlich nicht
- nein, bestimmt nicht

**F. Fragen zum Thema Vorstellungen zu einem würdigen Sterben.**

1. Menschen haben unterschiedliche Vorstellungen über Sterben und Tod. Ein wichtiges gesellschaftliches Ziel ist es, die Voraussetzungen für ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu schaffen. Was bedeutet Sterben unter würdigen Bedingungen für Sie? (bitte maximal 3 Antworten auswählen)

- bis zuletzt zu Hause zu leben
- Familie und Freunde bei mir zu haben
- wach zu sein
- 
- den Todeszeitpunkt selbst zu bestimmen
- schmerzfrei zu sein
- 
- niemandem zur Last zu fallen
- Sonstiges, und zwar

(bitte eintragen)



2. **Wenn Sie Ihre Vorstellungen von einem Sterben unter würdigen Bedingungen zu Grunde legen: Wie groß ist Ihrer Meinung nach der Einfluss folgender Faktoren darauf, dass Ihre Vorstellungen sich tatsächlich bewahrheiten?**

	sehr gering	gering	mittel	groß	sehr groß	weiß nicht
persönlicher Charakter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schicksal, Zufall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
guter Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gute Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit, den eigenen Willen zu äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie, Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. **Haben Sie schon einmal erleben müssen, dass ein naher Angehöriger oder eine andere Ihnen persönlich sehr nahestehende Person gestorben ist?**

- ja, aber das ist schon sehr lange her  ⇒ bitte weiter mit Frage 4.  
ja, erst in den letzten Jahren  ⇒ bitte weiter mit Frage 4.  
nein, bisher noch nicht  ⇒ bitte weiter mit Frage 5.

4. **Was würden Sie rückblickend sagen: Konnte diese Person so würdig sterben, wie sie sich das vorgestellt hatte?**

- ja, voll und ganz   
ja, eher schon   
nein, eher nicht   
nein, gar nicht   
weiß nicht

5. **Bei schwerer Erkrankung und in der Sterbephase kann es zu Situationen kommen, in denen man seinen Willen für oder gegen bestimmte Maßnahmen (z. B. medizinische Untersuchungen, Therapien u. a.) nicht mehr selbst äußern kann. Für diese Situationen kann man eine Patientenverfügung verfassen, in der man zum Ausdruck bringt, was man möchte und was nicht. Haben Sie eine Patientenverfügung für sich verfasst?**

- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 6.  
nein, aber ich habe es vor  ⇒ bitte weiter mit Frage 7.  
nein, das habe ich auch nicht vor  ⇒ bitte weiter mit Frage 8.  
nein, ich habe davon bisher noch nicht gehört  ⇒ bitte weiter mit Frage 9.

6. **In welchem Jahr haben Sie die Patientenverfügung verfasst?**

im Jahr \_\_\_\_\_ (bitte Jahreszahl eintragen)

7. **Was hat Sie veranlasst, eine Patientenverfügung zu verfassen, bzw. warum haben Sie vor, eine zu verfassen?**  
(bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

- eigene Erkrankung   
Erlebnisse im Familien- / Freundeskreis (z. B. schwere Krankheit, Todesfälle)   
Gespräch mit Hausarzt   
Gespräch mit anderem Arzt (außer Hausarzt)   
Berichterstattung in den Medien (Zeitung, Fernsehen u. a.)   
Wunsch nach Selbstbestimmung   
anderer Grund
- } ⇒ bitte weiter mit Frage 9.

8. **Aus welchen Gründen möchten Sie keine Patientenverfügung verfassen?** (bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

- ich möchte mich nicht damit auseinandersetzen   
ich habe Vertrauen in die Entscheidungen der Ärzte   
ich habe Vertrauen in die Entscheidungen meiner Familie, Freunde   
ich glaube nicht, dass das etwas bringt   
anderer Grund   
weiß nicht / bin unentschieden

9. **Neben der Patientenverfügung gibt es mit der Vorsorgevollmacht eine weitere Möglichkeit, seinen Willen zum Ausdruck zu bringen, wenn man selbst körperlich oder geistig nicht mehr in der Lage dazu ist. Mit einer Vorsorgevollmacht kann man einen oder mehrere andere Personen seines Vertrauens bevollmächtigen, Entscheidungen z. B. in Gesundheitsfragen zu treffen. Haben Sie eine Vorsorgevollmacht für sich verfasst?**

- ja   
nein, aber ich habe es vor   
nein, das habe ich auch nicht vor   
nein, ich habe davon bisher noch nicht gehört

10. **In der Palliativversorgung werden schwerkranke und sterbende Menschen betreut. War Ihnen der Begriff „Palliativversorgung“ bereits vor dieser Befragung bekannt?**

- ja, aber nur vom Namen her  ⇒ bitte weiter mit Frage 11.  
ja, auch von den Inhalten  ⇒ bitte weiter mit Frage 11.  
nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 12.



11. Wir möchten Sie anhand der folgenden Aussagen um Ihre persönliche Einschätzung zur Palliativversorgung bitten. Inwieweit stimmen Sie diesen Aussagen zu?

**Palliativversorgung ...**

- ...bedeutet, dass die Ärzte einen Patienten aufgegeben haben
- ...hilft, auch bei schwerer Erkrankung die eigene Würde und Lebensqualität zu erhalten
- ...bedeutet, dass medizinisch nichts mehr für den Patienten getan wird
- ...kann auch schon früh im Laufe einer schweren Erkrankung zum Einsatz kommen
- ...hilft Leiden zu lindern
- ...ist eigentlich ein anderes Wort für Sterbehilfe

stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu	weiß nicht
<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Versorgung schwer kranker oder sterbender Menschen kann im Rahmen unterschiedlicher Angebote und Einrichtungen erfolgen.

12. a. Haben Sie von nachfolgenden Versorgungsangeboten für schwer kranke oder sterbende Menschen bereits vor dieser Befragung gehört?
12. b. Für die Versorgungsangebote, von denen Sie bereits vor dieser Befragung gehört haben: Kannten Sie diese nur vom Namen her oder von konkreten Erfahrungen?

	a. davon habe ich gehört		b. dieses Angebot kannte ich ...	
	nein	ja	vom Namen her	von konkreten Erfahrungen
Palliativstation im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulanter Palliativdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulanter Hospizdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäres Hospiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie von keinem der genannten Versorgungsangebote gehört haben, bitte weiter mit Teil G. „Fragen zum Thema Zusammenarbeit im Gesundheitssystem“.

13. Falls Sie eines oder mehrere der oben genannten Versorgungsangebote bereits von konkreten Erfahrungen her kennen: Woher kennen Sie diese Angebote? (mehrere Antworten möglich)

- ich war selbst in palliativmedizinischer Behandlung
- ein naher Angehöriger von mir war in palliativmedizinischer Behandlung
- in meinem Bekanntenkreis wurde jemand palliativmedizinisch versorgt
- ich bin selbst in diesem Bereich beruflich / ehrenamtlich tätig
- in meinem Bekanntenkreis ist jemand in diesem Bereich beruflich / ehrenamtlich tätig
- ich habe sonstige Erfahrungen mit Palliativversorgung gemacht

14. Inwieweit haben die nachfolgenden Informationsquellen Ihr Bild von Palliativversorgung oder Hospizen geprägt?

	überhaupt nicht	nicht besonders	ein wenig	sehr stark
Tageszeitung / Zeitschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Fach-)Bücher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Erfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berichte aus dem Freundes- und Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G. Fragen zum Thema Zusammenarbeit im Gesundheitssystem.**

Im Folgenden interessieren uns Ihre Erfahrungen an den Schnittstellen der medizinischen Versorgung, beim Übergang zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten, zwischen akuter Versorgung und Pflege oder Rehabilitation.

1. Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass an einer Untersuchung oder Behandlung derselben Erkrankung außer Ihrem Hausarzt auch ein niedergelassener Facharzt oder mehrere Fachärzte (nicht im Krankenhaus) beteiligt waren?

- ja  ⇨ bitte weiter mit Frage 2. (Seite 16)
- nein  ⇨ bitte weiter mit Frage 4. (Seite 16)

2. Bitte geben Sie an, ob die folgenden Probleme in der Zusammenarbeit zwischen diesen Ärzten auftraten.

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

3. Falls bei Ihnen eines oder mehrere der in Frage 2. genannten Probleme aufgetreten sind: Was haben Sie daraufhin gemacht? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Ich habe den Arzt / die Ärzte um weitere Aufklärung und Informationen gebeten.
- Ich habe mich an andere Personen / Einrichtungen gewandt, um mir einen Rat zu holen.
- Ich habe nichts unternommen und habe weiterhin an den Untersuchungen / Behandlungen teilgenommen.
- Ich habe nicht mehr an den weiteren Untersuchungen / Behandlungen teilgenommen.
- Ich habe das Problem zu spät bemerkt, um etwas dagegen unternehmen zu können.

4. Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie zur Untersuchung oder Behandlung derselben Erkrankung außer bei Ihrem Hausarzt auch in einem Krankenhaus waren?

- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 5.
- nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 7. (Seite 17)

5. Traten beim Übergang ins Krankenhaus oder nach Abschluss der dortigen Behandlung irgendwelche der folgenden Probleme auf?

	nein	ja	weiß nicht
Es hat länger gedauert als gewünscht, bis ich einen Untersuchungs- bzw. Behandlungstermin im Krankenhaus erhalten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Auswahl des Krankenhauses erhielt ich keine Empfehlung meines Hausarztes und war völlig auf mich selbst gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es hat lange gedauert, bis der Krankenhausarzt sämtliche Unterlagen über meine Vorerkrankung und Behandlung zur Verfügung hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wurde ich nicht über die verordneten Medikamente und Einnahmeverfahren aufgeklärt, obwohl ich dies gerne gewusst hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wurde ich nicht darüber aufgeklärt, auf welche Symptome ich vorsichtshalber nach meiner Entlassung achten sollte, obwohl ich dies gerne gewusst hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obwohl ich weiter behandlungsbedürftig war, erhielt ich im Krankenhaus keine Informationen über den weiteren Behandlungsverlauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obwohl ich im Nachhinein merkte, dass es notwendig gewesen wäre, wurden im Krankenhaus keine Kontakte mit anderen Ärzten oder Einrichtungen hergestellt und Termine vereinbart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus hat es lange gedauert, bis mein Hausarzt die Untersuchungsergebnisse und Behandlungsvorschläge des Krankenhauses <u>erhalten</u> hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es hat nach der Entlassung aus dem Krankenhaus lange gedauert, bis mein Hausarzt die Untersuchungsergebnisse und Behandlungsvorschläge des Krankenhauses mit mir <u>besprochen</u> hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab Doppeluntersuchungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden widersprüchliche Untersuchungsergebnisse mitgeteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden widersprüchliche Behandlungsvorschläge gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Hausarzt hat die im Krankenhaus eingeleitete Therapie verändert (z. B. Verordnung eines anderen Medikamentes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden widersprüchliche Informationen zu den Heilungsaussichten gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nicht immer verstanden, warum eigentlich meine Untersuchung oder Behandlung im Krankenhaus stattfinden musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Probleme traten auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Fall bei Ihnen eines oder mehrere der in Frage 5. genannten Probleme aufgetreten sind: Was haben Sie daraufhin gemacht? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Ich habe nichts unternommen.
- Ich habe die Ärzte / Pflegekräfte im Krankenhaus bzw. meinen Hausarzt um weitere Aufklärung und Informationen gebeten.
- Ich habe mich an andere Personen oder Einrichtungen (z. B. Krankenversicherung) gewandt, um mir einen Rat zu holen.
- Ich habe das Problem zu spät bemerkt, um etwas dagegen unternehmen zu können.



**7. Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie nach der Behandlung eines akuten Gesundheitsproblems durch Ihren Hausarzt oder im Krankenhaus eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme benötigten?**

- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 8.  
 nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 10.

**8. Wurde die Rehabilitationsmaßnahme bewilligt?**

- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 9.  
 ist noch nicht entschieden  }  
 nein  } ⇒ bitte weiter mit Frage 10.

**9. Traten beim Erhalt der Rehabilitations-Leistung, beim Übergang in eine Reha-Einrichtung oder nach Abschluss der Reha folgende Probleme auf?**

- Es hat länger, als für mich gut war, gedauert, bis mir mein Hausarzt oder mein Krankenhaus zu einer stationären oder ambulanten medizinischen Reha-Maßnahme geraten haben.
- Bei der Auswahl der Reha-Einrichtung erhielt ich keine begründete Empfehlung meines Hausarztes oder des Krankenhauses und war völlig auf mich selbst gestellt.
- Das Stellen des Antrags für eine Reha-Maßnahme bei dem dafür zuständigen Reha-Träger (z. B. Krankenkasse, Unfallversicherung oder Rentenversicherung) war aufwändig und wurde von diesen auch nicht unterstützt (z. B. durch Mitarbeiter der gemeinsamen Servicestellen).
- Die Bewilligung des Antrags dauerte länger, als für meine weitere Genesung hilfreich gewesen ist.
- Es hat lange gedauert, bis der Reha-Einrichtung sämtliche Unterlagen über meine Vorerkrankung und -Behandlung zur Verfügung standen.
- Obwohl ich auch am Ende der Reha-Maßnahme nicht völlig gesund war, erhielt ich keine oder nur lückenhafte Informationen über den weiteren Behandlungsverlauf.
- Nach dem Ende der Reha-Maßnahme hat es lange gedauert, bis mein Hausarzt die Entlassungsunterlagen der Reha-Einrichtung erhalten hat.
- Es hat nach dem Ende der Reha-Maßnahme lange gedauert, bis mein Hausarzt die Entlassungsunterlagen mit mir besprochen hat.
- Mir wurden widersprüchliche Informationen zu den Heilungsaussichten gegeben.
- Andere Probleme traten auf.

	nein	ja	weiß nicht
Es hat länger, als für mich gut war, gedauert, bis mir mein Hausarzt oder mein Krankenhaus zu einer stationären oder ambulanten medizinischen Reha-Maßnahme geraten haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Auswahl der Reha-Einrichtung erhielt ich keine begründete Empfehlung meines Hausarztes oder des Krankenhauses und war völlig auf mich selbst gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Stellen des Antrags für eine Reha-Maßnahme bei dem dafür zuständigen Reha-Träger (z. B. Krankenkasse, Unfallversicherung oder Rentenversicherung) war aufwändig und wurde von diesen auch nicht unterstützt (z. B. durch Mitarbeiter der gemeinsamen Servicestellen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bewilligung des Antrags dauerte länger, als für meine weitere Genesung hilfreich gewesen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es hat lange gedauert, bis der Reha-Einrichtung sämtliche Unterlagen über meine Vorerkrankung und -Behandlung zur Verfügung standen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obwohl ich auch am Ende der Reha-Maßnahme nicht völlig gesund war, erhielt ich keine oder nur lückenhafte Informationen über den weiteren Behandlungsverlauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach dem Ende der Reha-Maßnahme hat es lange gedauert, bis mein Hausarzt die Entlassungsunterlagen der Reha-Einrichtung erhalten hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es hat nach dem Ende der Reha-Maßnahme lange <u>gedauert</u> , bis mein Hausarzt die Entlassungsunterlagen mit mir besprochen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden widersprüchliche Informationen zu den Heilungsaussichten gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Probleme traten auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie nach der Behandlung eines akuten Gesundheitsproblems (durch einen niedergelassenen Arzt oder in einer Klinik) vorübergehend oder dauerhaft auf Pflege angewiesen waren und deshalb Leistungen der ambulanten oder stationären Pflege bei der Pflegeversicherung beantragt haben?**

- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 11.  
 nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 13. (Seite 18)

**11. Wurden diese Leistungen der ambulanten oder stationären Pflege bewilligt?**

- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 12.  
 ist noch nicht entschieden  }  
 nein  } ⇒ bitte weiter mit Frage 13. (Seite 18)

**12. Traten beim Erhalt der Pflegeleistung folgende Probleme auf?**

- Ich bzw. meine Angehörigen erhielten weder von meinem Hausarzt noch von anderen Leistungserbringern (z. B. Ärzten, medizinischen Einrichtungen) aktive Beratung über den Pflegebedarf und das weitere Vorgehen zum Erhalt von Pflegeleistungen.
- Das Stellen des Antrags für ambulante oder stationäre Pflegeleistungen bei der Pflegeversicherung war aufwändig und wurde von dort auch nicht aktiv unterstützt.
- Ich erfuhr erst im Nachhinein etwas über die Existenz und die Beratungsangebote so genannter Pflegestützpunkte, d.h. von Anlaufstellen für Pflegefragen.
- In meinem Fall waren die Wartezeiten beim Pflegestützpunkt für die notwendige Beratung zu lang.
- Die Bewilligung des Antrags dauerte länger, als für meine Gesundheit und Pflegebedürftigkeit gut gewesen ist.
- Andere Probleme traten auf.

	nein	ja	weiß nicht
Ich bzw. meine Angehörigen erhielten weder von meinem Hausarzt noch von anderen Leistungserbringern (z. B. Ärzten, medizinischen Einrichtungen) aktive Beratung über den Pflegebedarf und das weitere Vorgehen zum Erhalt von Pflegeleistungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Stellen des Antrags für ambulante oder stationäre Pflegeleistungen bei der Pflegeversicherung war aufwändig und wurde von dort auch nicht aktiv unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfuhr erst im Nachhinein etwas über die Existenz und die Beratungsangebote so genannter Pflegestützpunkte, d.h. von Anlaufstellen für Pflegefragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Fall waren die Wartezeiten beim Pflegestützpunkt für die notwendige Beratung zu lang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bewilligung des Antrags dauerte länger, als für meine Gesundheit und Pflegebedürftigkeit gut gewesen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Probleme traten auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Falls Sie in einer Gesetzlichen Krankenkasse versichert sind (GKV), bitte weiter mit Frage 13., ansonsten weiter mit Teil H. „Fragen zum Thema ambulante und stationäre Altenpflege“.**

**13. Im Folgenden geht es um Versorgungsmanagement. Hierbei handelt es sich um Angebote, die dabei helfen sollen, Probleme zu lösen, die entstehen können, wenn man in verschiedenen Versorgungsbereichen gleichzeitig bzw. unmittelbar nacheinander behandelt wird.**

**Kennen Sie als gesetzlich Versicherter Ihren Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement?**

- ja, kenne ich sehr genau   
 ja, aber kenne ich nur grob   
 nein, kenne ich nicht

14. **Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Erfahrungen mit Angeboten des Versorgungsmanagements (z. B. in Gestalt der Beratung durch so genannte Case-Manager Ihrer Krankenkasse, Ihres niedergelassenen Arztes, Ihres Krankenhauses oder anderer Leistungserbringer)?**
- ja
- nein
- weiß nicht

### H. Fragen zum Thema ambulante und stationäre Altenpflege.

1. **Haben Sie Angehörige oder Bekannte, die gegenwärtig in einer Pflegeeinrichtung leben bzw. in den letzten 5 Jahren dort gelebt haben?**
- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 2.
- nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 3.
2. **Waren Sie in dieser Pflegeeinrichtung schon einmal zu Besuch bzw. haben Sie diese Angehörigen oder Bekannten dort besucht?**
- ja
- nein
3. **Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine Pflegeeinrichtung für Angehörige, Freunde oder für sich selbst gesucht oder ausgewählt?**
- ja
- nein
4. **Werden Sie in naher Zukunft eine Pflegeeinrichtung aussuchen müssen?**
- ja, ganz sicher
- ja, wahrscheinlich
- nein, wahrscheinlich nicht
- nein, ganz sicher nicht
- weiß nicht
5. **Haben Sie selbst bzw. mit Blick auf Ihren Verwandten- / Bekanntenkreis in den letzten Jahren schon einmal Erfahrungen mit ambulanter Pflege gemacht?**
- ja
- nein

Seit Ende des Jahres 2009 kann sich die Bevölkerung über die Qualität von Pflegeeinrichtungen informieren und auch Vergleiche anstellen. Hierzu werden so genannte „Transparenzberichte“ im Internet veröffentlicht. Pflegeeinrichtungen werden dort nach Noten bewertet, so dass man eine Einrichtung leichter auswählen kann.

6. **Haben Sie schon vor dieser Befragung von diesen Berichten gehört?**
- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 7.
- nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 9. (Seite 19)
7. **Haben Sie sich schon einmal einen dieser Berichte angeschaut?**
- ja  ⇒ bitte weiter mit Frage 8.
- nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 9. (Seite 19)
8. **Inwieweit stimmen Sie nachfolgenden Aussagen zu den von Ihnen angeschauten Transparenzberichten in der Pflege zu?**

Es war leicht, die für mich wichtigen Informationen in den Transparenzberichten zu finden.

Einige der Informationen waren für mich unverständlich.

Die Transparenzberichte enthalten genau die Informationen, die ich für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung bräuchte.

stimme überhaupt nicht zu	stimme weniger zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<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"/>

9. **Angenommen, Sie müssten eine Pflegeeinrichtung für einen Angehörigen oder sich selbst auswählen. Wie würde Sie in diesem Fall vorgehen?** (mehrere Antworten möglich)
- ich erkundige mich genau nach den Kosten der Pflegeeinrichtung
- ich suche systematisch nach der Nähe zu meinem Wohnort
- ich frage Verwandte oder Freunde nach einer Empfehlung
- ich frage meinen Arzt nach einer Empfehlung
- ich informiere mich bei Beratungsstellen
- ich suche im Internet nach Informationen zur Qualität von Pflegeheimen
- ich informiere mich in den Transparenzberichten der Pflegeheime
- ich suche vorher verschiedene Pflegeeinrichtungen auf und mache mir ein eigenes Bild von ihnen
- ich würde auf andere Art und Weise vorgehen
- dazu habe ich mir noch keine Gedanken gemacht
- es reicht, wenn man abwartet, ob es überhaupt nötig ist; dann kann man immer noch entscheiden

10. Für wie wichtig halten Sie Ihren eigenen, persönlichen Eindruck von einer Pflegeeinrichtung im Vergleich zu Informationsmaterialien über Pflegeeinrichtungen (z. B. Broschüren, Transparenzberichte im Internet), wenn Sie eine solche Einrichtung auswählen müssten? Hierbei bedeutet 1 = „Für mich zählt ausschließlich der eigene Eindruck“ und 11 = „Für mich zählen ausschließlich Informationsmaterialien“. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen.

der eigene Eindruck	für mich zählt / zählen ausschließlich ...										Informationsmaterialien
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<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"/>

11. Stellen Sie sich vor, es müsste eine Pflegeeinrichtung für Sie selbst ausgewählt werden. Welcher der nachfolgenden Aussagen würden Sie am ehesten zustimmen? (bitte nur eine Angabe)

Ich möchte gerne selbst die Entscheidung darüber treffen, in welche Pflegeeinrichtung ich gehe.

Ich verlasse mich darauf, dass meine Angehörigen für mich die richtige Auswahl treffen.

12. Wer sollte Ihrer Meinung nach die Qualität von Pflegeeinrichtungen vergleichen und darüber informieren?

Verbraucherschutzorganisationen / „Stiftung Warentest“

Selbsthilfeorganisationen

Pflegekassen / Krankenkassen

Pflegefachverbände

unabhängige Stiftungen

eine Organisation wie der TÜV

das Gesundheitsministerium

eine andere Einrichtung

13. In der folgenden Liste finden Sie eine Reihe von Aspekten, die bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung hilfreich sein können. Wie wichtig sind für Sie persönlich die folgenden Aspekte bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung?

	überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	teils - teils	eher wichtig	sehr wichtig
<b>Pflegeprozess</b>					
Orientierung der Pflege an wissenschaftlichen Standards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für jeden Pflegebedürftigen wird die Sturzgefährdung ermittelt (z. B. Unsicherheit beim Gehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend Zeit für die Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend Zeit für persönliche Zuwendung und Gespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Strukturmerkmale</b>					
zentrale Lage in Innenstadtnähe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruhige Lage im Grünen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finanzielle Aspekte (Kosten der Einrichtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität von Speisen und Getränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
individuelle Gestaltung und Einrichtung des Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
individuelle Tagesgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige ärztliche Betreuung (Kontakte zu Ärzten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Personal</b>					
Freundlichkeit des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifikation der Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Personalwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
respektvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fremdurteile</b>					
guter Ruf der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlungen von Freunden, Bekannten, Familienmitgliedern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlungen von Pflege- und Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlungen von Ärzten (Hausärzten, Fachärzten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit der Bewohner mit der Einrichtung (Ergebnis von Befragungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unabhängige Qualitätsprüfungen und Bewertungen der Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl behördlicher Beanstandungen der Einrichtung (z. B. im Bereich Hygiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erster Eindruck der Einrichtung auf Besucher (z. B. Sauberkeit, Geruch, Atmosphäre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	teils - teils	eher wichtig	sehr wichtig
<b>Pflegeergebnisse</b>					
geringer Anteil an Bewohnern mit Druckgeschwüren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Anteil an Bewohnern mit mittelschweren oder schweren Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Anteil an bettlägerigen Bewohnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Anteil an Bewohnern mit einem Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Anteil an Bewohnern, die Harndrang oder Stuhlgang nicht mehr kontrollieren können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Anteil an Bewohnern mit einer Zunahme bei Depressionen oder Ängsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Anteil an Bewohnern, die bei alltäglichen Verrichtungen stetig mehr Unterstützung brauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Anteil an Bewohnern, die beim Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung zu viel Gewicht verloren haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Anteil an Bewohnern mit einer Gripeschutzimpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Qualitätsmanagement</b>					
regelmäßige Supervision der Pflegekräfte (Beratung / Unterstützung beim Nachdenken über die eigene Tätigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligung der Einrichtung an Einrichtungsvergleichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**I. 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?**

- gesunde Beitragszahler unterstützen kranke Beitragszahler  
 junge Beitragszahler unterstützen alte Beitragszahler  
 alleinstehende Beitragszahler unterstützen Familien  
 die Bezieher hoher Einkommen unterstützen die Bezieher niedriger Einkommen

	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?**

- Wartezeiten auf einen Arzttermin  
 Wartezeiten in der Arztpraxis  
 Berücksichtigung auch neuester medizinischer Erkenntnisse bei Untersuchungen und Therapien  
 bessere Medikamente (Wirksamkeit, weniger Nebenwirkungen)  
 Freundlichkeit der Ärzte  
 Zeit, die sich Ärzte für den Patienten nehmen  
 Sorgfalt und Gründlichkeit bei Untersuchungen

	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

## J. Fragen zum Thema Krankenversicherung.

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 ...**

- Beitragzahlendes Pflichtmitglied   
 Beitragzahlendes 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.  
 ja, schon zweimal oder öfter  ⇒ bitte weiter mit Frage 4.  
 nein  ⇒ bitte weiter mit Frage 5.

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?**

**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.

**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.

**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.

**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.

**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).

**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.

**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.

	nein	ja
<b>strukturierte Behandlungsprogramme</b> (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"/>
<b>so genannte Bonus-Programme</b> 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"/>
<b>Möglichkeit der Kostenerstattung</b> 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"/>
<b>Selbstbehalte</b> 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"/>
<b>Beitragsrückerstattung</b> 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"/>
<b>so genannte Hausarztprogramme</b> 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"/>
<b>Verträge zur integrierten Versorgung</b> 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 integrierten Versorgungsprogramms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**K. Angaben zu Ihrer Person.**

1. Welchen Familienstand haben Sie?

- ledig       verwitwet   
 verheiratet       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)   
 Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden   
 Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden   
 in Mutterschafts- / Erziehungsurlaub oder in sonstiger Beurlaubung   
 zurzeit arbeitslos / Null-Kurzarbeit   
 Auszubildender / Lehrling   
 zurzeit nicht erwerbstätig, aber früher erwerbstätig   
 zurzeit nicht erwerbstätig und auch früher nie erwerbstätig  ⇒ bitte weiter mit Frage 9. (Seite 24)
- } bitte weiter mit Frage 7.

7. **Zu welcher Gruppe gehört / gehörte Ihr Beruf?**
- selbstständiger Landwirt / Genossenschaftsbauer (auch  
mithelfender Familienangehöriger)
- Akademiker in freiem Beruf
- Selbstständige im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie usw.
- 
- Beamter / Richter / Berufssoldat ...**
- im einfachen oder mittleren Dienst
- im gehobenen Dienst
- im höheren Dienst
- 
- Angestellter ...**
- mit einer Tätigkeit, die nach Anweisung erledigt wird
- mit selbstständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit
- mit umfassenden Führungsaufgaben
- 
- Arbeiter, und zwar ...**
- ungelernt / angelernt
- Facharbeiter
- Vorarbeiter, Kolonnenführer / Meister, Polier, Brigadier
- 
- in Ausbildung / Lehre**
- Wehr- / Zivildienstleistender**
8. **Haben Sie jemals eine berufliche Tätigkeit im Gesundheitssektor ausgeübt?**
- ja, derzeit
- ja, früher
- nein
9. **Falls Personen unter 18 Jahren in Ihrem Haushalt leben: Sind Sie Alleinerziehende/r?**
- ja
- nein
10. **Wie viele Personen in Ihrem Haushalt beziehen ein eigenes Einkommen, z. B. aus Berufstätigkeit, Rente oder anderem?**
- eine Person
- zwei Personen
- drei Personen
- vier Personen und mehr
11. **Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?**
- katholisch
- evangelisch
- islamisch
- 
- andere
- keine
- ich möchte hierzu keine  
Angabe machen
12. **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
13. **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 ungültig wählen
- weiß nicht

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung.**

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