

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 dem Hausarzt, um die medizinische Versorgung in Deutschland und Ihre Meinung zum Gesundheitssystem, um Ihr Gesundheitsverhalten 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, derentwegen Sie mindestens einmal im Quartal ärztlicher oder therapeutischer 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
- Psychische Erkrankung
- Chronische Kopfschmerzen
- Chronische Rückenschmerzen
- sonstige chronische Erkrankungen
- keine chronischen Erkrankungen

7. Müssen Sie wegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung dauerhaft Medikamente einnehmen?

ja ⇒ bitte weiter mit Frage 8.

nein ⇒ bitte weiter mit Frage 9.

8. Wie viele verschiedene Medikamente sind das - wir meinen nicht die Anzahl der Tabletten, die Sie am Tag einnehmen müssen, sondern die Anzahl verschiedener Arzneimittel, die Sie einnehmen müssen, egal ob in Tablettenform, als Tropfen oder Zäpfchen?

Insgesamt _____ verschiedene Medikamente (bitte eintragen)

9. Wie häufig haben Sie folgende Symptome in den letzten 14 Tagen bei sich selbst beobachtet?

	(fast) nie	selten	manchmal	oft	(fast) immer
Herzklopfen / Herzstiche / Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlaf- / Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken-, Schulter-, Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschmerzen / Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche / Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Funktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität / innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gereiztheit / Ärgergefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstgefühle / Versagensängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lustlosigkeit / Depressive Stimmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie ist Ihr Körpergewicht in kg?

_____ (bitte eintragen)

11. Wie ist Ihre Körpergröße in cm?

_____ (bitte eintragen)

B. Fragen zum Thema Gesundheit im Alltag

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

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

2. **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
- einmal pro Woche
-
- zwei- bis dreimal pro Monat
- einmal pro Monat
- seltener / nie

3. **Wie lange dauern diese körperlichen Aktivitäten im Durchschnitt?**

etwa _____ Minuten (bitte eintragen)

4. **Wie oft haben Sie in den letzten 14 Tagen folgende Aktivitäten betrieben?**

	täglich	mehrmals pro Woche	1 x pro Woche	2 - 3 x pro Monat	1 x pro Monat	seltener / nie
Sport, Bewegung draußen (z. B. Fahrrad fahren, laufen, wandern, schwimmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport, Bewegung in Hallen oder Räumen (z. B. Fitnessstraining, schwimmen, Kampfsport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgleichstätigkeiten ohne aktive Bewegung (z. B. ausruhen, mit Freunden treffen, fernsehen, lesen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend schlafen (7 Stunden oder mehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. **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"/>

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

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

7. **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

8. **Bitte denken Sie nun an Ihr Gesundheitsverhalten insgesamt (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

9. **Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit?**

- ja, ich rauche zurzeit und zwar täglich ⇒ bitte weiter mit Frage 11.
- ja, ich rauche zurzeit, aber nur gelegentlich ⇒ bitte weiter mit Frage 11.
- ja, ich habe früher geraucht, habe aber innerhalb der letzten 12 Monate aufgehört zu rauchen ⇒ bitte weiter mit Frage 10.
-
- ja, ich habe früher geraucht, habe aber vor mehr als einem Jahr aufgehört zu rauchen ⇒ bitte weiter mit Frage 10.
- nein, ich habe noch nie geraucht (bis auf ganz seltenes Probieren) ⇒ bitte weiter mit Frage 11.

10. **Haben Sie früher nur gelegentlich oder täglich geraucht?**

- nur gelegentlich
 täglich

11. **Haben Sie schon einmal etwas von elektrischen Zigaretten (E-Zigaretten) gehört oder elektrische Zigaretten benutzt?**

- ich habe von E-Zigaretten noch nichts gehört ⇒ bitte weiter mit den Erläuterung vor Frage 13.
 ich habe von E-Zigaretten schon gehört, sie aber noch nie probiert ⇒ bitte weiter mit den Erläuterung vor Frage 13.
 ich habe E-Zigaretten früher genutzt, heute aber nicht mehr ⇒ bitte weiter mit Frage 12.
 ich benutze E-Zigaretten noch heute ⇒ bitte weiter mit Frage 12.

12. **Verwenden Sie E-Zigaretten aus den folgenden Gründen oder haben Sie diese früher aus den folgenden Gründen verwendet?**

	ja	nein
als Hilfsmittel, um mit dem Rauchen einmal ganz aufzuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
um weniger zu rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
als weniger schädliche Alternative zu herkömmlichen Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Benutzung in Nichtraucherzonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
um die Gesundheit der Menschen in meiner Umgebung zu schützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie noch nie geraucht haben (siehe Frage 9. auf Seite 3), bitte weiter mit Frage 18.
 Falls Sie nur gelegentlich rauchen bzw. früher gelegentlich geraucht haben, bitte weiter mit Frage 14.
 Ansonsten bitte weiter mit Frage 13.

13. **Wie viel rauchen Sie zurzeit durchschnittlich am Tag bzw. wie viel haben Sie früher durchschnittlich geraucht?**

- Zigaretten: _____ (bitte eintragen: Anzahl am Tag)
 Zigarren / Zigarillos: _____ (bitte eintragen: Anzahl am Tag)
 Pfeifen: _____ (bitte eintragen: Anzahl am Tag)
 E-Zigaretten: _____ (bitte eintragen: ml Liquid am Tag)
 E-Zigaretten: _____ (bitte eintragen: Anzahl Züge am Tag)

14. **Wie alt waren Sie, als Sie mit dem Rauchen angefangen haben?** Falls Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.

_____ Jahre (bitte eintragen)

15. **Wie haben sich die Rauchverbote in der Öffentlichkeit (z. B. am Arbeitsplatz, in der Gastronomie, in öffentlichen Verkehrsmitteln) auf Ihr Rauchverhalten ausgewirkt?**

- ich habe bzw. hatte mit dem Rauchen aufgehört
 seither rauche ich weniger bzw. habe weniger geraucht
 seither rauche ich mehr bzw. habe mehr geraucht
 an meinem Verhalten hat bzw. hatte sich nichts geändert

16. **Haben Sie in den letzten Wochen auf einer Zigaretenschachtel eine kostenfreie Telefonnummer wahrgenommen, die Hilfe dabei anbietet, mit dem Rauchen aufzuhören?**

- ja
 nein

17. **Wären bzw. waren die folgenden Maßnahmen für Sie ein Anlass, mit dem Rauchen aufzuhören?**

	ja	nein
eine deutliche Erhöhung der Zigarettenpreise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
große Abbildungen auf Zigarettenpackungen, die typische Raucherkrankheiten zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Gesundheitskampagne, welche die Folgen des Rauchens drastisch darstellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. **Wie viele Personen rauchen in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingerechnet?**

_____ Personen (bitte eintragen)

19. a. **Gibt es Räume bzw. Bereiche bei Ihnen zu Hause oder am Arbeitsplatz, in denen geraucht wird?**

19. b. **Falls geraucht wird: Wie häufig halten Sie sich in diesen Räumen bzw. Bereichen auf?**

19. c. **Falls Sie sich dort aufhalten: Empfinden Sie es als störend, wenn dort geraucht wird?**

	a. geraucht:		b. wie häufig aufhalten:				c. störend:	
	nein	ja	nie	selten	manchmal	häufig	ja	nein
zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatz (nur falls Sie erwerbstätig sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. a. Wird in mindestens einem Raum, in dem Sie sich in Ihrer Freizeit aufhalten, geraucht?
 20. b. Falls in mindestens einem dieser Räumen geraucht wird: Wie häufig halten Sie sich dort auf?
 20. c. Falls Sie sich dort aufhalten: Empfinden Sie es als störend, wenn dort geraucht wird?

a. es wird in mindestens einem Raum geraucht:		b. wie dort häufig aufhalten:				c. störend:	
nein	ja	nie	selten	manchmal	häufig	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Bitte denken Sie jetzt einmal an Werbung für Tabakprodukte. Haben Sie in den letzten Monaten Werbung für Zigaretten oder andere Tabakprodukte gesehen, und zwar ...?

	ja	nein
auf Werbeplakaten oder Litfaßsäulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Geschäften, in denen Tabakprodukte verkauft werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Die Europäische Union hat beschlossen, dass auf Tabakverpackungen mit abschreckenden Warnhinweisen aus Text und Bild vor den gesundheitlichen Folgen des Rauchens gewarnt werden soll. Sind Sie für eine Einführung von Bildern oder Fotos (z. B. Krebstumore, Raucherbeine) zur Verstärkung der Warnung?

ja
 nein

23. Haben Sie schon einmal von der Kampagne „Rauchfrei“ gehört?

ja
 nein

24. In Deutschland wurde ein Rauchverbot zum Nichtraucherschutz an einigen Orten schon umgesetzt, über weitere Rauchverbote wird noch diskutiert. Sind Sie für oder gegen ein Rauchverbot an folgenden Orten?

	bin gegen ein Rauchverbot	bin für ein Rauchverbot	weiß nicht – bin unentschieden
Arbeitsplätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistros und Cafés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneipen und Bars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleine „Eckkneipen“ mit nur einem Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschauertribünen in Sportstadien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bahnhöfe und Flughäfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Gebäude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderspielplätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendzentren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier-, Wein- und Festzelte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Parks, Grünanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pkw in Anwesenheit von Kindern oder Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Zum gesetzlichen Rauchverbot gibt es in der Bevölkerung teilweise unterschiedliche Meinungen. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Das Rauchverbot ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils - teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
... war unumgänglich, um Nichtraucher vor Gesundheitsrisiken zu schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist eine unangemessene staatliche Bevormundung des Einzelnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wird dazu führen, dass die Zahl der Raucher in Deutschland zukünftig sinkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist zur Gesundheitsförderung ungeeignet, weil Raucher dann zu Hause oder im Freien rauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist für sich alleine zu wenig. Rauchern müsste mehr geholfen werden, um aufzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wird zu Umsatzrückgängen in der Gastronomie führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Fragen zum Thema Krankheitsverhütung

1. Es gibt viele Möglichkeiten, um Krankheiten durch so genannte „Präventionsmaßnahmen“ zu verhüten. Dazu gehören zum Beispiel Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Ernährungsberatungen, Bewegungs- oder Entspannungskurse und vieles andere mehr. Haben Sie sich über die Wirksamkeit solcher Maßnahmen schon einmal informiert?

- ja, sehr gründlich
ja, aber nicht sehr gründlich
nein, noch nie

2. Wie viel kann man Ihrer Meinung nach selbst dazu beitragen, gesund zu bleiben bzw. seine Gesundheit zu verbessern?

- nichts
wenig
einiges
viel
sehr viel

3. Wie sehr helfen Ihrer Meinung nach folgende Maßnahmen dabei, gesund zu bleiben?

	helfen sehr wenig	helfen eher wenig	helfen eher viel	helfen sehr viel	weiß nicht
Kurs- oder Beratungsangebote zu:					
gesunder Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung, Fitness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannung, Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfungen gegen:					
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundstarrkrampf (Tetanus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorge- / Früherkennungsuntersuchungen für:					
Hautkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star (Augenerkrankung, „Glaukom“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbeugende Mittel / Anwendungen:					
naturheilkundliche oder homöopathische Mittel zur Abwehrstärkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralstoffe usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen, Bäder, Kneipp-Anwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Maßnahmen:					
Gurtpflicht im Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helmtreten beim Fahrradfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchverbot in Gaststätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsschutzvorschriften (z. B. zum Lärmschutz, zur Unfallvermeidung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen auf Lebensmittelverpackungen (z. B. Fett- oder Zuckergehalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umweltzonen in Städten (zur Verminderung von Feinstaub)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wenn Sie etwas über die Wirksamkeit solcher Präventionsmaßnahmen wissen wollen: Wie intensiv würden Sie die folgenden Informationsquellen nutzen bzw. wie intensiv haben Sie diese schon genutzt?

	gar nicht	weniger intensiv	teils – teils	intensiv	sehr intensiv
Familie, Bekannte, Freunde, Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheker / Apothekerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berichte aus der Wissenschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetforen, Internetchats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachinformationen im Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbraucher- / Patientenberatungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitungen, Zeitschriften, TV, Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Erfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie vertrauenswürdig finden Sie die eben genannten Quellen?

	wenig vertrauenswürdig	teils – teils	sehr vertrauenswürdig	weiß nicht
Familie, Bekannte, Freunde, Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheker / Apothekerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berichte aus der Wissenschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetforen, Internetchats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachinformationen im Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbraucher- / Patientenberatungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitungen, Zeitschriften, TV, Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Erfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Bei der Entscheidung, ob Sie eine Präventionsmaßnahme nutzen wollen, können verschiedene Aspekte eine Rolle spielen. Wie wichtig sind die folgenden Aspekte für Sie?

	sehr unwichtig	eher unwichtig	weder unwichtig noch wichtig	eher wichtig	sehr wichtig
wissenschaftliche Belege zur Wirksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mögliche Nebenwirkungen, unangenehme Begleiterscheinungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mein Gefühl, dass es „hilft“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine oder zumindest nicht zu hohe eigene Kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnortnähe / leichte Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meinungen von Partner/in, Familie, Freunden/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlung durch Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlung durch Apotheker / Apothekerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. a. Haben Sie in den letzten zwei Jahren folgende Präventionsmaßnahmen genutzt?

7. b. Wenn ja: Inwieweit hat diese Präventionsmaßnahme geholfen?

	a. genutzt:		b. geholfen:	
	nein	ja	nicht oder wenig geholfen	hat sehr geholfen
Beratungs- oder Kursangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
naturheilkundliche / homöopathische Mittel zur Abwehrstärkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralstoffe usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen, Bäder, Kneipp-Anwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie gut fühlen Sie sich über die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen informiert?

- eher unzureichend
 teils-teils
 eher ausreichend

9. Möchten Sie ausführliche Informationen zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen von Ihrem Arzt erhalten?

- eher nein
 teils-teils
 eher ja

D. Fragen zum Thema Gesundheitsverhalten

1. Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann üblicherweise bei einer Gelegenheit?

- _____ Gläser Bier (bitte eintragen)
 _____ Gläser Wein / Sekt (bitte eintragen)
 _____ kleine Gläser Spirituosen (bitte eintragen)
 _____ Longdrinks, Alcopops, Mixgetränke (bitte eintragen)
 trinke nie Alkohol ⇒ bitte weiter mit Frage 5. (Seite 8)

2. **Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Anlass fünf oder mehr Gläser alkoholische Getränke getrunken?**

- nie ⇒ bitte weiter mit Frage 5.
 seltener als einmal im Monat
 einmal im Monat
 einmal in der Woche ⇒ bitte weiter mit Frage 3.
 mehrmals in der Woche
 täglich oder fast täglich

3. **Was denken Sie selbst: Ist Ihr Alkoholkonsum in gesundheitlicher Hinsicht in Ordnung?**

- ja, ganz bestimmt
 eher ja
 eher nein
 nein, ganz bestimmt nicht
 weiß nicht

4. **Gab es in Ihrem Leben schon einmal eine Phase, in der Sie drei Monate oder länger (fast) täglich mehr als vier Gläser alkoholische Getränke zu sich nahmen?**

- ja
 nein

5. **Bitte geben Sie an, wie oft folgende Aussagen auf Sie zutreffen.**

	selten / nie	gelegentlich	oft	fast immer / immer
Ich handele spontan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich plane für meine berufliche Sicherheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache häufig Dinge, ohne vorher darüber nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sage Dinge, ohne darüber nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kaufe Sachen ganz spontan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sichere mich im Leben in allen Dingen ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich plane meine Vorhaben gründlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke gründlich nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rutsche bei Spielen oder Vorträgen oft hin und her.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich gut konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin unaufmerksam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wird beim Lösen von Denkaufgaben schnell langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich handele gerne aus dem Moment heraus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich plane für die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde bei Spielen oder Vorträgen schnell unruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. **Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu Ihrem Lebensstil (Rauchen, Alkohol, Ernährung, Sport und Bewegung usw.) zu?**

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils - teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich selbst betrachte meinen aktuellen Lebensstil als insgesamt eher ungesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früher oder später wirkt sich mein Lebensstil negativ auf meine Gesundheit aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Bekannte / Freunde empfinden meinen Lebensstil als ungesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Nur wenn Sie eine Partnerin / einen Partner haben) Mein Partner / meine Partnerin empfindet meinen Lebensstil als ungesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. **Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.**

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils - teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Für ungesunde Lebensmittel wie z. B. Fast Food ...					
... sollten höhere Steuern festgesetzt werden, um eine gesündere Ernährung zu fördern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sollten höhere Steuern festgesetzt werden, wenn gleichzeitig die Steuern für andere Produkte gesenkt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sollte ein generelles Werbeverbot eingeführt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sollte die Werbung zumindest eingeschränkt werden (z. B. im Kinder-Fernsehprogramm).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Gesundheitspolitiker diskutieren aktuell verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens. Dies sind:
- a) Verteuerung ungesunder Lebensmittel durch Steuern
 - b) eine Lebensmittel-„Ampel“, die auf den Produkt-Packungen den Grad des Zucker-, Fett- und Salzgehaltes durch Farben aufzeigt
 - c) Werbeeinschränkungen für ungesunde Lebensmittel
 - d) Aufklärung über ungesunde Lebensmittel, z. B. über Informationskampagnen der Krankenkassen oder in den Medien
- Was vermuten Sie: Bei wie vielen Personen in der Bevölkerung würden die verschiedenen Maßnahmen ein gesünderes Ernährungsverhalten bewirken?

	←-----→					←-----→					bei allen
	bei keinem	1	2	3	4	bei etwa der Hälfte	6	7	8	9	
a) Steuererhöhungen	<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"/>
b) Lebensmittel-Ampel	<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"/>
c) Werbeeinschränkungen	<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"/>
d) Aufklärungskampagnen	<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"/>

E. Fragen zum Thema Gesundheitsinformationen und Internet

1. Wenn Sie erkrankt sind oder es wären - wer sollte die Entscheidung über die Art der Behandlung treffen, wenn mehr als eine Behandlungsmöglichkeit besteht? Welcher der folgenden Aussagen würden Sie am ehesten zustimmen?

- ich sollte entscheiden
- ich sollte entscheiden, nachdem ich meinen Arzt konsultiert habe
- mein Arzt und ich sollten zusammen entscheiden
- mein Arzt, meine Angehörigen und ich sollten zusammen entscheiden
- mein Arzt sollte entscheiden, nachdem er mit mir diskutiert hat
- mein Arzt sollte entscheiden

2. In den nächsten Fragen geht es um Ihre persönliche Meinung zu medizinischen Entscheidungen. Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr Sie diesen Aussagen zustimmen oder nicht.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme eher zu	stimme völlig zu
Wenn es mehr als eine Möglichkeit der Behandlung gibt, sollte der Arzt einen auch über alle Möglichkeiten informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man anderer Meinung ist als der Arzt, sollte man sich dem Rat des Experten anschließen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Patient sollte man vom Arzt nur dann ausführlichere Informationen bekommen, wenn man danach fragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während einer Krankenhaus-Behandlung sollte man als Patient keine eigene Entscheidung über die Therapie treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was genau bei einer Krankheit im Körper passiert, sollte man als Patient vollständig verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über alltägliche medizinische Probleme sollte man selbst entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 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.

4. Wie haben Sie sich in den letzten 12 Monaten über Gesundheitsthemen informiert? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- im Internet
- im Fernsehen, im Radio, in der Tageszeitung oder in Zeitschriften
- in kostenlosen Broschüren oder Zeitschriften von Krankenkassen, Apotheken oder anderen Anbietern
- in persönlichen Gesprächen ...
 - mit Familienangehörigen, Freunden, Kollegen
 - mit Ärzten, Therapeuten, Pflegekräften
 - mit Apothekern
 - mit anderen Patienten oder Betroffenen, z. B. in einer Selbsthilfegruppe, im Wartezimmer
 - in Beratungsstellen, Gesundheits- oder Bildungseinrichtungen
- am Telefon (Krankenkasse, Patienten- oder Verbraucherschutzorganisationen)
- in Büchern (Gesundheitsratgeber, Lexika)
- habe mich nicht über Gesundheitsthemen informiert

5. Wenn Sie einmal an Themen rund um Gesundheit und Krankheit denken, zu welchen Themen haben Sie – egal auf welchem Weg – in den letzten 12 Monaten Informationen gesucht bzw. erhalten? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- gesunde Lebensweise, Tipps z. B. zum Rauchstopp, zur Ernährungsumstellung
- Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsmöglichkeiten (z. B. Krebsfrüherkennung)
- Krankheitssymptome, Krankheitsursachen
- Heilmethoden (inkl. Operationen), Rehabilitationsmaßnahmen
- Pflegeleistungen, Pflegeeinrichtungen
- Fitness, Wellness, Entspannung
- Krankenkassen (z. B. Beitragssätze, Leistungen, Kostenerstattung, Bonusprogramme)
- Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser (z. B. Adressen, Spezialgebiete, Leistungsangebot, Qualität, Bewertungen)
- Arzneimittel, Medikamente (z. B. Wirkstoffe, Neben- und Wechselwirkungen, Bezugsquellen)
- Rechtsfragen (z. B. zur Patientenverfügung, Rechtsansprüche gegenüber Ärzten oder Versicherungen)
- Gesundheitsrisiken durch Umweltbelastungen, Schadstoffe, Lebensmittel
- wissenschaftliche Studien und Forschungsergebnisse zu medizinischen Themen
- gesundheitspolitische Fragen (z. B. zur Gesundheitsreform, Zuzahlungen)
- andere Gesundheits- oder Krankheitsthemen

6. Wie oft gehen Sie ins Internet, egal, ob mit dem Handy, Smartphone, Tablet oder PC, und egal, zu welchem Thema?

- täglich ⇒ bitte weiter mit Frage 7.
- mehrmals in der Woche ⇒ bitte weiter mit Frage 7.
- einige Male im Monat oder noch seltener ⇒ bitte weiter mit Frage 7.
- nie ⇒ bitte weiter mit Teil F, Frage 1. (Seite 12)

7. An den Tagen, an denen Sie ins Internet gehen: Wie viel Zeit verbringen Sie da im Durchschnitt im Internet?

- weniger als eine halbe Stunde
- eine halbe Stunde bis eine Stunde
- mehr als 1 Stunde ⇒ und zwar _____ Stunden (bitte eintragen)

8. Wenn Sie ins Internet gehen, ist dies ...?

- überwiegend aus beruflichen Gründen
- überwiegend aus privaten Gründen
- gleichermaßen aus beruflichen wie privaten Gründen

9. Das Internet kann man ja auf ganz unterschiedliche Weise nutzen. Wie oft nutzen Sie die folgenden Möglichkeiten im Internet?

	nie	(sehr) selten	gelegentlich	(sehr) häufig
E-Mail, Chatten oder Instant Messaging (z. B. über WhatsApp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computerspielen über das Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Online-Communities, sozialen Netzwerken (z. B. Facebook, Twitter) Beiträge lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Online-Communities, sozialen Netzwerken (z. B. Facebook, Twitter) Beiträge schreiben oder kommentieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über soziale Netzwerke oder Online-Communities persönliche Nachrichten verschicken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videos, Musik oder Bilder ansehen oder herunterladen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videos, Musik oder Bilder ins Netz hochladen (z. B. über Youtube)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Blogs und Wikis Beiträge lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Blogs und Wikis Beiträge schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Online-Foren oder Newsgroups mit anderen diskutieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen oder Radiohören über das Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine eigene Homepage erstellen und pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über eine Suchmaschine (z. B. Google) suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Haben Sie in den letzten 12 Monaten das Internet auch zur Suche nach gesundheitlichen Informationen genutzt?

- ja ⇒ bitte weiter mit Frage 11.
- nein ⇒ bitte weiter mit Teil G, Frage 1. (Seite 13)

11. Für wen und wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten das Internet zur Suche nach gesundheitlichen Informationen genutzt?

- für andere Personen ⇒ etwa _____ Mal (bitte eintragen)
- für mich selbst ⇒ etwa _____ Mal (bitte eintragen)

12. Welche der folgenden Internet-Angebote haben Sie rund um das Thema Gesundheit und Krankheit schon einmal genutzt? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Gesundheits-Infos bei Wikipedia und anderen Online-Lexika
- Internetseiten von Krankenkassen
- Gesundheitsportale (z. B. netdoktor, onmeda, gesundheit.de)
- Ratgeber-Communities (z. B. gutefrage.de, wer-weiss-was.de)
- soziale Netzwerke (z. B. Facebook, Google+, MySpace)
- Gesundheitsforen und Communities speziell zu Gesundheits- und Krankheitsthemen
- Webseiten von Ärzten, Krankenhäusern, Reha- oder Pflegeeinrichtungen
- Webseiten gemeinnütziger Gesundheitsorganisationen, unabhängiger Patienten- oder Selbsthilfeorganisationen
- Blogs zu Gesundheitsthemen
- Medizinische Online-Beratung
- Vergleichs-Portale zur Suche und Bewertung von Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeheimen, z. B. Weiße Liste
- Online- / Internet-Apotheken

13. Wie gehen Sie im Internet bei der Suche nach Informationen rund um das Thema Gesundheit und Krankheit vor? Nutzen Sie immer zuerst eine Suchmaschine (wie Google, Bing, Yahoo usw.), um eine Webseite mit Informationen zu Ihrem Thema zu finden oder steuern Sie direkt eine Ihnen bekannte Seite an (z. B. über Ihre Lesezeichen, Favoriten oder die Ihnen bekannte Internet-Adresse)? Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft.

Dabei bedeutet „1“ = nutze immer erst eine Suchmaschine, „5“ = nutze immer erst eine bekannte Internetseite. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Suchverhalten abstufen.

Ich nutze bei Gesundheits- und Krankheitsfragen ...

immer erst eine Suchmaschine				immer erst eine bekannte Internetseite	
←-----		-----→			
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. Falls Sie in der Vergangenheit eine Suchmaschine zur Suche nach Informationen zum Thema Gesundheit und Krankheit genutzt haben: welche Erfahrungen haben Sie gemacht: Haben Ihnen die ersten Suchtreffer ausgereicht oder haben Sie sich mehrere Seiten des Suchergebnisses und damit viele verschiedene Internetseiten angeschaut? Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft.

Dabei bedeutet „1“ = die ersten Suchtreffer war immer ausreichend, „5“ = habe immer mehrere Seiten des Suchergebnisses angeschaut. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Vorgehen abstufen.

die ersten Suchtreffer waren immer ausreichend				habe immer mehrere Seiten des Suchergebnisses angeschaut	
←-----		-----→			
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

15. Wenn Sie jetzt einmal nur an die Situationen denken, in denen Sie in Gesundheits- oder Krankheitsfragen das Internet genutzt haben, welche Ziele haben Sie da verfolgt? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

Ich wollte ...

- über gesundheitliche Risiken und Krankheiten allgemein besser informiert sein
- mir selbst bei einem akuten Gesundheitsproblem helfen
- die qualitativ besten Behandlungsmöglichkeiten oder medizinischen Einrichtungen finden
- meine Familie oder Freunde bei gesundheitlichen Problemen beraten
- Tipps und Hilfen für eine gesündere Lebensweise finden
- auf das Gespräch mit einem Arzt oder Therapeuten besser vorbereitet sein
- Behandlungs- und Verhaltensempfehlungen meines Arztes oder Therapeuten überprüfen
- Erfahrungen und Meinungen zu Gesundheitsfragen mit anderen austauschen
- die Informationen eines Arztes oder Therapeuten nachträglich klären und besser verstehen
- Behandlungsmöglichkeiten zusätzlich zu ärztlichen Empfehlungen finden
- mit meinen Problemen nicht alleine sein, persönliche Unterstützung von anderen bekommen
- konkrete Informationen zur medizinischen Versorgung, zu Krankenkassen usw. finden
- sonstige Ziele

16. Haben Sie ein Smartphone oder ein Tablet, auf dem Sie auch Gesundheits-Apps nutzen (z. B. Fitness- / Ernährungsprogramme, Medikamenten-Infos, Arzt-Suche, Tagebuch für Gesundheitsdaten)?

- Ich habe kein Gerät, auf dem man solche Apps installieren kann
- Ich habe zwar ein Smartphone oder ein Tablet, aber keine Gesundheits-Apps
- Ich habe zwar eine oder mehrere Gesundheits-Apps auf meinem Smartphone oder Tablet, aber ich nutze sie nicht
- Ich nutze mindestens gelegentlich eine Gesundheits-App auf meinem Smartphone oder Tablet
- Ich nutze häufig eine Gesundheits-App auf meinem Smartphone oder Tablet

F. Fragen zum Thema Internet-Seiten zur Bewertung von Ärzten oder Kliniken

1. Im Internet gibt es Vergleichs- / Bewertungsportale für Ärzte / Kliniken. Auf solchen Portalen findet man Daten zum Leistungsangebot und zur Qualität oder Urteile und Bewertungen anderer Patienten über Ärzte, Kliniken usw. Haben Sie auf solchen Portalen schon einmal für sich selbst oder jemand anderen nach einem Arzt, Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung gesucht und wenn ja, wann?

Ich habe gesucht nach ...	ja, innerhalb der letzten 12 Monate	ja, vor mehr als 12 Monaten	nein, noch nie
einem Hausarzt, Facharzt oder Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einer Rehabilitationsklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einer Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Von welchem der folgenden Internetportale haben Sie bereits gehört und welches haben Sie bereits für die Suche nach einem Arzt, einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung genutzt? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

	hiervon habe ich gehört	dieses habe ich schon genutzt
Arztsuche:		
AOK-Arztnavigator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt-Auskunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arztsuche der Apotheken Umschau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
BARMER GEK Arztnavi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DocInsider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jameda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Sanego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TK-Ärzteführer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
vdek-Arztlotse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weisse Liste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Krankenhaussuche:		
AOK-Krankenhausnavigator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BARMER GEK Krankenhausnavi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikbewertungen.de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Qualitaetskliniken.de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TK-Klinikführer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weisse Liste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Suche nach Pflegeeinrichtung:		
AOK-Pflegenavigator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BARMER GEK Pflegelotse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BKK Pflegefinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Deutsches Seniorenportal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heimverzeichnis.de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pflege.de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
vdek-Pflegelotse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weisse Liste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
keines der genannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie noch nie ein Vergleichs- / Bewertungsportal für Ärzte / Kliniken im Internet genutzt haben, bitte weiter mit Frage 4. (Seite 13). Ansonsten bitte weiter mit Frage 3.

3. Wenn Sie schon einmal in einem Vergleichs- oder Bewertungsportal im Internet gesucht haben, haben Sie sich aufgrund der Informationen in dem Portal auch schon einmal ...?

für einen Arzt, ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung entschieden
gegen einen Arzt, ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung entschieden

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

4. Angenommen, Sie müssen ein Krankenhaus wegen einer Erkrankung oder Operation auswählen, wie würden Sie vorgehen? Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	weiß nicht
Ich würde nach der Nähe zu meinem Wohnort entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich auf Empfehlungen von Verwandten oder Freunden verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich voll und ganz auf die Entscheidung meines Arztes verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde meinen Hausarzt oder andere Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin, fragen und würde gemeinsam mit dem Arzt entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich bei Patienten- oder Verbraucherberatungsstellen informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich bei Selbsthilfeorganisationen oder Patientenverbänden informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde Vergleichsportale mit Informationen zur Qualität und zum Leistungsangebot nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde Vergleichsportale mit Bewertungen anderer Patienten nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde, dass man mit Krankenhäusern seine eigenen Erfahrungen machen muss, Empfehlungen allein reichen nicht aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu Arztbewertungen durch Patienten im Internet zu?

Es ist wichtig, dass ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	weiß nicht
... es bei Arztbewertungen fair für die Ärzte zugeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Bewertungen anonym abgegeben werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Bewertung umfassend vor Manipulationen geschützt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Betreiber eines Portals keine kommerziellen Interessen verfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mehrere verschiedene Aspekte bewertet werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es auch die Möglichkeit gibt, eigene kurze Texte zu veröffentlichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Bewertungen erst veröffentlicht werden, wenn eine ausreichende Zahl je Arzt vorliegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. 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 H, Frage 1. (Seite 17)

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

ja ⇒ bitte weiter mit Frage 3.

nein ⇒ bitte weiter mit Frage 23. (Seite 16)

3. Ist dieser Hausarzt ...

- männlich
weiblich

4. Ist dieser Hausarzt ein ... (bitte nur eine Angabe)

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

5. In welcher Praxisform ist dieser Hausarzt tätig?

- Einzelpraxis
Gruppenpraxis / Praxisgemeinschaft mit
Ärzten gleicher Fachrichtung
Gruppenpraxis / Praxisgemeinschaft mit
Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung
Ambulantes Versorgungszentrum
Krankenhausambulanz
andere Praxisform

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

_____ mal (bitte eintragen)

7. Wie oft haben Sie im 1.Quartal 2014 und im 2.Quartal 2014 für sich die Hilfe dieses Hausarztes in Anspruch genommen?

Im 1.Quartal (Januar-März) _____ mal Im 2.Quartal (April-Juni) _____ mal
(bitte eintragen) (bitte eintragen)

8. 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 länger

9. Wenn Sie an das letzte Mal denken, als Sie für sich die Hilfe Ihres Hausarztes oder dessen Praxispersonals in Anspruch genommen haben: Was war der Anlass? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

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

10. 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 11. bis 16. geht es um Ihren letzten Besuch bei Ihrem Hausarzt, bei dem Sie auch den Arzt sprechen wollten.

11. 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)

12. Haben Sie diese Wartezeit empfunden als ...

- viel zu lang ⇒ bitte weiter mit Frage 13.
zu lang ⇒ bitte weiter mit Frage 13.
noch akzeptabel ⇒ bitte weiter mit Frage 13.
genau meinen Wünschen entsprechend ⇒ bitte weiter mit Frage 14.

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

- ja, sicher
ja, vielleicht
nein
weiß nicht

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

etwa _____ Minuten (bitte eintragen)

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

etwa _____ Minuten (bitte eintragen)

16. 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

17. 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

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

	ja	nein
Mein Arzt hat mir verschiedene Behandlungsalternativen vorgeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt hat mich über Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsalternativen informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt hat mich nach meinen Vorstellungen zum Behandlungsergebnis befragt und sie in seine Behandlungsvorschläge einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt hat meine Lebensumstände in seine Behandlungsvorschläge einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt hat mich aufgefordert, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt hat mir alles gut verständlich erklären können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt hat mir Informationsmaterial mitgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt hat mich ermuntert, auch bei anderen Quellen Informationen über Behandlungsmöglichkeiten zu suchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte alle Fragen stellen, die mir in den Kopf kamen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Fragen, die ich gestellt habe, blieben unbeantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Bitte denken Sie im Folgenden an den Arzt, der Sie in den letzten 12 Monaten am intensivsten betreut hat. Auf welchen Arzt beziehen Sie sich?

- meinen Hausarzt / Allgemeinarzt
- einen Facharzt

24. Was trifft für Ihren letzten Besuch bei diesem Arzt zu: Wie intensiv ...

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

25. Und wie stark ...

	gar nicht	kaum	teils - teils	stark	sehr stark
hat er Ihre Sorgen und Ängste berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist er Ihnen mit Respekt und Achtung begegnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. 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 Ihnen ein Medikament verschrieben hat, das keinerlei oder kaum Wirkung hatte	<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"/>

27. 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 28.
- ja, ein- oder zweimal ⇒ bitte weiter mit Frage 28.
- nein ⇒ bitte weiter mit Frage 30.

28. 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

29. 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

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

- ja ⇒ bitte weiter mit Frage 31.
 nein ⇒ bitte weiter mit Teil H, Frage 1. (siehe diese Seite unten)

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

	ja	nein	weiß nicht
Es hat lange gedauert, bis ich bei allen beteiligten Ärzten Untersuchungs- bzw. Behandlungstermine erhalten habe.	<input type="checkbox"/>	<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 erhalten 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 besprochen 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"/>

32. Was haben Sie gemacht, als eines oder mehrere dieser Probleme auftraten? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Ich habe den Arzt / die Ärzte um weitere Aufklärung / Informationen 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
 Anderes

H. Fragen zum Thema Apotheken und Arzneimittel

1. Haben Sie eine „Stammapotheke“, in der Sie in den meisten Fällen Medikamente oder andere Artikel für Ihre Gesundheit einkaufen bzw. Rezepte dort einlösen?

- ja, dies ist eine Apotheke in meiner Nähe
 ja, dies ist eine (deutsche oder ausländische) Versand- / Internet-Apotheke } ⇒ bitte weiter mit Frage 2.
 nein ⇒ bitte weiter mit Frage 3.

2. Weshalb ist diese Apotheke Ihre „Stammapotheke“? Bitte kreuzen Sie nur die wichtigsten Gründe an.

- es gibt keine andere Apotheke in meiner Nähe
 die Apotheke liegt am nächsten, ist für mich am günstigsten zu erreichen
 ich bekomme dort auch Zeitschriften und Zugaben (Punkte oder „Taler“ für verbilligte Einkäufe z. B. von Kosmetika)
 das Personal dort kennt mich persönlich sehr gut
 der Service ist sehr gut, nicht sofort vorrätige Medikamente liefert man mir nach Hause
 Information und medizinische Beratung sind dort sehr gut
 das Personal ist freundlich und sympathisch
 die Preise sind dort am günstigsten
 man kann dort jederzeit bestellen

3. Wo beziehen Sie auf einem Rezept verordnete oder apothekenpflichtige Medikamente?

- in der Regel in meiner „Stammapotheke“ in meiner Nähe
 in der Regel bei einer bestimmten (deutschen oder ausländischen) Versand-Apotheke
 ganz unterschiedlich, bei verschiedenen Apotheken

4. Wo kaufen Sie frei verkäufliche Arzneimittel (z. B. Hustenmittel oder Lutschpastillen), Vitamin- oder Mineralstoffpräparate oder Kosmetika?

- in der Regel in meiner „Stammapotheke“ in meiner Nähe
 in der Regel bei einer bestimmten (auch ausländischen) Versand-Apotheke
 in der Regel in einer Drogerie, einem Lebensmittelgeschäft oder Supermarkt
 ganz unterschiedlich, in Apotheken oder auch woanders

5. **Haben Sie schon einmal rezeptpflichtige Arzneimittel (z. B. Schlankheitsmittel, Psychopharmaka, Potenzpräparate) ohne Rezept im Internet gekauft?**

- ja, einmal
ja, zweimal oder öfter
nein

6. **Wie häufig kaufen Sie etwas in einer Apotheke – egal, ob bei Ihnen in der Nähe oder bei einer (auch ausländischen) Versandapotheke?**

- einmal im Monat oder häufiger
mindestens alle drei Monate
mindestens einmal im Jahr
seltener als einmal im Jahr
kaufe nie etwas in einer Apotheke
- } ⇒ bitte weiter mit Frage 7.
⇒ bitte weiter mit Teil I, Frage 1 (Seite 19.)

7. **Bitte schätzen Sie einmal: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten in Apotheken (egal, in welchen) etwas gekauft?**

etwa _____ mal (bitte eintragen)

8. **Und wann haben Sie zuletzt in einer Apotheke (egal, welcher) etwas gekauft?**

- in den letzten 4 Wochen
in den letzten 6 Monaten
in den letzten 12 Monaten
vor mehr als 12 Monaten
- } ⇒ bitte weiter mit Frage 9.
⇒ bitte weiter mit Frage 10.

9. **Wie viel Geld haben Sie in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt pro Monat für Einkäufe in Apotheken ausgegeben, also für Medikamente, Zuzahlungen, Kosmetika, Pflege- und Hygieneartikel, Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel, Babybedarf, Süßwaren? Falls Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.**

etwa _____ Euro (bitte eintragen)

10. **Achten Sie auf preisgünstige Angebote bei nicht-rezeptpflichtigen Arzneimitteln (z. B. Hustenmittel oder Lutschpastillen) und machen Sie davon die Wahl Ihrer Apotheke abhängig?**

- ja, immer oder fast immer
ja, manchmal
nein, nie oder fast nie

11. **Kaufen Sie zumindest gelegentlich in einer Apotheke in Ihrer Nähe („vor Ort“) ein?**

- ja ⇒ bitte weiter mit Frage 12.
nein ⇒ bitte weiter mit Teil I, Frage 1. (Seite 19)

12. **Wann haben Sie zuletzt in einer Apotheke „vor Ort“ (in Ihrer Nähe) etwas gekauft?**

- in den letzten 4 Wochen
in den letzten 6 Monaten
in den letzten 12 Monaten
vor mehr als 12 Monaten

13. **Gibt es in dieser Apotheke eine „Beratungsecke“, in der Sie abseits von anderen Kunden auch persönliche und intime Fragen zu Arzneimitteln stellen könnten (z. B. zu Pilz- oder Hämorrhoidenmitteln)?**

- ja ⇒ bitte weiter mit Frage 14.
vielleicht, weiß nicht ⇒ bitte weiter mit Frage 15.
nein ⇒ bitte weiter mit Frage 15.

14. **Sind Sie schon einmal auf diese Möglichkeit einer diskreten Beratung hingewiesen worden?**

- ja, und ich habe diese Möglichkeit auch schon genutzt
ja, aber ich habe davon bislang noch keinen Gebrauch gemacht
nein

15. **Tragen in dieser Apotheke die Mitarbeiter Namensschildchen mit ihrer Berufsbezeichnung (z. B. ApothekerIn, PTA)?**

- ja, alle Mitarbeiter / -innen ⇒ bitte weiter mit Frage 17.
ja, aber nur einige ⇒ bitte weiter mit Frage 16.
nein, niemand ⇒ bitte weiter mit Frage 16.
weiß nicht, da achte ich nicht drauf ⇒ bitte weiter mit Frage 16.

16. Fänden Sie es gut, wenn alle Mitarbeiter dieser Apotheke solche Schildchen tragen würden?

- ja
 nein
 weiß nicht / das ist mir egal

17. Wie stark treffen die folgenden Aussagen auf die Apotheke in Ihrer Nähe zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	weiß nicht
Beim Einkauf rezeptfreier Artikel (z. B. Schmerz- oder Grippemittel) werden mir immer unterschiedliche Produkte mit Preisvergleichen angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme immer gezielt Einnahmehinweise zu meinen Arzneimitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neben Arzneimitteln werden auch viele andere Produkte angeboten (frei zugängliche Regale mit z. B. Kosmetika, Wellness-Produkten, Bonbons u. ä.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn viele Arzneimittel gleichzeitig eingenommen werden müssen, werde ich immer gefragt, ob ein Test auf Wechselwirkungen gemacht werden soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhalte immer Hinweise auf Wechselwirkungen zu meinen Medikamenten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden Arzneimittel ohne jede Beratung verkauft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde auch schon von Arzneimitteln, die ich kaufen wollte, abgeraten, so dass ich die Apotheke ohne einen Einkauf wieder verlassen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	weiß nicht
In der Apotheke, in der ich am häufigsten einkaufe, fühle ich mich als Kunde / Kundin oder als Patient / Patientin wohl und gut aufgehoben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme in der Apotheke, in der ich am häufigsten einkaufe, eine ausführliche und kompetente Beratung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Apotheken in Deutschland sehen wie ein Supermarkt oder eine Drogerie aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheken sind Geschäfte wie alle anderen, der schnelle Verkauf und der Umsatz stehen im Mittelpunkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Werbung für Arzneimittel und für andere Produkte nimmt in Apotheken überhand, sowohl im Laden wie auch in den Schaufenstern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheken sollten Gesundheits- und Beratungszentren sein und keine reinen Verkaufsstellen für Arzneimittel oder ähnliche Produkte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. Fragen zum Thema Einflüsse auf unsere Gesundheit

1. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	weiß nicht
Auch besonders schwere Erkrankungen (z. B. AIDS, Krebs) werden durch den medizinisch-technischen Fortschritt in Kürze heilbar sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch Genforschung und Gentechnik sind bald schon Krankheiten beherrschbar, die bisher als unheilbar galten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In nicht allzu ferner Zukunft werden die meisten Menschen 100 Jahre alt oder noch älter werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft haben Sie folgende Produkte und Dienstleistungen in den letzten 12 Monaten auf eigene Kosten gekauft bzw. in Anspruch genommen, um etwas für Ihre Gesundheit zu tun?

	nie	gelegentlich	regelmäßig
spezielle Nahrungsmittel (Probiotika usw.) gekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spezielle rezeptfreie Arzneimittel gekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Mineralien gekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheits- oder Wellness-orientierte Freizeitangebote genutzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fitnesscenter besucht oder Sport im Verein getrieben usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportartikel oder Sportausrüstung für den eigenen Gebrauch gekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ich möchte

- gesundheitliche Beschwerden lindern
- meine Leistungsfähigkeit steigern
- Spaß haben, guter Stimmung sein
- besser schlafen oder abschalten können
- möglichst lange leben
- gesund bleiben, Krankheiten verhüten
- mein Wohlbefinden steigern
- körperlich fit bleiben
- besser aussehen
- mit netten Menschen zusammen sein
- geistig fit bleiben
- gesundheitliche „Sünden“ ausgleichen
- nehme keine Produkte / Dienstleistungen für meine Gesundheit in Anspruch

4. Im Folgenden finden Sie einige Meinungen, die man über die „Gesundheit“ haben kann. Bitte geben Sie jeweils an, inwieweit Sie dieser Meinung zustimmen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	weiß nicht
Gesundheit ist erblich bedingt und damit wenig beeinflussbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man hat seine Gesundheit in den eigenen Händen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte bestimmen die Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was man dafür selbst tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von Glück und Zufall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es liegt vor allem an einem selbst, wie schnell man nach einer Krankheit wieder gesund wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit ist auch davon abhängig, ob man Geld und eine gute Arbeit hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutreffen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Für manche Lebensmittel wurde zuletzt auch damit geworben, dass sie gesundheitsförderlich sind, zum Beispiel „... senkt den Cholesterinspiegel“ oder „... stärkt das Immunsystem“. Vor diesem Hintergrund: Wie oft stimmen die folgenden Aussagen mit Ihrem Verhalten überein?

	selten oder nie	manchmal	immer oder fast immer
Ich achte beim Lebensmittel-Einkauf gezielt auf solche Informationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kaufe bevorzugt solche gesundheitsförderlichen Produkte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte die Informationen des Herstellers für zutreffend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. 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 des Arzt-Patient-Gesprächs	<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 des Arzt-Patient-Gesprächs	<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 ...

	ja	nein
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

K. Fragen zur Gesundheitspolitik

1. Im Gesundheitsbereich gibt es verschiedene Gesetze. Welche der folgenden Gesetze kennen Sie?

Mit der Abkürzung „GKV“ ist die gesetzliche Krankenversicherung, mit der Abkürzung „PKV“ ist die private Krankenversicherung gemeint.

	nein, kenne ich nicht	ja, ich kenne den Namen des Gesetzes, aber keine Inhalte	ja, ich kenne den Namen des Gesetzes und (einzelne) Inhalte
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GKV-Versorgungsstrukturgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GKV-PKV-Konvergenzgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenrechtegesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Im Folgenden sind Inhalte von Gesundheitsreformen der letzten Jahre genannt.

Kennen Sie die folgenden Maßnahmen?

	ja, kenne ich	nein, kenne ich nicht
Einführung von Nutzenbewertung und Erstattungsbeitragsverhandlungen bei neuen Arzneimitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Errichtung eines „Spitzenverbands Bund der Krankenkassen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einführung des Gesundheitsfonds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuregelung der ambulanten Bedarfsplanung zur Vermeidung von Unterversorgung („Landärztegesetz“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung eines unabhängigen „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abschaffung der Praxisgebühr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einführung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen mit steuerfinanziertem Sozialausgleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaffung eines Mitspracherechts des Bundestags bei der Auswahl der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einführung des Kartellrechts zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ermöglichung von Fusionen zwischen Kassen verschiedener Kassenarten (z. B. Betriebskrankenkassen und Ersatzkassen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einführung erweiterter Satzungsleistungen der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. **Wie häufig informieren Sie sich über gesundheitspolitische Prozesse, also über neue Gesetze, Verordnungen und über gesundheitspolitische Positionen von Parteien, wichtigen Einrichtungen und Entscheidungsträgern in der Gesundheitspolitik?**

- häufig ⇒ bitte weiter mir Frage 4.
 gelegentlich ⇒ bitte weiter mir Frage 4.
 selten ⇒ bitte weiter mir Frage 4.
 nie ⇒ bitte weiter mir Frage 5.

4. **Wo informieren Sie sich hauptsächlich über solche gesundheitspolitischen Entwicklungen? (Mehrere Antworten möglich)**

- Familie, Bekannte, Freunde, Kollegen
 Ärzte, Apotheker
 (gedruckte) Zeitungen, Zeitschriften
 Zeitschriften und Broschüren von Krankenkassen, Apotheken usw.
 Radio
 Fernsehen
 Internet
 sonstiges

5. **Welche Parteien waren für die folgenden gesundheitspolitischen Entscheidungen verantwortlich? Sie können in jeder Zeile mehr als eine Partei ankreuzen, wenn dies Ihrer Meinung nach zutrifft.**

	CDU / CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	Die Linke	FDP	AfD	Piratenpartei	andere Partei	weiß nicht
Abschaffung der Praxisgebühr	<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"/>
Schaffung des Gesundheitsfonds	<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"/>
Neuregelung der ambulanten Bedarfsplanung gegen Ärztemangel („Landärztegesetz“)	<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"/>

6. **Welche Partei setzt sich Ihrer Meinung nach für die Einführung der sogenannten Bürgerversicherung ein? (Mehrere Antworten möglich)**

	CDU / CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	Die Linke	FDP	AfD	Piratenpartei	andere Partei	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"/>

L. Fragen zum Thema Krankenversicherung

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

- AOK
 BARMER GEK
 Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), DAK Gesundheit
 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 ...**

- Beitrag zahlendes Pflichtmitglied
 Beitrag zahlendes freiwilliges Mitglied
 mitversichertes Familienmitglied
 versichert als Rentner / Arbeitsloser / Student / freiwilliger Wehrdienst- bzw. Bundesfreiwilligendienstleistender / Absolvent freiwilliges soziales Jahr

3. Seit wie vielen Jahren sind Sie in dieser Krankenkasse versichert? Falls Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.

Seit _____ Jahren (bitte eintragen)

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

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

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

	vollkommen ungerecht	überwiegend ungerecht	überwiegend gerecht	vollkommen gerecht	weiß nicht
Die kostenlose Mitversicherung von Ehepartnern, die nicht erwerbstätig sind und <u>keine Kinder betreuen</u> , ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die kostenlose Mitversicherung von Ehepartnern, die nicht erwerbstätig sind und <u>Kinder betreuen</u> , ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die kostenlose Mitversicherung von Kindern ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Seit einigen Jahren gibt es eine Reihe neuer Krankenkassen-Angebote für Versicherte. Kennen Sie folgende Angebote und nutzen Sie einige davon möglicherweise schon?

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

M. Fragen zum Thema Arbeit und Beruf

1. Sind Sie berufstätig?

ja, ich bin abhängig beschäftigt (z. B. als Arbeiter/in, Beamte/r, Angestellte/r) und bin im aktuellen Beschäftigungsverhältnis

⇒ bitte weiter mit Frage 2.

seit _____ Jahren bzw. falls kürzer als 1 Jahr seit _____ Monaten
(bitte eintragen) (bitte eintragen)

ja, ich bin selbstständig oder freiberuflich tätig, und zwar

⇒ bitte weiter mit Frage 7.

seit _____ Jahren bzw. falls kürzer als 1 Jahr seit _____ Monaten
(bitte eintragen) (bitte eintragen)

nein, ich bin zur Zeit nicht berufstätig

⇒ bitte weiter mit Teil N, Frage 1. (Seite 27)

2. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre jetzige Arbeit.

Arbeiten Sie im Schichtdienst?

ja

nein

Arbeiten Sie jede Woche an den gleichen Wochentagen?

Arbeiten Sie an jedem Arbeitstag die gleiche Stundenzahl?

Sind Arbeitsbeginn und Arbeitsende an jedem Arbeitstag gleich?

3. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihre jetzige Arbeit am ehesten zu? Bitte kreuzen Sie in Frage 3. a. – 3. d. jeweils nur eine Aussage an.

3. a. Wann und wie lange ich arbeite...

wird allein von meinem Arbeitgeber / Vorgesetzten festgelegt

kann ich innerhalb eines vorgegebenen Rahmens (z. B. Gleitzeit) mitbestimmen

entscheide ich selbst, je nachdem welche Aufgaben anstehen

3. b. Meine Arbeitszeiten ...

werden systematisch erfasst und kontrolliert (z. B. durch Stempeluhr, elektronische Zeiterfassung oder den Vorgesetzten)

muss ich selbst aufschreiben und dem Arbeitgeber gegenüber nachweisen

werden nicht systematisch erfasst und / oder kontrolliert

3. c. Meine Überstunden werden ...

in vollem Umfang vergütet oder anderweitig ausgeglichen (z. B. mit Freizeit)

nur in einem begrenzten Umfang vergütet oder anderweitig ausgeglichen (z. B. mit Freizeit)

überhaupt nicht vergütet oder anderweitig ausgeglichen (z. B. mit Freizeit)

3. d. Ich bekomme ...

einen festen Lohn / ein festes Gehalt ohne leistungsbezogene Bonuszahlungen

einen festen Lohn / ein festes Gehalt und habe Anspruch auf leistungsbezogene Bonuszahlungen

Lohn / Gehalt, das in der Höhe zu einem Großteil von meiner Arbeitsleistung abhängig ist

4. Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Ihre jetzige Arbeit zu?

Bei uns gibt es Zielvereinbarungsgespräche mit dem Vorgesetzten.

gar nicht

kaum

etwas

ziemlich

absolut

Auch die Vorgesetzten arbeiten nach Zielvorgaben, die vom Unternehmen festgelegt werden.

Bei uns werden Arbeitsziele zu festen Terminen neu definiert.

Meinem Vorgesetzten ist nur wichtig, dass die Arbeit gemacht ist. Wie lange ich brauche, und wann ich sie mache, spielt keine Rolle.

Mein Vorgesetzter passt die Arbeitsziele so an, dass ich diese in der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erreichen kann.

Mein Arbeitsumfeld ist durch ständig steigende Leistungs- / Ertragsziele geprägt.

Jetzige Erfolge sind bei der nächsten Bewertung nur Standard oder gar Misserfolg.

Man fragt sich, wie man die ständig steigenden Anforderungen bewältigen soll.

Ich kann die Inhalte meiner Arbeit beeinflussen.

Ich habe Einfluss auf die Menge der Arbeit, die mir übertragen wird.

Ich kann Arbeitstempo oder Arbeitsrhythmus selbst bestimmen.

Ich kann selbst bestimmen, wann ich eine Pause mache.

Ich kann meine eigene Arbeit selbst planen und einteilen.

Ich kann auf die Festlegung der Arbeitsziele selbst Einfluss nehmen.

5. Welche Arbeitszeit ist mit Ihrem Arbeitgeber vertraglich vereinbart?
(bitte Stunden in der Woche oder Stunden im Jahr eintragen)

_____ Stunden in der Woche bzw. _____ Stunden im Jahr (bitte eintragen)

6. Was schätzen Sie? Wie hoch war Ihre tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt in den letzten 3 Monaten?

_____ Stunden in der Woche (bitte eintragen)

7. Wie häufig ist es in den vergangenen 3 Monaten vorgekommen, dass Sie an Ihrem Arbeitsplatz ...

	sehr selten / nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
... zusätzlich in Ihrer Freizeit (Feierabend, Urlaub, Wochenende, Feiertage) gearbeitet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Pausen durchgearbeitet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in einem Arbeitstempo gearbeitet haben, das Sie langfristig nicht durchhalten können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gegenüber Vorgesetzten, Arbeitskollegen und / oder Kunden vorgegeben haben, die Arbeit zu schaffen, auch wenn Fristen nicht eingehalten werden konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... trotz Krankheit am Arbeitsplatz erschienen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich mit einem weniger guten Ergebnis zufrieden geben mussten, als Sie es normalerweise tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bis an die Grenzen Ihrer Leistungsfähigkeit gearbeitet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Genussmittel / Substanzen (z. B. Alkohol, Koffein, Nikotin oder Medikamente) konsumiert haben, um bei der Arbeit leistungsfähiger zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Genussmittel / Substanzen (z. B. Alkohol, Koffein, Nikotin oder Medikamente) konsumiert haben, um nach der Arbeit besser abschalten zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie würden Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit bewerten, wenn Sie dafür eine Punktzahl zwischen 0 und 10 vergeben müssten? „0 Punkte“ würde bedeuten, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind. „10 Punkte“ würde für Ihre beste jemals erreichte Arbeitsfähigkeit stehen.

Für meine aktuelle Arbeitsfähigkeit vergebe ich: _____ Punkte (bitte eintragen)

9. Wie häufig treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	(fast) nie	selten	manchmal	oft	(fast) immer
Es gelingt mir, bei der Arbeitszeitplanung auch auf meine familiären und privaten Interessen Rücksicht zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, Arbeit und Privatleben miteinander zu vereinbaren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem, bin ich mit meiner derzeitigen Arbeit zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie häufig traten in den vergangenen 14 Tagen folgende Probleme bei Ihnen auf?

	(fast) nie	selten	manchmal	oft	(fast) immer
Ich hatte Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten, mich zu erinnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten, klar zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich körperlich erschöpft gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich emotional erschöpft gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe gedacht „Ich kann nicht mehr.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Bitte geben Sie an, wie Sie sich in den letzten 14 Tagen meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu bei jeder Aussage die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Hierbei bedeutet eine „1“: „trifft gar nicht zu“, eine „6“: „trifft völlig zu“. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen.

Für die letzten 14 Tage gilt:

	trifft gar nicht zu ←-----→ trifft völlig zu					
	1	2	3	4	5	6
Ich habe meine täglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- zu Kurzarbeit?
 zum Abbau von Überstunden, kürzeren Arbeitszeiten?
 zu betriebsbedingten Entlassungen?
 zu einem zunehmenden Einsatz von Fremdfirmen oder Leiharbeitern?

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

13. **Machen Sie sich Sorgen, dass ...**

Falls Sie selbstständig sind, kreuzen Sie bitte dies unten an.

- Sie arbeitslos werden?
 neue Technologien Sie überflüssig machen?
 es für Sie schwierig wäre, eine neue Arbeit zu finden?
 man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte?
 Bin selbstständig

in sehr hohem Maße	in hohem Maße	teils-teils	in geringem Maße	in sehr geringem Maße
<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"/>

14. **An wie vielen Tagen haben Sie in den vergangenen 12 Monaten krankheitsbedingt gefehlt?** Falls Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.

an _____ Tagen (bitte eintragen)

15. **Und an wie vielen Tagen davon waren Sie von Ihrem Arzt krankgeschrieben?** Falls Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.

an _____ Tagen (bitte eintragen)

16. **Wie oft ist es bei Ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie zur Arbeit gegangen sind, obwohl Sie sich richtig krank gefühlt haben?**

- keinmal / nie
 einmal
 zweimal oder öfter

17. **Die folgenden Fragen betreffen bestimmte Aspekte Ihrer Arbeitsbedingungen.**

- Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?
 Arbeiten Sie unter Termindruck?
 Kommt es bei Ihrer Arbeit zu störenden Unterbrechungen wegen anderer unvorhergesehener Aufgaben?
 Erfordert Ihre Arbeit ein ständiges Einarbeiten in neue Aufgabengebiete?
 Erfordert Ihre Arbeit ein hohes Arbeitstempo?
 Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu lernen?
 Verlangt Ihre Arbeit, dass Sie Initiative ergreifen?
 Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?
 Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen?

in sehr hohem Maße	in hohem Maße	teils-teils	in geringem Maße	in sehr geringem Maße
<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"/>
<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"/>

18. **Die folgenden Fragen betreffen Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen und zu Ihrem Vorgesetzten. Wenn Sie keine Kollegen bzw. keinen Vorgesetzten haben, kreuzen Sie bitte das betreffende Feld ganz unten an.**

- Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?
 Wie oft ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?
 Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen?
 Wie oft sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?
 Ich habe keinen Vorgesetzten
 Ich habe keine Kollegen

immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
<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"/>

N. Angaben zu Ihrer Person

1. Welchen Familienstand haben Sie?

- ledig
verheiratet
verwitwet
geschieden

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

- ja
nein

3. 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)

4. 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-betriebliche 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).

5. 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) ⇒ bitte weiter mit Frage 6.
Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden ⇒ bitte weiter mit Frage 6.
Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden ⇒ bitte weiter mit Frage 6.

in Mutterschutz / Elternzeit oder in sonstiger Beurlaubung ⇒ bitte weiter mit Frage 8.
zurzeit arbeitslos / Null-Kurzarbeit ⇒ bitte weiter mit Frage 8.
Auszubildender / Lehrling ⇒ bitte weiter mit Frage 8.
zurzeit nicht erwerbstätig, aber früher erwerbstätig ⇒ bitte weiter mit Frage 8.

zurzeit nicht erwerbstätig und auch früher nie erwerbstätig ⇒ bitte weiter mit Frage 11.

6. Haben Sie Führungsverantwortung?

- ja ⇒ Falls JA: Für wie viele Mitarbeiter? _____ (bitte eintragen)
nein

7. Handelt es sich bei Ihrer Arbeit um ein unbefristetes Arbeitsverhältnis?

- ja
nein

8. **Handelt es sich bei Ihrer Arbeit (bzw. falls Sie jetzt nicht mehr erwerbstätig sind, bei Ihrer letzten Arbeit) um ... (bitte alles Zutreffende ankreuzen)**

- ein Zeitarbeits- oder Leiharbeitsverhältnis?
- ein zeitlich befristetes Arbeitsverhältnis?
- eine Teilzeitbeschäftigung (unter 20 Stunden)?
-
- eine ABM-Stelle oder eine Gemeinnützige Arbeit (1-Euro-Job)?
- eine geringfügige Beschäftigung nach der 400- oder 800-Euro-Regelung (Mini oder Midi-Job)?
- eine selbstständige Arbeit als Alleinunternehmer (ohne Beschäftigte)?
- nichts davon

9. **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**
- freiwilliger Wehrdienst bzw. Bundesfreiwilligendienst / freiwilliges soziales Jahr**

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

- ja, derzeit ja, früher nein

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

- ja nein

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

- eine Person drei Personen
- zwei Personen vier Personen und mehr

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

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| SPD | <input type="checkbox"/> | Die Linke | <input type="checkbox"/> | andere Partei | <input type="checkbox"/> |
| CDU / CSU | <input type="checkbox"/> | Piraten | <input type="checkbox"/> | würde nicht wählen | <input type="checkbox"/> |
| Bündnis 90 / Die Grünen | <input type="checkbox"/> | Republikaner / DVU / NPD | <input type="checkbox"/> | würde ungültig wählen | <input type="checkbox"/> |
| FDP | <input type="checkbox"/> | AfD | <input type="checkbox"/> | weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

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

