



Gesundheitsmonitor Welle 7
Versichertenstichprobe

Bertelsmann Stiftung

Oktober 2004

Gesundheitliche Lage

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

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

2. Sind Sie zur Zeit ... ? (BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN!)

- Gesund / ohne gesundheitliche Probleme 1-121
Akut leicht erkrankt 1-122
Akut schwer erkrankt 1-123
Chronisch krank 1-124

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

- Ja 1-125 +
Nein 2

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

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

5. Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung, deretwegen Sie mindestens einmal im Quartal ärztlicher Hilfe bedürfen oder regelmäßig Medikamente einnehmen? (BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN!)

- Bluthochdruck, Hypertonie 1-130
Durchblutungsstörung am Herzen 1-131
Herzinfarkt 1-132
Herzschwäche, Herzinsuffizienz 1-133
Schlaganfall 1-134
Durchblutungsstörung des Gehirns 1-135
Asthma bronchiale 1-136
Chronische Bronchitis 1-137
Zuckerkrankheit mit Insulin 1-138
Zuckerkrankheit ohne Insulin 1-139
Krebserkrankung, bösartiger Tumor 1-140
Gelenkverschleiß 1-141
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung 1-142
Epilepsie 1-143
Parkinson 1-144
Multiple Sklerose 1-145
Hirnhautentzündung 1-146
Neurodermitis 1-147

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

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

7. Nehmen Sie regelmäßig an gesundheitlichen Vorsorgeuntersuchungen teil?

- Immer..... 1-149
- Meistens 2
- Oft 3
- Selten..... 4
- (Fast) nicht..... 5

8. Haben Sie gelegentlich auch Angst davor, dass der Arzt bei einer Untersuchung etwas „entdeckt“, was für Sie unangenehm oder gar bedrohlich sein könnte?

- Ja 1-150
- Nein 2

9. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?

- Ich habe noch nie geraucht (bis auf ganz seltenes Probieren) 1-151
- Rauche zur Zeit täglich 2
- Rauche zur Zeit gelegentlich 3
- Habe früher geraucht, rauche seit mehr als einem Jahr nicht mehr 4
- Habe früher geraucht, habe in den letzten 12 Monaten aufgehört zu rauchen 5

10. Wie ist Ihr Körpergewicht in kg?

			kg	(Bitte eintragen!)	(152-154)	+
--	--	--	----	--------------------	-----------	---

11. Wie ist Ihre Körpergröße in cm?

			cm	(Bitte eintragen!)	(155-157)
--	--	--	----	--------------------	-----------

12. Wie oft treiben Sie Sport?

- Regelmäßig mehr als 4 Stunden in der Woche 1-158
- Regelmäßig 2 bis 4 Stunden in der Woche..... 2
- Regelmäßig 1 bis unter 2 Stunden in der Woche 3
- Weniger als 1 Stunde in der Woche 4
- Keine sportliche Betätigung..... 5

Kontakte mit Ärzten oder mit deren Praxispersonal

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

	Kontakt in den letzten 12 Monaten	Zahl der Kontakte in den letzten 12 Monaten (Bitte eintragen!)		
Praktischer Arzt / Arzt für Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/> 1-160 →	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 161-162		
Internist	<input type="checkbox"/> 1-163 →	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 164-165		
Frauenarzt / Gynäkologe	<input type="checkbox"/> 1-166 →	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 167-168		
Andere Fachärzte	<input type="checkbox"/> 1-169 →	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 170-171		
Zahnarzt	<input type="checkbox"/> 1-172 →	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 173-174		
Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner	<input type="checkbox"/> 1-175 →	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 176-177		
Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Amtsarzt	<input type="checkbox"/> 1-178 →	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 179-180		
Sonstiger Arzt	<input type="checkbox"/> 1-220 →	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 221-222		
Hatte mit keinem niedergelassenen Arzt oder dessen Praxispersonal in den letzten 12 Monaten Kontakt	<input type="checkbox"/> 1-223 →	weiter mit Frage 38		

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

- Ja 1-224
- Nein 2

(Wenn Sie keinen Hausarzt haben, denken Sie bitte bei den folgenden Fragen immer an den letzten niedergelassenen Arzt, der Sie am intensivsten in den letzten 12 Monaten behandelt hat.)

15. Ist dieser (Haus-)Arzt ein: +

- BITTE NUR **EINE** NENNUNG!
- Praktischer Arzt / Arzt für Allgemeinmedizin 1-230
 - Internist..... 2
 - Frauenarzt / Gynäkologe..... 3
 - Anderer Facharzt..... 4
 - Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner..... 5
 - Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Amtsarzt..... 6
 - Sonstiger Arzt 7

16. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich die Hilfe dieses (Haus-)Arztes in Anspruch genommen?

		mal	(Bitte eintragen!)	(231-232)
--	--	-----	--------------------	-----------

17. Wie lange sind Sie schon bei diesem Arzt?

- Seit weniger als 1 Jahr 1-233
- Seit mindestens 1 Jahr, aber weniger als 5 Jahren 2
- Seit 5 Jahren oder mehr 3

18. Wenn Sie an das letzte Mal denken, als Sie für sich die Hilfe Ihres (Haus-) Arztes oder dessen Praxispersonals in Anspruch genommen haben: Was war der Anlass?
(BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN!)

- Vorsorgeuntersuchung / Impfung 1-234
- Praxisbesuch ohne Arztkontakt (z. B. Rezeptausstellung, Bestrahlung) ... 1-235
- Beratung (z. B. Ernährung, Sport, Reisen) 1-236
- Befindlichkeitsstörung (z. B. allgemeines Unwohlsein, Schlafstörungen) .. 1-237
- Akute leichtere Erkrankung (z. B. Grippe, Durchfall) 1-238
- Akute schwerere Erkrankung 1-239
- Dauerleiden bzw. länger andauernde / chronische Krankheit
(z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Allergie, Rheuma)..... 1-240
- Unfall 1-241
- Behinderung 1-242
- Sonstiges 1-243

Denken Sie bitte bei der nächsten Frage an den letzten Kontakt mit der Praxis Ihres (Haus-)Arztes!

19. Haben Sie beim *letzten* Kontakt mit der Arztpraxis auch mit Ihrem Arzt gesprochen?

- Ja 1-244
- Nein, nur mit dem Praxispersonal... 2

Bitte denken Sie im Folgenden an Kontakte *in den letzten 12 Monaten* mit Ihrem (Haus-)Arzt!

(Wenn Sie keinen Hausarzt haben, denken Sie bitte wieder an den Arzt, der Sie in den letzten 12 Monaten am intensivsten betreut hat.)

20. Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie einen Behandlungsvorschlag Ihres Hausarztes abgelehnt haben und es ihm gesagt haben?

- Ja 1-245
- Nein..... 2 → weiter mit Frage 22

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

- Ja, ohne Probleme 1-246 +
- Ja, mit Einschränkungen 2
- Nein..... 3

22. Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie zwar mit dem Behandlungsvorschlag Ihres Hausarztes nicht einverstanden waren, es ihm aber nicht gesagt haben?

- Ja 1-250
- Nein..... 2

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

- Ja 1-251
- Nein..... 2
- Weiß nicht 3

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

- Ja 1-252
- Nein..... 2
- Weiß nicht 3

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

- Ja 1-253
- Nein..... 2

Zufriedenheit mit dem Hausarzt

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

- Vollkommen zufrieden 1-254
 Sehr zufrieden 2
 Zufrieden 3
 Weniger zufrieden 4
 Unzufrieden 5

27. Wenn Sie an die letzte Behandlung denken: Hat sich Ihr Zustand durch die Behandlung verbessert, ist er gleich geblieben oder hat er sich verschlechtert?

- Verbessert 1-255
 Gleich geblieben 2
 Verschlechtert 3

28. Wenn Sie an das Verhalten Ihres Hausarztes in den letzten 12 Monaten denken: Welche der folgenden Aussagen treffen zu?

- | | + | Trifft zu | Trifft nicht zu |
|---|--------------------------|-----------|--------------------------------|
| Kosten der Behandlung werden immer öfter angesprochen | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> 2-256 |
| Es häufen sich kritische Bemerkungen zur Gesundheitspolitik | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> 2-257 |
| Es häufen sich kritische Bemerkungen speziell zu meiner Krankenkasse | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> 2-258 |

29. Sind Ihnen beim letzten Arztbesuch aus Kostengründen bestimmte ärztliche Leistungen verweigert worden?

- Ja, da bin ich mir ganz sicher 1-259
 Ja, vielleicht 2
 Nein 3
 Weiß nicht 4

IGeL-Leistungen

30. Hat Ihnen Ihr Haus- oder Facharzt in letzter Zeit Leistungen angeboten, die keine Kassenleistungen waren?

- | | Wurde mir angeboten | Habe ich angenommen und aus eigener Tasche bezahlt |
|--|--------------------------------|--|
| Ja, und zwar: <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i> | | |
| Allgemeine Leistungen / Beratungen (z.B. reisemedizinische Vorsorge, Glatzenbehandlung, Raucherentwöhnung) | <input type="checkbox"/> 1-265 | <input type="checkbox"/> 1-266 |
| Untersuchungen (z.B. Sport-/ Fitness-Check, 48-Stunden-Glucosemonitoring bei Diabetes, große Krebsvorsorge für Frauen, Glaukom-Vorsorge) | <input type="checkbox"/> 1-267 | <input type="checkbox"/> 1-268 |
| Therapien (z.B. Krebs-Mehrschritttherapie nach Ardenne, Katarakt-Operation) | <input type="checkbox"/> 1-269 | <input type="checkbox"/> 1-270 |
| Vorsorge (z.B. Erstellung eines Herzinfarkt-, Schlaganfall- oder Adipositas-Risikoprofils) | <input type="checkbox"/> 1-271 | <input type="checkbox"/> 1-272 |
| Andere Leistungen | <input type="checkbox"/> 1-273 | <input type="checkbox"/> 1-274 |

31. Denken Sie bitte an das letzte Mal (in den letzten 12 Monaten), als Ihr Hausarzt Sie an einen anderen Arzt überwiesen hat: Hat Ihr Hausarzt Ihnen klar und deutlich erklärt, warum Sie überwiesen werden?

- Trifft nicht zu, wurde in den letzten 12 Monaten nicht überwiesen 1-320
 Ja, mein Hausarzt hat es mir erklärt 2
 Teils / teils 3
 Nein 4

Fachärzte

32. Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten ...

Ohne Überweisung durch einen Hausarzt
direkt zu einem Facharzt gegangen? mal (Bitte eintragen!) (321-322)

Keinmal 1-323

Von Ihrem Hausarzt an einen Facharzt
überwiesen worden? mal (Bitte eintragen!) (324-325)

Keinmal 1-326

33. Bei welchem Facharzt waren Sie in den vergangenen 12 Monaten zuletzt in Behandlung?

BITTE NICHT IHREN HAUSARZT ANGEBEN! NUR DEN FACHARZT NENNEN, DER SIE ZULETZT BEHANDELT HAT!
BITTE NUR EINEN FACHARZT ANKREUZEN!

BITTE NUR EINEN ARZT ANKREUZEN!!

- | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|
| Internist | <input type="checkbox"/> 1-327 | |
| Frauenarzt / Gynäkologe | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Augenarzt | <input type="checkbox"/> 3 | |
| Orthopäde | <input type="checkbox"/> 4 | |
| Hals-Nasen-Ohrenarzt | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Hautarzt | <input type="checkbox"/> 6 | |
| Urologe | <input type="checkbox"/> 7 | + |
| Nervenarzt, Psychiater | <input type="checkbox"/> 8 | |
| Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> 9 | |
| Arzt für Naturheilkunde | <input type="checkbox"/> 0 | |
| Arzt für Homöopathie | <input type="checkbox"/> 1-328 | |
| Röntgenarzt, Radiologe | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Chirurg | <input type="checkbox"/> 3 | |
| Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner | <input type="checkbox"/> 4 | |
| Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Amtsarzt | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Sonstiger Arzt | <input type="checkbox"/> 6 | |
| Ich war in den letzten 12 Monaten bei keinem Facharzt in Behandlung . | <input type="checkbox"/> 7 | → weiter mit Frage 38 |

34. Sind Sie an diesen Facharzt überwiesen worden oder sind Sie ohne Überweisung direkt zu diesem Facharzt gegangen?

Ich bin überwiesen worden 1-330 → weiter mit Frage 36

Ich bin ohne Überweisung hingegangen 2

35. Wenn Sie ohne Überweisung zum Facharzt gegangen sind: Was war der Grund?

- | | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------|
| Ich bin schon lange bei diesem Arzt in Behandlung..... | <input type="checkbox"/> 1-331 | } | weiter mit Fr. 38 |
| Ich habe keinen Hausarzt | <input type="checkbox"/> 1-332 | | |
| Ich sah keine Notwendigkeit, vorher meinen Hausarzt zu konsultieren..... | <input type="checkbox"/> 1-333 | | |
| Ich wollte keine Zeit verlieren | <input type="checkbox"/> 1-334 | | |
| Ich bin mit der Überweisungspraxis meines Hausarztes nicht zufrieden | <input type="checkbox"/> 1-335 | | |
| Anderer Grund | <input type="checkbox"/> 1-336 | | |

36. Fand die Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt Ihrer Meinung nach rechtzeitig, zu früh oder zu spät statt?

Zu früh 1-337

Rechtzeitig 2

Zu spät 3

Weiß nicht 4

37. Als Sie den Facharzt, an den Sie überwiesen wurden, zum ersten Mal aufsuchten: Hatte er Ihrer Meinung nach alle notwendigen Informationen über Sie persönlich und über Ihren Gesundheitszustand und die Art Ihrer Behandlung?
- Ja 1-338
- Teils / teils 2
- Nein 3
- Weiß nicht 4

Hausarztzentrierte Versorgung

38. Haben Sie sich gegenüber Ihrer Krankenkasse dazu verpflichtet, sich fest bei einem Hausarzt einzuschreiben – also zunächst immer erst zu Ihrem Hausarzt zu gehen, der Sie dann eventuell an Fachärzte überweist (hausarztzentrierte Versorgung)?
- Ja 1-339
- Nein 2 → weiter mit Frage 43

39. Haben Sie dabei den Hausarzt gewechselt?
- Ja 1-340
- Nein 2 → weiter mit Frage 41

40. Fühlen Sie sich durch den neuen Hausarzt besser versorgt?
- Ja 1-345 +
- Nein 2

41. Hat sich wegen der Einschreibung bei einem bestimmten Hausarzt Ihr Krankenkassenbeitrag verringert?
- Ja 1-346
- Nein 2 → weiter mit Frage 43

42. War Ihr geringerer Krankenkassenbeitrag der Hauptgrund für die Einschreibung bei einem bestimmten Hausarzt?
- Ja 1-347
- Nein 2

Patientenquittung

43. Haben Sie Ihren Arzt nach der letzten Behandlung um eine Patientenquittung gebeten?
- Ja 1-348
- Nein 2

44. Haben Sie eine Patientenquittung von Ihrem Arzt erhalten?
- Ja 1-349
- Nein 2 → weiter mit Frage 47

45. War die Patientenquittung für Sie verständlich?
- Ja 1-350
- Nein 2
- Habe ich nicht gelesen 3 } weiter mit Frage 47

46. Welche der Aussagen treffen auf Sie zu: Nachdem ich die Patientenquittung gelesen habe,...
- | | Ja | Nein |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| kann ich die Behandlung meines Arztes besser verstehen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-351 |
| habe ich einen tieferen Einblick in die Behandlungskosten bekommen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-352 |
| beurteile ich die Verschreibungen / Verordnungen meines Arztes kritischer . | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-353 |
| gehe ich seltener zum Arzt, um Kosten zu vermeiden..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-354 |
| sehe ich mich in die Lage versetzt, bei Bedarf besser mit meiner Krankenkasse über ihre Leistungen und die Kostenübernahme zu verhandeln | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-355 |

Behandlungsort

47. Wo fand Ihre letzte ärztliche Behandlung statt?

- Einzelpraxis 1-356
 Gruppenpraxis / Praxisgemeinschaft 2
 Ambulantes Versorgungszentrum 3
 Krankenhausambulanz 4
 Anderswo 5

Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes 2004

48. Haben Sie einen Arztbesuch wegen der seit Jahresbeginn eingeführten Praxisgebühr ...
 (BITTE NUR EINE ANTWORT ANKREUZEN!)

- aufgeschoben (z.B. das nahe Ende eines Quartals abgewartet) 1-357
 vermieden (und sich statt dessen ohne ärztliche Hilfe auskuriert) 2
 zusätzlich gemacht (um die Überweisung zu einem Facharzt zu erhalten) 3

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

- Ja 1-358
 Nein 2

+

50. Seit Jahresbeginn sind die Zuzahlungen für Personen mit einer chronischen Krankheit auf 1 % des
 Einkommens begrenzt, wenn die Krankheit wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich
 behandelt wird und / oder zusätzlich Pflegestufe 2 bzw. 3 oder eine Behinderung / Minderung der
 Erwerbsfähigkeit (MdE) von 60 % besteht oder eine dauerhafte medizinische Versorgung zwingend
 erforderlich ist. Erfüllen Sie mindestens eine dieser neuen Voraussetzungen?

- Ja 1-359
 Nein 2
 Weiß nicht 3

Medikamente

51. Haben Sie in den letzten 12 Monaten länger als vier Wochen Medikamente zur Behandlung einer Krankheit
 eingenommen? (BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN!)

- Ja, rezeptpflichtige Medikamente, die meine Krankenkasse (mit Ausnahme der Zuzahlung)
 bezahlt hat 1-360
 Ja, rezeptpflichtige Medikamente, die ich insgesamt selbst in der Apotheke bezahlen musste 1-361
 Ja, Medikamente auf Privatrezept 1-362
 Ja, freiverkäufliche Medikamente in Apotheken 1-363
 Ja, Naturheilmittel im Supermarkt oder in Drogerien 1-364
 Nein, keine Medikamente länger als 4 Wochen eingenommen 1-365

52. Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass ein Arzt Ihnen ein Rezept für ein Medikament nicht
 ausgestellt hat, obwohl Sie dieses Medikament für sich persönlich für wichtig hielten?

- Ja, mehrmals 1-366
 Ja, einmal 2
 Nein 3 → weiter mit Frage 55

53. Welche Gründe hat Ihnen Ihr Arzt genannt?

- Medizinische Gründe 1-367
 Das Medikament ist nicht mehr verschreibungspflichtig, es muss künftig – ohne Rezept –
 selbst bezahlt werden 1-368
 Wirtschaftliche Gründe 1-369
 Andere Gründe 1-370
 Arzt hat keinen Grund genannt 1-371

54. Was hat Ihr Arzt anstelle der Verordnung eines Medikaments gemacht?
(BITTE NUR EINE ANTWORT ANKREUZEN!)

- Er hat mir ein anderes billigeres Medikament verschrieben 1-372
- Er hat mir ein gleich teures oder teureres anderes Medikament verschrieben..... 2
- Er hat mir überhaupt kein Medikament mehr verschrieben 3
- Er hat mich stattdessen an einen anderen Arzt überwiesen..... 4
- Er hat mich stattdessen in ein Krankenhaus eingewiesen..... 5
- Nichts davon trifft zu 6

55. Welcher Arzt hat Ihnen *zuletzt* ein Rezept für ein Medikament ausgestellt?

- Mein Hausarzt..... 1-373
- Der Facharzt, der mich zuletzt behandelt hat..... 2
- Ein anderer Arzt..... 3

56. Sind Sie dafür, dass man Medikamente auch über den Versandhandel („Internet-Apotheke“) bekommen kann?

- Ja 1-374
- Nein 2

57. Haben Sie schon einmal ein Medikament auf diesem Weg bestellt?

- Ja 1-375
- Nein 2

Persönliche Gesundheitsausgaben

58. Denken Sie bitte an alle Ausgaben, die Sie persönlich zur Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung Ihrer Gesundheit bzw. zur Behandlung von Krankheiten in den letzten 3 Monaten ausgegeben haben (Selbstzahlungen und Zuzahlungen zu Verordnungen eingeschlossen): Wie viel EURO etwa haben Sie für die folgenden Produkte und Dienstleistungen selbst bezahlt?

+

**EURO in den letzten
3 Monaten
(Bitte eintragen!)**

Praxisgebühr(en) für Besuche beim Haus-, Fach- oder Zahnarzt.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	420-424
Freiverkäufliche Mittel und Medikamente, die voll selbst bezahlt werden müssen (z. B. Gesundheitstees, Stärkungsmittel, Naturheilmittel, homöopathische Mittel, Schmerzmittel).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	425-429
Zuzahlungen zu Medikamenten (auf Rezept).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	430-434
Zuzahlung zum Krankenhausaufenthalt	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	435-439
Zuzahlungen zum Zahnersatz	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	440-444
Fahrtkosten zur Arztpraxis etc.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	445-449
Heilmittel (Krankengymnastik, Massagen usw.).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	450-454
Verbandmittel, Hilfsmittel (Krücken, Rollstuhl usw.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	455-459
Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	460-464
Sonstige Zuzahlungen (z.B. Blutdruckmessgeräte, Gesundheitszirkel).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	465-469

59. Ist es für Sie finanziell schwierig, die Zuzahlungen für rezeptpflichtige Medikamente zu erbringen?

- Sehr schwierig 1-470
 Schwierig 2
 Teils / teils 3
 Eher nicht schwierig 4
 Gar nicht schwierig 5

Krankenhaus

60. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten als Patient in einem Krankenhaus?

mal (Bitte eintragen!) (471-472)

Keinmal 1-473 → weiter mit Frage 67

61. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten zur **ambulanten** Untersuchung und / oder Behandlung in einem Krankenhaus (gemeint sind Krankenhausaufenthalte **tagsüber** – ohne Übernachtung)?

mal (Bitte eintragen!) (520-521) +

Keinmal 1-522

62. Wie viele Nächte waren Sie insgesamt in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus?

Nächte (Bitte eintragen!) (523-524)

Keine Nacht 1-525

63. Denken Sie bitte an Ihren *letzten* Krankenhausaufenthalt: Waren Sie da ambulant, also nur tagsüber, oder stationär, also auch über Nacht, im Krankenhaus?

- Ambulant (nur tagsüber) 1-526
 Stationär (über Nacht) 2

64. Was war der Anlass für Ihren *letzten* Krankenhausaufenthalt? (BITTE NUR EINE ANTWORT ANKREUZEN!)

- Unfall / Notfall 1-527
 Behandlung einer akuten, plötzlich aufgetretenen Erkrankung 2
 Erstbehandlung einer dauerhaften / chronischen Erkrankung 3
 Geplante Wiederholungsbehandlung (z. B. Hämodialyse, Strahlenbehandlung etc.) 4
 Nicht geplante Wiederholungsbehandlung (z.B. Entzündung einer Operationsnaht) 5
 Medizinische Untersuchung / diagnostische Abklärung 6
 Entbindung 7
 Andere Anlässe 8

65. Sind Sie von einem niedergelassenen Arzt in das Krankenhaus eingewiesen worden?

- Ja 1-530
 Nein 2

66. Hatten Sie das Gefühl, dass die Dauer Ihres Krankenhausaufenthalts genau richtig, zu kurz oder zu lang war?

- Genau richtig 1-531
 Zu kurz 2
 Zu lang 3

Informationen über Arzt und Gesundheit

67. Als Sie zuletzt nach einem neuen Arzt gesucht haben, haben Sie sich da vorher ausführlicher über ihn informiert?

- Weiß nicht, habe schon lange keinen Arzt mehr gesucht..... 1-532 } weiter mit Frage 69
 Nein 2
 Ja 3

68. Worüber haben Sie sich da informiert?

- Lage der Praxis, Nähe zur Wohnung 1-535
 Wie zufrieden andere mit ihm sind 1-536
 Über seine Fachkenntnisse, Spezialisierungen, Erfahrungen 1-537
 Über seinen Umgang mit Patienten, Freundlichkeit 1-538
 Über die technische Ausstattung seiner Praxis 1-539
 Über Urkunden / Zertifikate; über seine Fortbildung oder über die Qualität seiner Praxis 1-540
 Einsatz eines Terminplanungs-Systems zur Vermeidung / Verkürzung von Wartezeiten 1-541
 Anderes 1-542

69. Welcher der folgenden Aussagen würden Sie am ehesten zustimmen? (BITTE NUR EINE ANTWORT ANKREUZEN.)

- Ich versuche, viele Informationen über Gesundheitsthemen zu bekommen, die mich betreffen 1-543
 Ich achte nicht speziell auf Informationen über Gesundheitsthemen, interessiere mich aber dafür 2
 Ich bin nicht sehr an Informationen über Gesundheitsthemen interessiert 3

70. Fühlen Sie sich ausreichend darüber informiert, wie sich aktuelle Reformen im Gesundheitswesen auf Ihre persönliche Gesundheitsversorgung auswirken (könnten)?

- Ja 1-544
 Teils/teils 2
 Nein 3

Patientenberatung durch Verbraucherzentralen

71. Seit einiger Zeit kann man sich in den Verbraucherberatungsstellen auch informieren, wenn man Fragen zu seiner Krankenkasse, seiner ärztlichen Behandlung als Patient oder zu ähnlichen Themen hat. Für wie wichtig halten Sie diese Themen im Einzelnen?

- | | Sehr wichtig | Wichtig | Weniger wichtig | Gar nicht wichtig |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Übersicht zu Krankenkassen (Beiträge, Leistungen etc.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4-550 |
| Übersicht zu privaten Krankenversicherungen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4-551 |
| Vertragliche Bedingungen der Kassenmitgliedschaft, Wechselmöglichkeiten etc. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4-552 |
| Abschluss von Verträgen mit Pflegeeinrichtungen, Altenheimen etc. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4-553 |
| Beratung bei Verdacht eines Behandlungsfehlers | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4-554 |
| Beratung in Bezug auf selbst zu bezahlende medizinische Leistungen (z.B. Zahnersatz) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4-555 |

Gesundheitsvorsorge, Prävention

72. Was tun Sie bevorzugt für die Erhaltung Ihrer Gesundheit? (BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN!)

- Mich gesund ernähren 1-556
 Nicht rauchen 1-557
 Mäßig oder keinen Alkohol trinken 1-558
 Für ausreichenden Schlaf und Entspannung sorgen 1-559
 Sport und Gymnastik treiben 1-560
 Wandern, Spazieren gehen 1-561
 Mich viel an der frischen Luft aufhalten 1-562
 In die Sauna gehen 1-563
 Vorbeugende ärztliche Kontrollen durchführen lassen 1-564
 Medikamente nehmen 1-565
 Vitamintabletten, Stärkungsmittel oder anderes nehmen 1-566
 Sonstiges 1-567

73. Haben Sie Ihr Verhalten in den vergangenen 12 Monaten verändert?

- Nein 1-568 → weiter mit Frage 76
 Ja, und zwar: 2 → GEBEN SIE BITTE
NUR EINE – DIE WICHTIGSTE
– VERÄNDERUNG AN.
- ↳ Mich gesund ernähren 1-569
 Nicht rauchen 2
 Mäßig oder keinen Alkohol trinken 3
 Für ausreichenden Schlaf und Entspannung sorgen 4
 Sport und Gymnastik treiben 5
 Wandern, Spazieren gehen 6
 Mich viel an der frischen Luft aufhalten 7
 In die Sauna gehen 8
 Vorbeugende ärztliche Kontrollen durchführen lassen 9
 Medikamente nehmen 0
 Vitamintabletten, Stärkungsmittel oder anderes nehmen 1-570
 Sonstiges 2

74. Aus welchem Grund haben Sie Ihr Verhalten geändert? (BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN!)

- Aus persönlicher Sorge um die Zukunft meiner Gesundheit 1-620
 Aufgrund von Mahnungen im Familien-/ Freundeskreis 1-621
 Weil meine Belastbarkeit / Fitness nachgelassen hat 1-622
 Weil mein Arzt ein erhöhtes Gesundheitsrisiko festgestellt hat
 (erhöhter Blutdruck usw.) 1-623
 Weil mein Arzt das Frühstadium eines chronischen Leidens festgestellt
 hat (Diabetes, chronisches Magenleiden, Gicht, Rheuma usw.) 1-624
 Aufgrund einer Krankheit / der Folgen einer Operation 1-625
 Wegen eines Arbeitsplatzwechsels aus gesundheitlichen Gründen 1-626 +
 Weil mir meine Krankenkasse hierfür einen Bonus (Beitragsrabatt,
 Prämie, Gutschein etc.) gewährt 1-627
 Weil eine gesunde Lebensweise mich zufrieden stellt 1-628
 Anderer Grund 1-629

75. Wenn Sie den Verlauf der Umstellung Ihrer Lebensweise betrachten: Haben Sie die Veränderung (bisher) konsequent durchhalten können?

- Ja, voll und ganz 1-630
 Ja, im Großen und Ganzen 2
 Eher nicht, „alte Gewohnheiten“ haben sich wieder eingeschlichen 3

76. Die Bundesregierung hat den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, Sie für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu belohnen. Ihr Hausarzt müsste das allerdings regelmäßig kontrollieren – z.B. durch Messung von Zielwerten (Blut, Urin). Was halten Sie von diesem Plan?

- Ich finde die Idee gut 1-631
 Ich bin zwar dafür, lehne aber solche ärztlichen Kontrollen ab 2
 Ich bin grundsätzlich dagegen 3
 Ich weiß nicht so recht, was ich davon halten soll 4

Gesundheit im Alter

77. Die Menschen in Deutschland leben immer länger. Je älter man wird, desto wichtiger werden Fragen, wo man in Zukunft im Alter leben wird und wie man im Bedarfsfall versorgt wird.
Wie stark haben Sie sich für solche Fragen – in Bezug auf Ihre eigene Zukunft – bereits interessiert?

	Gar nicht	Eher wenig	Eher stark	Sehr stark
Altersgemäße Einrichtung / Umbau der Wohnung / des Hauses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-635
Notrufdienst / Telefonhilfen für die Wohnung / das Haus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-636
Mahlzeitendienste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-637
Betreutes Wohnen (Wohnen mit Serviceangebot)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-638
Umzug in eine altersgerechte Wohnung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-639
Umzug zu Kindern oder Verwandten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-640
Bildung einer Hausgemeinschaft mit anderen älteren Personen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-641
Umzug in altersgemäße Wohnungen / Einrichtungen im Ausland	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-642
Altenheim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-643
Altenpflegeheim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-644
Altentagesstätte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-645
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-646
Andere Pflegearten (Nachbarschaftshilfe, Pflege- dienste)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-647
Sonstige Unterbringung, Verpflegung und Versorgung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-648

78. Und für was davon haben Sie sich interessiert, weil Sie sich um jemand kümmern müssen, der Hilfen oder Pflegeleistungen benötigt?

+	Gar nicht	Eher wenig	Eher stark	Sehr stark
Altersgemäße Einrichtung / Umbau der Wohnung / des Hauses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-650
Notrufdienst/ Telefonhilfen für die Wohnung/das Haus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-651
Mahlzeitendienste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-652
Betreutes Wohnen (Wohnen mit Serviceangebot)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-653
Umzug in eine altersgerechte Wohnung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-654
Umzug zu Kindern oder Verwandten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-655
Bildung einer Hausgemeinschaft mit anderen älteren Personen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-656
Umzug in altersgemäße Wohnungen / Einrichtungen im Ausland	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-657
Altenheim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-658
Altenpflegeheim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-659
Altentagesstätte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-660
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-661
Andere Pflegearten (Nachbarschaftshilfe, Pflege- dienste)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-662
Sonstige Unterbringung, Verpflegung und Versorgung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-663

79. Von wem erwarten Sie im Alter hauptsächlich Unterstützung, wenn Sie einmal Hilfe im Haushalt, beim Einkaufen, Essen, An- und Auskleiden oder Pflege benötigen?

Familie, Verwandte	<input type="checkbox"/> 1-664
Nachbarn, Freunde, Bekannte	<input type="checkbox"/> 1-665
Kommunale Einrichtungen, Sozialstationen	<input type="checkbox"/> 1-666
Pflegedienste	<input type="checkbox"/> 1-667
Andere	<input type="checkbox"/> 1-668
Niemand	<input type="checkbox"/> 1-669

Weiß nicht 1-670

80. Von wem erwarten Sie am ehesten professionelle Informationen über gesundes Leben im Alter?

- Ärzte 1-720
- Krankenkassen 1-721
- Pflegeversicherung 1-722
- Wohlfahrtsverbände (z.B. Arbeiterwohlfahrt, Caritas) 1-723
- Verbraucherorganisationen 1-724
- Seniorenverbände 1-725
- Städtische / kommunale Einrichtungen 1-726
- Landes-/ Bundesregierung 1-727
- Rehabilitationseinrichtungen 1-728
- Rentenversicherung 1-729
- Andere 1-730

Pflege

81. Haben Sie mit Ihren Angehörigen bereits einmal konkret über Probleme gesprochen, die auftreten können, falls Sie selber oder ein Familienmitglied pflegebedürftig würden?

- Ja 1-731
- Nein 2 → weiter mit Frage 84

82. War der Anlass dieses Gesprächs ein aktueller Pflegefall?

- Ja 1-732
- Nein 2 → weiter mit Frage 84

83. Handelte es sich hierbei um einen Pflegefall –

- in Ihrer Familie (innerhalb oder außerhalb Ihres Haushalts)? 1-733
- in Ihrem engeren Freundeskreis? oder 2
- allgemein in der Nachbarschaft oder in Ihrem sonstigen Bekanntenkreis? 3 +
- Nichts davon 4

84. Sind Sie pflegebedürftig?

- Ja 1-734
- Nein 2

85. Ist eine Person aus dem Kreis Ihrer Angehörigen über längere Zeit auf Hilfe oder Pflege angewiesen, z.B. beim Einkaufen, Waschen, Kochen, Essen oder bei Tätigkeiten außer Haus? (Die alterstypische Versorgung und Pflege von kleinen Kindern ist hierbei nicht gemeint.)

- Ja, ich selbst 1-735
- Ja, eine andere Person 2
- Ja, mehrere Personen 3
- Nein, niemand 4 → weiter mit Frage 93

86. Wo lebt (leben) diese Person (Personen) dauerhaft?

- | | 1. Pflegeperson | 2. Pflegeperson | 3. Pflegeperson |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| In meinem Haushalt..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-740 |
| In einem anderen Haushalt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-741 |
| Im Alters-/ Pflegeheim | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3-742 |

87. Pflegen Sie selber diese Person (Personen)?

- Ja 1-743
- Nein 2
- Ich werde selber von jemandem gepflegt . 3

88. Wenn mehrere pflegebedürftige Personen, denken Sie im Folgenden nur an die Person, die am ältesten ist.

Ist diese Person

- Sie selber? 1-744
- Eine andere Person? 2

89. Wie häufig müssen Sie diese Person pflegen (werden Sie selbst gepflegt)?

- Täglich, praktisch rund um die Uhr..... 1-745
- Täglich stundenweise 2
- Mehrmals wöchentlich 3
- Einmal pro Woche 4
- 14-tägig..... 5
- Einmal pro Monat 6
- Seltener 7

90. Wenn Sie einmal insgesamt die Hilfe oder Pflegeleistungen betrachten, wie stark sind Sie als Pflegeperson dadurch belastet (bzw. die Person, die Sie pflegt)?

- Gar nicht 1-746
- Eher wenig..... 2 +
- Eher stark 3
- Sehr stark 4

91. Handelt es sich dabei ...?

- vorrangig um eine körperliche Belastung 1-747
- vorrangig eine seelische Belastung 2
- oder um beides im gleichen Maße 3

92. In welche Pflegestufe ist die zu pflegende Person (sind Sie) eingestuft?

- Pflegestufe 1 (die niedrigste Pflegestufe) 1-748
- Pflegestufe 2 (die mittlere Pflegestufe) ... 2
- Pflegestufe 3 (die höchste Pflegestufe)... 3
- (Noch) keine Pflegestufe 4

93. Die Lebenserwartung der Deutschen steigt mit der Folge, dass es mehr ältere Menschen gibt, von denen ein Teil Hilfe und Pflege benötigt. Angenommen, jemand aus dem Kreis Ihrer Angehörigen oder Sie selbst benötigten dauerhaft Hilfe oder Pflege. Wie gut fühlen Sie sich informiert über Angebote der Krankenkassen, der Wohlfahrtsverbände, von Gemeindeeinrichtungen usw.?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Sehr gut | Gut | Zufrieden stellend | Schlecht | Sehr schlecht |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-749 |

94. Einmal angenommen, Sie benötigten irgendwann einmal dauerhafte Hilfe oder Pflegeleistungen in Ihrem Haushalt: Abgesehen von möglichen Leistungen der Pflegeversicherung oder anderen Sozialleistungen: Wie viele Euro wären Sie persönlich bereit, monatlich dafür auszugeben?

EURO

--	--	--	--

 pro Monat (753-756)

Bitte eintragen!

95. Und falls Sie dauerhafte Hilfe oder Pflegeleistungen außerhalb des Haushalts bräuchten (z.B. im Altersheim, Pflegeheim, beim „betreuten Wohnen“, in Alten-Wohngemeinschaften): Wie viele Euro wären Sie persönlich bereit, monatlich dafür auszugeben?

EURO

--	--	--	--

 pro Monat (757-760)

Bitte eintragen!

Patientenverfügungen

96. Viele Menschen machen sich Gedanken darüber, wie sie einst in Würde sterben möchten. Wie würden Sie sich aus heutiger Sicht persönlich entscheiden und welchen Aussagen stimmen Sie eher zu und welchen eher nicht zu?

	Ja	Nein	Kann ich derzeit nicht beantworten
Dem Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen durch Ärzte (z.B. Beatmung) würde ich zustimmen, wenn durch diese Maßnahmen nur der Todeseintritt verzögert würde [und eine Krankheit nicht mehr aufgehhalten werden kann]	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-761
Auf mein ausdrückliches Verlangen sollte mir eine Selbsttötung unter Mitwirkung eines Arztes möglich sein.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-762
Wenn ich mich entscheiden müsste, ob ich im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung lieber mein Leiden und meine Schmerzen mindern lassen und mein Leben dadurch verkürze, oder statt dessen mit Leiden und Schmerzen länger lebe, würde ich mich für ein kürzeres Leben ohne Leiden und Schmerzen entscheiden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-763
Für mich kommt prinzipiell keine Form der Sterbehilfe oder ihre Vorbereitung in Frage	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-764

97. Eine Patientenverfügung, in der ich frühzeitig festlegen kann, wie ich im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung sterben will, halte ich für gut.

Ja 1-765
 Nein 2
 Kann ich derzeit nicht beantworten 3

98. Ich habe bereits eine solche Patientenverfügung unterschrieben.

Ja 1-766
 Nein 2

99. Wenn ich nicht mehr allein fähig wäre, über eine Sterbehilfe zu entscheiden,...

sollte meine Patientenverfügung gelten 1-767
 sollten die Ärzte darüber entscheiden 2
 sollte mein Betreuer (Angehörige usw.) darüber entscheiden 3

100. Welche Religion oder Glaubensgemeinschaft gehören Sie an? (Bitte auch dann angeben, wenn Sie kein aktiver Kirchgänger oder praktizierender Gläubiger sind.)

Römisch-katholisch 1-768
 Evangelisch 2
 Islamisch 3
 Anderer 4
 Keiner 5

+

Krankenversicherung

101. Welcher Krankenversicherung gehören Sie an (gemeint ist nur die Hauptversicherung)?

AOK 1-769
 DAK 2
 Barmer Ersatzkasse (BEK) 3
 Techniker Krankenkasse (TK) 4
 Gmünder Ersatzkasse (GEK) 5
 Kaufmännische Krankenkasse (KKH) 6
 Innungskrankenkasse (IKK) 7
 Andere Ersatzkasse 8
 Betriebskrankenkasse (BKK) 9
 Private Krankenversicherung (voll privat versichert) 1-770
 Als Beamter oder Angestellter im öffentlichen Dienst beihilfe-
 berechtigt mit privater Zusatzversicherung 2
 Andere Krankenversicherung 3

102. Sind Sie persönlich in dieser Krankenkasse ...

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| beitragzahlendes Pflichtmitglied..... | <input type="checkbox"/> | 1-820 |
| beitragzahlendes freiwilliges Mitglied | <input type="checkbox"/> | 2 |
| mitversichertes Familienmitglied | <input type="checkbox"/> | 3 |
| versichert als Rentner / Arbeitsloser / Student / Wehr- oder Zivildienstleistender .. | <input type="checkbox"/> | 4 |

103. Welche der folgenden Aussagen trifft zu?

- | | Trifft zu | Trifft nicht zu |
|---|----------------------------|--------------------------------|
| Ich erhalte von meiner Krankenversicherung nützliche Informationen zur Erhaltung der Gesundheit..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-821 |
| Ich erhalte von meiner Krankenversicherung nützliche Informationen über die Entstehung und Behandlung von Krankheiten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-822 |
| Meine Krankenversicherung hat mir schon einmal die Bezahlung von Behandlungsmaßnahmen verweigert..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-823 |

104. Glauben Sie, dass die gesetzlichen Krankenkassen für alle von den Versicherten nachgefragten medizinischen Leistungen aufkommen können?

- | | | |
|------------------|--------------------------|-------|
| Ja..... | <input type="checkbox"/> | 1-824 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Weiß nicht | <input type="checkbox"/> | 3 |

+

105. Stellen Sie sich den Fall vor, dass nicht alle medizinischen Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt werden können und auch nicht mehr Geld zur Verfügung gestellt wird. Wer sollte über eine Verteilung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden? (BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN!)

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|-------|
| Versicherte | <input type="checkbox"/> | 1-825 |
| Patientenverbände | <input type="checkbox"/> | 1-826 |
| Ärzte | <input type="checkbox"/> | 1-827 |
| Ärzteverbände | <input type="checkbox"/> | 1-828 |
| Krankenkassen..... | <input type="checkbox"/> | 1-829 |
| Bundestag | <input type="checkbox"/> | 1-830 |
| Gesundheitsministerium | <input type="checkbox"/> | 1-831 |
| Kirchen..... | <input type="checkbox"/> | 1-832 |
| Andere | <input type="checkbox"/> | 1-833 |
| Weiß nicht..... | <input type="checkbox"/> | 1-834 |

106. Wenn es Ihre Krankenversicherungsbeiträge erheblich senken würde, wären Sie bereit:

- | | Ja | Nein |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| Vor einem Facharztbesuch immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-835 |
| Sich nur von bestimmten Ärzten, die von Ihrer Krankenversicherung festgelegt werden, behandeln zu lassen? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-836 |
| Bei Medikamenten höhere Zuzahlungen zu leisten? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-837 |
| Bei speziellen Therapien (wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie etc.) höhere Zuzahlungen zu leisten? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-838 |
| Jährlich einen bestimmten Betrag Ihrer Krankheitskosten (Arzt, Krankenhaus, Medikamente) selbst zu übernehmen (z. B. EURO 500)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-839 |
| Eine „Patientenquittung“ über die vom Arzt erbrachten Leistungen zu kontrollieren und Unstimmigkeiten Ihrer Krankenkasse zu melden | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-840 |
| An Abend- oder Wochenendkursen teilzunehmen, in denen Sie etwas zur Gesundheitsvorsorge (Ernährung, Rückenschule etc.) erfahren können | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-841 |
| Über ausgewählte Leistungen (z. B. Freizeitunfälle, Risikosportarten, Zahnersatz) eine gesonderte Versicherung abzuschließen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-842 |
| Jedes Jahr am Gesundheits-Check-up bei Ihrem Hausarzt teilzunehmen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-843 |
| Jedes Jahr an der Krebsvorsorge teilzunehmen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-844 |
| Ihren Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt von Ihrer Krankenkasse organisieren zu lassen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2-845 |

107. Wie hoch sind nach Ihrer Einschätzung derzeit die durchschnittlichen Beitragssätze (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil zusammen) zur Krankenversicherung in % (Prozent) des Bruttoeinkommens (bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit EURO 3.450)?

% (Prozent) (Bitte eintragen!) (850-851)

Weiß nicht..... 1-852

Finanzierung des Gesundheitswesens

108. 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 gerecht	Überwiegend gerecht	Überwiegend ungerecht	Vollkommen ungerecht	Weiß nicht
Gesunde Beitragszahler unterstützen					
kranke Beitragszahler.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-855
Junge Beitragszahler unterstützen alte					
Beitragszahler.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-856
Alleinstehende Beitragszahler unterstützen					
Familien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-857
Die Bezieher hoher Einkommen unterstützen					
die Bezieher niedriger Einkommen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-858

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

	Vollkommen gerecht	Überwiegend gerecht	Überwiegend ungerecht	Vollkommen ungerecht	Weiß nicht
Die kostenlose Mitversicherung von Ehepartnern, die nicht erwerbstätig sind und keine Kinder betreuen, ist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-860
Die kostenlose Mitversicherung von Ehepartnern , die nicht erwerbstätig sind und Kinder betreuen, ist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-861
Die kostenlose Mitversicherung von Kindern ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-862

110. Bislang werden in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Einkommensschwächeren durch die Einkommensstärkeren unterstützt. Welche Form der Absicherung gegen Krankheit würden Sie befürworten? (BITTE NUR EINE ANTWORT ANKREUZEN!)

- Die umfassende Absicherung aller Krankheitsrisiken sollte von allen gemeinsam finanziert werden, um auch den Einkommensschwächeren einen Anspruch auf alle Leistungen zu ermöglichen
- Die Absicherung der Krankheitsrisiken sollte in Form einer Grundsicherung von allen gemeinsam finanziert werden; spezielle Risiken wie z. B. Sportunfälle oder zusätzlich gewünschte Leistungen wie z. B. Akupunktur sollten durch eine private Zusatzversicherung bezahlt werden.....
- Es ist eigentlich nicht einzusehen, dass man für die Absicherung anderer zahlen muss. Es wäre viel sinnvoller, wenn sich jeder gegen die Krankheitsrisiken selbstständig absichert ..

1-863

2

3

111. Derzeit werden viele Vorschläge zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert. Wie gerecht oder ungerecht finden Sie die folgenden Vorschläge?

	Vollkommen gerecht	Überwiegend gerecht	Überwiegend ungerecht	Vollkommen ungerecht	Weiß nicht
Alle Einkommensarten, also auch Einkommen aus Mieten, Zinseinkünften oder selbständiger Arbeit, werden für die Berechnung des Krankenkassenbeitrags einbezogen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-864
Auch Selbständige, Beamte und Gutverdiener müssen sich gesetzlich (also in der AOK, in Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen usw., nicht mehr privat) krankenversichern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-865
Jeder Erwachsene (auch bisher kostenlos mitversicherte Familienangehörige), gleichgültig ob Gutverdiener oder Geringverdiener, zahlt den gleichen Beitrag von 170 Euro. Der Staat springt ein, wenn der Krankenkassenbeitrag eines Versicherten dadurch höher als 13,3 Prozent des Bruttoeinkommens ist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-866
Zukünftig erhalten alle Versicherten im Krankheitsfall nur Leistungen, die absolut notwendig sind. Für zusätzliche Leistungen (z.B. Zahnersatz, Sehhilfen, Entbindung, Chefarztbehandlung, Krankengeld) müssen private Zusatzversicherungen abgeschlossen werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-867

Finanzierung des Gesundheitswesens

112. Wenn Sie nach einer Umgestaltung der Finanzierung des Gesundheitssystems mehr als heute bezahlen müssten, für welchen Bereich sollte das Geld verwendet werden?

Für die Verbesserung der Versorgung ...

- alter Menschen 1-870
- chronisch Kranker 1-871
- von Armen 1-872
- von Familien 1-873
- Ausschließlich zur Verbesserung meiner eigenen Versorgung 1-874

+

113. Wie viel Euro würden Sie monatlich für diese Unterstützung mehr als heute aufwenden wollen?

- Bis 20 Euro 1-875
- 21-50 Euro 2
- 51-100 Euro 3
- 101-150 Euro 4
- Mehr als 150 Euro 5
- Die Versorgung sollte aus den bestehenden Mitteln heraus verbessert werden 6

114. Damit Ihnen auch in Zukunft alle Leistungen zur Verfügung stehen, wie viele Euro würden Sie monatlich für eine private Zusatzversicherung aufbringen, um im Notfall voll abgesichert (Chefarztbehandlung, Homöopathie etc.) zu sein?

- Bis 20 Euro 1-876
- 21-50 Euro 2
- 51-100 Euro 3
- 101-150 Euro 4
- Mehr als 150 Euro 5
- Ich kann nichts mehr für Gesundheit zusätzlich sparen..... 6

Gesundheitswesen in Deutschland

115. Wie wird sich Ihrer Meinung nach der Umfang der medizinischen Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden, in den nächsten fünf Jahren vermutlich entwickeln?

- Erhöhung 1-920
 Verringerung 2
 Keine Veränderung 3
 Weiß nicht 4

116. Und wie wird sich die Qualität der Leistungen im deutschen Gesundheitssystem in den nächsten fünf Jahren vermutlich entwickeln?

- Verbesserung 1-921
 Verschlechterung 2
 Keine Veränderung 3
 Weiß nicht 4

117. Wie wird sich die Höhe der Krankenversicherungs-Beiträge im deutschen Gesundheitssystem in den nächsten fünf Jahren vermutlich entwickeln?

- Erhöhung 1-922
 Senkung 2
 Gleich bleibende Beiträge 3
 Weiß nicht 4

118. Um die Qualität in der Gesundheitsversorgung zu sichern, sind verschiedene Maßnahmen denkbar. Stimmen Sie den folgenden Aussagen eher zu oder lehnen Sie diese ab?

	+	Stimme sehr zu	Stimme zu	Stimme weder zu noch nicht zu	Stimme nicht zu	Lehne sehr ab				
Die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland ist so gut, dass keine zusätzlichen Maßnahmen notwendig sind	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5-923
Die Qualifikation von Ärzten sollte regelmäßig überprüft werden (z. B. in Form eines Ärzte-TÜVs)	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5-924
Es sollte mehr Informationen über Qualität von Ärzten und Krankenhäusern geben (z. B. Ranglisten in Zeitungen oder im Internet)	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5-925
Ein nationales Institut für Qualitätssicherung sollte Leitlinien für die Behandlung aufstellen und deren Einhaltung kontrollieren	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5-926
Die Krankenkassen sollten über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern informieren	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5-927

119. In immer mehr Arztpraxen und Krankenhäusern werden Qualitätsmanagement-Systeme eingeführt und – bei Erfolg - mit einer Urkunde (Zertifikat) bestätigt. Was erwarten Sie als Patient von zertifizierten Praxen und Einrichtungen?

Ich erwarte ...

- dass ich eine bessere Behandlung bekomme als in nicht zertifizierten Einrichtungen und zwar in *medizinischer* Hinsicht (z.B. weniger Komplikationen, bessere Diagnostik und Behandlung, schnellerer Heilungsprozess) 1-930
- dass ich eine bessere Behandlung bekomme als in nicht zertifizierten Einrichtungen und zwar in *organisatorischer* Hinsicht (z. B. kürzere Wartezeit, weniger Doppeluntersuchungen, bessere Dokumentation der Patientenakte) 1-931
- dass ich verständlicher über meine Krankheit und deren Behandlung informiert und aufgeklärt werde als in nicht zertifizierten Einrichtungen..... 1-932
- dass ich Angaben und Zahlen („harte Fakten“) zu den Behandlungsergebnissen erhalte..... 1-933
- dass ich Angaben über Fort- und Weiterbildungen des Arztes und des Personals erhalte 1-934
- dass ich eine bessere Ausstattung mit Geräten vorfinde als in nicht zertifizierten Einrichtungen... 1-935
- dass Informationen über die Art und Qualität der Behandlung zugänglich sind, die ich während der Wartezeit durchblättern kann..... 1-936
- dass die Einrichtung regelmäßig, unabhängig und zuverlässig geprüft wird..... 1-937
- Ich erwarte nichts von Zertifizierungen, weil sich nichts ändern wird 1-938

120. Es gibt viele Organisationen, die Zertifikate über die Qualität einer Arztpraxis ausstellen können. Welche davon halten Sie für glaubwürdig, welche nicht?

	Sehr glaubwürdig	Glaubwürdig	Weniger glaubwürdig	Nicht glaubwürdig
Krankenkassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-940
Ärzttekammern.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-941
Unabhängige Institutionen (z.B. TÜV, Stiftungen).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-942
Gesundheitsministerium	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-943
Behörden / Ämter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-944
Andere.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-945

121. Als Sie das letzte Mal bei einem Arzt waren, haben Sie in der Praxis Urkunden gesehen?

Ja, und zwar ...

über Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die der Arzt besucht hat..... 1-946

über Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung

andere

Nein

122. Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt an einer Patientenbefragung teilgenommen, die die Verbesserung der Praxisabläufe oder die Qualität der Behandlung und Betreuung der Patienten zum Ziel hatte?

Ja, und zwar ...

beim Hausarzt

beim Facharzt.....

beim Krankenhausarzt

Nein

Neue Versorgungsformen

123. Seit dem 1.1. 2004 gibt es eine Reihe neuer Möglichkeiten der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Uns interessieren Ihr derzeitiger Kenntnisstand und Ihre aktuelle und geplante Inanspruchnahme dieser Versorgungsformen.

Haben Sie bereits einmal ...

Ja

Nein

von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP = Disease Management Programm) für chronisch Kranke, z.B. für Diabetiker, Asthmatiker, Herz-Kreislauf-Kranke und Brustkrebspatientinnen gehört? Diese Programme sind von den Krankenkassen und den Ärzten entwickelt worden. Jeder Arzt muss nach bestimmten qualitätsgeprüften Leitlinien seine Patienten behandeln. Aber auch jeder Patient muss sich an das Behandlungsprogramm halten.....

1

2-960

von so genannten Bonusregelungen gehört? Dies sind Programme, in denen Sie durch die Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Aktivitäten Bonuspunkte sammeln können, mit denen Sie z.B. die Praxisgebühr reduzieren können

1

2-961

von der Möglichkeit der Kostenerstattung von Kosten eines Arztbesuches etc. gehört? Anstatt die Versorgungsleistungen als so genannte Sachleistungen (Bezahlung erfolgt zwischen Krankenkasse und Ärzten) besteht die Möglichkeit, sich vom Arzt eine Rechnung ausstellen zu lassen und sich die Kosten in bestimmtem Rahmen von der Krankenkasse erstatten zu lassen.....

1

2-962

von der Möglichkeit von Selbstbehalten gehört? Für Versicherte, welche die Möglichkeit von Kostenerstattung nutzen, besteht zusätzlich die Möglichkeit, einen Teil ihrer Versorgungskosten selbst zu übernehmen und dafür eine Beitragsermäßigung zu erhalten.....

1

2-963

von der Möglichkeit der Beitragsrückerstattung bei Nicht-Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen gehört? Durch die Nicht-Inanspruchnahme bestimmter Leistungen (gilt z.B. nicht für Vorsorgeleistungen) während eines Jahrs können Versicherte einen Teil ihrer Beiträge zurückerstattet bekommen.....

1

2-964

+
124. Gehören Sie bereits zu den Nutzern ...

	Eines DMP	Eines Bonus- programms	Der Kosten- erstattung	Von Selbst- behalten	Der Beitrags- rückerstattung
Ja.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-965
Nein.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-966

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

	Eines DMP	Eines Bonus- programm s	Der Kosten- erstattung	Von Selbst- behalten	Der Beitrags- rückerstattung
Sehr wahrscheinlich.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-967
Wahrscheinlich.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-968
Eher nicht wahrscheinlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-969
Unwahrscheinlich.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-970

126. Wenn Sie eine Gesamtbeurteilung des deutschen Gesundheitswesens abgeben sollten: Was trifft zu?
(BITTE NUR EINE ANTWORT ANKREUZEN.)

- Im Großen und Ganzen funktioniert unser Gesundheitswesen gut,
nur kleinere Verbesserungen sind notwendig 1-971
- Es gibt einige gute Dinge in unserem Gesundheitswesen, aber
einschneidende Maßnahmen sind nötig, um es zu verbessern 2
- Unser Gesundheitswesen funktioniert so schlecht, dass es von
Grund auf verändert werden muss 3

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

	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu
Die Krankenversicherungsbeiträge für Versicherte sind zu hoch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-972
Der Gesamtbetrag der Zuzahlungen zu Medikamenten und zu medizinischen Leistungen ist zu hoch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-973
Die Qualität der medizinischen Behandlung und anderer medizinischer Dienstleistungen müsste erhöht werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-974
Die Qualität der Krankenhausgebäude und -einrichtungen müsste erhöht werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-975
Es müsste mehr moderne medizinische Behandlungen und Dienstleistungen geben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-976
Die Qualität der einzelnen Ärzte und ärztlichen Einrichtungen ist zu unterschiedlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-977
Nicht jeder Bürger hat die gleichen Möglichkeiten einer guten medizinischen Versorgung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-978
Das Gesundheitswesen bietet nicht genügend medizinische Dienstleistungen an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-979
Es gibt keine Probleme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-980

128. Befürchten Sie, dass ... ?

	Ja	Nein
Sie im Alter nicht ausreichend medizinisch versorgt sein werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-1020
Wartezeiten auf bestimmte Therapien oder Operationen zunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-1021
Bei Ihrer Behandlung ein Behandlungsfehler gemacht wird	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-1022
Ihre Krankenversicherung künftig nicht mehr die Leistungen übernimmt, die für Sie wichtig sind	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-1023
Ihre persönlichen Gesundheits- und Behandlungsdaten von nicht dazu berechtigten Personen eingesehen werden können	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-1024

129. In Zukunft werden nicht mehr alle medizinischen Leistungen (so wie bisher) zu finanzieren sein. Würden Sie den folgenden Lösungsvorschlägen – angesichts der Finanzknappheit – zustimmen oder sie ablehnen?

	Lehne ich sehr ab	Lehne ich ab	Stimme zu	Stimme sehr zu
Anhebung der Versicherten-Beiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-1025
Teilweise Bezahlung medizinischer Leistungen aus der eigenen Tasche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-1026
Allgemeine Kürzung von medizinischen Leistungen. Kürzung der medizinischen Leistungen für über 75-Jährige	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-1027
Kürzung der Vergütung von Ärzten, Apothekern, Pharmaindustrie, Physiotherapeuten usw.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-1029

130. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland? (Denken Sie dabei bitte nicht nur an Ärzte und andere Gesundheitsberufe, sondern auch an die Verfügbarkeit von Behandlungseinrichtungen, an die Qualität der Versorgung im Krankheitsfall, an die Finanzierung des Gesundheitswesens usw.)

- Sehr zufrieden 1-1030
- Zufrieden..... 2
- Teils / teils..... 3
- Etwas unzufrieden 4
- Sehr unzufrieden 5

Angaben zu Ihrer Person

S1 Ihr Geschlecht?

- Männlich 1-1035
- Weiblich 2

S2 In welchem Jahr sind Sie geboren?

1	9		
---	---	--	--

(Bitte Geburtsjahr eintragen.) (1036-1037)

S3 Welchen Familienstand haben Sie? Sind Sie ... ?

- Ledig 1-1038
- Verheiratet 2
- Verwitwet 3
- Geschieden..... 4

S4 Leben Sie mit einem (Ehe-)Partner / einer (Ehe-)Partnerin zusammen?

- Ja 1-1039
- Nein 2

S5 Welche Nationalität haben Sie?

- Deutsch..... 1-1040
- Andere 2

Falls andere: Wie lange wohnen Sie schon in Deutschland?

Seit

--	--

 Jahren

(Bitte eintragen.) (1041-1042)

S6 Welchen Schulabschluss haben Sie? Wenn Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie nur den höchsten!

- Hauptschule / Volksschulabschluss 1-1043
- Realschule / Mittlere Reife..... 2
- Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)..... 3
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) 4
- Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS)..... 5
- Anderen Schulabschluss 6
- Schule ohne Abschluss beendet 7
- Noch keinen Schulabschluss 8

S7 Welchen **beruflichen** Ausbildungsabschluss haben Sie? Falls Sie noch in Ausbildung oder Student(in) sind, geben Sie das bitte unter G oder H an. Was alles auf dieser Liste trifft auf Sie zu?

Mehrfachnennungen möglich!

Für Schüler ohne Berufsausbildung gilt A !

- A Ich habe keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung 1-1045
- B Ich habe eine beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) bzw. eine beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen 1-1046
- C Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen 1-1047
- D Ich habe einen Fachhochschulabschluss 1-1048
- E Ich habe einen Hochschulabschluss 1-1049
- F Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss 1-1050
- G Ich bin noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende(r), Lehrling, Berufsfach- / Handelsschule) 1-1051
- H Ich bin Student(in) 1-1052

S8 Sind Sie zur Zeit erwerbstätig? Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?
 Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.

- Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr (auch Wehr- / Zivildienstleistende) 1-1053
- Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden 2
- Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden 3 +
- In Mutterschafts- / Erziehungsurlaub oder in sonstiger Beurlaubung 4
- Zur Zeit arbeitslos / Null-Kurzarbeit 5
- AZUBI / Lehrling 6
- Zur Zeit **nicht** erwerbstätig, aber früher erwerbstätig 7
- Zur Zeit **nicht** erwerbstätig und auch früher **nie** erwerbstätig 8 → weiter mit Frage

S11

S9 Zu welcher Gruppe gehört Ihr Beruf?

- Selbständiger Landwirt / Genossenschaftsbauer**
 (auch mithelfender Familienangehöriger) 1-1054
- Akademiker in freiem Beruf** 2
- Selbständige im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie usw.** 3
- PGH – Mitglied** 4
- Beamter / Richter / Berufssoldat ...**
 - im einfachen oder mittleren Dienst 5
 - im gehobenen Dienst 6
 - im höheren Dienst 7
- Angestellter ...**
 - mit einer Tätigkeit, die nach Anweisung erledigt wird 8
 - mit selbständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit 9
 - mit umfassenden Führungsaufgaben 0
- Arbeiter, und zwar ...**
 - ungelernt / angelernt 1-1055
 - Facharbeiter 2
 - Vorarbeiter, Kolonnenführer / Meister, Polier, Brigadier 3
- In Ausbildung / Lehre** 4
- Wehr- / Zivildienstleistender** 5

+ +
 S10 Haben Sie jemals eine berufliche Tätigkeit im Gesundheitssektor ausgeübt?

- Ja, derzeit 1-1056
 Ja, früher..... 2
 Nein 3

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

- Ja 1-1057
 Nein 2

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

Personen (Bitte eintragen.) (1058-1059)

Davon Anzahl der Personen im Haushalt über 18 Jahren:

Personen (Bitte eintragen.) (1060-1061)

Davon Anzahl der Personen im Haushalt unter 18 Jahren:

Personen (Bitte eintragen.) (1062-1063)

Bei Personen unter 18 Jahren:

Sind Sie Alleinerziehende/r?

- Ja 1-1064 +
 Nein 2

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

- Eine Person 1-1065
 Zwei Personen..... 2
 Drei Personen..... 3
 Vier Personen und mehr..... 4

S14 Wie hoch ist das monatliche **Netto**-Einkommen Ihres **Haushaltes** insgesamt? Gemeint ist dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.

- Unter 500 € 1-1066
 500 bis unter 1.000 € 2
 1.000 bis unter 1.500 € 3
 1.500 bis unter 2.000 € 4
 2.000 bis unter 2.500 € 5
 2.500 bis unter 3.000 € 6
 3.000 bis unter 4.000 € 7
 4.000 bis unter 5.000 € 8
 5.000 € und mehr 9

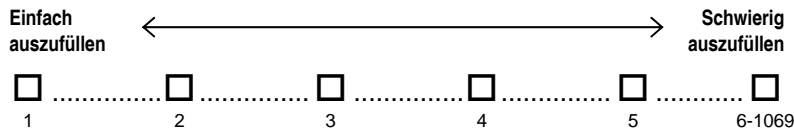
Abschließend noch eine Frage zum Thema „Politik“.

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

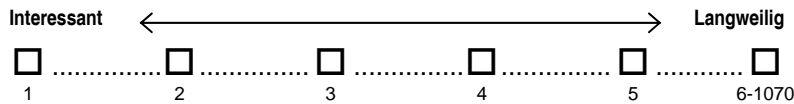
- SPD..... 1-1067
- CDU / CSU 2
- Bündnis 90 / Die Grünen 3
- FDP 4
- PDS..... 5
- Republikaner..... 6
- DVU 7
- NPD 8
- Andere Partei..... 9
- Würde nicht wählen 0
- Würde ungültig wählen 1-1068
- Weiß nicht..... 2

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

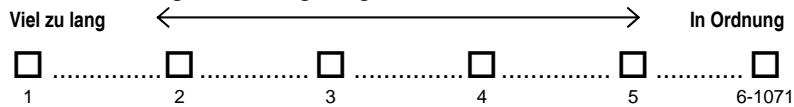
A War der Fragebogen einfach oder schwierig auszufüllen? Bitte kreuzen Sie die Skala entsprechend an: 1 bedeutet: Fragebogen war einfach auszufüllen, 6 bedeutet: Fragebogen war schwierig auszufüllen. Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihre Meinung abstimmen.



B Wie fanden Sie das Beantworten der Fragen insgesamt, eher interessant oder eher langweilig? Bitte kreuzen Sie wieder die Skala entsprechend an:



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



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

--	--

Minuten (Bitte eintragen.) (1072-1073)

E Haben Sie noch Anmerkungen zum Fragebogen?

(1120-1140)