



GESUNDHEITSMONITOR – Welle VIII
Versichertenstichprobe
Erhebung: März / April 2005

Liebe/r Testteilnehmer/in,

wir möchten Sie heute einladen, an einer bedeutenden Studie zum Thema

Gesundheitswesen in Deutschland

teilzunehmen.

Den Mittelpunkt dieser Untersuchung bilden Themen wie „Wie steht es mit der Gesundheit der Bürger in Deutschland?“, „Wie gut kommen Sie mit Ihren Ärzten aus?“ und „Wie beurteilen Sie die Qualität der medizinischen Versorgung?“.

Das Ziel dieser Befragung liegt in der Bewertung des Gesundheitswesens in Deutschland und dessen Verbesserungsmöglichkeiten. Aus Ihren Antworten und aus den Antworten weiterer 3.000 zufällig ausgewählter krankenversicherter Personen in Deutschland sollen jedes Jahr Hinweise zur Verbesserung des Gesundheitswesens erhalten werden. Daher ist uns Ihre Mitarbeit so wichtig!

Wenn Sie mit der Beantwortung des Fragebogens fertig sind, überzeugen Sie sich bitte noch einmal, dass Sie alle Fragen beantwortet haben, und senden Sie uns den Fragebogen möglichst umgehend im beiliegenden Rücksendeumschlag zurück.

Wir bedanken uns schon jetzt für Ihre Mitarbeit. Als Dankeschön für Ihre Bemühungen haben wir Ihnen ein Geschenk beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie, dieses Anschreiben vom Fragebogen abzutrennen, bevor Sie den Fragebogen an uns zurückschicken.

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 früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?

- Ich habe noch nie geraucht (bis auf ganz seltenes Probieren) 1-150
 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

9. Wie ist Ihr Körpergewicht in kg?

kg (Bitte eintragen!) (151-153) +

10. Wie ist Ihre Körpergröße in cm?

cm (Bitte eintragen!) (154-156)

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

- Täglich 1-157
 3-6 mal in der Woche 2
 1-2 mal in der Woche 3
 Seltener, ca. 1 mal im Monat 4
 Nie 5 → weiter mit Frage 13

12. Wie lange dauern diese körperlichen Aktivitäten im Durchschnitt an dem Tag, an dem Sie sie ausüben?

- Weniger als 15 Minuten 1-158
 15-30 Minuten 2
 Eine halbe bis eine Stunde 3
 Über eine Stunde 4

Kontakte mit Ärzten oder 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" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
			161-162	
Internist	<input type="checkbox"/>		1-163	→
			<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
			164-165	
Frauenarzt / Gynäkologe	<input type="checkbox"/>		1-166	→
			<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
			167-168	
Andere Fachärzte	<input type="checkbox"/>		1-169	→
			<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
			170-171	
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>		1-172	→
			<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
			173-174	
Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner	<input type="checkbox"/>		1-175	→
			<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
			176-177	
Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Amtsarzt	<input type="checkbox"/>		1-178	→
			<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
			179-180	
Sonstiger Arzt	<input type="checkbox"/>		1-220	→
			<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></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 36	

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!)

- Vorsorgeuntersuchungen / Impfungen 1-234
 Praxisbesuch ohne Arztkontakt (z.B. Rezeptausstellung, Bestrahlung) 1-235
 Abholen eines Überweisungsscheins 1-236
 (Wunsch nach) Krankschreibung 1-237
 Befindlichkeitsstörungen (z.B. allgemeines Unwohlsein, Schlafstörung) 1-238
 Beratung zu psychischen, sozialen oder mentalen Belastungen 1-239
 Akute leichte Erkrankungen (z.B. Erkältungskrankheit, Durchfall) 1-240
 Akute schwere Erkrankungen 1-241
 Dauerleiden bzw. länger andauernde / chronische Krankheit
 (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Allergien, Rheuma) 1-242
 Unfall 1-243
 Behinderung 1-244
 Ärztliches Gutachten 1-245
 Sonstiges 1-246

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 1-247
 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 1-248
 Nein 2 → weiter mit Frage 22

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

- Ja, ohne Probleme 1-249 +
 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 |

Fachärzte

29. Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten ...
 (BITTE ZÄHLEN SIE NICHT DAZU IHRE BESUCHE BEIM ZAHNARZT, FRAUENARZT ODER KINDERARZT!)
- Ohne Überweisung** durch einen Hausarzt direkt zu einem Facharzt gegangen? mal (Bitte eintragen!) (270-271)
 Keinmal 1-272
- Von Ihrem Hausarzt an einen Facharzt **überwiesen** worden? mal (Bitte eintragen!) (273-274)
 Keinmal 1-275
-
30. 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"/> 1-320 |
| 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"/> 1-321 |
| 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 36 |

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

Ich bin überwiesen worden..... 1-322 → weiter mit Frage 33
 Ich bin ohne Überweisung hingegangen..... 2

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

Ich bin schon lange bei diesem Arzt in Behandlung 1-323
 Ich habe keinen Hausarzt..... 1-324
 Ich sah keine Notwendigkeit, vorher meinen Hausarzt zu konsultieren 1-325
 Ich wollte keine Zeit verlieren 1-326
 Ich bin mit der Überweisungspraxis meines Hausarztes nicht zufrieden..... 1-327
 Anderer Grund..... 1-328

} weiter mit Fr. 36

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

Zu früh 1-329
 Rechtzeitig 2
 Zu spät..... 3
 Weiß nicht..... 4

34. Denken Sie bitte an das letzte Mal, als Ihr Hausarzt Sie an einen anderen Arzt überwiesen hat: Hat Ihr Hausarzt Ihnen klar und deutlich erklärt, warum Sie überwiesen werden?

Ja, mein Hausarzt hat es mir erklärt..... 1-330
 Teils / teils..... 2
 Nein 3

35. 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 1-331
 Teils / teils..... 2 +
 Nein 3
 Weiß nicht..... 4

Hausarztzentrierte Versorgung (Hausarztmodelle)

36. Alle Krankenkassen sollen in Zukunft so genannte Hausarztmodelle anbieten. Dabei schreiben sich die Versicherten für mindestens ein Jahr fest bei einem Hausarzt ein und verpflichten sich, bei gesundheitlichen Beschwerden nicht gleich einen Facharzt, sondern immer erst ihren Hausarzt aufzusuchen. Bietet Ihre Krankenkasse solche Modelle an?

Ja 1-332
 Nein 2
 Weiß nicht..... 3

37. Nehmen Sie bereits an einem Hausarztmodell teil?

Ja 1-333 → weiter mit Frage 40
 Nein 2 → weiter mit Frage 38

38. Könnten Sie sich vorstellen, in Zukunft an einem Hausarztmodell Ihrer Krankenkasse teilzunehmen?

Ja 1-334 → weiter mit Frage 39
 Nein 2 → weiter mit Frage 40

39. Was wären für Sie Voraussetzungen, um an einem Hausarztmodell teilzunehmen?

Ich kann mir eine Teilnahme (nur) vorstellen, wenn...

	Stimme sehr zu	Stimme e- her zu	Teils / Teils / Weiß nicht	Stimme e- her nicht zu	Stimme gar nicht zu
Ich dafür meinen Hausarzt nicht wechseln muss.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-340
Der Hausarzt mir dabei hilft, einen besseren Facharzt zu finden.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-341
Trotzdem garantiert ist, dass ich immer zum Facharzt meiner Wahl gehen kann und nicht die Krankenkasse darüber entscheidet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-342
Der Hausarzt dabei hilft, Doppeluntersuchungen bei anderen Ärzten zu vermeiden.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-343
Meine Krankenkasse darauf achtet, dass alle Ärzte im Modell sich regelmäßig fortbilden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-344
Mein Hausarzt mich dann verstärkt bei der Vermeidung von Krankheiten unterstützt und mich auf passende Präventionsangebote aufmerksam macht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-345
Garantiert ist, dass der Hausarzt mir weiterhin das beste, und nicht das billigste Medikament verschreibt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-346
Ich genau weiß, welche meiner persönlichen Daten an die Krankenkasse oder den Apotheker weitergegeben werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-347
Ich einen finanziellen Vorteil davon habe.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-348

Behandlungsort

40. Wo fand Ihre letzte ärztliche Behandlung statt?

- Einzelpraxis 1-349
 Gruppenpraxis / Praxismgemeinschaft 2
 Ambulantes Versorgungszentrum 3 +
 Krankenhausambulanz..... 4
 Anderswo..... 5

Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004

41. Haben Sie einen Arztbesuch wegen der seit Jahresbeginn 2004 eingeführten Praxisgebühr ... (BITTE NUR EINE ANTWORT ANKREUZEN!)

- Aufgeschoben (z.B. das nahe Ende eines Quartals abgewartet) 1-350
 Vermieden (und sich statt dessen ohne ärztliche Hilfe auskuriert) 2
 Zusätzlich gemacht (um die Überweisung zu einem Facharzt zu erhalten) 3

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

- Ja 1-351
 Nein 2
 Weiß nicht..... 3

43. Die Zuzahlungen für Personen mit einer chronischen Krankheit sind im Jahr 2005 auf 1 % des Haushaltseinkommens begrenzt. Sind Sie chronisch krank und müssen Sie nur 1 % Ihres Haushaltseinkommens zuzahlen?

- Ja 1-352
 Nein 2
 Weiß nicht..... 3

Medikamente

44. 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

45. 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 48

46. 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

47. 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

48. 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

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

- Ja 1-374
- Nein 2

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

- Ja 1-375
- Nein 2

Apotheke

51. Wenn Sie an das letzte Mal denken, als Sie mit einem Rezept in der Apotheke waren: Was machte die Apothekerin / der Apotheker?

	Ja	Nein
Händigte mir das verordnete Arzneimittel ohne Anmerkungen oder Beratung aus.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-420
Erläuterte mir allgemein, was bei der Einnahme des verordneten Arzneimittels zu beachten ist (z.B. Häufigkeit der Einnahme).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-421
Wies mich auf mögliche Wechselwirkungen zweier verordneter Arzneimittel hin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-422
Hielt Rücksprache mit meinem Arzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-423
Erläuterte mir alles Wichtige anhand des Beipackzettels und machte ihn mir verständlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-424
Bot mir den Verkauf weiterer (freiverkäuflicher) Mittel an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-425

52. Sofern Sie bereits einmal Arzneimittel über eine Internet-Apotheke bezogen haben: Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Zumindest einmal wurde meine Bestellung „vergessen“	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-426	
Ich wartete auf meine Arzneimittel viele Tage bis Wochen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-427	
Auf telefonische Anfrage erhielt ich befriedigende Informationen zu Neben- und Wechselwirkungen der mir verordneten Arzneimittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-428
Zumindest in einem Fall ergab sich, dass eine Antwort zu Neben- oder Wechselwirkungen falsch war	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-429
Mein Arzneimittelpäckchen hätte praktisch Dritten oder Kindern ausgehändigt werden können.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-430	
Ich empfand die Telefonberatung als kompetent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-431
Ich empfand die Bestellmöglichkeiten als sehr bequem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-432	
Ich war voll und ganz zufrieden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-433	

Alternative Medizin

53. In jüngster Zeit liest man viel über „alternative“ Heilmethoden und Naturheilverfahren. Haben Sie selbst schon einmal die folgenden Heilmittel ausprobiert oder vom Arzt verordnet bekommen?

	In den letzten 12 Monaten	Vor mehr als 1 Jahr	Noch nie
Dies habe ich ausprobiert ...			
Naturheilmittel, pflanzliche Arzneien (Pillen, Salben, Tees, Tinkturen usw.).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-434
Naturheilverfahren (Kneipp-Verfahren, Moor-Bäder, Massagen, Salzlufte usw.).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-435
Bewegungstherapie, Ernährungstherapie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-436
Reflexzonenmassage, rhythmische Massage.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-437
Akupunktur, Akupressur, chinesische Medizin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-438
Homöopathische Medizin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-439
Anthroposophische Medizin, Eurythmie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-440
Bachblüten, Aroma-Therapie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-441
Entspannungstechniken (z.B. autogenes Training)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-442
Chiropraktik	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-443
Andere „alternative“ Heilmethode.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-444

54. Die Meinungen zu alternativen Heilmethoden in der Bevölkerung sind recht unterschiedlich. Stimmen Sie den folgenden Feststellungen jeweils (eher) zu oder (eher) nicht zu?

	Stimme vö- lig zu	Stimme e- her zu	Teils / Teils / Weiß nicht	Stimme e- her nicht zu	Stimme ganz und gar nicht zu
Anders als in der Schulmedizin werden bei alternativer Medizin auch die seelischen Ursachen von Krankheit einbezogen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-450
Viele alternative Therapeuten sind unseriös und wollen nur Geld verdienen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-451
Die alternative Medizin hat schon vielen Menschen geholfen, bei denen die Schulmedizin erfolglos war	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-452
Alternative Medizin ist eine reine Glaubenssache	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-453
In der alternativen Medizin nimmt man sich sehr viel mehr Zeit für den Patienten als in der Schulmedizin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-454
Bei ernsten Erkrankungen ist es unter Umständen gefährlich, sich nur alternativmedizinisch behandeln zu lassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-455
Arzneimittel der Alternativmedizin sind zwar sanfter, aber längst nicht so wirkungsvoll wie Medikamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-456

55. Wenn ein guter Freund Sie aufgrund anhaltender Gesundheitsbeschwerden um Rat fragt: Würden Sie Ihm empfehlen, einmal alternative Heilmethoden auszuprobieren?

Ganz sicher ja.....	<input type="checkbox"/> 1-457	
Wahrscheinlich ja	<input type="checkbox"/> 2	
Kommt drauf an, vielleicht	<input type="checkbox"/> 3	+
Wahrscheinlich nein	<input type="checkbox"/> 4	
Ganz sicher nein.....	<input type="checkbox"/> 5	

56. Falls Sie alternative Heilmittel oder Heilverfahren in den letzten 12 Monaten ausprobiert haben, wurden diese ...?

Auch schon einmal von einem Arzt „auf Krankenschein“ verordnet	<input type="checkbox"/> 1-458	
In dieser Zeit immer von Ihnen selbst bezahlt (z.B. in einer Apotheke, Drogerie, Reformhaus, beim Heilpraktiker)	<input type="checkbox"/> 2	} weiter mit Fr. 58
Entfällt, habe alternative Heilmittel in den letzten 12 Monaten nicht ausprobiert....	<input type="checkbox"/> 3	

57. Als Sie die alternativen Heilmittel vom Arzt verordnet bekamen, war dies ein ... ?

Arzt für Naturheilkunde.....	<input type="checkbox"/> 1-459
Homöopath	<input type="checkbox"/> 1-460
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> 1-461
Psychotherapeut, Psychologe	<input type="checkbox"/> 1-462
„Normaler“ Arzt in einer Praxis	<input type="checkbox"/> 1-463
„Normaler“ Arzt in einem Krankenhaus oder einer Reha-Klinik	<input type="checkbox"/> 1-464

58. Als Sie das letzte Mal alternative Medizin ausprobiert haben, geschah dies ... ?

Wegen einer chronischen Erkrankung (z.B. Herz-Kreislauf, Rheuma, Allergie usw.), an der Sie schon länger leiden.....	<input type="checkbox"/> 1-465
Wegen einer vorübergehenden Erkrankung (z.B. Grippe, Infektion mit Bakterien usw.)	<input type="checkbox"/> 1-466
Wegen allgemeinerer Beschwerden (Schlafstörungen, Nervosität, Magenbeschwerden, seelische Verstimmung usw.)	<input type="checkbox"/> 1-467
Zur Vorbeugung oder zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands .	<input type="checkbox"/> 1-468

Persönliche Gesundheitsausgaben

59. 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 style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	,	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	520-524
Freiverkäufliche Mittel und Medikamente, die voll selbst bezahlt werden müssen (z.B. Gesundheitstees, Stärkungsmittel, Naturheilmittel, homöopathische Mittel, Schmerzmittel)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	,	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	525-529
Zuzahlungen zu Medikamenten (auf Rezept).....	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	,	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	530-534
Zuzahlung zum Krankenhausaufenthalt	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	,	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	535-539
Zuzahlungen zum Zahnersatz	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	,	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	540-544
Fahrkosten zur Arztpraxis etc.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	,	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	545-549
Heilmittel (Krankengymnastik, Massagen usw.).....	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	,	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	550-554
Verbandmittel, Hilfsmittel (Krücken, Rollstuhl usw.)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	,	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	555-559
Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	,	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	560-564
Sonstige Zuzahlungen (z.B. Blutdruckmessgeräte, Gesundheitszirkel)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	,	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	565-569

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

Sehr schwierig 1-570
 Schwierig 2
 Teils / teils 3 +
 Eher nicht schwierig 4
 Gar nicht schwierig 5

Informationen über Arzt und Gesundheit

61. 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..... 1-571
 Nein 2 } weiter mit Frage 63
 Ja 3

62. Worüber haben Sie sich da informiert?

Lage der Praxis, Nähe zur Wohnung 1-620
 Wie zufrieden andere mit ihm sind 1-621
 Über seine Fachkenntnisse, Spezialisierungen, Erfahrungen 1-622
 Über seinen Umgang mit Patienten, Freundlichkeit..... 1-623
 Über die technische Ausstattung seiner Praxis..... 1-624
 Über Urkunden / Zertifikate; über seine Fortbildung oder über die Qualität seiner Praxis 1-625
 Einsatz eines Terminplanungs-Systems zur Vermeidung / Verkürzung von Wartezeiten..... 1-626
 Anderes 1-627

63. 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 1-628
- Ich achte nicht speziell auf Informationen über Gesundheitsthemen, interessiere mich aber dafür 2
- Ich bin nicht sehr an Informationen über Gesundheitsthemen interessiert..... 3

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

- Ja 1-629
- Teils/teils 2
- Nein 3

Hausarzt und Präventionsangebote

65. Hat Ihr Hausarzt Sie in den letzten 12 Monaten auf konkrete Angebote der Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung außerhalb der Arztpraxis hingewiesen (z.B. Kurse zu Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung / Entspannung, Raucherentwöhnung)?

- Ja 1-630 +
- Nein 2

66. Wenn ja, handelte es sich dabei um Angebote von: (BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN.)

- Gesundheitsämtern 1-635
- Krankenkassen 1-636
- Patientenberatungsstellen 1-637
- Privaten Anbietern (z.B. Fitness- und Wellnesszentren, private Berater / Trainer / Therapeuten, private Institute) 1-638
- Rehabilitationseinrichtungen 1-639
- Selbsthilfegruppen 1-640
- Sportvereinen 1-641
- Volkshochschulen..... 1-642
- Sonstige, bitte angeben: (1120-1180) 1-643
-

67. Welche Angebote haben Sie auf Empfehlung des Arztes tatsächlich in Anspruch genommen?

Angebote von:

- Gesundheitsämtern 1-645
- Krankenkassen 1-646
- Patientenberatungsstellen 1-647
- Privaten Anbietern (z.B. Fitness- und Wellnesszentren, private Berater / Trainer / Therapeuten, private Institute) 1-648
- Rehabilitationseinrichtungen 1-649
- Selbsthilfegruppen 1-650
- Sportvereinen 1-651
- Volkshochschulen..... 1-652
- Sonstige 1-653
- Keine..... 1-654

Gesundheitsvorsorge, Prävention

68. Im Folgenden finden Sie einige Meinungen, die man über Gesundheit haben kann. Bitte kreuzen Sie jeweils an, inwieweit Sie dieser Meinung zustimmen.

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Lehne eher ab	Lehne voll und ganz ab	Weiß nicht
Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Veranlagung und Glück.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-660
Was die Gesundheit betrifft, so kann man nur das tun, was der Arzt sagt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-661
Wie schnell man nach einer Krankheit wieder gesund wird, ist hauptsächlich durch reines Glück bestimmt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-662
Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was man dafür selbst tut.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-663
Ärzte bestimmen die Gesundheit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-664
Man hat seine Gesundheit in den eigenen Händen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-665
Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt beraten lässt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-666
Ob man gesund bleibt, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-667
Es liegt vor allem an einem selbst, wie schnell man nach einer Krankheit wieder gesund wird	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-668

Selbsthilfe

69. Sind Sie derzeit Mitglied in einem landes- oder bundesweiten Verband von Behinderten oder chronisch kranken Menschen (ohne regelmäßige Treffen)?

Ja 1-669 +
 Nein 2

70. Haben Sie schon einmal an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen?
 (Selbsthilfegruppen sind kleinere Gruppen, in denen sich Menschen in wöchentlichen bis monatlichen Abständen treffen. Ihre Aktivitäten sind auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und / oder psychosozialen Problemen gerichtet, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind.)

Ja, wegen meiner eigenen Gesundheit..... 1-670
 Ja, wegen der Gesundheit eines Angehörigen 1-671
 Ja, aber das ist länger als 12 Monate her 1-672
 Nein, noch nie..... 1-673 → weiter mit Fr. 75

Falls Sie schon an mehreren Selbsthilfegruppen teilgenommen haben, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte zu der Gruppe, die Sie am längsten besucht haben!

71. Nehmen Sie derzeit an einer Selbsthilfegruppe teil?

Ja 1-674
 Nein 2

72. Wie lange haben Sie an den Treffen der Selbsthilfegruppen teilgenommen?

Nur einige Male..... 1-675
 3-11 Monate..... 2
 12-23 Monate..... 3
 2 Jahre und mehr 4

73. In welchem Krankheits- bzw. Problembereich ist die Selbsthilfegruppe tätig?

- Abhängigkeiten und Sucht (z.B. Alkohol, Spielsucht) 1-720
 Psychische Belastungen, Störungen oder Krankheiten
 (z.B. Ängste, Depressionen, Essstörungen)..... 1-721
 Behinderungen, orthopädische oder neurologische Erkrank-
 ungen (z.B. Epilepsie, Morbus Bechterew, Rheuma) 1-722
 Innere Erkrankungen (z.B. Diabetes, Allergien)..... 1-723
 Tumorerkrankungen (z.B. Brustkrebs, Leukämie) 1-724
 Soziale und Lebensprobleme (z.B. Alleinerziehende, Part-
 nerprobleme, Tod eines Angehörigen) 1-725
 Sonstige, und zwar: (1220-1280)
 1-726

74. Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, welche der Antwortvorgaben am meisten zutrifft:

a) Die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe war / ist für meine Genesung bzw. die Verringerung meiner Probleme...

- Sehr positiv 1-727
 Positiv 2
 Teils / teils 3
 Negativ..... 4
 Sehr negativ..... 5

b) Die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe war / ist für meine Lebensqualität und mein Wohlbefinden...

- Sehr positiv 1-728
 Positiv 2
 Teils / teils 3
 Negativ..... 4
 Sehr negativ..... 5

Pflege

Die Menschen in Deutschland leben immer länger. Je älter man wird, desto wichtiger werden Fragen, wie man im Bedarfsfall versorgt wird.

75. 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..... 1-729 +
 Ja, eine andere Person 2
 Nein, niemand 3 → weiter mit Frage 80

76. Pflegen Sie selber diese Person?

- Ja 1-730
 Nein 2
 Ich werde selber von jemandem gepflegt . 3

77. In welche Pflegestufe ist die zu pflegende Person (oder sind Sie selbst) eingestuft?

- | | Die zu pflegende Person | Ich selbst |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Pflegestufe 1 (die niedrigste Pflegestufe) . | <input type="checkbox"/> 1-731 | <input type="checkbox"/> 1-732 |
| Pflegestufe 2 (die mittlere Pflegestufe) | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Pflegestufe 3 (die höchste Pflegestufe)..... | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| (Noch) keine Pflegestufe | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 |

78. Falls Sie eine Person selbst pflegen, denken Sie nun bitte an die konkrete Betreuung oder Pflege dieser Person. Wie viel Zeit wenden Sie dabei auf für ...

	Sehr viel Zeit	Viel Zeit	Etwas Zeit	Wenig Zeit	So gut wie gar keine Zeit
Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-733
Ernährung (mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Hilfen bei der Aufnahme der Nahrung)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-734
Mobilität (Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung, Begleitung bei Besorgungen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-735
Hauswirtschaftliche Versorgung (Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-736
Allgemeine Alltagsgespräche.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-737
Emotionale Zuwendung wie z.B. Wertschätzung, Trost, Interesse und Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-738
Zeit und Geduld im Umgang mit altersbedingten Einschränkungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-739
Ich pflege keine Person, ich bin selbst ein Pflegefall.....	<input type="checkbox"/> 1-740				

79. Welche Unterstützungsleistungen Dritter nehmen Sie selbst oder die zu pflegende Person in Anspruch?

	Für die zu pflegende Person	Für mich selbst
Haushaltshilfe (Besorgungen, Einkäufe, Reinigungsarbeiten, ...).....	<input type="checkbox"/> 1-750	<input type="checkbox"/> 1-755
Besuchsdienst (Gesprächsrunden, Kaffee, Spiele, ...).....	<input type="checkbox"/> 1-751	<input type="checkbox"/> 1-756
Hauskrankenpflege.....	<input type="checkbox"/> 1-752	<input type="checkbox"/> 1-757
Essen auf Rädern.....	<input type="checkbox"/> 1-753	<input type="checkbox"/> 1-758
Weiterbildungskurse für pflegende Angehörige	<input type="checkbox"/> 1-754	<input type="checkbox"/> 1-759

80. 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 benötigen dauerhaft Hilfe oder Pflege.

Wie gut fühlen Sie sich über dieses Thema informiert durch die

	Sehr gut	Gut	Zufrieden stellend	Schlecht	Sehr schlecht
+					
Krankenkassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-760
Ärzte.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-761
Sozialstationen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-762
Professionelle Pflegedienste.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-763
Einrichtungen von Wohlfahrtsverbänden, der Caritas oder von kirchlichen Trägern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-764
Selbsthilfeorganisationen (z.B. Alzheimer, Demenz).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-765
Verbraucherorganisationen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-766
Seniorenverbände	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-767
Rehabilitationseinrichtungen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-768
Andere.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-769

Krankenversicherung

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

- | | |
|---|--------------------------------|
| AOK | <input type="checkbox"/> 1-770 |
| DAK | <input type="checkbox"/> 2 |
| Barmer Ersatzkasse (BEK) | <input type="checkbox"/> 3 |
| Techniker Krankenkasse (TK)..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| Gmünder Ersatzkasse (GEK)..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| Kaufmännische Krankenkasse (KKH)..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| Innungskrankenkasse (IKK) | <input type="checkbox"/> 7 |
| Andere Ersatzkasse | <input type="checkbox"/> 8 |
| Betriebskrankenkasse (BKK) | <input type="checkbox"/> 9 |
| Private Krankenversicherung (voll privat versichert)..... | <input type="checkbox"/> 1-771 |
| Als Beamter oder Angestellter im öffentlichen Dienst beihilfeberechtigt mit privater Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> 2 |
| Andere Krankenversicherung..... | <input type="checkbox"/> 3 |

82. 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 |

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

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| Ja, einmal | <input type="checkbox"/> 1-821 |
| Ja, schon mehrfach | <input type="checkbox"/> 2 |
| Nein, aber beabsichtige demnächst.. | <input type="checkbox"/> 3 |
| Nein | <input type="checkbox"/> 4 |

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

- | | | |
|------------------|--------------------------------|---|
| Ja..... | <input type="checkbox"/> 1-822 | |
| Nein | <input type="checkbox"/> 2 | + |
| Weiß nicht | <input type="checkbox"/> 3 | |

85. 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 |

86. 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
Jedes Jahr am Gesundheits-Check-up bei Ihrem Hausarzt teilzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-842
Jedes Jahr an der Krebsvorsorge teilzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-843
Ihren Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt von Ihrer Krankenkasse organisieren zu lassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-844

87. Wären Sie bereit, für folgende Leistungen, die von der Krankenversicherung nicht oder nur teilweise bezahlt werden, eine Zusatzversicherung abzuschließen?

	Ja	Nein
Für bestimmte Heilmethoden (z.B. alternative Medizin, Akupunktur, Massagen) ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-845
Für Chefarzt-Behandlung im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-846
Für spezielle Zahnarztbehandlungen und Zahnersatz (z.B. Implantate)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-847
Für Freizeitunfälle und Verletzungen durch Risikosportarten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-848

Finanzierung des Gesundheitswesens

88. 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 Beitrags- zahler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-856
Alleinstehende Beitragszahler unterstützen Fa- milien	<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

89. 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 Ehe- partnern, 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 Ehe- partnern , die nicht erwerbstätig sind und Kin- der 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

90. 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 1-863

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 2

Es ist eigentlich nicht einzusehen, dass man für die Absicherung anderer zahlen muss. 3

Es wäre viel sinnvoller, wenn sich jeder gegen die Krankheitsrisiken selbstständig absichert .. 3

91. 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 zahlt denselben Krankenkassenbeitrag (z.B. durchschnittlich 109 Euro beim CDU-Vorschlag für eine „persönliche Gesundheitsprämie“). Wer nur ein sehr niedriges Einkommen hat, für den werden Zuschüsse aus Steuermitteln bezahlt.....	<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

Gesundheitswesen in Deutschland I

92. 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

93. 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

94. 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

95. 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
Eine staatliche Institution sollte patientenverständlich über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern informieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-926
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

96. In vielen Arztpraxen und Krankenhäusern wird jetzt schon die Qualität der medizinischen Behandlung überprüft und bei Erfolg mit einer Urkunde (Zertifikat) bescheinigt. Was meinen Sie, wird durch solch eine Qualitätskontrolle ...?

	Ja	Nein
Die medizinische Behandlung verbessert (weniger Komplikationen, bessere Behandlungsmethoden)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-928
Der Behandlungsablauf für den Patienten verbessert (kürzere Wartezeiten, weniger Doppeluntersuchungen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-929
Der Patient besser und verständlicher über seine Krankheit und deren Behandlung informiert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-930
Die schriftliche Information für den Patienten (Diagnose, Krankheitsursachen, Behandlungsmethode) besser	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-931
Die Fortbildung von Arzt und Personal besser kontrollierbar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-932
Die technische Ausstattung mit Geräten verbessert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-933
Es tatsächlich möglich, ein unabhängiges und objektives Urteil zu fällen über die Qualität medizinischer Behandlung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-934

Neue Versorgungsformen

97. 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		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-954
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		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-955
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		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-956
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		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-957
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		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-958

98. Gehören Sie bereits zu den Nutzern ...

	Eines DMP	Eines Bonusprogramms	Der Kosten-erstattung	Von Selbst-behalten	Der Beitrags-rückerstattung
Ja.....	<input type="checkbox"/> 1-959	<input type="checkbox"/> 1-960	<input type="checkbox"/> 1-961	<input type="checkbox"/> 1-962	<input type="checkbox"/> 1-963
Nein.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

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

	Eines DMP	Eines Bonusprogramms	Der Kosten-erstattung	Von Selbst-behalten	Der Beitrags-rückerstattung
Sehr wahrscheinlich.....	<input type="checkbox"/> 1-964	<input type="checkbox"/> 1-965	<input type="checkbox"/> 1-966	<input type="checkbox"/> 1-967	<input type="checkbox"/> 1-968
Wahrscheinlich.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Eher nicht wahrscheinlich	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Unwahrscheinlich.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

Gesundheitswesen in Deutschland II

100. 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

101. 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

102. 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

103. 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 | <input type="checkbox"/> | 1-1045 |
| B | Ich habe eine beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) bzw. eine beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen..... | <input type="checkbox"/> | 1-1046 |
| C | Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen | <input type="checkbox"/> | 1-1047 |
| D | Ich habe einen Fachhochschulabschluss | <input type="checkbox"/> | 1-1048 |
| E | Ich habe einen Hochschulabschluss..... | <input type="checkbox"/> | 1-1049 |
| F | Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss | <input type="checkbox"/> | 1-1050 |
| G | Ich bin noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende(r), Lehrling, Berufsfach- / Handelsschule)..... | <input type="checkbox"/> | 1-1051 |
| H | Ich bin Student(in) | <input type="checkbox"/> | 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)..... | <input type="checkbox"/> | 1-1053 |
| Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden | <input type="checkbox"/> | 2 + |
| Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| In Mutterschafts- / Erziehungsurlaub oder in sonstiger Beurlaubung | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Zur Zeit arbeitslos / Null-Kurzarbeit..... | <input type="checkbox"/> | 5 |
| AZUBI / Lehrling | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Zur Zeit nicht erwerbstätig, aber früher erwerbstätig | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Zur Zeit nicht erwerbstätig und auch früher nie erwerbstätig | <input type="checkbox"/> | 8 → weiter mit Frage S11 |
-

- S9 Zu welcher Gruppe gehört Ihr Beruf?

- | | | |
|---|--------------------------|--------|
| Selbständiger Landwirt / Genossenschaftsbauer
(auch mithelfender Familienangehöriger) | <input type="checkbox"/> | 1-1054 |
| Akademiker in freiem Beruf | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Selbständige im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie usw. | <input type="checkbox"/> | 3 |
| PGH-Mitglied | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Beamter / Richter / Berufssoldat ... | | |
| im einfachen oder mittleren Dienst..... | <input type="checkbox"/> | 5 |
| im gehobenen Dienst | <input type="checkbox"/> | 6 |
| im höheren Dienst | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Angestellter ... | | |
| mit einer Tätigkeit, die nach Anweisung erledigt wird | <input type="checkbox"/> | 8 |
| mit selbständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit | <input type="checkbox"/> | 9 |
| mit umfassenden Führungsaufgaben..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Arbeiter, und zwar ... | | |
| ungelernt / angelernt | <input type="checkbox"/> | 1-1055 |
| Facharbeiter | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Vorarbeiter, Kolonnenführer / Meister, Polier, Brigadier | <input type="checkbox"/> | 3 |
| In Ausbildung / Lehre | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Wehr- / Zivildienstleistender | <input type="checkbox"/> | 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..... | <input type="checkbox"/> | 1-1067 |
| CDU / CSU | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Bündnis 90 / Die Grünen | <input type="checkbox"/> | 3 |
| FDP..... | <input type="checkbox"/> | 4 |
| PDS..... | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Republikaner..... | <input type="checkbox"/> | 6 |
| DVU | <input type="checkbox"/> | 7 |
| NPD | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Andere Partei..... | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Würde nicht wählen | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Würde ungültig wählen | <input type="checkbox"/> | 1-1068 |
| Weiß nicht..... | <input type="checkbox"/> | 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.

Einfach auszufüllen	\longleftrightarrow	Schwierig auszufüllen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	5	6-1069

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

Interessant	\longleftrightarrow	Langweilig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	5	6-1070

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

Viel zu lang	\longleftrightarrow	In Ordnung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	5	6-1071

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

		Minuten	(Bitte eintragen.) (1072-1073)
--	--	---------	--------------------------------

E Haben Sie noch Anmerkungen zum Fragebogen?

(1320-1380)

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.