

Seriennummer:

--	--	--	--

ID Befragte(r)											Vorname/Initialen	
		-								-		

Datum der Befragung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ID Befrager(in): _____

„50+ in Europa“

Erhebung über Gesundheit, Alterung und Ruhestand in Europa

2021

Selbstverwalteter Fragebogen

Postanschrift und Telefonnummer des Sozialforschungsinstituts

Wie Sie diesen Fragebogen AUSFÜLLEN

Die meisten Fragen auf den folgenden Seiten können durch einfaches Ankreuzen des Kästchens unter oder neben der Antwort beantwortet werden, die für Sie zutrifft.

Bitte EIN (1) Kästchen ankreuzen:

Richtig oder
Falsch

Bitte gehen Sie Frage für Frage vor. Überspringen Sie Fragen, wenn Sie ausdrücklich dazu aufgefordert werden.

Beispiel:

Haben Sie Kinder?

₁ Ja

₅ Nein



Weiter mit Frage ...



Wenn Sie in diesem Beispiel „Ja“ angekreuzt haben, fahren Sie mit der nächsten Frage fort!

Wenn Sie in diesem Beispiel „Nein“ angekreuzt haben, gehen Sie weiter zu der Frage aus der Anweisung!

Wie Sie diesen Fragebogen ZURÜCKSENDEN

Wenn der Interviewer noch bei Ihnen zu Hause ist, nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, geben Sie ihm bitte den ausgefüllten Fragebogen zurück. Falls nicht, senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem vorfrankierten Umschlag schnellstmöglich zurück. *Wenn Sie einen Ersatzumschlag benötigen, rufen Sie bitte das [nationale Sozialforschungsinstitut] unter der [gebührenfreien Telefonnummer] an.*

BITTE BEGINNEN SIE MIT DEM FRAGEBOGEN BEI FRAGE 1 AUF DER NÄCHSTEN SEITE

ALLE IHRE ANTWORTEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT. NOCHMALS VIELEN DANK FÜR IHRE HILFE

Wir würden Ihnen gerne einige Fragen zum Zugang zu Ihren und zum Verständnis Ihrer Gesundheitsdaten stellen.

1) Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwer, wie einfach ist das Folgende Ihrer Meinung nach: (Bitte füllen Sie die nachfolgende Tabelle aus)

	Sehr einfach	Einfach	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer
a) Informationen zu Behandlungen von Erkrankungen zu finden, die Sie betreffen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Herauszufinden, wo man ärztliche Hilfe bekommt, wenn Sie erkrankt sind?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Zu verstehen, was der Arzt/die Ärztin zu Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Die Anweisungen Ihres Arztes/Ihrer Ärztin oder Ihres Apothekers/Ihrer Apothekerin zur Einnahme eines verschriebenen Medikaments zu verstehen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) Zu beurteilen, wenn Sie eine Zweitmeinung eines anderen Arztes/einer anderen Ärztin benötigen würden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f) Die Informationen zu nutzen, die Sie von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin erhalten, um Entscheidungen zu Ihrer Erkrankung zu treffen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) Die Anweisungen Ihres Arztes/Ihrer Ärztin oder Ihres Apothekers/Ihrer Apothekerin zu befolgen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h) Informationen zu finden, wie man mentale Gesundheitsprobleme wie Stress oder Depression handhabt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i) Die Warnhinweise auf eine Gesundheitsgefährdung bei Verhalten wie Rauchen, Bewegungsmangel und Alkoholmissbrauch zu verstehen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j) Zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen benötigen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
k) Zu beurteilen, ob die Informationen zu Gesundheitsrisiken in den Medien zuverlässig sind?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
l) Zu entscheiden, wie Sie sich vor Erkrankungen basierend auf den Informationen in den Medien schützen können?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
m) Informationen zu Aktivitäten zu finden, die für Ihr mentales Wohlbefinden gut sind?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
n) Informationen in den Medien zu verstehen, wie man ein gesünderes Leben führt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
o) Zu beurteilen, welches tagtägliche Verhalten im Zusammenhang mit Ihrer Gesundheit steht?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2) Wie oft müssen Sie jemanden beim Lesen eines Rezepts, einer Packungsbeilage oder anderer schriftlichen Dokumente um Hilfe bitten, das/die Sie von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin oder Ihrem Apotheker/Ihrer Apothekerin erhalten haben?

₁ Immer ₂ Oft ₃ Manchmal ₄ Selten ₅ Niemals

3) Haben Sie jemanden, der Ihnen bei der Gesundheitsvorsorge hilft?

- ₁ Ja ₂ Nein → Weiter mit Frage 5

4) Wer hilft Ihnen bei der Gesundheitsvorsorge?

- ₁ Ein Familienmitglied ₂ Ein Freund/Eine Freundin ₃ Ein Nachbar/Eine Nachbarin ₄ Eine Gesundheitsfachkraft ₅ Sonstiges

Die elektronische Gesundheitsakte ist eine elektronische, persönliche und sichere Gesundheitsakte unter der direkten Kontrolle des Patienten, die kostenlos durch eine Anstalt des öffentlichen Rechts kostenlos zur Verfügung gestellt wird (zum Beispiel die „Austauschakte“ (DSP, Dossier de Soins Partagés)). Das Hauptziel der DSP ist es, den Austausch zwischen den Gesundheitsdienstleistern zu unterstützen und so die medizinische Überwachung und Koordination der Pflege des Patienten durch die Zentralisierung der wichtigsten Gesundheitsinformationen des Patienten (z. B. Ergebnisse radiologischer Untersuchungen, Konsultationsbericht, Ergebnisse biologischer Untersuchungen usw.) zu verbessern, um so die Pflege durch Vermeidung überflüssiger medizinischer Verfahren zu optimieren.

5) Haben Sie schon einmal etwas über die elektronische Gesundheitsakte (DSP) gehört?

- ₁ Ja ₂ Nein → Weiter mit Frage 7

6) Haben Sie schon einmal eine derartige DSP geöffnet?

- ₁ Ja → Weiter mit Frage 8 ₂ Nein

7) Möchten Sie eine DSP eröffnen?

- ₁ Ja ₂ Nein → Weiter mit Frage 11

8) Wer sollte laut Ihnen Zugang zu Ihrer DSP erhalten? (Bitte füllen Sie die nachfolgende Tabelle aus)

Befugte Personengruppen im Krankenhaus:	Ja	Nein
a) Ärzte und Pflegepersonal (d. h., Festlegung und Durchführung der Behandlung, Analyse meiner Laborbefunde)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Personal der Ambulanz und der Notaufnahme (z. B. Reaktion auf einen Notfall)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Verwaltungspersonal (für organisatorische Gründe)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Befugte Personengruppen in der Arztpraxis:	Ja	Nein
d) Mein Hausarzt/Meine Hausärztin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Jede andere Gesundheitsfachkraft, auf die ich treffe (z. B. Physiotherapeuten, Herzspezialist/in, Hautarzt/ärztin)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Apotheker (z. B. beim Verkauf meiner Medikamente)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Labor, das für meine biologischen Untersuchungen ausgewählt wurde (z. B. Blutuntersuchungen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Jeder Person, die ich die Erlaubnis dazu gebe (Familie, Freunde und andere Personen, die keine Gesundheitsfachkraft sind)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

9) Haben Sie schon jemals Ihre Daten in der DSP eingesehen?

- ₁ Ja → Weiter mit Frage 12 ₂ Nein

10) Möchten Sie Zugang zu Ihren Daten in der DSP haben?

₁ Ja → Weiter mit Frage 12 ₂ Nein

11) Warum möchten Sie keine DSP eröffnen oder Zugang zu dieser haben? (Bitte füllen Sie die nachfolgende Tabelle aus)

Gründe	Ja	Nein
a) Ich verstehe nicht, warum es wichtig ist, eine DSP zu haben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Ich habe Bedenken, dass es Probleme mit dem Datenschutz gibt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Ich glaube nicht, dass sie für meine Gesundheit nützlich ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Ich habe keine Computerkenntnisse, um sie zu nutzen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Ich habe nicht die Kenntnisse, um die medizinischen Daten zu verstehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Das Ganze macht mich nervös	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Andere Gründe. Bitte angeben		

Machen Sie nach dieser Frage weiter mit Frage 20.

12) Warum möchten Sie Zugang zu Ihrer DSP haben? (Bitte füllen Sie die nachfolgende Tabelle aus)

Gründe	Ja	Nein
a) Ich möchte über meine Gesundheit informiert sein	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Ich bin neugierig, was in meiner Patientenakte steht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Ich möchte an meiner Gesundheitsfürsorge beteiligt sein	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Ich möchte sicherstellen, dass meine Patientenakte korrekt ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Ich möchte meinen Gesundheitszustand besser verstehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Ich möchte den Verlauf der Erkrankung nachverfolgen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Andere Gründe. Bitte angeben		

13) Auf welche Daten in der DSP möchten Sie zugreifen/haben Sie bereit Zugriff? (Bitte füllen Sie die nachfolgende Tabelle aus)

Daten	Ja	Nein
a) Klinische/biologische Laborergebnisse (z. B. meine Blutuntersuchungen, nuklearmedizinische Ergebnisse)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Ergebnisse aus Untersuchungen zum Gedächtnis, zur Eigenständigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Verlauf meiner ärztlichen Verordnungen (Medikamente und Untersuchungen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Meine Krankengeschichte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Andere Daten. Bitte angeben		

14) Möchten Sie Ihre Gesundheitsdaten in Ihrer DSP selber aktualisieren?

₁ Ja ₂ Nein → Weiter mit Frage 16

15) Welche Daten würden Sie als Patient in Ihrer DSP aktualisieren wollen? (Bitte füllen Sie die nachfolgende Tabelle aus)

Daten, die durch Sie aktualisiert werden	Ja	Nein
a) Meine Krankengeschichte (z. B. alle Gesundheitsprobleme, die Sie hatten)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Meine familiäre Krankengeschichte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Meine neuen Symptome/Veränderung in meinen Symptomen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Nebenwirkungen meiner Medikamente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Meine allergischen Reaktionen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Meine klinischen Ergebnisse (z. B. Blutuntersuchungen, Biopsie)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Durch mich gemessene Werte (z. B. Blutdruck oder der von Ihnen gemessene Blutzuckerspiegel)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Informationen in Bezug auf meine Angewohnheiten (z. B. mit dem Rauchen angefangen/aufgehört, Diät angefangen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

16) Von welchen Daten in Ihrer DSP glauben Sie, dass sie Ihnen am meisten bei der Handhabung Ihrer Gesundheit helfen?

Daten, die bei der Handhabung Ihrer Gesundheit helfen	Ja	Nein
a) Klinische/biologische Laborergebnisse (z. B. meine Blutuntersuchungen, nuklearmedizinische Ergebnisse)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Ergebnisse aus Untersuchungen zum Gedächtnis, zur Eigenständigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Verlauf meiner ärztlichen Verordnungen (Medikamente und Untersuchungen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Meine Krankengeschichte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

17) Glauben Sie, dass der Zugang zu Ihrer DSP Ihnen bei der Verbesserung Ihrer Gesundheit helfen kann?

₁ Ja ₂ Nein → Weiter mit Frage 19

18) Inwieweit glauben Sie, dass der Zugang zu Ihrer DSP Ihnen bei der Verbesserung Ihrer Gesundheit helfen wird?
(Bitte füllen Sie die nachfolgende Tabelle aus)

Gründe	Ja	Nein
a) Ich werde eine verantwortungsbewusstere Einstellung zu meiner Gesundheit haben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Ich werde meinen Lebensstil an meinen Gesundheitszustand anpassen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Ich werde in der Lage sein, Fragen im Voraus vorzubereiten, und von weitaus informierten medizinischen Untersuchungen profitieren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Es wird die Suche nach einer zweiten medizinischen Meinung oder einer alternativen Diagnose vereinfachen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Es wird einfacher sein, den Behandlungen zu folgen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Andere Gründe. Bitte angeben		

19) Würden Sie sich einverstanden erklären, die Daten in Ihrer DSP mit Forschern zu teilen, um die medizinische Forschung anonym (ohne personenbezogene Daten wie Name oder Sozialversicherungsnummer) zu erleichtern?

₁ Ja ₂ Nein

20) Bitte füllen Sie abschließend Ihr Geschlecht und Ihr Geburtsjahr aus:

a) Ich bin...

Männlich	<input type="checkbox"/>	1
Weiblich	<input type="checkbox"/>	2

b) Ich wurde

--	--	--	--

 (Jahr) geboren

*Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten.
Bitte senden Sie den Fragebogen in dem beigelegten frankierten Briefumschlag an uns zurück*