

**Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,**

**vielen Dank, dass Sie an unserer Studie teilnehmen möchten. Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie unseren Fragebogen über den Einsatz starker Schmerzmittel. Bitte unterschreiben Sie außerdem die beigefügte Einwilligungserklärung. Damit uns beide Dokumente erreichen, adressieren Sie diese bitte wie folgt:**

**RÜCKANTWORT**

**Universität Duisburg-Essen**

**Lehrstuhl Medizinmanagement (WSC)**

**Stichwort: Projekt Op-US (Versichertenbefragung)**

**Thea-Leymann-Straße 9**

**45127 Essen**

**Vielen Dank,**

**Ihr Op-US-Projektteam**



## **Einwilligungserklärung**

Bitte senden Sie eine Ausfertigung der Einwilligungserklärung an die Universität Duisburg-Essen. Die zweite Ausfertigung ist für Ihre Unterlagen

## **Op-US-Studie: Versorgungssituation mit opioidhaltigen Schmerzmitteln**

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: ...../...../.....

Ich habe die Patienteninformation zu Op-US gründlich durchgelesen und hatte Gelegenheit, dazu Fragen zu stellen.

### **Datenschutz:**

Ich willige ein, dass für den Zweck der Op-US-Studie meine personenbezogenen Befragungsdaten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, erhoben und bei der Vertrauensstelle an der Universität Duisburg-Essen aufgezeichnet werden. Diese Daten dürfen in pseudonymisierter Form zur wissenschaftlichen Auswertung an den Lehrstuhl für Medizinmanagement (Universität Duisburg-Essen, Thea-Leymann-Str- 9, 45127 Essen) weitergegeben werden.

Ebenso willige ich ein, dass die DAK-Gesundheit Abrechnungsdaten zu Arzneimittelverordnungen, ambulanten Behandlungen, stationären Behandlungen, Heil- und Hilfsmitteln, Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld und Reha-Behandlungen aus den Jahren 2019 bis 2020, die meine Person betreffen, pseudonymisiert an den Lehrstuhl für Medizinmanagement übermittelt. Die Daten werden nur so verwendet, wie in der Patienteninformation zu Op-US beschrieben.

Die pseudonymisierten Daten werden am Lehrstuhl für Medizinmanagement nach Abschluss der Studie für 10 Jahre archiviert aufbewahrt.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist. Ich weiß, dass ich meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs kann ich entscheiden, ob meine bereits erhobenen Daten gelöscht werden müssen. Es entstehen mir keine Nachteile bezüglich einer laufenden oder zukünftigen Behandlung, wenn ich die Teilnahme an der Studie ablehne oder die Einwilligung widerrufe.

Ich bestätige, dass ich die Aufklärung verstanden habe und erkläre mit meiner Unterschrift meine Bereitschaft zur freiwilligen Teilnahme an der Studie.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name Patient/in in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in



## Fragebogen zur Studie über Einsatz starker Schmerzmittel

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

mit dieser wissenschaftlichen Studie wollen wir herausfinden, wie die Therapie mit starken Schmerzmitteln in Deutschland abläuft und was verbessert werden kann. Die Studie wird vom Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen durchgeführt und durch den BVSD e. V.<sup>1</sup> und die DAK-Gesundheit unterstützt.

**Wir legen großen Wert auf die Wahrung des Datenschutzes und behandeln Ihre Angaben streng vertraulich.** Die Fragebögen werden durch die Vertrauensstelle der Universität Duisburg-Essen pseudonymisiert. Weder die DAK Gesundheit noch die auswertende Stelle (Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen) haben Zugriff auf Ihre persönlichen Daten. Ihre Anonymität ist somit jederzeit gewährleistet.

Der Fragebogen enthält Fragen zu Ihrer persönlichen Schmerzsituation und zu Ihrer Versorgung mit opioidhaltigen Schmerzmitteln. Für das Ausfüllen des Fragebogens werden Sie ca. 45 Minuten benötigen.

### Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Bitte füllen Sie den Fragebogen wie folgt aus:

- ➔ Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten an. Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich, kreuzen Sie bitte nur **ein** Kästchen an.

*Beispiel: Wann haben die Schmerzen begonnen?*

- Im letzten Jahr
- Vor mehr als einem Jahr, aber weniger als zwei Jahren
- Vor zwei bis fünf Jahren
- Vor mehr als fünf Jahren

- ➔ Bei einigen Fragen werden Sie gebeten alle auf Ihre Situation zutreffenden Möglichkeiten anzukreuzen. Dann steht hinter der Frage „**(Mehrfachnennungen sind möglich)**“.
- ➔ Weitere Erläuterungen finden Sie in der beiliegenden Studieninformation.

---

<sup>1</sup> Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland – BVSD e.V.

□□□□□ Bitte nicht beschriften.

## Zu Ihrer Information

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Gebrauch von Opioiden. Opioide sind Arzneimittel gegen starke Schmerzen. Sie können zum Einsatz kommen, wenn übliche Schmerzmedikamente oder andere Schmerzbehandlungen nicht ausreichend wirken oder nicht angewandt werden dürfen.

Beispiele für Opioide/Opioidhaltige Schmerzmittel	
Buprenorphin (z.B. Norspan <sup>®</sup> , Buprendo <sup>®</sup> , Buvirdal <sup>®</sup> , Suboxone <sup>®</sup> , Subutex <sup>®</sup> , Temgesic <sup>®</sup> )	Tapentadol (z.B. Palexia <sup>®</sup> , Yantil <sup>®</sup> )
Fentanyl (z.B. Actiq <sup>®</sup> , Durogesic <sup>®</sup> , Fentamat <sup>®</sup> )	Tramadol (z.B. Amadol <sup>®</sup> , Tramal <sup>®</sup> , T Long <sup>®</sup> )
Hydromorphon (z.B. Palladon <sup>®</sup> , Dilaudid <sup>®</sup> , Rexaphon <sup>®</sup> )	Wirkstoffkombination Tilidin/Naloxon (z.B. Tilidin plus <sup>®</sup> , Valoron <sup>®</sup> , Tilicomp <sup>®</sup> )
Morphin (z.B. Painbreak <sup>®</sup> , Sendolor <sup>®</sup> , Morph <sup>®</sup> )	Wirkstoffkombination Oxycodon/Naloxon (z.B. Oxycocomp <sup>®</sup> , Targin <sup>®</sup> , Oxycodon/Nalox <sup>®</sup> )
Oxycodon (z.B. Carenoxal <sup>®</sup> , Oxygesic <sup>®</sup> , Oxipro <sup>®</sup> )	Kurzwirkende Opioide: Effentora <sup>®</sup> , Abstral <sup>®</sup> , Sevredol <sup>®</sup> , Capros <sup>®</sup> , Buprenorphin Sublingual SL <sup>®</sup>

Diese Tabelle erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## Fragen zu Ihrer Schmerzsituation

1. Zunächst interessiert uns Ihre Schmerzsituation. Haben Sie im letzten Jahr (2020) über mindestens drei Monate unter starken Schmerzen gelitten? Wenn ja, unter welchen?

Nein, ich hatte im letzten Jahr keine starken Schmerzen

→ Falls nein, bitte füllen Sie den Fragebogen nicht weiter aus.

Ja, und zwar (*Mehrfachnennungen sind möglich.*)

unter starken Rückenschmerzen

unter starken Arthroseschmerzen (Gelenkschmerzen)

unter starken anderen Schmerzen

2. Haben Sie im letzten Jahr aufgrund Ihrer starken Schmerzen Opioide eingenommen?

Ja, ich habe im letzten Jahr aufgrund der starken Schmerzen opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen

Nein, ich habe im letzten Jahr zwar unter starken Schmerzen gelitten, aber keine opioidhaltigen Schmerzmittel eingenommen

**3. Wurde bei Ihnen eine Schmerzdiagnose gestellt?**

Nein

Ja, und zwar **(Mehrfachnennungen sind möglich.)**

Arthroseschmerz

Chronische Rückenschmerzen

Chronische Schmerzstörung

Andere: \_\_\_\_\_

---

**4. Auf welche Ursache(n) führen Sie Ihre Schmerzen zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich.)**

Für mich ist keine Ursache erkennbar

auf eine bestimmte Krankheit und wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

auf eine Operation:

Gelenkoperation (etwa Kniespiegelung, Einsatz eines künstlichen Gelenks)

Wirbelsäulenoperation

Operation im Bauchraum

andere Operation

auf einen Unfall

auf körperliche Belastung

auf seelische Belastung

auf berufliche Belastung

---

**5. Wann haben die Schmerzen begonnen?**

Im letzten Jahr

Vor mehr als einem Jahr, aber weniger als zwei Jahren

Vor zwei bis fünf Jahren

Vor mehr als fünf Jahren

---



c) Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten vier Wochen an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

d) Geben Sie jetzt an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

9. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der letzten drei Monate. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

a) An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten drei Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z. B. Beruf, Schule, Haushalt)?

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Zahlen an.

An etwa	①	① Tagen
	①	①
	②	②
	③	③
	④	④
	⑤	⑤
	⑥	⑥
	⑦	⑦
	⑧	⑧
	⑨	⑨

**Ausfüllhilfe**

Kreuzen Sie hier bitte die beiden Zahlen an, aus denen sich die für Sie zutreffende Tagesanzahl zusammensetzt.

**Beispiele:**

- Bei der Antwort „an etwa **drei** Tagen“ kreuzen Sie in der **linken Spalte die 0** und in der **rechten Spalte die 3** an.
- Bei der Antwort „an etwa **zwölf** Tagen“ kreuzen Sie in der **linken Spalte die 1** und in der **rechten Spalte die 2** an.

**Beispiel für die Antwort „an etwa zwölf Tagen“:**

An etwa	①	① Tagen
	<del>①</del>	①
	②	<del>②</del>
	③	③
	④	④
	⑤	⑤
	⑥	⑥
	⑦	⑦
	⑧	⑧
	⑨	⑨

In der **folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen** bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

**b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten drei Monaten Ihren Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Beeinträchtigung									völlige Beeinträchtigung	

**c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten drei Monaten Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis beeinträchtigt?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Beeinträchtigung									völlige Beeinträchtigung	

**d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten drei Monaten Ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Beeinträchtigung									völlige Beeinträchtigung	

Graded Chronic Pain Scale Items and Scoring (GCPs, von Korff et al. 1992) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0  
 .Antwortformat von Frage 9 wurde modifiziert.

**10. Wenn Sie sich an Ihren Krankheitsverlauf zurückerinnern, von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt? Bitte ordnen Sie auch ein, wann Sie das letzte Mal aufgrund der Schmerzen Kontakt (Beratung oder Behandlung) zu einem Vertreter der jeweiligen Berufsgruppe hatten.**

➔ Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz.

Berufsgruppen	Noch nie	In den letzten drei Monaten	In den letzten vier bis zwölf Monaten	Vor mehr als einem Jahr
Hausarzt <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>2</sup> In diesem Fragebogen werden aus Gründen der Lesbarkeit nur männliche Bezeichnungen verwendet, es sind jedoch immer alle Geschlechter gemeint. Die Bezeichnung **Hausarzt** bezieht sich auf in der hausärztlichen Versorgung tätige Ärzte (Allgemeinmediziner/ Internist/ Praktischer Arzt)

Berufsgruppen	Noch nie	In den letzten drei Monaten	In den letzten vier bis zwölf Monaten	Vor mehr als einem Jahr
Chirurg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurochirurg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopäde/Unfallchirurg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden beiden Fragen richten sich nur an Personen, die bei einem **Schmerztherapeuten in Behandlung** sind bzw. waren. Für alle anderen Personen geht es mit Frage 13 weiter.

**11. Wie lange hat es gedauert, bis Sie mit der Behandlung beginnen konnten, nachdem Sie sich für eine Behandlung bei einem Schmerztherapeuten entschieden hatten?**

- weniger als 1 Monat
- zwischen 1 und weniger als 3 Monaten
- zwischen 3 und weniger als 7 Monaten
- zwischen 7 und weniger als 12 Monaten
- mehr als 12 Monate



**12. Durch wen wurden Sie auf die Möglichkeit einer Behandlung durch einen Schmerztherapeuten aufmerksam gemacht?**

- Von meinem Hausarzt
- Von meinem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Von meinem Physiotherapeuten
- Von einem anderen Facharzt
- Von meinem Heilpraktiker
- Auf Empfehlung aus dem privaten Umfeld (etwa Familienmitglied / Bekannte)
- Durch Ihre Krankenkasse
- Durch eine Klinik
- Durch das Internet
- Durch Rundfunk, Fernsehen und/oder Printmedien
- Andere: \_\_\_\_\_

**13. Es gibt sehr unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten für Schmerzen. Bitte geben Sie an, welche Verfahren Sie bislang ausprobiert haben und in welchem Zeitraum diese Behandlung stattfand?**

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben.

→ Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz.

	Wann haben Sie die letzte Behandlung erhalten?			
	Noch nie	In den letzten drei Monaten	Vor vier bis zwölf Monaten	Vor mehr als einem Jahr
Nicht-Opioidhaltige Schmerzmittel (z. B. Paracetamol, Ibuprofen, ASS, Diclofenac, Naproxen, Metamizol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioidhaltige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tilidin, Hydromorphon, Oxycodon, Tapentadol, Buprenorphin, Tramadol, Morphin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z. B. epidural)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Wann haben Sie die letzte Behandlung erhalten?			
	Noch nie	In den letzten drei Monaten	Vor vier bis zwölf Monaten	Vor mehr als einem Jahr
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropraktik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante/teilstationäre/stationäre Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Was machen Sie selbst, um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?**

*(Mehrfachnennungen sind möglich.)*

- Aktive Techniken, z. B. Sport, physiotherapeutische Übungen, Spazieren, Yoga, Gymnastik, Schwimmen
- Entspannungsverfahren (etwa Progressive Muskelrelaxation), Hypnose, Biofeedback
- Freiverkäufliche Schmerzmittel (etwa Ibuprofen, Diclofenac, Paracetamol)
- Andere freiverkäufliche Arzneimittel (etwa Arnika, CBD-Tropfen, Wärmepflaster)
- Weitere Strategien, z. B. Schlafen, Wärme
- Ablenkung, z. B. mit Freunden treffen, Kinobesuch
- Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

**15. Wurden Ihnen von behandelnden Ärzten weitere Maßnahmen empfohlen? (Mehrfachnennungen sind möglich.)**

- Bücher oder Informationsmaterial, Gespräche mit Fachleuten
- Patientenschulungen
- Selbsthilfegruppe
- Verordnung einer Gesundheits-App
- Lebensstiländerung, etwa mehr Bewegung oder andere Ernährung
- Ernährungsberatung
- Kursteilnahme zu Lebensstiländerungen

**16. Wurden Sie schon einmal wegen Ihrer Schmerzen operiert? (Mehrfachnennungen sind möglich.)**

- nein
- Bandscheiben-OP                       1 mal     2 mal     3 mal oder mehr
- Erweiterung des Spinalkanals        1 mal     2 mal     3 mal oder mehr
- Rückenversteifung                       1 mal     2 mal     3 mal oder mehr
- Andere Wirbelsäulen-OP                1 mal     2 mal     3 mal oder mehr
- Gelenkersatz-OP                          1 mal     2 mal     3 mal oder mehr
- Arthroskopie/Gelenkspiegelung        1 mal     2 mal     3 mal oder mehr
- Andere: \_\_\_\_\_                       1 mal     2 mal     3 mal oder mehr

**17. Wird Ihr Gesundheitszustand gegenwärtig durch eines der folgenden Gesundheitsprobleme beeinträchtigt? Bitte beantworten Sie alle Fragen für die nachfolgenden Krankheiten.**

➔ Bitte machen Sie *in jeder Zeile* entsprechend zwei Kreuze

	Liegen folgende Erkrankungen vor?		Nehmen Sie dafür Medikamente?	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüteserkrankung oder Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Liegen folgende Erkrankungen vor?		Nehmen Sie dafür Medikamente?	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol- oder Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magengeschwür oder andere Magen- erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

→ Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz.

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fragen zur Versorgungsqualität

19. Bitte geben Sie an, welcher Arzt mit der Opioidtherapie begonnen hat.

- Hausarzt
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Neurologe
- Schmerztherapeut
- Sonstige: \_\_\_\_\_

20. Bitte geben Sie an, welcher Arzt die Opioidtherapie aktuell durchführt oder die Therapie bis zu deren Beendigung durchgeführt hat. (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- Hausarzt
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Neurologe
- Schmerztherapeut nur bei speziellen Fragen
- Schmerztherapeut
- Sonstige: \_\_\_\_\_

21. Bitte beziehen Sie sich bei den nachfolgenden Fragen auf die Opioidtherapie zur medizinischen Behandlung der letzten 6 Monate wegen der anhaltenden Schmerzen. (Wenn Sie länger als sechs Monate nicht beim Arzt waren, denken Sie bitte an Ihren letzten Besuch bei dem Arzt, der die Opioidtherapie durchgeführt hat.)

→ Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz.

In den letzten 6 Monaten...	So gut wie nie	Meistens nicht	Gelegentlich	Meistens	Fast immer
1. wurde ich bei der Planung der Behandlung nach meinen Vorstellungen gefragt.	<input type="checkbox"/>				
2. wurden mir verschiedene Behandlungsmethoden angeboten.	<input type="checkbox"/>				
3. wurde ich nach Problemen mit meinen Medikamenten oder deren Nebenwirkungen gefragt.	<input type="checkbox"/>				
4. erhielt ich eine schriftliche Anweisung, was ich für meine Erkrankung tun kann.	<input type="checkbox"/>				
5. war ich zufrieden mit der Organisation meiner Behandlung.	<input type="checkbox"/>				
6. habe ich die Erfahrung gemacht, dass das, was ich für meine Erkrankung getan habe, die Erkrankung positiv beeinflusst hat.	<input type="checkbox"/>				

Op-US Studie zu Erfahrungen mit der Therapie mit opioidhaltigen Schmerzmitteln

In den letzten 6 Monaten...	So gut wie nie	Meistens nicht	Gelegentlich	Meistens	Fast immer
7. wurde ich nach meinen Zielen gefragt, in Bezug auf die Verbesserung meiner Gesundheit	<input type="checkbox"/>				
8. habe ich mir – mit Unterstützung meines Arztes – konkrete Ziele in Bezug auf mein Gewicht oder/und meine Bewegung gesetzt.	<input type="checkbox"/>				
9. erhielt ich einen schriftlichen Behandlungsplan ausgehändigt.	<input type="checkbox"/>				
10. wurde ich ermutigt, zu einer bestimmten (Selbsthilfe-)Gruppe oder Einrichtung für meine Erkrankung zu gehen.	<input type="checkbox"/>				
11. wurden mir direkt oder über einen Fragebogen Fragen zu Gewohnheiten, die für meine Erkrankung wichtig sind, gestellt.	<input type="checkbox"/>				
12. war ich mir sicher, dass mein Arzt meine Gewohnheiten und Lebensweise bei den Therapieempfehlungen berücksichtigt hat.	<input type="checkbox"/>				
13. wurde mit mir ein Plan für meine Behandlung entworfen, den ich in meinem Alltag umsetzen kann.	<input type="checkbox"/>				
14. wurde mir im Voraus erklärt, wie ich mit meiner Erkrankung auch in schwierigen Phasen umgehen kann.	<input type="checkbox"/>				
15. wurde ich gefragt, wie meine Erkrankung mein Leben beeinflusst.	<input type="checkbox"/>				
16. hat mich jemand nach einem Arztbesuch kontaktiert, um sich nach meinem Zustand zu erkundigen.	<input type="checkbox"/>				
17. wurde ich ermuntert, an öffentlichen Programmen teilzunehmen, die mir helfen könnten.	<input type="checkbox"/>				
18. erhielt ich eine Gesundheitsberatung oder Ernährungsberatung (beim Hausarzt oder durch Überweisung).	<input type="checkbox"/>				
19. wurde mir erklärt, wie meine Arztbesuche bei anderen Ärzten, wie z. B. beim Diabetologen, die Behandlung unterstützen.	<input type="checkbox"/>				
20. wurde ich gefragt, wie die Besuche bei anderen Ärzten gelaufen sind.	<input type="checkbox"/>				
21. wurde ich während des Arztbesuches gefragt, was ich bezüglich meiner Erkrankung besprechen wollte.	<input type="checkbox"/>				
22. wurde ich gefragt, wie meine Arbeit, meine Familie oder meine soziale Situation die Behandlung meiner Erkrankung beeinflussen.	<input type="checkbox"/>				

In den letzten 6 Monaten...	So gut wie nie	Meistens nicht	Gelegentlich	Meistens	Fast immer
23. wurde mir gezeigt, wie ich Unterstützung von meiner Familie oder Freunden bekomme.	<input type="checkbox"/>				
24. wurde mir erklärt, wie wichtig die Dinge für meine Gesundheit sind, die ich selber beeinflussen kann (wie z. B. Sport).	<input type="checkbox"/>				
25. habe ich mir mit meinem Arzt ein Ziel gesetzt, was ich tun kann, um meinen Zustand zu verbessern.	<input type="checkbox"/>				
26. wurde mir ein Heft oder eine Liste gegeben, in der ich meine Fortschritte eintragen kann.	<input type="checkbox"/>				

**22. Welche Therapieziele hat der behandelnde Arzt mit Ihnen hinsichtlich der Therapie mit opioidhaltigen Schmerzmitteln erarbeitet? (Mehrfachnennungen sind möglich.)**

Es wurden keine Therapieziele vereinbart

→ Falls ja, bitte weiter mit Frage 25

Optimale Schmerzlinderung

Vermeidung einer Verschlechterung der Schmerzen

Teilnahme an Krankengymnastik zu ermöglichen

Hohe Sicherheit mit wenig Nebenwirkungen

Vermeidung einer Suchtproblematik

Teilnahme am sozialen Leben

Arbeitsaufnahme

„Sich selber wieder versorgen können“

Verbesserte Schlafqualität

Andere: \_\_\_\_\_



Die folgende Frage richtet sich nur an Personen, bei denen **Therapieziele erarbeitet** wurden. Für alle anderen Personen geht es mit Frage 25 weiter.

**23. Wurden Kontrollen Ihrer Therapieziele vorgenommen, die zu Änderungen Ihrer Opioidtherapie geführt haben?**

- Nein**, es wurden keine oder nicht regelmäßige Kontrollen der Therapieziele vorgenommen
- Nein**, es wurden zwar Kontrollen vorgenommen, diese haben aber nicht zu Änderungen geführt.

**Ja**, und zwar: *(Mehrfachnennungen sind möglich.)*

- es wurde eine Steigerung der Dosis vorgenommen
- es wurde auf ein anderes Opiat gewechselt
- eine Dosisreduktion wurde von meinem Arzt vorgenommen/ bzw. es wurde ein Ausschleichen durchgeführt, weil das opioidhaltige Schmerzmittel keine ausreichende Wirkung gezeigt hatte
- mir wurde empfohlen, mein opioidhaltiges Schmerzmittel bei Bedarf (etwa bei körperlichen Belastungen) einzunehmen

Die folgende Frage richtet sich nur an Personen, bei denen **keine oder unregelmäßige Kontrollen** der Therapieziele durchgeführt wurden. Für alle anderen Personen geht es mit Frage 25 weiter.

**24. Falls die Therapieziele nicht oder nicht regelmäßig überprüft wurden, was waren Ihrer Meinung nach die Gründe? (Mehrfachnennungen sind möglich.)**

- Mangelnde Zeit des Arztes
- Mangelnde Fachkenntnis des Arztes
- Ich habe das Gefühl, dass der Arzt nicht auf meine Bedürfnisse eingeht
- Schwierigkeiten, einen Termin beim Arzt zu bekommen
- Ich bin bei mehreren Ärzten in Behandlung und eine Abstimmung zwischen den Ärzten findet nicht statt
- Andere: \_\_\_\_\_



**27. Sind bei Ihnen im Rahmen der Therapie mit opioidhaltigen Schmerzmitteln bereits Nebenwirkungen aufgetreten?**

**Nein** → Falls nein, bitte weiter mit Frage 30

Ja, und zwar (*Mehrfachnennungen sind möglich.*)

- Juckreiz
- Verstopfung
- Allergische Reaktion auf das Pflaster
- Benommenheit
- Konzentrationsstörungen
- Alpträume/Halluzinationen
- Vermehrtes Schwitzen
- Verringertes sexuelles Lustempfinden/Erektile Dysfunktionen
- Störung bei der Monatsblutung
- Andere: \_\_\_\_\_

Die folgende Frage richtet sich nur an Personen, bei denen **Nebenwirkungen aufgetreten** sind. Für alle anderen Personen geht es mit Frage 30 weiter.

**28. Welche Strategien haben Sie und ihr Arzt beim Auftreten der Nebenwirkungen bislang angewandt? (*Mehrfachnennungen sind möglich.*)**

- Meine Nebenwirkungen wurden gut behandelt → Bitte weiter mit Frage 30
- Ich möchte diese Probleme nicht bei meinem Arzt ansprechen.
- Ich habe die Nebenwirkungen hingenommen.
- Ich habe das Präparat gewechselt.
- Die Nebenwirkungen wurden mit dem Arzt besprochen, aber die Opioidtherapie wurde mit dem gleichen Präparat weiter geführt.
- Es wurde eine Beendigung der Therapie angestrebt.
- Ich habe den Arzt gewechselt.
- Andere: \_\_\_\_\_

Die folgende Frage richtet sich nur an Personen, bei denen **Nebenwirkungen aufgetreten** sind, die **nicht gut behandelt** wurden. Für alle anderen Personen geht es mit Frage 30 weiter.

**29. Welche Gründe sehen Sie, dass Nebenwirkungen bei Ihnen in der Vergangenheit nicht ausreichend behandelt wurden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)**

- Mangelnde Zeit des Arztes
- Mangelnde Fachkenntnis des Arztes
- Ich habe das Gefühl, dass der Arzt nicht auf meine Bedürfnisse eingeht
- Schwierigkeiten, einen Termin beim Arzt zu bekommen
- Ich bin bei mehreren Ärzten in Behandlung und eine Abstimmung zwischen den Ärzten findet nicht statt
- Ich möchte diese Probleme nicht bei meinem Arzt ansprechen
- Ich möchte nicht noch mehr Medikamente nehmen
- Andere: \_\_\_\_\_

**30. Wurde die 2020 bei Ihnen begonnene Therapie mit opioidhaltigen Schmerzmitteln beendet?**

- Nein**, ich nehme weiterhin die opioidhaltigen Schmerzmittel
- Ja**, aber ohne Hilfe des Arztes
- Ja**, mit Hilfe des Arztes und zwar *(Mehrfachnennungen sind möglich.)*
  - Das Medikament wurde einfach von einen auf den anderen Tag abgesetzt.
  - Die Dosis wurde schrittweise reduziert.
  - Ich wurde durch ambulante Maßnahmen, wie medikamentöse, physiotherapeutische und psychotherapeutische Begleittherapien inkl. Selbstmanagementtraining, begleitet.
  - Eine Selbsthilfegruppe wurde empfohlen
  - Ich habe die Beendigung der Therapie (teil-)stationär durchgeführt

**31. Wie zufrieden sind Sie mit der ärztlichen Behandlung im Zusammenhang mit der Opioidtherapie?**

- 1    2    3    4    5

sehr zufrieden

sehr unzufrieden

## Fragen zur Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln

32. Im Folgenden geht es um die Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln in den letzten zwölf Monaten.

→ Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz.

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln erhebliche Probleme bei der Arbeit, in der Schule oder bei der Versorgung Ihres Haushalts, wie z. B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standen Sie unter dem Einfluss von opioidhaltigen Schmerzmitteln, wenn Sie sich in Situationen mit erhöhter Verletzungsgefahr befanden, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Arbeit, wenn Sie eine Maschine bedienten oder eine gefährliche Tätigkeit ausführten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich unabsichtlich verletzt, d. h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im Zusammenhang mit opioidhaltigen Schmerzmitteln rechtliche Probleme, z. B. wegen Besitz von Medikamenten, Diebstahl oder Fahren unter Medikamenteneinfluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln Vorwürfe gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ging wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln eine Beziehung, z. B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln in finanzielle Schwierigkeiten geraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie unter Einfluss opioidhaltiger Schmerzmittel jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie opioidhaltige Schmerzmittel in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als verschrieben oder ursprünglich beabsichtigt genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie beim Absetzen von opioidhaltigen Schmerzmitteln oder bei Verminderung der Dosis irgendwelche Beschwerden oder ein Unwohlgefühl gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das gleiche oder ein vergleichbares opioidhaltiges Schmerzmittel weiter eingenommen, um Beschwerden oder ein Unwohlgefühl beim Absetzen oder bei Verminderung der Dosis zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie festgestellt, dass Sie höhere Dosen opioidhaltiger Schmerzmittel brauchten, um die gewünschte Wirkung zu erzielen oder hat sich bei längerer Einnahme der gleichen Menge die Medikamentenwirkung deutlich abgeschwächt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mehrmals vergeblich versucht, die Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln zu reduzieren oder einzustellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viel Zeit benötigt, um opioidhaltige Schmerzmittel zu erhalten (z. B. mehrere Ärzte aufgesucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viel Zeit benötigt, um sich von den Wirkungen der opioidhaltigen Schmerzmittel zu erholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Op-US Studie zu Erfahrungen mit der Therapie mit opioidhaltigen Schmerzmitteln

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, ein- mal	Ja, mehr als ein- mal
Haben Sie wegen der Einnahme opioidhaltiger Schmerzmittel wichtige Aktivitäten, z. B. Ihre Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ging wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln eine Beziehung, z. B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln in finanzielle Schwierigkeiten geraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie unter Einfluss opioidhaltiger Schmerzmittel jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie opioidhaltige Schmerzmittel in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als verschrieben oder ursprünglich beabsichtigt genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie beim Absetzen von opioidhaltigen Schmerzmitteln oder bei Verminderung der Dosis irgendwelche Beschwerden oder ein Unwohlgefühl gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das gleiche oder ein vergleichbares opioidhaltiges Schmerzmittel weiter eingenommen, um Beschwerden oder ein Unwohlgefühl beim Absetzen oder bei Verminderung der Dosis zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie festgestellt, dass Sie höhere Dosen opioidhaltiger Schmerzmittel brauchten, um die gewünschte Wirkung zu erzielen oder hat sich bei längerer Einnahme der gleichen Menge die Medikamentenwirkung deutlich abgeschwächt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mehrmals vergeblich versucht, die Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln zu reduzieren oder einzustellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viel Zeit benötigt, um opioidhaltige Schmerzmittel zu erhalten (z. B. mehrere Ärzte aufgesucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viel Zeit benötigt, um sich von den Wirkungen der opioidhaltigen Schmerzmittel zu erholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie wegen der Einnahme opioidhaltiger Schmerzmittel wichtige Aktivitäten, z. B. Ihre Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen, obwohl Sie wussten, dass die Einnahme Ihnen schadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder Drang nach opioidhaltigen Schmerzmitteln, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach opioidhaltigen Schmerzmitteln, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Gesundheit und Krankheit

**33. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, die sich auf Gesundheit und Krankheit beziehen. Lesen Sie bitte jede Aussage durch, und kreuzen Sie an, in welchem Ausmaß Sie dieser Aussage zustimmen oder sie ablehnen. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten, antworten Sie so, wie es für Sie zutrifft.**

**Beurteilen Sie bitte alle Aussagen, auch wenn einige Aussagen ähnlich formuliert sind. Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.**

**→ Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz.**

	<i>sehr richtig</i>	<i>richtig</i>	<i>eher richtig</i>	<i>eher falsch</i>	<i>falsch</i>	<i>sehr falsch</i>
Gute Gesundheit ist zum Großteil Glückssache.	<input type="checkbox"/>					
Wenn man auf sich achtet, bleibt man auch gesund.	<input type="checkbox"/>					
Gute Gesundheit ist davon abhängig, wie man mit seinem Körper umgeht.	<input type="checkbox"/>					
Menschen, die nie krank werden, haben einfach Glück.	<input type="checkbox"/>					
Ich glaube, dass ich sehr großen Einfluss auf mein körperliches Wohlbefinden habe.	<input type="checkbox"/>					
Gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden, ist oft reine Glückssache.	<input type="checkbox"/>					
Um gesund zu bleiben, muss man einiges für sich tun.	<input type="checkbox"/>					
Meine Gesundheit ist hauptsächlich durch Zufälle bestimmt.	<input type="checkbox"/>					
Wenn ich etwas für meine Gesundheit tue, bin ich sicher, dass es auch Erfolg haben wird.	<input type="checkbox"/>					
Es ist eine Frage des Schicksals, ob man krank wird oder gesund bleibt.	<input type="checkbox"/>					

(Quelle Ferring 2003)

## Fragen zu Ihrer Person

### 34. In welchem Land sind Sie und Ihre Eltern geboren?

#### Ich bin geboren in

- Deutschland  einem anderen Land

#### Meine Mutter ist geboren in

- Deutschland  einem anderen Land

#### Mein Vater ist geboren in

- Deutschland  einem anderen Land
- 

### 35. Ist Deutsch ihre Muttersprache?

- ja  nein
- 

### 36. Wie sind Ihre aktuellen Lebensverhältnisse?

- Ich lebe allein.  
 Ich lebe mit einem Partner/Ehepartner zusammen.  
 Ich lebe mit meiner Familie zusammen.  
 Ich lebe in einer Wohngemeinschaft.  
 Ich lebe in einer Pflegeeinrichtung.
- 

### 37. Welcher ist ihr höchster Schulabschluss?

- Ich befinde mich noch in der Schulausbildung.  
 Kein Schulabschluss  
 Haupt-/Volksschulabschluss  
 Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss  
 Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife oder Fachhochschulreife
- 

### 38. Welches ist ihr höchster Ausbildungs- oder Studienabschluss?

- Noch in der Ausbildung oder im Studium  
 Kein Ausbildungs- / oder Studienabschluss  
 Beruflich-betriebliche Ausbildung / Lehre  
 Berufsfachschule, Handelsschule  
 Fachschule z. B. Meister-, Technikerabschluss  
 Studienabschluss (z. B. Bachelor, Master, Diplom, Promotion)
-

**39. Sind Sie derzeit berufstätig?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja, ganztags    | <input type="checkbox"/> nein, in der Schule/Ausbildung/ Studium |
| <input type="checkbox"/> ja, in Teilzeit | <input type="checkbox"/> nein, arbeitslos / erwerbslos           |
|  | <input type="checkbox"/> nein, in vorzeitiger Berentung          |
|  | <input type="checkbox"/> nein, Erwerbsunfähigkeitsrente          |
|  | <input type="checkbox"/> nein, Altersrente                       |
|  | <input type="checkbox"/> nein, Elternzeit                        |
|  | <input type="checkbox"/> nein, anderes: _____                    |

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden vorfrankierten Umschlag zurück.**

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**