



Survey of Health, Ageing
and Retirement in Europe

Fragebogen zum Selbstausfüllen

50+ in Europa - Österreich 2011

Seriennummer

Respondenten ID

Vorname / Initialen

A	T	-							-			
---	---	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Interview Datum

Interviewer ID

		/			/	2	0	1	1	
--	--	---	--	--	---	---	---	---	---	--

In Kooperation mit

BM.W.F^a

Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung

VORWORT

Der vorliegende Fragebogen zum Selbstausfüllen wurde als nationale Ergänzung zu der europaweit harmonisierten Befragung im Rahmen des *Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE)* geschaffen. Dieser Fragebogen ermöglicht, nationalen Problemstellungen in der persönlichen Befragung mehr Beachtung zu schenken und somit zur Beantwortung von besonders für Österreich aktuellen Forschungsfragen beizutragen.

Aus diesem Grund widmet sich der vorliegende Fragebogen vor allem zwei Politikbereichen mit wesentlichem Einfluss auf das Wohlergehen der österreichischen Bevölkerung, das Feld der Migration und Integration zum einen, und der Pflege im Alter zum anderen.

Beide Themen stehen in engem Zusammenhang mit dem Forschungsschwerpunkt von *SHARE*, der gesellschaftlichen Alterung. Die fachgerechte Pflege von hilfsbedürftigen Personen ist eine wesentliche Voraussetzung für das Wohlbefinden von Personen im höheren Alter; ein Thema, das in Zukunft immer wichtiger werden wird. Ein weiteres wichtiges Thema ist Migration und insbesondere eine gute Integration von Zuwanderern in Österreich.

Aus der Kooperation zwischen der Johannes-Kepler Universität Linz und der Akademie der Wissenschaften der Republik Tschechien (Prag) hat sich schließlich ein weiterer Forschungsschwerpunkt im Rahmen des Themas Migration herausgebildet, der sich politischer Verfolgung sowie deren Konsequenzen widmet.

Aufgrund der Länge der computerunterstützten Befragung wurden diese Fragen in einen „Fragebogen zum Selbstausfüllen“ ausgegliedert, den sie je nach zeitlicher Verfügbarkeit sofort oder erst später ausfüllen, und mit dem vorfrankierten Kuvert an uns zurücksenden können.

An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, daß alle Angaben streng vertraulich sind und ausschließlich in anonymisierter Form und nur für wissenschaftliche Studien verwendet werden.

Für Ihre Bereitschaft, unser Forschungsprojekt durch Ihre Teilnahme zu unterstützen, möchten wir uns im Vorhinein sehr herzlich bedanken!

Linz, im Jänner 2011

Mag. Michael Radhuber
(Projektmanager)

Univ.Prof. Dr. Rudolf Winter-Ebmer
(Projektleiter)



National Institute
on Aging

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN DES FRAGEBOGENS

Viele Fragen dieses Fragebogens können durch Ankreuzen der für Sie zutreffenden Antwortalternative beantwortet werden:

Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an

Richtig
Falsch



Oder



Bitte beantworten Sie eine Frage nach der anderen. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn Sie dazu explizit aufgefordert werden.

Beispiel:

Haben Sie Kinder?



1 Ja



5 Nein



Weiter zu Frage ...

Wenn Sie diese Frage mit JA beantworten, gehen Sie bitte gleich zur nächsten Frage weiter.

Wenn Sie diese Frage mit NEIN beantworten, gehen Sie bitte zur oben angegebenen Fragenummer weiter.

Wie Sie uns den Fragebogen zukommen lassen können:

Benutzen Sie bitte das vorfrankierte Kuvert, um uns den Fragebogen per Post alsbald möglich zuzusenden. Wenn Sie ein Ersatzkuvert benötigen, geben Sie uns bitte unter der Telefonnummer 01-54 670 Bescheid.

Bitte beginnen Sie die Beantwortung des Fragebogens mit Frage 1 auf der nächsten Seite.

TEIL 1: FAMILIE UND HERKUNFT

1. Bitte geben Sie die höchste erreichte Ausbildung Ihres Vaters und Ihrer Mutter an.

	Vater ▼	Mutter ▼
a) Keine formale Ausbildung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Pflichtschule 4-6 Jahre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Pflichtschule 8-9 Jahre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Berufliche Bildung (Lehre, Berufsschule, Berufsbildende Schule ohne Matura)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Allgemeine höhere Schulbildung (Matura)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Weiterführende Ausbildung (Hochschulabschluss, Kolleg,...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

2. Wurden sowohl Sie, als auch Ihr Vater und Ihre Mutter im Gebiet des heutigen Österreich geboren?

☐₁ Ja → Weiter zu Frage -7-

☐₅ Nein

3. In welchem Land wurden Sie und Ihre Eltern geboren? Bitte nennen Sie das Land, zu dem heute Ihr Geburtsort sowie jener Ihrer Eltern gehört.

3a. Bitte in Blockschrift das Land eintragen, zu dem heute Ihr Geburtsort gehört.

3b. Bitte in Blockschrift das Land eintragen, zu dem heute der Geburtsort Ihrer Mutter gehört.

3c. Bitte in Blockschrift das Land eintragen, zu dem heute der Geburtsort Ihres Vaters gehört.

4. Seit wann haben Ihr Vater und Ihre Mutter im Gebiet des heutigen Österreich gelebt?

Bitte zutreffende Antwort ankreuzen oder zutreffende/s Jahr/e eintragen.

	Vater ▼	Mutter ▼
a) Hat seit seiner/ihrer Geburt in Österreich gelebt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Hat in Österreich gelebt seit... (Bitte zutreffendes Jahr eintragen)	seit: _____	seit: _____
c) Hat in Österreich gelebt von... bis... (Bitte zutreffende Jahre eintragen)	von: _____	von: _____
	bis: _____	bis: _____
d) Hat nie im heutigen Österreich gelebt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

5. In welchem Maß war für Sie oder Ihre Eltern der Umzug bzw. die Integration in Österreich mit Schwierigkeiten verbunden?

	Großes Problem ▼	Mittleres Problem ▼	Kleines Problem ▼	Kein Problem ▼
a) Sprache	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Umgang mit Regierung und Behörden, Bürokratie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Arbeitsplatz, Arbeit und Beruf	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Finanzen, Kreditwürdigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Wohnung, Unterkunft	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Schule, Ausbildung für Kinder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Sonstiges	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

6. Wie viel Hilfe wurde Ihnen oder Ihren Eltern beim Umzug bzw. bei der Integration in Österreich zuteil?

	Viel Hilfe ▼	Mäßige Hilfe ▼	Wenig Hilfe ▼	Gar keine Hilfe ▼
a) von Familienmitgliedern, die sich bereits in Österreich befanden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) von anderen Personen aus meinem Herkunftsland bzw. dem Herkunftsland meiner Eltern, die sich bereits in Österreich befanden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) von der lokalen Bevölkerung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) von sozialen Organisationen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) von Behörden / der Regierung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) von anderen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



7. Welches war die erste Vollzeitbeschäftigung, die Sie, Ihre Mutter und Ihr Vater ausgeübt haben?

Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung des Berufs an, und fügen Sie gegebenenfalls auch den Dienstort an. Schreiben Sie bitte nicht „Angestellter“, sondern „Bürokaufmann“, nicht „Arbeiter“ sondern „Maschinenschlosser“. Im Falle eines Beamten tragen Sie bitte die Dienstbezeichnung, z.B. „Polizist“ oder „Lehrerin am Gymnasium“ ein. Schreiben Sie „Hausfrau/-Mann“ nur dann, wenn Sie, Ihre Mutter oder Ihr Vater nie einer bezahlten Tätigkeit nachgegangen sind.

7a. Bitte Berufsbezeichnung der ersten Vollzeitbeschäftigung von Ihnen selbst in Blockschrift eintragen



7b. Bitte Berufsbezeichnung der ersten Vollzeitbeschäftigung Ihrer Mutter in Blockschrift eintragen



7c. Bitte Berufsbezeichnung der ersten Vollzeitbeschäftigung Ihres Vaters in Blockschrift eintragen



8. Welches war die zuletzt ausgeübte Vollzeitbeschäftigung Ihrer Mutter und Ihres Vaters (z.B. vor dem Ruhestand)?

Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung des Berufs an, und fügen Sie gegebenenfalls auch den Dienstort an. Schreiben Sie bitte nicht „Angestellter“, sondern „Bürokaufmann“, nicht „Arbeiter“ sondern „Maschinenschlosser“. Im Falle eines Beamten tragen Sie bitte die Dienstbezeichnung, z.B. „Polizist“ oder „Lehrerin am Gymnasium“ ein. Schreiben Sie „Hausfrau/-Mann“ nur dann, wenn Sie, Ihre Mutter oder Ihr Vater nie einer bezahlten Tätigkeit nachgegangen sind.

8a. Bitte Berufsbezeichnung der zuletzt ausgeübten Vollzeitbeschäftigung Ihrer Mutter in Blockschrift eintragen



8b. Bitte Berufsbezeichnung der zuletzt ausgeübten Vollzeitbeschäftigung Ihres Vaters in Blockschrift eintragen



TEIL 2: POLITISCHE SITUATION IN ÖSTERREICH UND NACHBARLÄNDERN IM 20. JAHRHUNDERT

9. Wurden Sie oder ein Mitglied Ihrer Familie jemals in Rahmen eines politischen oder kriegesischen Ereignisses verfolgt, oder fürchteten verfolgt zu werden?

Verfolgung ist eine Form der Diskriminierung oder Misshandlung, und geht im Allgemeinen vom Staat, einer Behörde, Parteien oder Organisationen mit gesellschaftlicher Macht oder sonstigen gesellschaftlichen Gruppierungen aus.

☐_1 Ja ☐_5 Nein → Weiter zu Frage -17-

10. Wenn Sie Frage 9 mit „JA“ beantwortet haben, an welche Ereignisse haben Sie dabei gedacht?

a) 1. Weltkrieg, 1914-1918	<input type="checkbox"/> _1
b) Vertreibung der Sudetendeutschen, 1945-1947	<input type="checkbox"/> _2
c) Ungarischer Volksaufstand, 1956 und Folgejahre	<input type="checkbox"/> _3
d) 2. Weltkrieg, 1939-1945, Vor- und Nachkriegsjahre	<input type="checkbox"/> _4
e) Geschichte Südtirols, 1918-1972	<input type="checkbox"/> _5
f) Balkankonflikt, 1991 und Folgejahre (Slowenien, Kroatien, Kosovo)	<input type="checkbox"/> _6
g) Anderes Ereignis	<input type="checkbox"/> _7

11. Bitte geben Sie zusätzlich den Namen des Ereignisses, Ort/Land und das zutreffende Jahr des Geschehens an:

Bitte in Blockschrift eintragen

11a. Name des Ereignisses ▼	11b. Ort / Land ▼
11c. Jahr ▼	

12. Bitte geben Sie die Ursachen der Verfolgung an, indem Sie die entsprechenden Felder in der Tabelle ankreuzen.

	Sie selbst ▼	Ehe-partner/ Partner ▼	Vater ▼	Mutter ▼	Geschwis-ter ▼	Ihre Kinder ▼
a) Eigene politische Ansichten	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _6	<input type="checkbox"/> _7
b) Religion oder Glauben	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _6	<input type="checkbox"/> _7
c) Nationalität	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _6	<input type="checkbox"/> _7
d) Herkunft (Abstammung, Sprache, Hautfarbe, etc.)	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _6	<input type="checkbox"/> _7
e) Politische Ansichten, Religion oder Herkunft von anderen Familienmitgliedern	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _6	<input type="checkbox"/> _7
f) Mitgliedschaft in politischer Bewegung	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _6	<input type="checkbox"/> _7
g) Zugehörigkeit zu bestimmter sozialer Gruppe	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _6	<input type="checkbox"/> _7
h) Sonstige Ursachen	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _6	<input type="checkbox"/> _7

12.h Wenn sonstige Ursachen
Bitte in Blockschrift angeben

13. Welche unmittelbaren Konsequenzen hat die Verfolgung für Sie oder Mitglieder Ihrer Familie gehabt?

	Sie selbst	Ehe-partner/ Partner	Vater	Mutter	Geschwist er	Ihre Kinder
a) Verlor das Leben/gestorben	----	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
b) Konzentrationslager	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
c) Inhaftierung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
d) Umsiedlung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
e) Verbannung, Auswanderung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
f) Verlust der Arbeit/Karriere	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
g) Verlust des Eigentums, Vermögens oder des Betriebs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
h) Zugang zu Ausbildung versagt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
i) Zwangsmilitärdienst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
k) Zwangspsychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
l) Folter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
m) Keine Konsequenzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
n) Andere Konsequenzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

13.n Wenn andere Konsequenzen
Bitte in Blockschrift angeben

14. Welche weiteren Folgen hatte die Verfolgung für Sie oder Mitglieder Ihrer Familie?

	Sie selbst	Ehe-partner/ Partner	Vater	Mutter	Geschwist er	Ihre Kinder
a) Körperliche Gesundheits-probleme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b) Psychische Gesundheits-probleme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c) Familiäre Probleme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d) Finanzielle Probleme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e) Andere Probleme:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.e Wenn andere Probleme
Bitte in Blockschrift angeben

15. Wie lange dauerten die in Frage 14 genannten Folgen an?

a) Bis zum Ende der Verfolgung	<input type="checkbox"/> 1
b) Bis zu 10 Jahre nach der Verfolgung	<input type="checkbox"/> 2
c) Bis zu 20 Jahre nach der Verfolgung	<input type="checkbox"/> 3
d) Bis zu 30 oder mehr Jahre nach der Verfolgung	<input type="checkbox"/> 4
e) Bis heute	<input type="checkbox"/> 5



16. Wenn Sie uns sonst noch etwas über die Verfolgung mitteilen wollen, können Sie Ihre Anmerkungen hier niederschreiben. Ansonsten gehen Sie bitte zur nächsten Frage weiter.

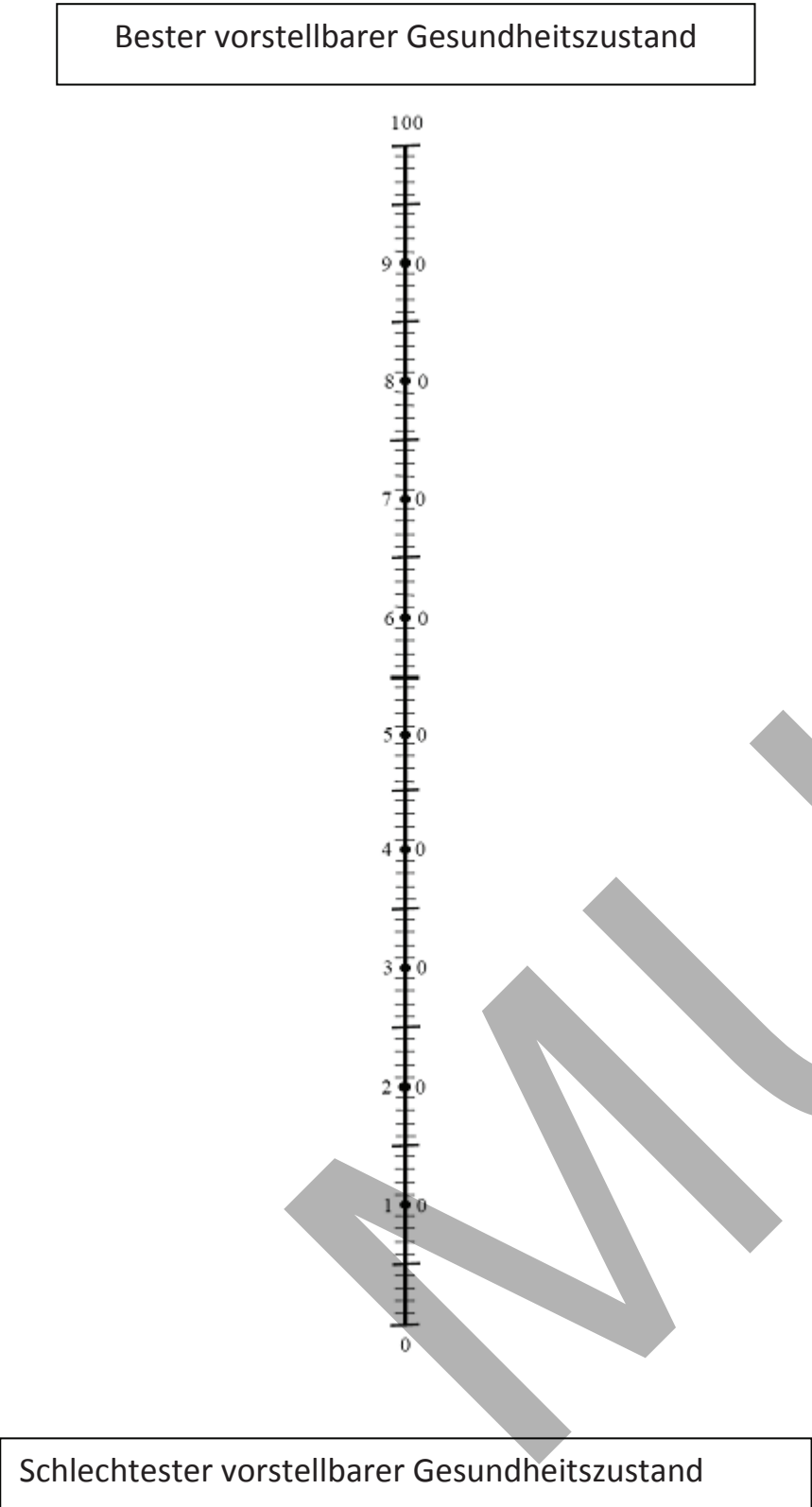
▼ 16. Raum für weitere Anmerkungen

TEIL 3: GESUNDHEITLICHES UND SOZIALES WOHLBEFINDEN

17. Bitte kreuzen Sie im Folgenden jene Antworten an, die am besten Ihren heutigen Gesundheitszustand beschreiben.

A	Ich habe keine Probleme beim Herumgehen	<input type="checkbox"/> ₁
	Ich habe etwas Probleme beim Herumgehen	<input checked="" type="checkbox"/> ₂
	Ohne Hilfe bin ich ans Bett gebunden	<input type="checkbox"/> ₃
B	Ich habe keine Probleme mit der persönlichen Pflege	<input type="checkbox"/> ₁
	Ich habe ein paar Probleme beim Waschen und Anziehen	<input checked="" type="checkbox"/> ₂
	Ich kann mich nicht selbst waschen oder anziehen	<input type="checkbox"/> ₃
C	Ich habe keine Probleme meine üblichen Tätigkeiten zu erledigen	<input type="checkbox"/> ₁
	I habe etwas Probleme meine üblichen Tätigkeiten zu erledigen	<input checked="" type="checkbox"/> ₂
	Ich kann meine üblichen Tätigkeiten nicht alleine erledigen	<input type="checkbox"/> ₃
D	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	<input type="checkbox"/> ₁
	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ₂
	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	<input type="checkbox"/> ₃
E	Ich bin nicht besorgt oder bedrückt	<input type="checkbox"/> ₁
	Ich bin etwas besorgt oder bedrückt	<input checked="" type="checkbox"/> ₂
	Ich bin sehr besorgt oder bedrückt	<input type="checkbox"/> ₃

18. Zur Erleichterung der Angabe, wie gut oder schlecht der Gesundheitszustand ist, haben wir ein „Thermometer“ gezeichnet, auf dem 100 für den besten Gesundheitszustand steht und die Markierung 0 für den schlechtesten Zustand, den Sie sich vorstellen können. Wir möchten Sie bitten auf diesem Thermometer anzugeben, wie Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand einschätzen. Bitte markieren Sie jenen Punkt auf der Skala mit einem Kreuz (x), der darstellt wie gut oder schlecht Ihre heutige gesundheitliche Verfassung ist.



19. Denken Sie an Ihre derzeitige Krankenversicherung – geben Sie bitte an, wer die Kosten für die folgenden Leistungen bezahlt, falls Sie diese in Anspruch nehmen (ggf. nach Abzug des Selbstbehaltes)

	Nur ich	Haupt-sächlich ich	Haupt-sächlich meine Versiche-rung	Nur meine Versiche-rung	Trifft nicht zu
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Besuche beim Hausarzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8
b) Besuche bei Fachärzten, mit Überweisung durch den Hausarzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8
c) Besuche bei Fachärzten, ohne Überweisung durch den Hausarzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8
d) Besuche bei jedem Arzt Ihrer Wahl	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8
e) Zahnbehandlungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
f) Verschriebene Medikamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8
g) Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8
h) Behandlungen in Privatkliniken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8
i) Aufenthalte in Pflegeheimen/häusliche Krankenpflege bei chronischer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8



20. Jetzt würden wir Ihnen gerne einige Fragen über Zuzahlungen für medizinische Leistungen und zusätzliche private Krankenversicherungen in den letzten 12 Monaten stellen.

Zuzahlungen sind alle Kosten, die nicht durch die Versicherung ersetzt werden. Wenn man zunächst selbst bezahlt, den gesamten Betrag aber später zurückbekommt, handelt es sich nicht um eine Zuzahlung. Wenn die Versicherung zunächst bezahlt, dann aber Geld von Ihnen zurückfordert, handelt es sich um eine Zuzahlung.

Abgesehen von Ihren Beiträgen zur Krankenversicherung, ungefähr wie hoch waren Ihre Zuzahlungen in den letzten 12 Monaten für...

1	...stationäre Krankenhausaufenthalte	_____ €
2	...ambulante Behandlungen	_____ €
3	...verschriebene Medikamente	_____ €
4	...Bebetreuung in einem Pflegeheim, Tagesstätten	_____ €
5	...häusliche Krankenpflege	_____ €

21. Wie viele verschiedene Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein, die Ihnen vom Arzt verschrieben wurden?

Anzahl ▼

22. Wie viele verschiedene Arzneimittel nehmen Sie derzeit regelmäßig ein, die Ihnen nicht vom Arzt verschrieben wurden? Bitte denken Sie hier nur an jene Arzneimittel, die Sie in einer Apotheke gekauft haben.

Anzahl ▼

23. Bei der folgenden Frage geht es um Aspekte Ihres sozialen Wohlbefindens.

Fühlen Sie sich manchmal...

(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	Häufig ▼	Manchmal ▼	Fast nie oder nie ▼
a) ... alleine?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) ... ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) ... isoliert von anderen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) ... einsam?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Die folgenden Fragen richten sich eher an ältere Befragte. Wir ersuchen trotzdem alle Befragten diese Fragen zu beantworten.

24. Nun geht es um Aspekte Ihrer Versorgung.

In den letzten 6 Monaten...

(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	Häufig oder Immer ▼	Manchmal ▼	Fast nie oder nie ▼
a) ...habe ich meine Einkäufe selbst erledigt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) ...habe ich mein Gewicht selbst gewogen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) ...bin ich hingefallen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃



25. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten durchschnittlich Hilfe von einer häuslichen Krankenpflege in Anspruch genommen?

	▼
a) Täglich	<input type="checkbox"/> ₁
b) Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/> ₂
c) Etwa einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> ₃
d) Etwa einmal im Monat	<input type="checkbox"/> ₄
e) Weniger als einmal im Monat aber mehr als einmal im Jahr	<input type="checkbox"/> ₅
f) Nie	<input type="checkbox"/> ₆

26. Und schließlich möchten wir Sie bitten, noch einmal Ihr Geschlecht und Geburtsjahr anzugeben:

a) Ich bin...

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

b) Ich wurde geboren (Jahr)

ZUSENDEN DES FRAGEBOGENS

Wie Sie uns den Fragebogen zukommen lassen können:

Benutzen Sie bitte das vorfrankierte Kuvert, um uns den ausgefüllten Fragebogen per Post zuzusenden. Wenn Sie ein Ersatzkuvert benötigen, können Sie dieses beim Institut für empirische Sozialforschung kostenlos unter der Telefonnummer 01 / 54 67 - 0 anfordern.

Impressum:

Dieses Forschungsprojekt wird im Auftrag der Johannes Kepler Universität Linz vom Institut für empirische Sozialforschung (Wien) durchgeführt.

Es wird in Österreich vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, von der Europäischen Union (7 Rahmenprogramm), dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und vom National Institute on Ageing (NIA) finanziell unterstützt.

Weiterführende Informationen finden Sie im Internet unter www.share-austria.at, und in englischer Sprache auch unter www.share-project.org.

Ansprechpartner:

Dr. Gert Feistritzer

Institut für empirische Sozialforschung
Teinfaltstraße 8
A-1010 Wien

gert.feistritzer@ifes.at
01 / 54 67 - 0

Mag. Michael Radhuber

Johannes-Kepler Universität Linz
Institut für Volkswirtschaftslehre
Aubrunnerweg 3a
A-4040 LINZ

michael.radhuber@jku.at
0732 / 2468 - 5371

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

