

**Bitte schicken Sie den Fragebogen zur anonymen Auswertung  
in dem beigefügten Umschlag an:**

Medizinische Hochschule Hannover  
OE 5410, SHILD  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover

## Fragebogen zum Thema Diabetes mellitus Typ 2

Wir freuen uns über Ihre Mitwirkung an unserer Studie zur Lebensqualität und zum Umgang mit chronischen Erkrankungen, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird:

[www.uke.de/shild](http://www.uke.de/shild)

Dazu bitten wir Sie sehr herzlich, den Fragebogen auf den nächsten Seiten möglichst **vollständig und genau** auszufüllen. Auf diese Weise können wir Ihre Lebenssituation und Ihren Umgang mit der Erkrankung in all ihren Dimensionen erfassen und die Bedürfnisse von Menschen mit chronischen Erkrankungen einschätzen.

Kreuzen Sie bitte bei den jeweiligen Antwortmöglichkeiten das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft. Dort, wo es erforderlich ist, tragen Sie bitte eine Zahl oder freien Text ein.

Markieren Sie so:       
Korrektur:

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 Rückumschlag zurück.

Die erbetene Angabe Ihres Namens und Ihrer Adresse am Ende des Fragebogens dient ausschließlich dazu, Ihnen für die **Folgebefragung in einem Jahr** einen zweiten Fragebogen zuschicken zu können. Ihre Antworten im Fragebogen werden mit einer Kenn-Nummer versehen und in einer anderen Datei gespeichert.

Über die Kenn-Nummer kann, sofern Sie einverstanden sind, im weiteren Verlauf der Studie eine Verknüpfung der beiden Fragebögen stattfinden. Es gelten die Bedingungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover. Das bedeutet, dass alle Daten nur pseudonymisiert (das heißt, dass die persönlichen Angaben durch eine Kenn-Nummer ersetzt werden) und getrennt von Ihrem Namen und Ihrer Adresse gespeichert werden.

Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Kontaktdaten werden zusammen mit der pseudonymen Kenn-Nummer verschlüsselt in einem Stahlschrank verwahrt, zu dem nur die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Studie Zugang haben. Nach der Folgebefragung werden alle Adressen vernichtet. Bis dahin können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme an der Studie widerrufen, und Ihre Daten werden unverzüglich gelöscht; danach ist dies wegen der dann durchgeführten Vollanonymisierung nicht mehr möglich.

Wir sind uns bewusst, dass manche Fragen sehr persönlich sind. Lebensqualität und Belastungen, aber auch die soziale und finanzielle Situation von Betroffenen sind jedoch bedeutsame Aspekte für ein umfassendes Verständnis von der Lebenswirklichkeit. Bitte wundern Sie sich nicht, dass manche Fragen vielleicht ähnlich erscheinen. Dies liegt daran, dass wir wissenschaftlich geprüfte Fragebogenteile verwenden, die wir aus methodischen Gründen nicht verändern dürfen.

Wir weisen nochmals darauf hin, dass wir alle Angaben streng vertraulich behandeln!

Bei Fragen zur Studie können Sie sich gerne an den wiss. Mitarbeiter der Studie wenden:

Marius Haack M.A.

Medizinische Hochschule Hannover  
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung  
Carl-Neuberg-Str. 1, OE5410, 30625 Hannover  
Tel: 0511 / 532 8426  
E-Mail: [shild@mh-hannover.de](mailto:shild@mh-hannover.de)

## A – Fragen zu Ihrem Diabetes mellitus Typ 2

A1 In welchem Jahr wurde bei Ihnen Diabetes mellitus Typ 2 festgestellt?

					(JJJJ)
--	--	--	--	--	--------

A2 Wie hoch war Ihr HbA1c-Wert bei der letzten Bestimmung?

	%
--	---

A3 Wie wird Ihr Diabetes mellitus Typ 2 momentan behandelt?

<input type="checkbox"/>	Rein diätetisch (nur durch angepasste Ernährung und Bewegung)
<input type="checkbox"/>	Mit Tabletten
<input type="checkbox"/>	Mit Insulin und Tabletten
<input type="checkbox"/>	Nur mit Insulin (ohne Tabletten)
<input type="checkbox"/>	Anders, und zwar:

A4 Können Sie unterzuckern?

- ja
  nein -> *bitte weiter mit A5*
 weiß nicht -> *bitte weiter mit A5*

Falls ja, wie oft traten bei Ihnen in den letzten 12 Monaten Unterzuckerungen auf?

<input type="checkbox"/> mindestens 1 x pro Tag	<input type="checkbox"/> mindestens 1 x pro Monat	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> mindestens 1 x pro Woche	<input type="checkbox"/> seltener als 1 x pro Monat	<input type="checkbox"/> weiß nicht

A5 Die folgende Liste enthält verbreitete Gesundheitsprobleme. Bitte kreuzen Sie in den Spalten an, ob Sie momentan das jeweils aufgeführte Problem haben. (*Bitte kreuzen Sie alle für Sie zutreffenden Antworten an.*)

1 Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	9 Druckstellen/Geschwüre an Füßen	<input type="checkbox"/>
2 Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	10 Amputation an Füßen oder Beinen	<input type="checkbox"/>
3 Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	11 Netzhautveränderungen (Retinopathie)	<input type="checkbox"/>
4 Zustand nach Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	12 Polyneuropathie	<input type="checkbox"/>
5 Magen-Darm-Probleme	<input type="checkbox"/>	13 Krebs	<input type="checkbox"/>
6 Nierenprobleme durch Diabetes	<input type="checkbox"/>	14 Depression	<input type="checkbox"/>
7 Lungenprobleme	<input type="checkbox"/>	15 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>
8 Arterielle Durchblutungsstörungen an Füßen/Beinen	<input type="checkbox"/>	17 Keines der genannten Gesundheitsprobleme	<input type="checkbox"/>
16 Andere Gesundheitsprobleme, und zwar	<input type="checkbox"/>		

A6 Bitte geben Sie Ihre Größe an:  cm

Bitte geben Sie Ihr Gewicht an:  kg

A7	ja	nein	weiß nicht
1 Haben Sie einen Gesundheits-Pass für Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sind Sie in einem Disease-Management-Programm (DMP) für Diabetes eingeschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Haben Sie schon einmal an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8 Wie oft testen Sie selbst Ihren Blutzucker?

<input type="checkbox"/> mehr als 4 x täglich	<input type="checkbox"/> seltener als 3 x täglich
<input type="checkbox"/> 3-4 x täglich	<input type="checkbox"/> nie

A9 Wie häufig werden bei Ihnen in der Regel die nachfolgend aufgezählten Punkte ärztlich untersucht?


	(noch) nie	seltener als 1x pro Jahr	1x pro Jahr	1x pro Halbjahr	1x pro Vierteljahr	mind. 1x pro Monat	weiß nicht
1 HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Körpergewicht / Taillenumfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Blutzucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Spritzstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Triglyzeride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Eiweiß im Urin (Albuminurie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 S-Kreatinin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Augenhintergrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Nervenleitgeschwindigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B – Umgang mit der Erkrankung**

B1 Im Folgenden interessiert uns, inwieweit Sie sich über Themen zu Gesundheit oder Krankheit informieren und wie oft Sie dies tun.

	immer	häufig	manchmal	selten	(noch) nie
1 Ich lese die Beipackzettel zu Medikamenten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich lasse mir die Untersuchungs- und Behandlungsschritte erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich teile meinen Ärzten mit, wenn ich mit Entscheidungen nicht einverstanden bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ich lasse mir die Untersuchungsergebnisse zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ich hole mir bei weitreichenden Entscheidungen über meine Behandlung eine Zweitmeinung oder die Empfehlung einer anderen Ärztin oder eines anderen Arztes ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Es kommt vor, dass ich Untersuchungs- oder Therapievorschlüsse meiner Ärzte ablehne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ich frage hartnäckig nach, wenn ich bei Erklärungen etwas nicht verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ich frage nach Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ich vermittele meinen Ärzten, dass ich bei Entscheidungen eingebunden sein will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich schreibe mir vor einem Arztbesuch meine Fragen auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ich lasse mir von meiner Ärztin oder meinem Arzt die Befunde oder Krankenberichte aushändigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ich informiere mich im Internet über Themen zu Gesundheit und Krankheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ich informiere mich auf der Homepage des Deutschen Diabetiker Bundes (DDB).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ich lese die Erfahrungen anderer im Internet (z.B. in Chat-Foren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ich tausche mich mit anderen im Internet aus (z.B. durch eigene Beiträge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2 Im Folgenden bitten wir Sie einzuschätzen, inwieweit Ihnen verschiedene gesetzliche Regelungen oder Verfahren im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung vertraut sind (z.B. Ansprüche, Anträge). Bitte geben Sie Ihre Selbsteinschätzungen auch dann, wenn die Regelungen für Sie derzeit nicht wichtig sind.


Wie gut kennen Sie sich insgesamt mit den folgenden Regelungen aus?		(fast) gar nicht	ein wenig	ziemlich gut	gut bis sehr gut
1	Regelungen zur Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Regelungen zum Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Arbeitsrechtliche Regelungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Steuerrechtliche Regelungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Rechte für Menschen mit Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Hilfen und Unterstützungsangebote (z.B. Therapien, ambulante Pflege, Haushaltshilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Regelungen zur Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Regelungen zur Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Welche Wünsche zu Ihrer Unterstützung haben Sie?</p> 					

B3 Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen **in Ihrer jetzigen Situation** auf Sie zutreffen.

<i>Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn sie Ihnen evtl. ähnlich erscheinen.</i>		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft völlig zu
1	Neben meinen Arztbesuchen überwache ich meinen Gesundheitszustand auch regelmäßig selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich weiß, was meine Gesundheitsprobleme auslösen und was sie verschlimmern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich weiß genau, wann und warum ich meine Medikamente nehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich nehme mir an den meisten Tagen der Woche Zeit für gesunde Aktivitäten (z.B. Entspannung, Sport).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich nehme aktiv am Leben teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wenn ich gesundheitliche Probleme habe, weiß ich genau, was ich tun muss, um sie in den Griff zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich achte sorgfältig auf meine Gesundheit und tue was nötig ist, um möglichst gesund zu bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich weiß, was ich in meinem Gesundheitszustand tun kann und was nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wenn ich Hilfe brauche, kann ich mich auf viele Menschen verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich habe wirksame Mittel und Wege, um zu verhindern, dass meine Beschwerden (z.B. Schmerzen oder Stress) mich einschränken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Alles in allem habe ich ein sehr positives Verhältnis zu meinen Ärzten, Psychologen und Therapeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich weiß genau, wie ich mit meinen gesundheitlichen Problemen umgehen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Wenn Beschwerden auftreten, weiß ich mir zu helfen, damit umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich bemühe mich, mein Leben trotz meiner gesundheitlichen Probleme zu genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich habe genug Freunde, die mir helfen, mit meinen gesundheitlichen Problemen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich kann mit meinen Ärzten sehr selbstsicher über alle meine gesundheitlichen Probleme sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich weiß Bescheid über die technischen Hilfsmittel (z.B. Gehstock, Messgerät für Blutdruck oder Blutzucker), die mir mein Leben erleichtern könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft völlig zu
B3 Fortsetzung				
18 Wenn ich mich krank fühle, können meine Familie oder Freunde nachempfinden, was ich durchmache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Ich gebe meinen Ärzten, Psychologen und Therapeuten die Informationen, die sie brauchen, um mir zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Die verfügbaren Angebote des Gesundheitswesens (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Volkshochschulen, Selbsthilfegruppen) decken meine gesundheitlichen Bedürfnisse gut ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Ich lasse mir mein Leben nicht von meinen gesundheitlichen Problemen ruinieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Ich fühle mich insgesamt von meiner Familie gut umsorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Ich glaube, ich führe ein sehr gutes Leben, auch wenn ich gesundheitliche Probleme habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Ich habe ausreichend Möglichkeiten, um mit Menschen, die mich verstehen, über meine gesundheitlichen Probleme zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Ich arbeite gut mit meinen Ärzten, Psychologen und Therapeuten zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Ich lasse nicht zu, dass meine gesundheitlichen Probleme mein Leben kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Wenn andere Menschen ähnliche Probleme bewältigen können, schaffe ich das auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B4 Welche der folgenden Fachleute oder Einrichtungen haben Sie wegen **Beratung oder Informationen zu Ihrer Diabetes-Erkrankung in den letzten 12 Monaten** kontaktiert?  
(Bitte kreuzen Sie alle für Sie zutreffenden Antworten an.)

Ich habe niemanden kontaktiert.	<input type="checkbox"/>		
1 Hausarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	6 Physiotherapeut/-in	<input type="checkbox"/>
2 Diabetologe/-in	<input type="checkbox"/>	7 Psychotherapeut/-in	<input type="checkbox"/>
3 Andere/r Facharzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	8 Onlineberatung	<input type="checkbox"/>
4 Klinik, Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	9 Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen	<input type="checkbox"/>
5 Amt/Behörde (z.B. Gesundheits-, Sozialamt)	<input type="checkbox"/>	10 Heilpraktiker/-in, Homöopath/-in	<input type="checkbox"/>
11 Kranken-/Pflegekasse	<input type="checkbox"/>		
12 Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>		
13 Selbsthilfekontaktstelle	<input type="checkbox"/>		
14 Beratungsstelle einer Selbsthilfeorganisation	<input type="checkbox"/>		
15 Andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>		
16 Andere Fachleute oder Einrichtungen, und zwar: 	<input type="checkbox"/>		

### C - Gesundheitsbezogene Lebensqualität

C1 Wie würden Sie Ihren <b>Gesundheitszustand im Allgemeinen</b> beschreiben?					
ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

C2 Sie finden nachfolgend eine Liste mit Belastungssituationen, wie sie in Ihrem Leben vorkommen könnten. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht.

Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der fünfstufigen Skala von „kaum“ bis „sehr stark“). Wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei „trifft nicht zu“.

	Trifft nicht zu	Trifft zu und belastet mich...				
		kaum .....				sehr stark
1 Ich muss auf schmackhafte Lebensmittel verzichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich mache mir Sorgen um meine Partnerin oder meinen Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Die Aufstiegschancen in meinem derzeitigen Beruf sind durch den Diabetes eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Wenn ich meine Behandlungsvorschriften nicht einhalte, habe ich meiner Hausärztin oder meinem Hausarzt gegenüber ein schlechtes Gewissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ich leide unter Blähungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Verschiedene Ärzte geben mir unterschiedliche Informationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ich muss zuweilen daran denken, dass ich Spätschäden bekommen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ich kann mich häufig nicht satt essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ich bemerke den Unterzucker oft zu spät.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Mein Diätplan erfordert, dass ich essen muss, auch wenn ich weder Hunger noch Appetit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Durch den Diabetes ist meine körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ich habe den Eindruck, dass ich seit der Erkrankung weniger attraktiv für andere bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ich leide unter verstärktem Schwitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ich leide unter Schwächezuständen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ich leide häufig an diabetesbedingten körperlichen Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Wenn ich mich nicht an meine Essensvorschrift halte, bekomme ich ein schlechtes Gewissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Ich leide bei Unterzuckerung unter Gefühlszuständen, die man als „gereizt, aggressiv“ bezeichnen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Ich fühle mich unzureichend über meine Erkrankung informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Seit meiner Erkrankung habe ich weniger sexuellen Verkehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Ich denke häufig an die Möglichkeit eines Unterzuckerungsschocks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Es kommt vor, dass Freunde oder Bekannte mich überreden wollen, „einmal über die Stränge zu schlagen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Meine behandelnden Ärzte nehmen sich nicht genug Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Meine Tätigkeit im Haushalt/Beruf wird zuweilen durch Unterzuckerungssymptome erschwert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2 Fortsetzung	Trifft nicht zu	Trifft zu und belastet mich...				
		kaum .....				sehr stark
24 Ich habe den Eindruck, mein Diabetes wird durch meine Hausärztin oder meinen Hausarzt nicht fachgerecht genug behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Durch den Diabetes hat sich die Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin verschlechtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Ich fühle mich als Mensch mit einer Behinderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Es fällt mir schwer, auf Feiern oder in Lokalen meine Diät anzusprechen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Ich leide unter schmerzenden Füßen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Das Stechen zur Blutzuckerkontrolle ist mir unangenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Ich leide unter Durst/Mundtrockenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C3 Wie würden Sie insgesamt Ihre **Lebensqualität** in den letzten vier Wochen beurteilen?

sehr gut                      gut                      mittelmäßig                      schlecht                      sehr schlecht

C4 Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Ihre Erkrankung und mögliche **Zukunftssorgen** beziehen. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, was für Sie zutrifft. Bitte lassen Sie keine Frage aus.

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	trifft auf mich nicht zu
1 Wenn ich an den weiteren Verlauf meiner Erkrankung denke, bekomme ich Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Vor Arztterminen oder Kontrolluntersuchungen bin ich ganz nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich habe Angst vor Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Der Gedanke, ich könnte im Beruf nicht mehr so leistungsfähig sein, macht mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Wenn ich Angst habe, spüre ich das auch körperlich (z.B. Herzklopfen, Magenschmerzen, Verspannungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Die Frage, ob meine Kinder meine Krankheit auch bekommen könnten, beunruhigt mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Es beunruhigt mich, dass ich im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen sein könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ich habe Sorge, dass ich meinen Hobbies wegen meiner Erkrankung irgendwann nicht mehr nachgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ich habe Angst vor drastischen medizinischen Maßnahmen im Verlauf der Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich mache mir Sorgen, dass meine Medikamente meinem Körper schaden könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Mich beunruhigt, was aus meiner Familie wird, wenn mir etwas passieren sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Der Gedanke, ich könnte wegen der Diabetes-Erkrankung in der Arbeit ausfallen, beunruhigt mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## D – Behandlung, Versorgung und Patientenrechte

Mit den folgenden Fragen möchten wir untersuchen, wie gut Sie sich mit Patientenrechten und mit Ihrer Erkrankung auskennen. Einige der Fragen/Aussagen sind bewusst sehr speziell und schwierig zu beantworten. Falls Sie die entsprechende Antwort nicht wissen, ist das kein Problem. Kreuzen Sie dann bitte „weiß nicht“ an. Bitte antworten Sie so, wie es Ihnen gerade durch den Kopf geht, und verwenden Sie **keine** Hilfsmittel. Bitte beantworten Sie die Fragen auch **nicht** zu zweit oder mit Hilfe weiterer Personen. Das würde das Ergebnis verfälschen.

D1 Im Folgenden möchten wir gerne erfahren, was Sie über **Rechte von entscheidungsfähigen Patienten** wissen.

Stimmen die folgenden Aussagen?	ja	nein	weiß nicht
1 Außer im Notfall darf ein Arzt oder eine Ärztin eine Behandlung nur mit Ihrer Einwilligung durchführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sie haben das Recht auf Einsicht in Ihre Patientenunterlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sie haben ein Recht auf freie Krankenhauswahl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sie haben das Recht auf eine ärztliche Zweit-Meinung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Die Kosten für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) müssen von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Als Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) dürfen nur Maßnahmen angeboten werden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sie sind als Patient/-in verpflichtet, sich von einem Arzt oder einer Ärztin über die Behandlung aufklären zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ärzte sind untereinander generell von der Schweigepflicht befreit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ihr Arzt oder Ihre Ärztin muss Ihre Krankenunterlagen vernichten, wenn Sie es von ihm oder ihr verlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Patienten haben im Rahmen der medizinischen Qualitätssicherung eine Mitwirkungspflicht an Forschung und Lehre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Medizinische Leitlinien sind gesetzlich bindend; jeder Arzt und jede Ärztin muss sich daran halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Wenn Sie bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin oder Therapeuten oder Therapeutin nicht zu einem Termin erscheinen, haben diese Anspruch auf Schadensersatz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 In Deutschland muss jeder Mensch krankenversichert sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2 Im Folgenden möchten wir gerne erfahren, was Sie über **Diabetes und dessen Behandlung** wissen.

Stimmen die folgenden Aussagen?	ja	nein	weiß nicht
1 Gesunde Ernährung für Menschen mit Diabetes bedeutet, täglich Gemüse, Obst, Vollkornbrot und fettarme Milchprodukte zu wählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Bei einer Unterzuckerung sollte man Traubenzucker nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Eine Nierenschädigung bei Diabetes kann durch einen Aceton-Nachweis festgestellt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Bei Menschen mit Diabetes sollte der Blutzucker morgens nüchtern zwischen 160 und 200 liegen (in mg/dl).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Der HbA1c-Wert sollte mindestens 1-2-mal pro Woche bestimmt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D3 Für die Behandlung von Patienten haben die Fachgesellschaften der Ärzte **Leitlinien** veröffentlicht. Darin wird beschrieben, welche Untersuchungen und welche Behandlungsmethoden aufgrund aktueller wissenschaftlicher Untersuchungen empfohlen werden. Was wissen Sie über diese medizinischen Leitlinien?

	ja	nein
1 Ich habe vor dieser Befragung schon einmal das Wort Leitlinien gehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		↓ bitte weiter mit D4
2 Ich weiß ungefähr, was mit dem Begriff Leitlinien gemeint ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ein Arzt oder eine Ärztin hat mir schon einmal gesagt, dass die Behandlung auf Leitlinien beruht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ich habe schon einmal einen Arzt oder eine Ärztin gefragt, ob meine Behandlung auf Leitlinien beruht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ich habe schon mal eine Leitlinie gelesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D4 Wer sollte Ihrer Meinung nach Entscheidungen über die Art der Behandlung treffen, wenn mehr als eine Behandlungsmöglichkeit (Behandlungsalternativen) besteht? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.)


<input type="checkbox"/> Ich sollte entscheiden.
<input type="checkbox"/> Ich sollte entscheiden, nachdem ich meine Ärztin oder meinen Arzt konsultiert habe.
<input type="checkbox"/> Meine Ärztin oder mein Arzt und ich sollten zusammen entscheiden.
<input type="checkbox"/> Meine Ärztin oder mein Arzt sollte entscheiden, nachdem sie oder er mit mir diskutiert hat.
<input type="checkbox"/> Meine Ärztin oder mein Arzt sollte entscheiden.
D5 Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihre Angehörigen oder Freunde im Gespräch mit Ihren Ärzten dabei sind? <input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> eher wichtig <input type="checkbox"/> eher unwichtig <input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> nicht zutreffend
D6 Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihre Angehörigen oder Freunde bei wichtigen Behandlungsfragen mitentscheiden? <input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> eher wichtig <input type="checkbox"/> eher unwichtig <input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> nicht zutreffend

D7 Wie wichtig sind Ihnen Informationen zu folgenden Themen bezüglich Ihrer Erkrankung?

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
1 Ursachen der Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Behandlungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Rechtliche Aspekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sozial-/gesundheitspolitische Entwicklungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Finanzielle Aspekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sonstige Themen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E - Fragen zur Selbsthilfe

E1 Sind Sie derzeit Mitglied im Deutschen Diabetiker Bund (DDB)?

nein -> bitte weiter mit E5       ja      Falls ja, in welchem Bundesland?  \_\_\_\_\_

E2 Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden **Angeboten und Tätigkeiten** des Deutschen Diabetiker Bundes?

	sehr zufrieden	zufrieden	teils - teils	unzu- frieden	sehr unzu- frieden	kann ich nicht beurteilen
1 Internetauftritt / Website (Bundesverband)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Mitgliederzeitschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Öffentlichkeitsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 (Gesundheits-) Politische Interessenvertretung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Persönliche Unterstützung (z.B. individuelle Beratung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Rechtsberatungsnetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Unabhängige soziale Versicherungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Möglichkeiten zum Eigenengagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Information und Aufklärung über...						
a ... soziale Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b ... Ursachen der Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c ... Behandlungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d ... rechtliche Aspekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e ... sozial-/gesundheitspolitische Entwicklungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f ... finanzielle Aspekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 DDB insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Sonstige Angebote des DDB, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E3 Welche Aspekte sind Ihnen im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft im Deutschen Diabetiker Bund (DDB) am wichtigsten?

E4 Würden Sie sich als eher passives oder als eher aktives Mitglied im Deutschen Diabetiker Bund (DDB) bezeichnen?

eher passiv  aktiv (in Gruppen, in Öffentlichkeitsarbeit etc.)  sehr aktiv (Ämter im DDB, in Gruppen etc.)

E5 Sind oder waren Sie Mitglied in einer **Diabetes-Selbsthilfegruppe**?

<input type="checkbox"/> Ich war noch nie Mitglied in einer Diabetes-Selbsthilfegruppe.	<i>-&gt; bitte weiter mit E7</i>
<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied in einer Diabetes-Selbsthilfegruppe, die zum Deutschen Diabetiker Bund (DDB) gehört. seit _____ (Jahr)	<i>-&gt; bitte weiter mit E8</i>
<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied in einer anderen Diabetes-Selbsthilfegruppe. seit _____ (Jahr)	<i>-&gt; bitte weiter mit E8</i>
<input type="checkbox"/> Ich war <i>früher</i> Mitglied in einer Diabetes-Selbsthilfegruppe des DDB. von _____ bis _____ (Jahr)	<i>-&gt; bitte weiter mit E6</i>
<input type="checkbox"/> Ich war <i>früher</i> Mitglied in einer anderen Diabetes-Selbsthilfegruppe. von _____ bis _____ (Jahr)	<i>-&gt; bitte weiter mit E6</i>

E6 Würden Sie uns bitte in Stichworten den Grund nennen, der Sie bewog, die Gruppe nicht mehr zu besuchen?



-> bitte weiter mit E9


E7 Wir würden gerne Ihre **Einschätzung zu Selbsthilfegruppen (SHG)** generell erfahren, auch wenn Sie dort nicht Mitglied sind. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen zu?

	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
1 Ich brauche keine SHG, weil ich genug andere Menschen zum Reden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich finde, dass SHG grundsätzlich sehr sinnvoll und hilfreich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich persönlich würde mich in einer SHG unwohl fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ich finde, SHG schaden mehr als sie nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Im Prinzip würde ich gerne eine SHG besuchen, doch in meiner Gegend gibt es keine, die für mich in Frage käme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ich habe Sorgen, eine SHG aufzusuchen, weil dadurch meine Erkrankung bei anderen bekannt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ich fürchte, dass mich die Teilnahme an einer SHG belasten würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ich brauche keine SHG, weil ich keine Probleme habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Wahrscheinlich werde ich mich zu einem späteren Zeitpunkt einer Diabetes-SHG anschließen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich könnte mir vorstellen, an einer Internet-SHG teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-> bitte weiter mit E9

E8 Nun möchten wir Ihnen noch einige Fragen zur **Arbeit und Bedeutung Ihrer Selbsthilfegruppe (SHG)** stellen. Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen für Sie bzw. Ihre Selbsthilfegruppe zutreffend sind.

	stimme zu	stimme eher zu	teils - teils	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1 Der soziale Zusammenhalt unserer SHG ist sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich kann in der SHG offen über meine Probleme reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich profitiere in der SHG von den Erfahrungen der anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ich habe das Gefühl, mit meiner Erkrankung nicht allein zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Die SHG bietet mir neue Erkenntnisse und zeigt mir neue Wege im Umgang mit der Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Die SHG hilft mir, meine Erkrankung besser zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Unsere SHG-Treffen sind sehr gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Unsere SHG lädt Referenten zu speziellen Themen rund um die Erkrankung ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Unsere SHG betreibt aktiv Öffentlichkeitsarbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Unsere SHG unterhält gute Kooperationen mit Ärzten und/oder stationären Einrichtungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Die Teilnahme an der SHG senkt meine Diabetes-Belastung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E8 Fortsetzung	stimme zu	stimme eher zu	teils - teils	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
12 In der SHG lerne ich mehr über Diabetes als an jedem anderen Ort oder als mit jedem anderen Medium.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Die SHG-Teilnahme wirkt sich positiv auf Familie/Partnerschaft aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 In der SHG lerne ich, Ärzten, Krankenkassenmitarbeitern und Therapeuten auf Augenhöhe zu begegnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ist Ihnen an Ihrer Selbsthilfegruppe bzw. Kontaktgruppe sonst noch wichtig? 					

E9 Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten in Vereinen, Verbänden oder gemeinnützigen Organisationen tätig (ohne Selbsthilfeorganisationen oder -gruppen)?

<input type="checkbox"/> mindestens einmal in der Woche	<input type="checkbox"/> mindestens einmal im Monat
<input type="checkbox"/> mindestens einmal alle drei Monate	<input type="checkbox"/> mindestens einmal alle sechs Monate
<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> nie

E10 Wie oft treffen Sie sich mit Freunden, Verwandten oder privat mit Arbeitskollegen?



<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> weniger als einmal im Monat
<input type="checkbox"/> einmal im Monat	<input type="checkbox"/> mehrmals im Monat
<input type="checkbox"/> einmal in der Woche	<input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche
<input type="checkbox"/> täglich	

E11 Wenn Sie sich mit Gleichaltrigen vergleichen, wie oft nehmen Sie an geselligen Ereignissen oder Treffen teil?

<input type="checkbox"/> viel seltener als die meisten	<input type="checkbox"/> seltener als die meisten
<input type="checkbox"/> ungefähr gleich oft	<input type="checkbox"/> häufiger als die meisten
<input type="checkbox"/> viel häufiger als die meisten	

## F - Angaben zur Person


Wir möchten Ihnen zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihrer Person stellen.

F1 In welchem Jahr wurden Sie geboren?  19 <input type="text"/>	
F2 Welches Geschlecht haben Sie?	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
F3 Wie sind Sie krankenversichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> gesetzlich mit Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt (als Beamter)
F4 In welchem Bundesland leben Sie?	<input type="checkbox"/> Hamburg <input type="checkbox"/> Niedersachsen <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt <input type="checkbox"/> anderes Bundesland, und zwar 
F5 Wie viele Einwohner hat Ihr Wohnort?	<input type="checkbox"/> unter 5.000 <input type="checkbox"/> 5.000 bis unter 20.000 <input type="checkbox"/> 20.000 bis unter 100.000 <input type="checkbox"/> 100.000 oder mehr
F6 Leben Sie in einer Ehe oder festen Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
F7 Wie viele Personen, Sie selbst mit eingeschlossen, leben ständig in Ihrem <b>Haushalt</b> ? Gemeint sind alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.	<input type="text"/> Personen, davon: <input type="text"/> Kinder unter 14 Jahren

F8 Wie hoch etwa ist das durchschnittliche monatliche **Haushaltsnettoeinkommen**, d.h. das Einkommen, das Sie (alle zusammen) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben? *Gemeint sind Einkünfte zum Beispiel aus Arbeit, Rente, Sozialhilfe, Kindergeld, Vermietung und anderen Quellen.*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> unter 1.000 €             | <input type="checkbox"/> 1.000 € bis unter 1.500 € | <input type="checkbox"/> 1.500 € bis unter 2.000 € |
| <input type="checkbox"/> 2.000 € bis unter 2.500 € | <input type="checkbox"/> 2.500 € bis unter 3.000 € | <input type="checkbox"/> 3.000 € bis unter 3.500 € |
| <input type="checkbox"/> 3.500 € bis unter 4.000 € | <input type="checkbox"/> 4.000 € bis unter 5.000 € | <input type="checkbox"/> 5.000 € oder mehr         |

F9 Welchen **höchsten** Schulabschluss bzw. Hochschulabschluss haben Sie?

- (noch) ohne Schulabschluss
- Volks-/Hauptschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse
- Mittlere Reife, Realschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)
- Abitur bzw. Erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse
- Fachhochschulabschluss / Hochschulabschluss
- anderen Abschluss, und zwar: 


F10 Welche der folgenden Angaben zur **Berufstätigkeit** trifft auf Sie zu? *(Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.)*

Sie sind zur Zeit ...

- nicht berufstätig (einschließlich: arbeitslos, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner/in, Student/in, der/die nicht gegen Geld arbeitet, Praktikant/in)
- geringfügig beschäftigt bzw. üben einen Mini-Job (max. 450 € pro Monat) oder 1-Euro-Job aus
- teilzeit berufstätig (wöchentliche Arbeitszeit von weniger als 35 Stunden)
- vollzeit berufstätig (wöchentliche Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr)

F11 Haben Sie Ihre Erwerbstätigkeit **aufgrund Ihrer Diabetes-Erkrankung** reduziert oder beendet?  ja, beendet  ja, reduziert  nein

F12 Hier haben Sie die Möglichkeit **Anmerkungen** zu machen oder **Erfahrungen** aus Ihrem Leben mit der chronischen Erkrankung mitzuteilen:



**Um Veränderungen im Umgang mit Ihrer Erkrankung im zeitlichen Verlauf zu erkennen und die Versorgung von Betroffenen zu verbessern, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie auch an unserer Folgebefragung in einem Jahr teilnehmen.**

Falls Sie damit einverstanden sind, geben Sie bitte Ihren Namen und Ihre Adresse an, damit wir Ihnen für diese zweite Befragung einen weiteren Fragebogen zuschicken können. Es gelten auch hierfür die Bedingungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover. Das bedeutet, dass alle Daten nur pseudonymisiert (d.h., dass die persönlichen Angaben durch eine Kenn-Nummer ersetzt werden) und getrennt von Ihrem Namen und Ihrer Adresse gespeichert werden.

Über die Kenn-Nummer kann im weiteren Verlauf der Studie zur Datenauswertung eine Verknüpfung der Antworten aus den beiden Fragebögen ohne namentliche Bezüge stattfinden.

Nach der Folgebefragung werden alle Adressen vernichtet. Bis dahin können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme an der Studie widerrufen, und Ihre Daten werden unverzüglich gelöscht; danach ist dies wegen der dann durchgeführten Vollanonymisierung nicht mehr möglich.

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail (optional): \_\_\_\_\_

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

**Haben Sie herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen.**



