



## Lebensqualität von Menschen mit einem Typ 1 Diabetes

### Typ 1 Diabetiker für Studie gesucht!

Im Rahmen eines Forschungsprojekts an der *Hochschule für Angewandte Wissenschaften* in Hamburg untersuchen wir die Lebensqualität von Frauen und Männern mit einem Typ 1 Diabetes.

Wir wollen wissen,

- ▶ ob Frauen anders mit einem Diabetes umgehen und anders versorgt werden als Männer,
- ▶ ob die Versorgung verändert werden muss, und, wenn ja,
- ▶ wie eine optimale Versorgung für Frauen und Männer aussehen sollte.

Wir laden Sie herzlich zur Teilnahme an dieser Studie ein. Bitte füllen Sie hierzu den folgenden Fragebogen aus.

Der Fragebogen liegt als PDF-Datei vor. Leider kann mit dem **Adobe**-PDF-Reader dieser Fragebogen **mit Ihren Einträgen** weder gespeichert noch als E-Mail-Anhang versendet werden.

Deswegen empfehlen wir, den kostenlosen PDF-Reader Foxit zu benutzen. Diesen bekommen Sie unter folgendem Link: <http://www.foxitsoftware.com/pdf/reader/>.

Hiermit können Sie den Fragebogen ausfüllen. Bitte speichern Sie den ausgefüllten Fragebogen unter einem neuen Namen ab und senden diese Datei per Email an [alexandra.jahr@alice-dsl.net](mailto:alexandra.jahr@alice-dsl.net).

Weiterhin laden wir Sie zu einer Diskussionsgruppe über dieses Thema mit anderen Betroffenen ein. Die Diskussion dauert 2 Stunden und findet einmalig in Hamburg statt. Bei Interesse tragen Sie bitte Ihre Kontaktdaten in den unteren Abschnitt ein. Wir werden uns schnellstmöglich mit Ihnen wegen eines Termins in Verbindung setzen.

Durch Ihre Teilnahme können Sie helfen, die Lebensqualität von Frauen und Männern mit einem Diabetes zu verbessern.

Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden absolut vertraulich behandelt.

#### **Kontakt:**

Alexandra Jahr, Dipl. Gesundheitswirtin  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Email: [alexandra.jahr@alice-dsl.net](mailto:alexandra.jahr@alice-dsl.net)  
Tel.: 040 / 594 620 10

Ich  (Name, Vorname) möchte an einer Diskussionsgruppe teilnehmen.

Ich bin unter folgender Telefonnummer bzw. Emailadresse zu erreichen:

## Wir freuen uns, dass Sie an unserer Studie teilnehmen!

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und Ihren Umgang mit dem Typ 1 Diabetes im Alltag.

Bitte beachten Sie noch einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- ▶ Bitte kreuzen Sie das an, was am ehesten auf Sie persönlich zutrifft.
- ▶ Bitte überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ein Hinweis dazu gegeben wird.
- ▶ Bitte speichern Sie den Fragebogen unter neuem Namen ab und versenden die gespeicherte Datei.

Die Einhaltung des Datenschutzes und die Vertraulichkeit Ihrer Angaben sind uns sehr wichtig. Bitte notieren Sie daher nicht Ihren Namen oder Ihre Telefonnummer auf dem Fragebogen.

Wenn Sie Rückfragen zum Ausfüllen des Fragebogens haben, wenden Sie sich bitte direkt an Frau Alexandra Jahr, Tel.: 040 / 594 620 10, Email: alexandra.jahr@alice-dsl.net.

**ID Nr.:**

### Block 1

**Zunächst geht es um Ihre Gesundheit im Allgemeinen und die Auswirkung des Typ 1 Diabetes im Alltag.**

**1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?**

ausgezeichnet      sehr gut      gut      weniger gut      schlecht

☐      ☐      ☐      ☐      ☐

**2. Haben Sie sich in den letzten drei Monaten Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht?**

sehr oft      oft      manchmal      selten      nie

☐      ☐      ☐      ☐      ☐

Bitte weiter mit Frage 3!

- 2.a** ☐ Allgemein, ohne konkreten Anlass  
☐ Aus einem konkreten Anlass, und zwar:

**3. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.**

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

**Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...**

|                                                         | immer                 | meistens              | manchmal              | selten                | nie                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| voller Leben?                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| sehr nervös?                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ruhig und gelassen?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| voller Energie?                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| entmutigt und traurig?                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| erschöpft?                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| glücklich?                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| müde?                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**4. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?** (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie zufrieden sind Sie mit...

|                                                       | sehr zufrieden        |                       |                       |                       | sehr unzufrieden      |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ihrer Arbeitssituation bzw. Ihrer Hauptbeschäftigung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ihrer finanziellen Lage?                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ihrer Freizeit?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ihrer Gesundheit?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ihrer familiären Situation?                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ihrer Beziehung zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Bei der nächsten Frage geht es um Ihr ganz persönliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit.**

**5. Bitte beschreiben Sie, was Sie unter Gesundheit verstehen:**

**6. Bitte beschreiben Sie, was Sie unter Krankheit verstehen:**

**7. Bitte beschreiben Sie, was für Sie Diabetes ist:**

**Im nächsten Abschnitt geht es um die Auswirkungen des Typ 1 Diabetes in Ihrem Alltag**

**8. Wie häufig beeinflusst der Diabetes Ihren Alltag:**

|                                     | sehr oft              | oft                   | manchmal              | selten                | nie                   |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| im Beruf                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in Ihrem Privat- bzw. Familienleben | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in der Freizeit                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**8.a In welcher Weise beeinflusst der Diabetes Ihren Alltag (sowohl im positiven als auch im negativen)?**  
**In Ihrem Beruf:**

**In Ihrem Privat- bzw. Familienleben:**

**In der Freizeit:**

**9. Wie häufig treten bei Ihnen schwerwiegende Unterzuckerungen auf (z. B. Bewusstseinstörung, Bewusstlosigkeit, Krämpfe)?**

| häufiger als<br>einmal im Monat | ca. einmal<br>im Monat | ca. einmal in<br>3 Monaten | ca. einmal im<br>halben Jahr | seltener              | nie                   |
|---------------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**9.a Aus welchem Anlass treten bei Ihnen Unterzuckerungen auf? (Mehrfachnennung möglich)**

- ☐ Infekte / Krankheiten
- ☐ zu wenig Kohlenhydrate (Verschieben oder Weglassen von Mahlzeiten, BE verschätzt)
- ☐ Insulinüberdosierung, versehentliche Doppelinjektion
- ☐ vorangegangener Alkoholkonsum
- ☐ erhöhte Insulinempfindlichkeit
- ☐ Stress
- ☐ körperliche Belastung bei unveränderter Insulindosierung
- ☐ falsche Injektionstechnik, versehentliche in den Muskel oder das Blutgefäß gespritzt
- ☐ bei Frauen: Zyklusschwankungen

☐ sonstige Anlässe:

☐ weiß nicht

**9.b Haben Sie bei Unterzuckerungen schon einmal Hilfe von anderen Personen benötigt?**

☐ ja ☐ nein

**In welcher Form?** (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Ich habe Hilfe bei der Gabe einer Notfallspritze (GlucaGen HypoKit) benötigt
- ☐ Ich wurde wegen der Unterzuckerung ins Krankenhaus eingewiesen

☐ sonstiges:

**9.c Welche Anzeichen einer Unterzuckerung nehmen Sie wahr?**

**9.d Zu welchen Tageszeiten treten Unterzuckerungen bei Ihnen auf?**

**9.e Ab welchen Blutzuckerwerten merken Sie eine Unterzuckerung?**  mg/dl

**10. Wie häufig treten bei Ihnen schwerwiegende Überzuckerungen auf (BZ zwischen 300-700 mg/dl)?**

häufiger als einmal im Monat ☐
 ca. einmal im Monat ☐
 ca. einmal in 3 Monaten ☐
 ca. einmal im halben Jahr ☐
 seltener ☐
 nie ☐

**10.a Aus welchem Anlass treten bei Ihnen Überzuckerungen auf? (Mehrfachnennung möglich)**

- ☐ Infekte / Krankheiten
- ☐ zu viel Kohlenhydrate (z. B. zu viel gegessen, BE verschätzt oder unbekannt)
- ☐ Insulinunterdosierung, versehentlich Injektion vergessen
- ☐ geringere körperliche Belastung als vorgesehen bei unveränderter Insulindosierung
- ☐ Stress
- ☐ bei Frauen: Zyklusschwankungen

☐ sonstige Anlässe:

☐ weiß nicht

**10.b Haben Sie bei Überzuckerungen schon einmal Hilfe von anderen Personen benötigt?**

☐ ja ☐ nein

**In welcher Form?** (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Ich habe Hilfe bei der Insulingabe benötigt
- ☐ Ich wurde wegen der Überzuckerung ins Krankenhaus eingewiesen

☐ sonstiges:

**10.c Welche Anzeichen einer Überzuckerung nehmen Sie wahr?**

**10.d Zu welchen Tageszeiten treten Überzuckerungen bei Ihnen auf?**

**11. Welche Folgeerkrankungen des Diabetes sind bei Ihnen von einer Ärztin / einem Arzt festgestellt worden? (Mehrfachnennung möglich). Bitte geben Sie auch das Jahr der Diagnose an.**

**Erkrankung:**

**Jahr der Diagnose**

|                                                                                              |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                                                       |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Herzkranzgefäße                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Blutgefäße, z. B. Durchblutungsstörungen der Beine |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetesbedingte Erkrankungen des Auges                             |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nervenschädigungen (inkl. diabetischem Fußsyndrom)                  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetesbedingte Schädigung der Niere                               |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Infektionen (z. B. Akne, Blasenentzündung, Erkältungen)             |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> sexuelle Funktionsstörungen                                         |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Depressionen                                                        |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen                                                        |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen: <input type="text"/>                         |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> weiß nicht                                                          |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> keine                                                               |  |  |  |

**12. Sind Sie wegen des Diabetes oder Folgeerkrankungen schon einmal im Krankenhaus gewesen?**

☐ ja ☐ nein

Bitte geben das Jahr und die Anzahl der Tage im Krankenhaus an. Nennen Sie bitte auch den Grund und die Therapie:

| Jahr                 | Anzahl der Tage      | Grund / Therapie:    |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Block 2**

In diesem Abschnitt geht es um die Feststellung bzw. die Diagnose des Diabetes bei Ihnen.

**13. Haben Sie Familienangehörige, die an einem Diabetes erkrankt sind?**

☐ Ja: (Mehrfachnennung möglich) ☐ nein ☐ weiß nicht

|                                     |                                             |                                                         |                                            |                                                         |
|-------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Großmutter | → <input type="checkbox"/> väterlicherseits | <input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> mütterlicherseits | <input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Großvater  | → <input type="checkbox"/> väterlicherseits | <input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> mütterlicherseits | <input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Mutter     | → <input type="radio"/> Typ 1               | <input type="radio"/> Typ 2                             |                                            |                                                         |
| <input type="checkbox"/> Vater      | → <input type="radio"/> Typ 1               | <input type="radio"/> Typ 2                             |                                            |                                                         |
| <input type="checkbox"/> Schwester  | → <input type="radio"/> Typ 1               | <input type="radio"/> Typ 2                             |                                            |                                                         |
| <input type="checkbox"/> Bruder     | → <input type="radio"/> Typ 1               | <input type="radio"/> Typ 2                             |                                            |                                                         |

☐ sonstige Angehörige:  ☐ Typ 1 ☐ Typ 2

**14. Wann traten bei Ihnen die ersten Anzeichen eines Diabetes auf?**

(Monat / Jahr):  /

**14.a Wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt? Ich war  Jahre alt.**

**15. Welche Anzeichen haben Sie wahrgenommen, bevor der Typ 1 Diabetes bei Ihnen festgestellt wurde? (Mehrfachnennung möglich)**

☐ starker Durst  
☐ häufiges Wasserlassen  
☐ Müdigkeit, körperliche und geistige Leistungsminderung  
☐ Gewichtsverlust  
☐ Sehverschlechterung  
☐ Muskelkrämpfe  
☐ Juckreiz  
☐ Appetitlosigkeit  
☐ Potenzstörung, Libidoverlust  
☐ Neigung zu Infektionen und schlecht heilende Wunden  
☐ sonstige Anzeichen:   
☐ keine

**16. Wie viel Zeit lag bei Ihnen zwischen den ersten Anzeichen eines Diabetes (Durst, viel Urin, Gewichtsverlust, deutliche Leistungsminderung) und der Diagnose?**

☐ unter einer Woche      ☐ 1 bis 2 Wochen      ☐ 2 bis 4 Wochen → weiter mit Frage 17  
☐ über 4 Wochen → weiter mit Frage 16.a  
☐ weiß nicht → weiter mit Frage 16.a

**16.a Wann wurde der Diabetes bei Ihnen von einer Ärztin / einem Arzt festgestellt?**  
(Monat / Jahr):  /

**17. Durch wen wurde die Untersuchung auf einen Diabetes bei Ihnen veranlasst und aus welchem Grund? (Mehrfachnennung möglich)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Veranlassende Person</b><br><input type="checkbox"/> Sie selber<br><input type="checkbox"/> Eltern<br><input type="checkbox"/> Partnerin / Partner<br><input type="checkbox"/> Ärztin / Arzt für Allgemeinmedizin<br><input type="checkbox"/> Diabetologin / Diabetologe<br><input type="checkbox"/> sonstige Personen:<br><br><input type="checkbox"/> weiß nicht | <b>Grund</b><br><input type="checkbox"/> konkreter Verdacht auf einen Diabetes mellitus<br><input type="checkbox"/> bei der Abklärung unklarer Beschwerden<br><input type="checkbox"/> durch Zufall bei einer Routineuntersuchung<br><input type="checkbox"/> Anzeichen des Diabetes waren Ihnen / Personen aus Ihrem Umfeld bekannt durch:<br><input type="checkbox"/> Familienmitglieder mit Diabetes mellitus<br><input type="checkbox"/> Medienberichte zum Diabetes mellitus<br><input type="checkbox"/> sonstige Gründe: <input type="text"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**18. Wie wurde der Diabetes bei Ihnen von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt festgestellt? (Mehrfachnennung möglich)**

☐ Blutzuckermessung mit einem Blutzucker über 200 mg/dl (nicht nüchtern)  
☐ wiederholte Nüchtern-Blutzuckermessung mit einem Blutzucker über 126 mg/dl  
☐ oralen Glukosetoleranztest (OGTT)  
☐ weiß nicht

**19. Wie viel Zeit lag bei Ihnen zwischen der Feststellung des Diabetes und der Therapie?**

weniger als 1 Tag      1-2 Tage      3-6 Tage      1 Woche      über 1 Woche      über 1 Monat  
☐      ☐      ☐      ☐      ☐      ☐

**20. In welcher Einrichtung wurde der Diabetes festgestellt?**

☐ Niedergelassene(r) Ärztin / Arzt  
     ☐ Ärztin / Arzt für Allgemeinmedizin  
     ☐ Diabetologin / Diabetologe  
     ☐ sonstige(r) Fachärztin / Facharzt:   
☐ Krankenhaus  
     Fachrichtung / Abteilung:   
☐ sonstige Einrichtung:

### Block 3

Im diesem Abschnitt geht es um die Therapie Ihres Typ 1 Diabetes und um die Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen

#### 21. Welche Insuline nutzen Sie derzeit zur Therapie des Diabetes?

Name des Insulins:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Einheiten:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Anzahl der Injektionen pro Tag:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

#### 21.a Welche Therapieform nutzen Sie?

- ☐ konventionelle Therapie (CT)  
☐ intensivierte konventionelle Therapie (ICT)  
☐ Pumpentherapie

#### 22. Welche Form der Insulininjektion nutzen Sie derzeit? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Pen ☐ U 40  
☐ Spritze ☐ U 100  
☐ Pumpe

#### 22.a Welche Vor- und Nachteile sehen Sie in dieser Injektionsform?

|  |
|--|
|  |
|--|

#### 23. Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung von Folgeerkrankungen des Diabetes ein?

- ☐ ja, und zwar: ☐ nein  
 (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Blutdrucksenkende Medikamente  
☐ Cholesterinsenkende Medikamente  
☐ weitere Medikamente:

Name des Medikaments

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Dosierung

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

#### 24. Gab oder gibt es bei Ihnen Nebenwirkungen durch ein Medikament zur Behandlung des Diabetes (einschließlich Medikamente für Folgeerkrankungen)?

- ☐ ja, ☐ nein

Name des Medikaments:

|  |
|--|
|  |
|--|

Welche Nebenwirkungen sind bei Ihnen aufgetreten?

|  |
|--|
|  |
|--|

Welche Maßnahmen haben Sie bzw. Ihre Ärztin / Ihr Arzt ergriffen?

|  |
|--|
|  |
|--|

#### 25. Kommen Sie mit Ihrer Diabetes-Therapie zurecht?

ja, sehr gut

☐

eher ja

☐

teils, teils

☐

eher nein

☐

nein, überhaupt nicht

☐

**26. Nur für Frauen: Haben Sie jemals die Antibaby-Pille eingenommen?**

☐ ja ☐ nein

Falls ja, wie viele Jahre insgesamt haben Sie etwa die Antibaby-Pille eingenommen?  Jahre

**26.a Haben Sie jemals, z. B. im Verlauf der Wechseljahre oder danach, nach Absetzen der Pille oder nach Entfernung der Gebärmutter irgendwelche Hormonpräparate eingenommen oder verwendet (z. B. Pflaster, Tabletten, Creme, Spritzen)?**

☐ ja ☐ nein

Falls ja, wie viele Jahre insgesamt haben Sie ungefähr Hormonpräparate eingenommen (ohne Pille)?  
 Jahre

**27. Wie häufig kontrolliert Ihr(e) Ärztin / Arzt folgende Werte bzw. führt folgende Untersuchungen bei Ihnen durch?**

**Welche(r) Ärztin / Arzt führte die Untersuchungen bei Ihnen durch?**

|                                                                                            | Häufigkeit             |                       |                       |                       |                       | durchgeführt von                     |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|
|                                                                                            | einmal vierteljährlich | einmal im halben Jahr | einmal im Jahr        | seltener              | nie                   | diabetesbehandelnde(r) Ärztin / Arzt | Fachärztin /-arzt aufgrund einer Überweisung |
| HBA <sub>1c</sub>                                                                          | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Gewicht                                                                                    | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Blutdruck                                                                                  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Cholesterinwerte                                                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Häufigkeit schwerer Unterzuckerungen                                                       | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Häufigkeit der Blutzucker-Selbstkontrolle                                                  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Untersuchung der Beine und Füße (ohne Strümpfe)                                            | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Augenärztlichen Kontrolle                                                                  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Nierenwerte (Mikro- / Makroalbumine)                                                       | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Kreatinin im Blut                                                                          | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Körperliche Untersuchung, einschließlich der Blutgefäße                                    | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Untersuchung auf Schädigungen der Nerven, z. B. auf Taubheitsgefühle in den Beinen / Füßen | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |
| Untersuchung auf Erkrankungen des Herzens, z. B. EKG                                       | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>                        |

**27.a Wie hoch war der letzte bei Ihnen gemessene HBA<sub>1c</sub> Wert?**

% bzw.  mmol/mol Datum der letzten Messung (Monat / Jahr)  /

☐ weiß nicht

**27.b Ist Ihr HBA<sub>1c</sub> Wert im Durchschnitt unter 7,0%?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**27.c Wie hoch war der letzte in der Arztpraxis bei Ihnen gemessene Blutdruck?**

Blutdruck:  mmHg Datum der letzten Messung (Monat / Jahr)  /

☐ weiß nicht

**27.d Ist Ihr Blutdruck im Durchschnitt unter 140/90 mmHg?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**27.e Wie hoch waren die letzten bei Ihnen gemessenen Cholesterinwerte?**

LDL:  mg/dl HDL:  mg/dl Triglyzeride:  mg/dl

Datum der letzten Messung (Monat / Jahr)  /

☐ weiß nicht

**28. Nehmen Sie an einem Disease-Management Programm (DMP), also einem Chroniker-Programm für Typ 1 Diabetes Ihrer Krankenkasse teil?**  
☐ ja, seit (Monat / Jahr):  /  ☐ nein  
**Warum nehmen Sie teil?**   
**Warum nehmen Sie nicht teil?**

**28.a Haben sich durch die Teilnahme an dem Programm ihr Gesundheitszustand und die Behandlung verändert?**

| Durch die Teilnahme am Programm hat sich...               | verbessert            | verschlechtert        | keine Veränderung     |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| mein Gesundheitszustand allgemein                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| meine Blutzuckereinstellung / mein HBA <sub>1c</sub> Wert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| die Beziehung zu meiner Ärztin / meinem Arzt              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Block 4**  
**Im diesem Abschnitt geht es um Ihren persönlichen Umgang mit dem Diabetes**

**29. Haben Sie an Diabetesschulungen teilgenommen?**  
☐ ja ☐ nein (Bitte weiter mit Frage 30)  
**Die Schulungen haben stattgefunden:**  
☐ ambulant, z. B. in der Arztpraxis ☐ stationär, z. B. in einer Klinik ☐ sonstiges   
**Die Schulungen waren**  
☐ mit Partnerin / Partner ☐ Gruppenschulung(en)  
☐ ohne Partnerin / Partner ☐ Einzelschulung(en)  
**Zu welchen Themen haben Sie Diabetesschulungen besucht? (Mehrfachnennung möglich)**  
**Bitte geben Sie auch die Anzahl der Schulungen und das Jahr an.**

| Schulungsthema                                          | Anzahl der Schulungen | Datum (Monat / Jahr)                        |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Basisschulung                  | <input type="text"/>  | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> allgemeine Wissensauffrischung | <input type="text"/>  | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck                      | <input type="text"/>  | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hypotraining                   | <input type="text"/>  | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Pumpentraining                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> sonstige Themen:               | <input type="text"/>  | <input type="text"/> / <input type="text"/> |

**Wann fanden die Schulungen statt? (Mehrfachnennung möglich)**  
☐ werktags ☐ samstags, sonntags  
☐ vormittags ☐ nachmittags ☐ abends ☐ ganztägig  
**Wie lange dauerten die Schulungen im Durchschnitt?**  
Tage (gesamt):   
Stunden (gesamt):   
**Wurde bei der Schulung eine (Neu)Einstellung des Diabetes vorgenommen?**  
☐ ja ☐ nein

**29.a Wie zufrieden waren Sie mit den Schulungen, bezogen auf:**

|                                                   | sehr zufrieden        | zufrieden             | mittel                | unzufrieden           | sehr unzufrieden      |
|---------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| die Informationsvermittlung?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| die Unterstützung beim Diabetes-Selbstmanagement? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| die Schulungszeiten und -dauer?                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| den Schulungsort?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**30. Führen Sie täglich Blutzucker-Selbstkontrollen durch?**

☐ ja

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie ihren Blutzucker am Tag durchschnittlich kontrollieren:  pro Tag

☐ nein **Aus welchen Gründen kontrollieren Sie Ihren Blutzucker nicht täglich?**

**31. Führen Sie ein Blutzuckertagebuch?**

☐ ja

☐ nein, ich führe kein Blutzuckertagebuch (weiter mit Frage 31.c)

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie ein Blutzuckertagebuch führen:

☐ täglich

☐ mehrmals pro Woche

☐ seltener / mehrmals pro Monat

☐ nur aus konkreten Anlässen:

**31.a In welcher Form führen Sie Ihr Blutzuckertagebuch? (Mehrfachnennung möglich)**

☐ manuell

☐ elektronisch am PC

☐ mit dem Messgerät

☐ sonstiges:

**31.b Welche Werte dokumentieren Sie in Ihrem Blutzuckertagebuch? (Mehrfachnennung möglich)**

☐ Blutzucker

☐ Insulin

☐ Ernährung (BE, kcal)

☐ Bewegung

☐ sonstige Angaben:

**31.c Aus welchen Gründen führen Sie ein bzw. kein Blutzuckertagebuch?**

**32. Kommen Sie mit Ihrer Diabetes-Selbstkontrolle insgesamt zurecht?**

ja, sehr gut

eher ja

teils, teils

eher nein

nein, überhaupt nicht

☐

☐

☐

☐

☐

**33. Wie oft gehören die folgenden Nahrungsmittel zu Ihrem Speiseplan?**

täglich

mehrmals in der Woche

ab und zu

selten oder nie

Frisches Obst

☐

☐

☐

☐

Salat, frisches Gemüse

☐

☐

☐

☐

Tiefkühlkost, Fertiggerichte, Pizza

☐

☐

☐

☐

Süßigkeiten, Kuchen, Snacks

☐

☐

☐

☐

**34. Wer ist in Ihrem Haushalt überwiegend für die Ernährung zuständig, bezogen auf:**

Lebe alleine

Sie selbst

Ihre Partnerin / Ihr Partner

beide gleichermaßen

den Einkauf der Nahrungsmittel

☐

☐

☐

☐

die Auswahl der Mahlzeiten und der Zutaten

☐

☐

☐

☐

die Zubereitung der Mahlzeiten

☐

☐

☐

☐

**35. An wie vielen Tagen in der Woche sind Sie körperlich so aktiv, dass Sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten (z. B. beim Sport, Wandern, Tanzen, bei der Garten- und Hausarbeit)?** Es geht um eine durchschnittliche Woche.

Anzahl der Tage:  ☐ an keinem Tag (Bitte weiter mit Frage 36)

**35.a Und wie lange sind Sie an diesem Tag, an dem Sie durch Ihre körperliche Aktivität ins Schwitzen oder außer Atem geraten, durchschnittlich körperlich aktiv?**

weniger als 10 Minuten      10 bis unter 30 Minuten      30 bis unter 60 Minuten      mehr als 60 Minuten

☐                      ☐                      ☐                      ☐

**36. Rauchen Sie?**

☐ ja      Wie viele Zigaretten o. ä. rauchen Sie durchschnittlich am Tag?  Anzahl

☐ nein:

☐ ich habe nie geraucht (bis auf ganz seltenes Probieren)  
☐ ich habe aufgehört vor  Jahren

**37. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk, also z. B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör zu sich?**

4 Mal pro Woche oder öfter      2-3 Mal pro Woche      2-4 Mal im Monat      1 Mal pro Monat bzw. seltener      nie

☐                      ☐                      ☐                      ☐                      ☐

**38. Es ist im Alltag nicht immer einfach, den Empfehlungen der Ärztin / des Arztes zu folgen. In wie weit befolgen Sie die Empfehlungen Ihrer Ärztin / Ihres Arztes bezogen auf:**

|                                                                                       | sehr genau            | genau                 | teils-teils           | weniger               | gar nicht             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| – die Diabetes-Therapie (z. B. Einnahme von Medikamenten, Insulinmenge etc.)          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – das Diabetes-Selbstmanagement (z. B. Blutzuckertagebuch, BZ-Messungen, Insulingabe) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – die Lebensführung (z. B. Ernährung, Bewegung, Rauchen)                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**39. Aus welchen Gründen befolgen Sie die Empfehlungen Ihrer Ärztin / Ihres Arztes bzw. befolgen diese nicht?**

Bezogen auf die Therapie:

Bezogen auf das Selbstmanagement:

Bezogen auf die Lebensführung:

**40. Welche Unterschiede nehmen Sie zwischen Frauen und Männern im Umgang mit dem Diabetes wahr?**

**41. Nutzen Sie neben Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt weitere Informationsquellen und Unterstützungsangebote?**  
☐ ja (Mehrfachnennung möglich) ☐ nein

**Sind diese hilfreich für Sie?**

|                                                      | hilfreich             | teils-teils           | nicht hilfreich       | weiß nicht            |
|------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetesjournal             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Apothekerzeitschrift        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Broschüren der Krankenkasse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Internet                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Fachliteratur               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetikerbund              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe(n)        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Familie                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Freunde                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> sonstiges:                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**42. Sind Sie Mitglied im Deutschen Diabetikerbund oder einer anderen Diabetes-Organisation (z. B. einer Diabetes-Selbsthilfegruppe wie den Insulinern)?**

☐ ja **Aus welchem Grund:**  
  
 Name(n) der Organisation(en):

☐ nein **Aus welchem Grund:**

**43. Welche Personen aus Ihrem Umfeld wissen von Ihrem Diabetes (Mehrfachnennung möglich)**

☐ Familienangehörige  
☐ Freunde und Bekannte  
☐ Arbeitskolleginnen / Arbeitskollegen, Mitschülerinnen / Mitschüler  
☐ Arbeitgeberin / Arbeitgeber  
☐ sonstige:

**43.a In wie weit werden Sie von Personen aus Ihrem Umfeld im Umgang mit dem Diabetes unterstützt?**

sehr stark ☐ stark ☐ teils - teils ☐ eher wenig ☐ gar nicht ☐

Bitte weiter mit Frage 44

**43.b In welcher Form bekommen Sie Unterstützung von anderen Personen? (Mehrfachnennung möglich)**

☐ Mahlzeiten zubereiten  
☐ Erinnerung an die Blutzucker-Kontrolle  
☐ Erinnerung an das Insulin / Medikamente  
☐ Hilfe bei Unter- bzw. Überzuckerung, z. B. Gabe einer Notfallspritze (GlucaGen) oder Insulin  
☐ sonstiges:

**43.c Wie hilfreich ist diese Unterstützung für den Umgang mit dem Diabetes im Alltag?**

hilfreich ☐ teils-teils ☐ nicht hilfreich ☐ weiß nicht ☐

#### Block 5

Im fünften Block geht es um die Behandlung bei der Ärztin / dem Arzt, bei der / dem Sie derzeit wegen Ihres Typ 1 Diabetes hauptsächlich in Behandlung sind.

**44. Ist Ihr(e) diabetesbehandelnde(r) Ärztin / Arzt:**

☐ eine Frau  
☐ ein Mann

**44.a**

☐ Fachärztin / Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Praktische(r) Ärztin / Arzt  
☐ Internistin / Internist, kein(e) Diabetologin / Diabetologe  
☐ Diabetologin / Diabetologe  
☐ sonstige Fachrichtung:   
☐ weiß nicht

**45. Welche Unterschiede sehen Sie in der Behandlung des Diabetes durch eine Ärztin bzw. einen Arzt?**  
Eine Ärztin ist oder macht:  
  
Ein Arzt ist oder macht:

**46. Über welche Themen reden Sie überwiegend mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt (Mehrfachnennung möglich)**  
☐ diabetesbezogene Themen (z. B. Insulin, Komplikationen, Schulung, Auswirkungen im Alltag)  
☐ allgemeines Wohlbefinden / Gesundheitszustand  
☐ andere Erkrankungen  
☐ sonstige Themen:

**47. Wie häufig gehen Sie wegen Ihres Diabetes zu Ihrer diabetesbehandelnden Ärztin / Ihrem Arzt?**  
einmal im Monat ☐ alle 2 Monate ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐

**47.a Wie häufig haben Sie Ihre(n) diabetesbehandelnde(n) Ärztin / Arzt in den letzten 12 Monaten aus den folgenden Gründen in Anspruch genommen? (Mehrfachnennung möglich).**  
☐ Rezepte  Mal  
☐ Laborkontrolle (z. B. HBA<sub>1C</sub>, Cholesterin, etc.)  Mal  
☐ Beratung / Information  Mal  
☐ Therapiebesprechung  Mal  
☐ akute Probleme mit dem Diabetes  Mal  
☐ sonstige Gründe:   Mal

**47.b In welcher Form hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt?**  
persönlich:  Mal  
telefonisch:  Mal

**48. Bezieht Ihre Ärztin / Ihr Arzt Sie in Entscheidungen bei der Diabetesbehandlung mit ein?**  
ja, immer ☐ eher ja ☐ teils, teils ☐ eher nein ☐ nein, überhaupt nicht ☐

**49. Wie viel Zeit verbringen Sie im Durchschnitt bei Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt? (in Minuten)**  
im Wartezimmer:  Minuten  
im Gespräch mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt:  Minuten  
zur Untersuchung / Behandlung (durch die Ärztin / den Arzt bzw. das medizinische Personal):  Minuten

**50. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer diabetesbehandelnden Ärztin / Ihrem Arzt bezogen auf:**

|                                                                        | sehr zufrieden        | zufrieden             | mittel                | unzufrieden           | sehr unzufrieden      |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| die allgemeine Betreuung                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| die medizinische / fachliche Kompetenz                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| die Verordnungen (z. B. Verschreibung von Medikamenten / Hilfsmitteln) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| die Beratungszeit                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| die Wartezeit                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| den Umgang mit gesundheitlichen Problemen                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| die Informationsvermittlung                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**51. Wie lange sind Sie schon bei dieser Ärztin / diesem Arzt?**

- ☐ seit weniger als 1 Jahr  
☐ seit mindestens 1 Jahr, aber weniger als 5 Jahren  
☐ seit 5 Jahren oder mehr

**52. Würden Sie Ihre Ärztin / Ihren Arzt anderen Menschen mit einem Diabetes empfehlen?**

- ☐ ja ☐ nein

**53. Welche Wünsche haben Sie an eine gute medizinische Versorgung für Diabetikerinnen und Diabetiker?**

Gut fände ich, wenn ...

**54. Was sind für Sie die wichtigsten Eigenschaften bei einer Ärztin / einem Arzt, damit Sie sich gut betreut fühlen?**

Wichtig fände ich, wenn ...

**55. Welche Ideen fallen Ihnen spontan ein, die Menschen mit einem Diabetes helfen könnten?**

Schön wäre, wenn...

**56. Wie schätzen Sie Ihr Wissen über den Diabetes ein?**

- sehr gut ☐ gut ☐ weder noch ☐ schlecht ☐ sehr schlecht ☐

**Personenbogen.**

In diesem Teil geht es um Fragen zu Ihrer Person sowie zu Ihrer Lebens- und Wohnsituation.

**Angaben zur Person****57. Wann sind Sie geboren?**

(Monat / Jahr):  /

**58. Welches Geschlecht haben Sie?**

☐ weiblich

☐ männlich

**59. Wie groß sind Sie?**

cm

**59.a Wie viel wiegen Sie zur Zeit?**

kg

**60. Besteht bei Ihnen aufgrund des Typ 1 Diabetes eine Behinderung, die vom Versorgungsamt anerkannt ist?**

☐ ja, und zwar seit:

☐ nein → Bitte weiter mit Frage 61

(Monat / Jahr):  /

**60.a Wie viel Prozent beträgt der Grad der Behinderung heute?**

Grad der Behinderung

**Familienstand, Haushalt und Wohnort****61. Welchen Familienstand haben Sie?**

☐ verheiratet, nicht getrennt lebend (auch eingetragene Lebenspartnerschaften)

☐ zusammenlebend mit Partnerin / Partner

☐ ledig

☐ getrennt lebend / geschieden

☐ verwitwet

☐ sonstiges:

**61.a Haben Sie eine feste Partnerin / einen festen Partner?**

☐ ja

☐ nein

**62. Wie viele Personen leben, wohnen und wirtschaften gemeinsam in Ihrem Haushalt? Zählen Sie dabei bitte sich selbst und auch Kinder mit.**

☐ 1 Person, d. h. nur Sie selbst → Bitte weiter mit Frage 63

Insgesamt  Personen

**62.a Wie viele Kinder leben im Haushalt?** ☐ keine (Bitte weiter mit Frage 63) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ≥ 4**62.b Bitte geben Sie das Alter und Geschlecht des Kindes/ der Kinder an:**

Alter:  Jahre ☐ Mädchen ☐ Junge

Alter:  Jahre ☐ Mädchen ☐ Junge

Alter:  Jahre ☐ Mädchen ☐ Junge

Alter:  Jahre ☐ Mädchen ☐ Junge

**63. In welchem Stadtteil wohnen Sie?** Wenn Sie nicht in Hamburg wohnen, geben Sie bitte auch die Stadt bzw. den Ort an, in dem Sie wohnen.  
Stadtteil

## Bildung

- 64. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**
- ☐ Abitur oder fachgebundene Hochschulreife ☐ Fachhochschulreife  
☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐ Polytechnische Oberschule bzw. 10. Klasse  
☐ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)  
☐ (bisher) ohne Abschluss  
☐ anderer Abschluss:
- 64.a Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie? (Mehrfachnennung möglich)**
- ☐ abgeschlossenes Studium an ☐ Hochschule / Universität ☐ Fachhochschule  
☐ abgeschlossene Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie  
☐ beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)  
☐ beruflich-schulische Ausbildung  
☐ anderer Ausbildungsabschluss:  
☐ (bisher) ohne Ausbildungsabschluss

## Erwerbstätigkeit und Beruf

- 65. Welches ist Ihre momentane Tätigkeit? (Mehrfachnennung möglich)**
- ☐ Erwerbstätigkeit ☐ Schülerin / Schüler ☐ Studentin / Student ☐ Fachschüler /-schülerin ☐ Lehre  
☐ Wehr-, Zivildienstleistende(r)  
☐ Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub oder sonstige Beurlaubung  
☐ Hausfrau / Hausmann  
☐ arbeitslos, Null-Kurzarbeit  
☐ Ruhestand (Rentnerin / Rentner bzw. Pensionärin / Pensionär)  
☐ sonstiges:
- 65.a Welchen Umfang hat Ihre Erwerbstätigkeit?**
- ☐ geringfügig beschäftigt (weniger als 15 Stunden pro Woche, 400 Euro- oder Mini-Job)  
☐ teilzeit beschäftigt (15 bis 34 Stunden pro Woche)  
☐ vollzeit beschäftigt (35 und mehr Stunden pro Woche)  
☐ "Ein-Euro-Job" (bei Bezug von Arbeitslosengeld II)  
☐ gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt  
☐ sonstiges:
- 65.b Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich in der Woche für Ihren Beruf?**  Stunden
- 65.c Wie arbeiten Sie überwiegend?**
- ☐ sitzend  
☐ stehend  
☐ körperlich  
☐ sonstiges:
- 65.d Zu welcher der Gruppen gehört der Beruf in dem Sie tätig sind bzw. tätig waren?**
- ☐ Selbständige (z. B. Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung, Landwirtschaft)  
☐ Akademikerin / Akademiker im freien Beruf (z. B. Ärztin / Arzt, Steuerberaterin / -berater, Rechtsanwältin/ -anwalt)  
☐ Beamtin / Beamter, Richterin / Richter, Berufssoldat / Berufssoldatin  
☐ Angestellte / Angestellter ☐ in Führungsposition  
☐ Arbeiterin / Arbeiter  
☐ sonstiges:

## Einkommen

Wir erfassen diese umfassenden Informationen, um bessere Versorgungsangebote für Frauen und Männer mit einem Typ 1 Diabetes entwickeln zu können. Aus diesem Grund fragen wir auch nach dem Haushaltseinkommen. Ihre Antworten unterliegen jedoch alle dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

| 66. | Bitte geben Sie die <u>Art</u> Ihres persönlichen Einkommens und des gesamten Haushaltseinkommens an.<br>(Mehrfachnennung möglich) | persönliches Einkommen   | gesamtes Haushaltseinkommen |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|     | Erwerbseinkommen (Lohn, Gehalt, ...)                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
|     | Rente / Pension                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
|     | Nebenverdienst                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
|     | Vermietung / Verpachtung                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
|     | Wohngeld                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
|     | Elterngeld                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
|     | Kindergeld                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
|     | Arbeitslosengeld / Sozialhilfe                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
|     | AsylbewerberInnenleistungsgesetz                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
|     | sonstiges:                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

  

| 66.a | Bitte geben Sie die <u>Höhe</u> Ihres persönlichen Einkommens und des gesamten Haushaltseinkommens an<br>(Nettoeinkommen, inkl. Sozialleistungen) | persönliches Einkommen | gesamtes Haushaltseinkommen |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|
|      | unter 500 €                                                                                                                                       | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 500 bis unter 750 €                                                                                                                               | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 750 bis unter 1.000 €                                                                                                                             | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 1.000 bis unter 1.250 €                                                                                                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 1.250 bis unter 1.500 €                                                                                                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 1.500 bis unter 1.750 €                                                                                                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 1.750 bis unter 2.000 €                                                                                                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 2.000 bis unter 2.250 €                                                                                                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 2.250 bis unter 2.500 €                                                                                                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 2.500 bis unter 3.000 €                                                                                                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 3.000 bis unter 3.500 €                                                                                                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 3.500 bis unter 4.000 €                                                                                                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | 4.000 bis unter 4.500 €                                                                                                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
|      | über 4.500 €                                                                                                                                      | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |

## Krankenversicherung

67. Welche Krankenversicherung bzw. -versorgung haben Sie?

☐ Gesetzliche Krankenversicherung

Sind Sie **persönlich** in dieser Krankenkasse:

☐ Beitrag zahlendes Pflichtmitglied

☐ Beitrag zahlendes freiwilliges Mitglied

☐ mitversichertes Familienmitglied

☐ versichert als RentnerIn / Arbeitslose(r) / StudentIn / Wehr- oder Zivildienstleistende(r)

Haben Sie eine **private Zusatzversicherung** zu Ihrer gesetzlichen Krankenkasse? ☐ ja ☐ nein

☐ Beihilfe (Beamtin / Beamter)

Haben Sie eine **private Zusatzversicherung** zur Beihilfe? ☐ ja ☐ nein

☐ private Krankenversicherung als Vollversicherung

☐ ausländische Krankenversicherung

☐ sonstiger Anspruch auf Krankenversorgung (z. B. freie Heilfürsorge, SozialhilfeempfängerIn, KriegsschadenrentnerIn, Lastenausgleich)

☐ keine Krankenversicherung

## Herkunft

**68. In welchem Land sind Sie geboren?**

Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war.

☐ in Deutschland (in den heutigen Grenzen)

☐ in einem anderen Land, und zwar:

**68.a Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie? (Mehrfachnennung möglich)**

☐ Deutsche

☐ andere, und zwar:

Aufenthaltsdauer in Deutschland:  Jahre

**68.b Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?**

☐ Deutsch

☐ andere und zwar:

**68.c Wenn Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?**

sehr gut

☐

gut

☐

mittelmäßig

☐

schlecht

☐

sehr schlecht

☐

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

Wir hoffen, dass wir mit Ihrer Hilfe zu interessanten Ergebnissen kommen und damit helfen, die Lebensqualität von Menschen mit einem Typ 1 Diabetes zu verbessern.

Sollten Sie noch Fragen oder Informationen zum Thema haben, wenden Sie sich gerne an Frau Alexandra Jahr, Dipl. Gesundheitswirtin.