

## Angaben zur Person

### 1. Wie alt sind Sie (in Jahren)?

↑	< 40	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	≥ 90
---	------	-------	-------	-------	-------	-------	------

### 2. Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich	männlich	divers
----------	----------	--------

### 3. Was ist Ihr höchster beruflicher Bildungsabschluss?

Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss (Diplom, Bachelor, Master, Promotion)
Abgeschlossene Berufsausbildung
Ohne beruflichen Bildungsabschluss

### 4. Was ist Ihr höchster schulischer Bildungsabschluss?

Gymnasium (Abitur, Allgemeine Hochschulreife, Fachabitur)
Höhere Handelsschule (Fachabitur)
Realschule, Gesamtschule, Handelsschule (Mittlere Reife)
Volksschulabschluss
Hauptschulabschluss
Keinen Schulabschluss

### 5. Wie ist Ihr Stand der Erwerbstätigkeit?

Vollzeit (≥40 h pro Woche)
Teilzeit (1-39 h pro Woche)
Altersrente
Erwerbsminderungsrente
Hausfrau / Hausmann
arbeitslos
arbeitsunfähig/berufsunfähig

### 6. Wie ist Ihre Wohnsituation?

alleinlebend	mit weiteren Personen zusammen
--------------	--------------------------------

### 7. Wie ist Ihre Wohnlage?

(eher) städtisch	(eher) ländlich
------------------	-----------------

## Angaben zum Gesundheitszustand

8. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

<input type="checkbox"/>	ausgezeichnet	<input type="checkbox"/>	sehr gut	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	weniger gut	<input type="checkbox"/>	schlecht
--------------------------	---------------	--------------------------	----------	--------------------------	-----	--------------------------	-------------	--------------------------	----------

9. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
<b>Anstrengende Tätigkeiten</b> , z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mittelschwere Tätigkeiten</b> , z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mehrere</b> Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einen</b> Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>mehr als 1 Kilometer</b> zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>mehrere</b> Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen (weniger als 1 Kilometer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>eine</b> Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen (weniger als 100 Meter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

<input type="checkbox"/>	keine Schmerzen	<input type="checkbox"/>	sehr leicht	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>	stark	<input type="checkbox"/>	sehr stark
--------------------------	-----------------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	------------

11. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

<input type="checkbox"/>	gar nicht	<input type="checkbox"/>	ein bisschen	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>	ziemlich	<input type="checkbox"/>	sehr
--------------------------	-----------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------	------

12. Welche chronischen Erkrankungen haben Sie? (Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/>	Gelenkverschleiß oder Gelenkentzündungen (z. B. Arthrose, rheumatoide Arthritis)
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen)
<input type="checkbox"/>	Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, COPD)
<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen (z. B. Reizdarmsyndrom, Morbus Crohn)
<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2)
<input type="checkbox"/>	andere oder weitere

13. Seit wie vielen Jahren haben Sie Kenntnis über Ihre Osteoporose-Erkrankung?

<input type="checkbox"/>	< 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	1-4 Jahre	<input type="checkbox"/>	5-10 Jahre	<input type="checkbox"/>	> 10 Jahre
--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	------------

14. Wer hat Sie erstmals über Ihre Osteoporose-Erkrankung in Kenntnis gesetzt?

<input type="checkbox"/>	Krankenhausarzt (z. B. nach Knochenbruch)
<input type="checkbox"/>	niedergelassener Orthopäde
<input type="checkbox"/>	Hausarzt
<input type="checkbox"/>	anderer Facharzt, welcher?

15. Welcher Arzt (Facharzt) betreut Sie bzgl. Ihrer Osteoporose? (Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/>	Hausarzt
<input type="checkbox"/>	Orthopäde
<input type="checkbox"/>	Gynäkologe
<input type="checkbox"/>	anderer Facharzt, welcher?

16. Wie ist die Erreichbarkeit Ihres/Ihrer ...? Und wenn möglich, schätzen Sie die Entfernung in Kilometern.

	sehr gut	gut	eher schlecht	sehr schlecht	Entfernung (km)	nicht genutzt
Hausarzt/ Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Turn- / Bewegungsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

17. Wie häufig im Jahr sprechen Sie mit Ihrem Arzt über Ihre Osteoporose und Medikation?

<input type="checkbox"/> mehrmals jährlich	<input type="checkbox"/> 1 x jährlich	<input type="checkbox"/> alle 2-3 Jahre	<input type="checkbox"/> nie
--	---------------------------------------	---	------------------------------

Wenn Sie „nie“ angekreuzt haben, überspringen Sie bitte Frage 18.

18. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrem behandelnden „Osteoporose“-Arzt in Bezug auf die ...

	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Information zu den <b>Ursachen</b> Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zum <b>Verlauf</b> Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information über die <b>geplante Therapie</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information über die <b>Wirkung der verordneten Medikamente</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen darüber, was <b>Sie selbst auch zur Heilung</b> beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verständlichkeit</b> der Informationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beachtung von <b>Nebenwirkungen</b> bei der Verordnung von Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung aller <b>Behandlungsmöglichkeiten</b> (z. B. Medikamente, Krankengymnastik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Inwiefern stimmen Sie zu, dass eine Arzthelferin bzw. Arzthelfer oder Pflegekraft Ihre Alltagsfragen zu Osteoporose (z. B. zu Ernährung, Sportangeboten) beantworten kann?

<input type="checkbox"/> stimme voll zu	<input type="checkbox"/> stimme zu	<input type="checkbox"/> stimme eher nicht zu	<input type="checkbox"/> stimme nicht zu
---	------------------------------------	---	--

20. Welchen Wirkstoff nehmen Sie zur Behandlung von Osteoporose ein? Diesen finden Sie auf Ihrer Medikamentenverpackung unter dem Produktnamen. (Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/> Alendronat	<input type="checkbox"/> Teriparatid (z. B. Forsteo®)
<input type="checkbox"/> Risedronat	<input type="checkbox"/> Romosozumab (z. B. Evenity®)
<input type="checkbox"/> Denosumab (z. B. Prolia®)	<input type="checkbox"/> Östrogene / Östrogen, Gestagen
<input type="checkbox"/> Ibandronat (z. B. Bonviva®)	<input type="checkbox"/> Vitamin D
<input type="checkbox"/> Raloxifen (z. B. Evista®)	<input type="checkbox"/> Calcium
<input type="checkbox"/> Zoledronat (z. B. Aclasta®)	<input type="checkbox"/> weiß nicht
<input type="checkbox"/> Anderer Wirkstoff?	

21. Seit wie vielen Jahren nehmen Sie Medikamente oder Supplemente wie Vitamin D oder Calcium zur Behandlung von Osteoporose ein?

<input type="checkbox"/> < 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 1-4 Jahre	<input type="checkbox"/> 5-10 Jahre	<input type="checkbox"/> > 10 Jahre
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

22. Nehmen Sie Ihre Osteoporose-Medikamente regelmäßig und dauerhaft ein?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

23. Wenn nein: warum nehmen Sie Ihre Medikamente nicht regelmäßig ein?

<input type="checkbox"/> Medikamenten-Unverträglichkeit / Nebenwirkungen
<input type="checkbox"/> Ich nehme bereits viele andere Medikamente
<input type="checkbox"/> Ich vergesse die regelmäßige Einnahme
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Einnahme
<input type="checkbox"/> Sonstiges

24. Wurden Sie von Ihrem behandelnden Arzt an die regelmäßige Einnahme erinnert?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

25. Haben Sie sich in den letzten 3 Jahren einen Knochenbruch zugezogen, und wenn ja, wo?

<input type="checkbox"/>	Hüfte
<input type="checkbox"/>	Unterarm
<input type="checkbox"/>	Hand
<input type="checkbox"/>	Oberschenkel
<input type="checkbox"/>	Wirbelsäule
<input type="checkbox"/>	Andere Körperteile

26. Wie häufig machen Sie gezielten Sport gegen Ihre Osteoporose? (z. B. Kraftübungen, Spaziergänge, Fahrrad fahren u. a., etwa 30 min pro Einheit)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
täglich	3-6 mal wöchentlich	1-2 mal wöchentlich	weniger häufig

## Fragen zu digitalen Anwendungen

Im letzten Abschnitt möchten wir Sie zu Ihren Erfahrungen mit Ihrem Smartphone befragen. Verwenden Sie Apps? Apps sind Programme für Ihr Smartphone; dazu gehört unter anderem auch "WhatsApp" zur Kommunikation. Darüber hinaus gibt es Apps speziell für Gesundheitsthemen, die sogenannten digitalen Gesundheitsanwendungen. Ihr Arzt kann Ihnen digitale Gesundheitsanwendungen verschreiben oder Sie können sie selbst erwerben. Die digitalen Gesundheitsanwendungen können Ihre Gesundheit positiv unterstützen, indem sie beispielsweise an die Medikamenteneinnahme erinnern, zur Bewegung animieren oder die ärztliche Betreuung ergänzen!

27. Besitzen Sie ein Smartphone/Handy (Mobiltelefon mit Computer-Funktionalitäten und Internetzugang)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	nein

Wenn Sie „nein“ angekreuzt haben, gehen Sie weiter zu Frage 35.

28. Was für ein Smartphone haben Sie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iPhone von Apple	eine andere Marke (Android)

29. Wie häufig nutzen Sie Ihr Smartphone?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
täglich	mehrmals wöchentlich	mehrmals monatlich	eher selten

30. Wofür nutzen Sie Ihr Smartphone? (Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/>	telefonieren
<input type="checkbox"/>	Textnachrichten / Sprachnachrichten (z. B. SMS, WhatsApp)
<input type="checkbox"/>	soziale Kontakte pflegen (z. B. Facebook, Twitter, Instagram)
<input type="checkbox"/>	recherchieren/surfen/informieren im Internet
<input type="checkbox"/>	spielen
<input type="checkbox"/>	Andere Zwecke? Welche?

31. Nutzen Sie aktiv eine digitale Gesundheitsanwendung (App)? (z. B. Entspannungs-, Ernährungs-, Fitness-, Bewegungs-App)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	nein

Wenn ja, wie heißt diese App? \_\_\_\_\_

32. Was ist Ihnen wichtig, wenn Sie eine digitale Gesundheitsanwendung (App) speziell bei Osteoporose nutzen oder nutzen würden?

Die Osteoporose-App sollte ...	stimme voll und ganz zu	stimme zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
informieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daten <b>messen</b> (z. B. körperliche Aktivität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>dokumentieren</b> (z. B. tägliche Calciumzufuhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daten <b>auswerten</b> (z. B. Hinweis auf veränderte Gesundheitswerte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>erinnern</b> (z. B. an Einnahme von Medikamenten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daten <b>teilen</b> (z. B. mit Ihrem Arzt oder anderen Patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivationsbotschaften oder Tipps <b>zusenden</b> (z. B. Feedback, Vorschläge zur Ernährung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33. Würden Sie eine digitale Gesundheitsanwendung (App) zur Ergänzung der ärztlichen Betreuung verwenden?**

<input type="checkbox"/>	ganz sicher	<input type="checkbox"/>	ziemlich wahrscheinlich	<input type="checkbox"/>	wahrscheinlich nicht	<input type="checkbox"/>	keinesfalls
--------------------------	-------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------

**34. Würden Sie eine digitale Gesundheitsanwendung (App) verwenden, wenn Sie zusätzlich zum Arztbesuch weitere Informationen bietet?**

<input type="checkbox"/>	ganz sicher	<input type="checkbox"/>	ziemlich wahrscheinlich	<input type="checkbox"/>	wahrscheinlich nicht	<input type="checkbox"/>	keinesfalls
--------------------------	-------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------

**35. Wie empfinden Sie die Digitalisierung des Gesundheitswesens?**

<input type="checkbox"/>	empfinde ich als gut / Chance	<input type="checkbox"/>	neutral	<input type="checkbox"/>	ich empfinde Unbehagen	<input type="checkbox"/>	weiß nicht
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------	--------------------------	------------------------	--------------------------	------------

**36. Patientenschulungen können helfen, Ihr Wissen zu den Themen Ernährung, körperliche Aktivität und Krankheitsbild zu verbessern. Wie wünschen Sie sich solche Schulungen?  
Als ... (Mehrfachnennung möglich)**

<input type="checkbox"/>	Präsenzschulung in einer Gruppe	<input type="checkbox"/>	Erklärvideos zum Wiederansehen
<input type="checkbox"/>	Präsenzschulung online	<input type="checkbox"/>	Kein Interesse

**Erwarten Sie von einer digitalen Gesundheitsanwendung (App) etwas, das wir nicht abgefragt haben?**

---

---

---

**Haben Sie weitere Anmerkungen?**

---

---

---

**Wir bedanken uns recht herzlich bei Ihnen für die Teilnahme an der Befragung  
und wünschen Ihnen weiterhin alles Gute und viel Gesundheit!**