

1. Information zur Studie “Umfrage über ethische Einstellungen und veränderte Gesundheitspraktiken zur Zeit der COVID-19 Pandemie”

Sehr geehrte Patienten,

In der beispiellosen Zeit der COVID-19-Pandemie liegt unser Interesse darin, zu verstehen, wie sich Erfahrungen mit Gesundheit und Gesundheitsmaßnahmen verändern. Um Sie als Patienten besser zu verstehen und Ihnen damit zukünftig auch besser helfen zu können, wollen wir herausfinden, ob und wie Sie von der Pandemie beeinflusst wurden.

Bitte beschränken Sie Ihre Antworten nicht nur darauf, ob Sie direkt von der COVID-19 Erkrankungen betroffen waren oder noch sind, sondern gehen Sie auch auf andere Veränderungen ein, wie etwa Änderungen bei Arztbesuchen oder bei gesundheitlicher Selbstversorgung.

Bitte antworten Sie spontan, ohne viel Nachdenken. In die freien Felder können Sie Antworten eintippen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit!

1.1 Bitte tragen Sie hier ein, ob Sie an der Befragung im Rahmen unserer Studie teilnehmen möchten.

- Ja, ich möchte an der Studie teilnehmen.
- (Falls nein, schließen Sie bitte dieses Fenster)

2. Umfrage über Einstellungen und Gesundheitsverhalten in der COVID-19 Pandemie

2.1 Meine Gesundheit wurde von der COVID-19-Pandemie beeinflusst:

- Sehr stark Sehr gering

2.2 In welcher Weise?

2.3 Bitte kreuzen Sie **alle** Antworten an, die zutreffen:

- Bei mir wurde eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ärztlich bestätigt (etwa über ein positives Testergebnis)
- Bei mir wurde/n ein (oder mehrere) Test auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus vorgenommen, der/die aber negativ war/
- Ich vermute, dass ich die COVID-19-Erkrankung in den letzten Monaten hatte, weil ich dazugehörige Symptome hatte (etwa Geruchsverlust, Geschmacksverlust, trockenen Husten, Fieber, Abgeschlagenheit)
- Ich hatte in den letzten drei Monaten keine Symptome der COVID-19-Erkrankung

2.4 **NUR** wenn Sie Symptome der COVID-19-Erkrankung hatten: Haben Sie einen Arzt aufgesucht?

- Ja
- Nein

2.5 Mussten Sie sich in der letzten Zeit in Quarantäne begeben?

- Ja
- Nein

2.6 Wenn ja, wie erging es Ihnen damit?

2.7 Haben Sie während der COVID-19-Pandemie gesundheitliche Beschwerden gehabt (unabhängig vom Coronavirus), bei denen Sie normalerweise zum Arzt gehen würden?

- Ja
- Nein

2.8 Wenn ja: welche?

2.9 Wenn Sie Beschwerden hatten, sind Sie wie gewohnt zum Arzt gegangen?

- Ja
- Nein

2.10 Wenn ja, hatten Sie Bedenken, während der COVID-19-Pandemie zum Arzt zu gehen?

2.11 Wenn ja, welche?

2.12 Im Vergleich zu **vor** der COVID-19-Pandemie, hat sich Ihre Gesundheitsversorgung

- verbessert
- nicht verändert
- verschlechtert

2.13 War Ihre Gesundheitsversorgung von der COVID 19-Pandemie beeinträchtigt, etwa weil eine Arztpraxis geschlossen war, Termine verschoben wurden, oder aus anderen Gründen:

- Ja
- Nein

2.14 Wenn ja, wie wurde die Gesundheitsversorgung beeinträchtigt:

2.15 **Vor** der Pandemie, haben Sie Maßnahmen der medizinischen Selbstversorgung ergriffen, um ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten, wie etwa Benutzung von Gesundheits-Apps, Teilnahme an Online-Selbsthilfegruppen oder sportliche Übungen, Meditation oder andere Aktivitäten zur Entspannung?

- Ja
- Nein

2.16 Wenn ja, welche?

2.17 **Während/seit** der Pandemie ergreifen Sie neue oder zusätzliche Maßnahmen, um ihre Gesundheit zu verbessern?

- Ja
- Nein

2.18 Wenn ja, welche?

ODER

Wenn nein, warum?

2.19 Informieren Sie sich **seit der Pandemie** mehr über Ihre Gesundheit?

- Ja
- Nein

2.20 Wenn ja, warum?

2.21 Was war/ist während der COVID-19-Pandemie für Sie die größte Herausforderung im Hinblick auf Ihre Gesundheit?

2.22 Was hätte es Ihnen erleichtert, in dieser Zeit gesundheitlich für sich selbst zu sorgen?

2.23 Zu Beginn der Pandemie wurden verschiedene Veränderungen in der Gesundheitsversorgung vorgenommen, um auf die neuen Bedürfnisse zu reagieren, die durch den Ausbruch von COVID-19 entstanden sind. Viele Arztbesuche wurden verschoben, der Praxisbetrieb wurde eingeschränkt, geplante Operationen wurden auf einen späteren Zeitpunkt verschoben usw. Haben Sie das Gefühl, dass Sie davon betroffen waren?

- Ja
- Nein

2.24 Wenn ja, wie:

2.25 Würden Sie diese Veränderungen in der Gesundheitsversorgung beschreiben als (Kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an):

- Notwendig
- Nicht notwendig
- Fair
- Unfair
- Andere
- Ich kann es nicht einschätzen

2.26 Haben Sie erlebt, dass Menschen während der Zeit der Pandemie anderen bei der Gesundheitsversorgung geholfen haben? Können Sie ein Beispiel nennen?

2.27 Haben Sie Ängste mit Blick auf Ihre zukünftige Gesundheitsversorgung?

- Ja
- Nein

2.28 Wenn ja, welche? **ODER** Wenn nein, warum?

3. Fragebogen zu seelischen Beschwerden: Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

3.1 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung
Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

3.2 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren
Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

3.3 Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten
Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

3.4 Schwierigkeiten zu entspannen
Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

3.5 Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwerfällt

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

3.6 Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

3.7 Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

4. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

4.1 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

4.2 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

4.3 Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

4.4 Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

4.5 Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

4.6 Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

4.7 Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

4.8 Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

4.9 Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?

Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

5. Persönliche Fragen

5.1 Ihr Geschlecht

- Weiblich
- Männlich
- Anderes

5.2 Ihr Geburtsjahr (z.B. 1991)