

Share w2 Exit Questionnaire version 2.7 2006-09-27

XT001_ INTRODUCTION TO EXIT INTERVIEW

[[Name der/des Verstorbenen]] nahm vor [seinem/ihrem] Tod an der SHARE Studie teil. [Sein/Ihr] Beitrag war sehr wertvoll für uns. Es wäre sehr hilfreich, wenn wir etwas über das letzte Lebensjahr von [[Name der/des Verstorbenen]] erfahren könnten. Diese Information wird streng vertraulich behandelt und bleibt natürlich anonym.

1. Weiter

XT006_ PROXY RESPONDENT'S SEX

IWER:DAS GESCHLECHT DER/DES HINTERBLIEBENEN EINGEBEN

1. Männlich

2. Weiblich

XT002_ RELATIONSHIP TO THE DECEASED

Bevor wir mit den Fragen über das letzte Lebensjahr von [[Name der/des Verstorbenen]] beginnen, bitte ich Sie mir Ihre Beziehung zu [dem Verstorbenen/der Verstorbenen] zu beschreiben.

1. Ehemann, Ehefrau oder Lebensgefährtin/in

2. Sohn oder Tochter

3. Schwiegersohn oder Schwiegertochter

4. Sohn oder Tochter des Ehemanns, der Ehefrau oder Lebensgefährten/in

5. Enkelkind

6. Bruder oder Schwester

7. Anderer Verwandter (angeben)

8. Anderer Nicht-Verwandter (angeben)

IF XT002_ (RELATIONSHIP TO THE DECEASED) = 7. Anderer Verwandter (angeben)

|

| **XT003_ OTHER RELATIVE**

|

| IWER:ART DER VERWANDTSCHAFT ANGEBEN

| _____

|

ENDIF

IF XT002_ (RELATIONSHIP TO THE DECEASED) = 8. Anderer Nicht-Verwandter (angeben)

|

| **XT004_ OTHER NO-RELATIVE**

|

| IWER:(NICHT-VERWANDTSCHAFTLICHE) BEZIEHUNG ZU VERSTORBENEN ANGEBEN

| _____

|

ENDIF

XT005_ HOW OFTEN CONTACT LAST TWELVE MONTHS

Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Lebensmonaten von [{Name der/des Verstorbenen}] persönlich, telefonisch, schriftlich oder über Email Kontakt mit [ihm/ihr]?

1. Täglich
2. Mehrmals pro Woche
3. Etwa einmal pro Woche
4. Etwa alle zwei Wochen
5. Etwa einmal im Monat
6. Weniger als einmal im Monat
7. Nie

XT007_ YEAR OF BIRTH PROXY

Können Sie mir sagen in welchem Jahr Sie geboren wurden?

_____ (1900..1990)

XT008_ MONTH OF DECEASE

Lassen Sie uns jetzt über [den Verstorbenen/die Verstorbene] sprechen. In welchem Monat und Jahr ist [er/sie] verstorben?MONAT: JAHR:

IWER:Monat

1. Jänner
2. Februar
3. März
4. April
5. Mai
6. Juni
7. Juli
8. August
9. September
10. Oktober
11. November
12. Dezember

XT009_ YEAR OF DECEASE

In welchem Monat und Jahr ist [er/sie] verstorben?MONAT: [{Todesmonat}] JAHR:

IWER:Jahr

1. 2004
2. 2005
3. 2006
4. 2007

XT010_ AGE AT THE MOMENT OF DECEASE

Wie alt war [{Name der/des Verstorbenen}] als [er/sie] verschied?

_____ (20..120)

XT011_ THE MAIN CAUSE OF DEATH

Was war der Hauptgrund für [seinen/ihren] Tod?

IWER:VORLESEN, WENN NÖTIG

1. Krebs
2. Ein Herzanfall
3. Ein Schlaganfall
4. Andere Herzgefäßerkrankungen, wie Herzversagen, Herzrhythmusstörungen
5. Erkrankung der Atemwege
6. Erkrankungen des Verdauungstraktes wie Magen/Darmgeschwür, Entzündungskrankheiten der inneren Organe
7. Schwere Infektionskrankheit wie Lungenentzündung, Blutvergiftung oder Grippe
8. Unfall
9. Andere Todesursache (angeben)

IF XT011_ (THE MAIN CAUSE OF DEATH) = 9. Andere Todesursache (angeben)

| **XT012_ OTHER CAUSE OF DEATH**

| IWER:ANDEREN HAUPTGRUND FÜR DEN TOD EINGEBEN

| _____
| *ENDIF*

IF XT011_ (THE MAIN CAUSE OF DEATH) <> 8. Unfall

| **XT013_ HOW LONG BEEN ILL BEFORE DECEASE**

| Wie lange war [{Name der/des Verstorbenen}] krank, bevor [er/sie] verstarb?

| IWER:VORLESEN

- | 1. Weniger als einen Monat
- | 2. Einen Monat oder länger, aber weniger als 6 Monate
- | 3. 6 Monate oder länger, aber weniger als ein Jahr
- | 4. Ein Jahr oder länger

| **XT014_ PLACE OF DYING**

| Wo verstarb [er/sie]?

| IWER:VORLESEN

- | 1. In [seiner/ihrer] eigenen Wohnung
- | 2. In der Wohnung einer anderen Person
- | 3. In einem Krankenhaus
- | 4. In einem Pflegeheim, Wohnheim oder einer speziellen Wohnung für Senioren
- | 5. In einem Hospiz
- | 6. An einem anderen Ort (angeben)

| *IF XT014_ (PLACE OF DYING) = 6. An einem anderen Ort (angeben)*

| **XT045_ OTHER PLACE OF DYING**

| IWER:ORT, AN DEM ER/SIE VERSTARB, ANGEBEN

| _____
| *ENDIF*

```

|
| XT015_ TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING
| Zu wie vielen verschiedenen Anlässen war [{Name der/des Verstorbenen}] in
| [seinem/ihrer] letzten Lebensjahr in einem Krankenhaus, einem Hospiz oder
| einem Pflegeheim untergebracht?
| IWER:NICHT VORLESEN
| 1. Niemals
| 2. Ein- bis zweimal
| 3. Drei- bis fünfmal
| 4. Mehr als fünfmal
|
|
| IF XT015_ (TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING) > 1. Niemals
|
|
| XT016_ TOTAL TIME IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING
| Wie lange war [{Name der/des Verstorbenen}] in [seinem/ihrer] letzten Lebensjahr in
| Summe in Krankenhäusern, Hospizen oder Pflegeheimen
| untergebracht?
| IWER:NICHT VORLESEN
| 1. Weniger als eine Woche
| 2. Eine Woche oder länger, aber weniger als einen Monat
| 3. Einen Monat oder länger, aber weniger als 3 Monate
| 4. 3 Monate oder länger, aber weniger als 6 Monate
| 5. 6 Monate oder länger, aber weniger als ein Jahr
| 6. Ein ganzes Jahr lang
|
|
| ENDIF
|
| ENDIF

XT017_ INTRODUCTION EXPENSES MEDICAL CARE
Nun möchten wir Ihnen einige Fragen über die Ausgaben von [{Name der/des Verstorbenen}]
stellen, die durch [seine/ihre] ärztliche Versorgung in
den letzten 12 Lebensmonaten entstanden sind. Für jede der verschiedenen Arten von
medizinischer Betreuung, die ich vorlesen werde, geben Sie bitte
an, ob eine derartige Leistung in Anspruch genommen wurde. Wenn dies der Fall war,
schätzen Sie bitte so genau wie möglich die Kosten ab, die
dadurch entstanden sind. Bitte geben Sie dabei nur die Kosten an, die nicht von der
Krankenkasse gezahlt oder rückerstattet wurden.
1. Weiter

LOOP cnt:= 1 TO 8
|
| IF cnt < 3 OR cnt > 5 OR XT015_ (TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING)
| <> 1. Niemals
|
|
| XT018_ HAD TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS
| Nahm [{Name der/des Verstorbenen}] [die Betreuung durch einen praktischen Arzt/die
| Betreuung durch einen Facharzt/die Betreuung in einem
| Krankenhaus/die Betreuung in einem Pflegeheim/die Betreuung in einem Hospiz/die

```

Versorgung mit Medikamenten/die Versorgung mit Heil- oder
 || Hilfsmitteln/professionelle Hauskrankenpflege oder Haushaltshilfe aufgrund von
 Behinderung] (in den letzten 12 Lebensmonaten) in Anspruch?
 || IWER:DIE VERSORGUNG MIT HEIL- BZW. HILFSMITTELN BEINHALTET KEINE
 BRILLEN, ZAHNPROTHESEN ODER HÖRGERÄTE.
 || 1. Ja
 || 5. Nein
 ||
 || *IF XT018_ (HAD TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS) = 1. Ja*
 ||
 || **XT019_ COSTS OF TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS**
 || Wieviel kostete ungefähr [seine/ihre] [Betreuung durch einen praktischen Arzt/Betreuung
 durch einen Facharzt/Betreuung in einem
 || Krankenhaus/Betreuung in einem Pflegeheim/Betreuung in einem Hospiz/Versorgung mit
 Medikamenten/Versorgung mit Heil- oder
 || Hilfsmitteln/Hauskrankenpflege oder Haushaltshilfe aufgrund von Behinderung] (in
 [seinen/ihren] letzten 12 Lebensmonaten)?
 || IWER:WENN EINE MEDIZINISCHE VERSORGUNGSART IN ANSPRUCH
 GENOMMEN WURDE, ABER ALLE KOSTEN VON DER KRANKENKASSE BEZAHLT
 ODER RÜCKERSTATTET WURDEN, DANN
 || TRAGEN SIE BITTE 0 ALS AUSGABEN EIN. BETRAG IN [{Währung}]
 EINTRAGEN
 || _____ (0..980000)
 ||
 || *ENDIF*
 ||
 | *ENDIF*
 |
ENDLOOP

XT020_ INTRODUCTION DIFFICULTIES DOING ACTIVITIES

Hatte [{Name der/des Verstorbenen}] in [seinen/ihren] letzten zwölf Lebensmonaten bei den
 folgenden Tätigkeiten Schwierigkeiten, die auf
 körperliche, seelische oder emotionale Probleme oder auf Gedächtnisprobleme
 zurückzuführen waren? Bitte nennen Sie hier nur Schwierigkeiten, die
 mindestens drei Monate lang andauerten.

1. Ankleiden, einschließlich Schuhe und Socken anziehen
2. Durch einen Raum gehen
3. Baden oder duschen
4. Essen, z.B. beim Schneiden von Fleisch und Brot
5. Ins Bett legen oder wieder aufstehen
6. Gang zur Toilette, einschließlich hinsetzen und aufstehen
7. Eine warme Mahlzeit zubereiten
8. Lebensmittel einkaufen
9. Telefonieren
10. Medikamente einnehmen
97. Keine dieser Tätigkeiten

*IF XT020_IntroDiffADL.CARDINAL > 0 AND NOT 97. Keine dieser Tätigkeiten IN
 XT020_(INTRODUCTION DIFFICULTIES DOING ACTIVITIES)*

|
| **XT022_ ANYONE HELPED WITH ADL**
| Denken Sie an die Tätigkeiten bei denen [der/die] Verstorbene in [seinen/ihren] letzten 12
| Lebensmonaten Probleme hatte. Hat irgendjemand
| regelmäßig bei diesen Tätigkeiten geholfen?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| *IF XT022_ (ANYONE HELPED WITH ADL) = 1. Ja*
|
| **XT023_ WHO HAS HELPED WITH ADL**
| | Wer hat hauptsächlich bei diesen Aktivitäten geholfen, Sie selbst eingeschlossen? Bitte
| nennen Sie höchstens drei Personen.
| | **IWER:HÖCHSTENS DREI ANTWORTEN! BEZIEHUNG ZUM/ZUR**
| **VERSTORBENEN PERSON EINTRAGEN!**
| | 1. Sie selbst
| | 2. Ehemann, Ehefrau oder Lebensgefährtin/in
| | 3. Mutter oder Vater
| | 4. Sohn
| | 5. Schwiegersohn
| | 6. Tochter
| | 7. Schwiegertochter
| | 8. Enkelsohn
| | 9. Enkeltochter
| | 10. Schwester
| | 11. Bruder
| | 12. Andere Verwandte
| | 13. Unbezahlter Freiwilliger
| | 14. Beruflicher Pfleger (z.B. Krankenschwester)
| | 15. Freund oder Nachbar
| | 16. Andere Person
| |
| |
| | **XT024_ TIME THE DECEASED RECEIVED HELP**
| | Wie lange hat [der/die] Verstorbene insgesamt in den letzten 12 Lebensmonaten Hilfe
| erhalten?
| | **IWER:VORLESEN**
| | 1. Weniger als einen Monat
| | 2. Ein Monat oder länger, aber weniger als 3 Monate
| | 3. 3 Monate oder länger, aber weniger als 6 Monate
| | 4. 6 Monate oder länger, aber weniger als ein Jahr
| | 5. Ein ganzes Jahr lang
| |
| |
| | **XT025_ HOURS OF HELP NECESSARY DURING TYPICAL DAY**
| | Und wie viele Stunden an Hilfeleistungen waren an einem durchschnittlichen Tag
| notwendig?
| | _____ (0..24)
| |
| **ENDIF**
|

ENDIF

XT026_ THE DECEASED HAD A WILL

In den nächsten Fragen geht es um Vermögenswerte und Lebensversicherungspolice, die [der/die] Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes möglicherweise besessen hat. Gab es ein Testament?

1. Ja
5. Nein

XT027_ THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE

Wer waren die Begünstigten des Nachlasses?

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN EINTRAGEN BEZIEHUNG ZUM/ZUR VERSTORBENEN PERSON EINTRAGEN!

1. Sie selbst
2. Ehemann, Ehefrau oder Lebensgefährtin/in
3. Kinder
4. Enkelkinder
5. Geschwister
6. Andere Verwandte (angeben)
7. Andere Nicht-Verwandte (angeben)
8. Kirche, Stiftung, Wohltätigkeitsorganisation
9. Verstorbene hat nichts hinterlassen (SPONTAN, nicht vorlesen)

IF 6. Andere Verwandte (angeben) IN XT027_(THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE)

| **XT028_ OTHER RELATIVE BENEFICIARY**

| IWER:ANDERE VERWANDTE BEGÜNSTIGTE ANGEBEN

| _____

ENDIF

IF 7. Andere Nicht-Verwandte (angeben) IN XT027_(THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE)

| **XT029_ OTHER NON-RELATIVE BENEFICIARY**

| IWER:ANDERE NICHT-VERWANDTE BEGÜNSTIGTE ANGEBEN

| _____

ENDIF

XT030_ THE DECEASED OWNED HOME

Besäß [der/die] Verstorbene das Haus oder die Wohnung in der [er/sie] wohnte – entweder ganz oder teilweise?

1. Ja
5. Nein

IF XT030_ (THE DECEASED OWNED HOME) = 1. Ja

|

| **XT031_ VALUE HOME AFTER MORTGAGES**

| Wie hoch war der Wert des Hauses oder der Wohnung oder des Teils, der [dem/der]
Verstorbenen gehörte, wenn man alle noch ausstehenden Hypotheken
abzieht?

| IWER:BETRAG IN [{Währung}] EINTRAGEN

| _____ (1000..50000000)

| **XT032_ WHO INHERITED THE HOME OF THE DECEASED**

| Wer erbt das Haus oder die Wohnung [des/der] Verstorbenen, Sie selbst eingeschlossen?

| IWER:BEZIEHUNG ZU VERSTORBENEN ANGEBEN! ALLE ZUTREFFENDEN
EINTRAGEN

- | 1. Sie selbst
- | 2. Ehemann, Ehefrau oder Lebensgefährte/in
- | 3. Söhne oder Töchter (NACH VORNAMEN FRAGEN)
- | 4. Enkelkinder
- | 5. Geschwister
- | 6. Andere Verwandte (angeben)
- | 7. Andere Nicht-Verwandte (angeben)

| *IF 6. Andere Verwandte (angeben) IN XT032_(WHO INHERITED THE HOME OF THE
DECEASED)*

||

|| **XT051_ OTHER RELATIVE**

||

|| IWER:ANDEREN VERWANDTEN ANGEBEN

|| _____

||

| *ENDIF*

| *IF 7. Andere Nicht-Verwandte (angeben) IN XT032_(WHO INHERITED THE HOME OF
THE DECEASED)*

||

|| **XT052_ OTHER NO-RELATIVE**

||

|| IWER:ANDEREN NICHT-VERWANDTEN EINGEBEN

|| _____

||

| *ENDIF*

| *IF 3. Söhne oder Töchter (NACH VORNAMEN FRAGEN) IN XT032_(WHO INHERITED
THE HOME OF THE DECEASED)*

||

|| **XT053_ FIRST NAMES CHILDREN**

||

|| IWER:VORNAMEN DER KINDER, DIE DAS HAUS ODER DIE WOHNUNG ERBTEN

|| _____

||

| *ENDIF*

| *ENDIF*

XT033_ THE DECEASED OWNED ANY LIFE INSURANCE POLICIES

Besaß [der/die] Verstorbene irgendwelche Lebensversicherungspolice(n)?

- 1. Ja
- 5. Nein

IF XT033_ (THE DECEASED OWNED ANY LIFE INSURANCE POLICIES) = 1. Ja

| **XT034_ VALUE OF ALL LIFE INSURANCE POLICIES**

| Wie hoch war der Wert aller Lebensversicherungspolice(n), die [der/die] Verstorbene besessen hat, insgesamt?

| IWER:BETRAG IN [{Währung}] EINTRAGEN

| _____ (1000..50000000)

| **XT035_ BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES**

| Wer waren die Begünstigten der Lebensversicherungspolice(n), Sie selbst eingeschlossen?

| IWER:BEZIEHUNG ZUM VERSTORBENEN ANGEBEN! ALLE ZUTREFFENDEN EINTRAGEN

- | 1. Sie selbst
- | 2. Ehemann, Ehefrau oder Lebensgefährtin
- | 3. Söhne oder Töchter
- | 4. Enkelkinder
- | 5. Geschwister
- | 6. Andere Verwandte (angeben)
- | 7. Andere Nicht-Verwandte (angeben)

| *IF 6. Andere Verwandte (angeben) IN XT035_(BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES)*

|| **XT054_ OTHER RELATIVE**

|| IWER:ANDERE VERWANDTE BEGÜNSTIGTE ANGEBEN

|| _____

| *ENDIF*

| *IF 7. Andere Nicht-Verwandte (angeben) IN XT035_(BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES)*

|| **XT055_ OTHER NO-RELATIVE**

|| IWER:ANDERE NICHT-VERWANDTE BEGÜNSTIGTE ANGEBEN

|| _____

| *ENDIF*

| *IF 3. Söhne oder Töchter IN XT035_(BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES)*

|| **XT056_ FIRST NAMES CHILDREN**

||
|| IWER:VORNAMEN DER IN DEN LEBENSVERSICHERUNGEN BEGÜNSTIGTEN
KINDER

|| _____
||

| *ENDIF*

|
ENDIF

XT036_ INTRODUCTION TYPES OF ASSETS

Ich werde Ihnen jetzt einige Arten von Vermögenswerten vorlesen. Bitte sagen Sie mir bei jedem Punkt, ob [der/die] Verstorbene den genannten Vermögenswert zum Zeitpunkt [seines/ihrer] Todes besessen hat. Wenn dies der Fall war, nennen Sie mir bitte Ihre bestmögliche Schätzung über dessen Wert, nach Abzug ausständiger Schulden.

1. Weiter

LOOP cnt:= 1 TO 5

|
| **XT037_ THE DECEASED OWNED TYPE OF ASSETS**

| Besaß [er/sie] [irgendein Unternehmen, einschließlich Grundstücke oder
Gebäude/irgendwelche anderen Immobilien/ein oder mehrere
Autos/irgendwelche Geldanlagen, Bargeld oder Aktien/irgendwelche Juwelen oder
Antiquitäten]?

| 1. Ja

| 5. Nein

| *IF XT037_ (THE DECEASED OWNED TYPE OF ASSETS) = 1. Ja*

||
|| **XT038_ VALUE TYPE OF ASSETS**

|| Auf welchen Wert würden Sie [die Unternehmen, einschließlich Grundstücke oder
Gebäude, die/die anderen Immobilien, die/das oder die Autos,
die/die Geldanlagen, das Bargeld, die Aktien u.ä., die/die Juwelen oder Antiquitäten, die]
[Name der/des Verstorbenen] besaß, zum Zeitpunkt
[seines/ihrer] Todes schätzen?

|| IWER:BETRAG IN [Währung] EINTRAGEN

|| _____ (100..50000000)

||
| *ENDIF*

|
ENDLOOP

XT039_ NUMBER OF CHILDREN THE DECEASED HAD AT THE END

Wieviele noch lebende Kinder hatte [Name der/des Verstorbenen] zum Zeitpunkt [seines/ihrer] Todes? Bitte inkludieren Sie noch lebende Stiefkinder sowie adoptierte Kinder.

*IF XT039_ (NUMBER OF CHILDREN THE DECEASED HAD AT THE END) > 1 AND NOT
9. Verstorbene hat nichts hinterlassen (SPONTAN, nicht vorlesen) IN
XT027_ (THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE)*

|
| **XT040_ TOTAL ESTATE DIVIDED AMONG THE CHILDREN**
| Was würden Sie sagen: Wie wurde der Nachlass unter den Kindern [des/der] Verstorbenen aufgeteilt?
| IWER:VORLESEN
| 1. Der Nachlass wurde ungefähr gleich unter allen Kindern aufgeteilt
| 2. Manche Kinder erhielten mehr als andere, um Geschenke aus der Vergangenheit wieder auszugleichen
| 3. Manche Kinder erhielten mehr als andere, um diese finanziell zu unterstützen
| 4. Manche Kinder erhielten mehr als andere, weil sie dem/der Verstorbenen geholfen haben oder diesen/diese gegen Ende seines/ihrer Lebens gepflegt
| haben
| 5. Manche Kinder erhielten aus anderen Gründen mehr als andere
| 6. Die Kinder haben nichts vom Nachlass erhalten
|
|
ENDIF

XT041_ THE FUNERAL WAS ACCOMPANIED BY A RELIGIOUS CEREMONY
Zum Schluss möchten wir noch etwas über die Beerdigung [des/der] Verstorbenen erfahren. Wurde das Begräbnis durch eine religiöse Zeremonie begleitet?
1. Ja
5. Nein

XT042_ THANKS FOR THE INFORMATION
Das ist das Ende des Interviews. Vielen Dank nochmals, für all die Informationen, die Sie uns gegeben haben. Es wird für unser Verständnis über das Wohlergehen der Menschen am Ende ihres Lebens sehr nützlich sein.
1. Weiter

XT043_ INTERVIEW MODE

IWER:BITTE NOTIEREN SIE DIE ART DES INTERVIEWS
1. PERSÖNLICHES INTERVIEW
2. TELEFONISCHES INTERVIEW

XT044_ INTERVIEWER ID

IWER:IHRE INTERVIEWER NUMMER
