

Share w2 Exit Questionnaire version 2.7 2006-09-27

XT001_ INTRODUCTION TO EXIT INTERVIEW

[[Name Verstorbene/r]] hat an unserer Studie "50+ in Europa" teilgenommen, bevor [er/sie] verstorben ist. [Seine/Ihre] Teilnahme war für uns sehr wertvoll und es wäre sehr hilfreich, einige Informationen über das letzte Lebensjahr von [[Name Verstorbene/r]] zu haben. Alles was Sie uns darüber sagen wird selbstverständlich strikt vertraulich behandelt und bleibt anonym.

1. Weiter

XT006_ PROXY RESPONDENT'S SEX

IWER:GESCHLECHT DER ZIELPERSON (PROXY) EINTRAGEN

1. Männlich

2. Weiblich

XT002_ RELATIONSHIP TO THE DECEASED

Bevor wir Fragen zum letzten Lebensjahr von [[Name Verstorbene/r]] stellen, würden Sie mir bitte sagen, in welcher Beziehung Sie zu [[Name Verstorbene/r]] standen?

1. Ehegatte oder Lebensgefährtin

2. Sohn oder Tochter

3. Schwiegersohn oder -tochter

4. Sohn oder Tochter des Ehepartners/Lebensgefährten

5. Enkel

6. Bruder/Schwester

7. Anderer Verwandter (bitte angeben)

8. Andere, nicht-verwandtschaftliche Beziehung (bitte angeben)

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

|

| **XT003_ OTHER RELATIVE**

|

| IWER:ANDERE VERWANDTE PERSON ANGEBEN

| _____

|

ENDIF

IF XT002_ (RELATIONSHIP TO THE DECEASED) = 8. Andere, nicht-verwandtschaftliche Beziehung (bitte angeben)

|

| **XT004_ OTHER NO-RELATIVE**

|

| IWER:ANDERE NICHT-VERWANDTE PERSON ANGEBEN

| _____

|

ENDIF

XT005_ HOW OFTEN CONTACT LAST TWELVE MONTHS

Während der letzten zwölf Monate [seines/ihrer] Lebens, wie oft hatten Sie Kontakt zu [Name Verstorbene/r], entweder persönlich, telefonisch, oder per Post (einschließlich Email)?

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

XT007_ YEAR OF BIRTH PROXY

In welchem Jahr wurden Sie geboren?

_____ (1900..1990)

XT008_ MONTH OF DECEASE

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

IWER:MONAT

1. Januar
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 JAHR ist [er/sie] gestorben? MONAT: [Todesmonat] JAHR:

IWER:JAHR

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

XT010_ AGE AT THE MOMENT OF DECEASE

Wie alt war [Name Verstorbene/r] als [er/sie] gestorben ist?

IWER:ALTER IN JAHREN

_____ (20..120)

XT011_ THE MAIN CAUSE OF DEATH

Was war die Haupttodesursache?

IWER:FALLS NÖTIG LAUT VORLESEN

1. Krebs
2. Ein Herzinfarkt
3. Ein Schlaganfall
4. Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z.B. Herzversagen, Herzrhythmusstörungen
5. Eine Atemwegserkrankung
6. Eine Krankheit des Verdauungstraktes, z.B. Magengeschwür, chronisch entzündliche Darmerkrankung
7. Eine schwere Infektionskrankheit, z.B. Lungenentzündung, Blutvergiftung, Grippe
8. Unfall
9. Andere (bitte angeben)

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

|

| **XT012_ OTHER CAUSE OF DEATH**

|

| IWER:ANDERE TODESURSACHE ANGEBEN

| _____

|

ENDIF

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

|

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

| Wie lange war [{Name Verstorbene/r}] krank, bevor [er/sie] gestorben ist?

| IWER:LAUT VORLESEN

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

|

|

| **XT014_ PLACE OF DYING**

| Wo ist [er/sie] gestorben?

| IWER:LAUT VORLESEN

- | 1. Bei sich zu Hause
- | 2. Bei jemand anderem zu Hause
- | 3. Im Krankenhaus
- | 4. In einem Alten- oder Pflegeheim
- | 5. Im Hospiz
- | 6. Anderswo (bitte angeben)

|

|

| *IF XT014_ (PLACE OF DYING) = 6. Anderswo (bitte angeben)*

||

|| **XT045_ OTHER PLACE OF DYING**

||

|| IWER:ANDEREN STERBEORT ANGEBEN

|| _____

||

| *ENDIF*

| **XT015_ TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING**

| Im letzten Jahr vor [seinem/ihren] Tod, wie oft war [{Name Verstorbene/r}] in einem Krankenhaus, Pflegeheim oder Hospiz?

| IWER:NICHT VORLESEN

- | 1. Gar nicht
- | 2. 1 bis 2 mal
- | 3. 3 bis 5 mal
- | 4. Mehr als 5 mal

| *IF XT015_ (TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING) > 1. Gar nicht*

|| **XT016_ TOTAL TIME IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING**

|| Während [seines/ihrer] letzten Lebensjahres, wie lange war [{Name Verstorbene/r}] insgesamt in einem Krankenhaus, Pflegeheim oder Hospiz?

|| IWER:NICHT VORLESEN

- || 1. Weniger als eine Woche
- || 2. Eine Woche oder mehr, aber weniger als einen Monat
- || 3. Einen Monat oder mehr, aber weniger als 3 Monate
- || 4. 3 Monate oder mehr, aber weniger als 6 Monate
- || 5. 6 Monate oder mehr, aber weniger als ein Jahr
- || 6. Ein volles Jahr

| *ENDIF*

ENDIF

XT017_ INTRODUCTION EXPENSES MEDICAL CARE

Wir würden Ihnen nun gerne einige Fragen über die Kosten stellen, die [{Name Verstorbene/r}] durch medizinische Leistungen entstanden sind, die [er/sie] in den letzten 12 Monaten vor dem Tod erhalten hat. Können Sie bitte für jede der medizinischen Leistungen, die ich gleich nennen werde, angeben, ob [er/sie] diese erhalten hat, und falls ja, wie hoch Sie die hierdurch entstandenen Kosten einschätzen. Bitte berücksichtigen Sie nur Kosten, die nicht von der Krankenversicherung übernommen oder erstattet wurden.

1. Weiter

LOOP cnt:= 1 TO 8

| *IF cnt < 3 OR cnt > 5 OR XT015_ (TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING) <> 1. Gar nicht*

|| **XT018_ HAD TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS**

|| Ist [{Name Verstorbene/r}] [von einem Hausarzt behandelt/von einem Facharzt behandelt/im Krankenhaus behandelt/im Pflegeheim betreut/im Hospiz betreut/mit Medikamenten behandelt/durch medizinische Hilfsmittel unterstützt/wegen einer Behinderung häuslich gepflegt] worden (in den letzten 12 Monaten vor [seinem/ihren] Tod)?

```

|| 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
|| Ungefähr wie viel [hat die Behandlung durch den Hausarzt/hat die Behandlung durch
|| Fachärzte/hat der Aufenthalt im Krankenhaus/hat die Betreuung im
|| Pflegeheim/hat der Aufenthalt im Hospiz/haben die Medikamente/haben die
|| medizinischen Hilfsmittel/die häusliche Pflege] gekostet (in den letzten 12
|| Monaten [seines/ihrer] Lebens)?
|| IWER:FALLS ALLE BEHANDLUNGS- ODER BETREUUNGSKOSTEN VON DER
|| KRANKENVERSICHERUNG BEZAHLT ODER ERSTATTET WURDEN, TRAGEN SIE
|| ALS BETRAG "0" EIN; BETRAG
|| IN [Euro]
|| _____ (0..980000)
||
|| ENDIF
||
|| ENDIF
|
| ENDLOOP

```

XT020_ INTRODUCTION DIFFICULTIES DOING ACTIVITIES

Hatte [{Name Verstorbene/r}] auf Grund eines körperlichen oder psychischen Problems oder wegen eines Problems mit dem Gedächtnis in den letzten zwölf Monaten [seines/ihrer] Lebens Schwierigkeiten mit einer oder mehreren der folgenden Aktivitäten? Bitte nennen Sie nur solche Schwierigkeiten, die mindestens drei Monate angedauert haben.

1. Sich anziehen, einschließlich Socken und Schuhe
2. Durch einen Raum gehen
3. Baden oder Duschen
4. Essen, z.B. beim Zurechtschneiden der Speisen
5. Ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen
6. Benutzen der Toilette, einschließlich Hinsetzen und Aufstehen
7. Zubereiten einer warmen Mahlzeit
8. Einkaufen von Lebensmitteln
9. Telefonieren
10. Medikamente einnehmen
97. Keine der genannten

IF XT020_IntroDiffADL.CARDINAL > 0 AND NOT 97. Keine der genannten IN XT020_(INTRODUCTION DIFFICULTIES DOING ACTIVITIES)

```

|
| XT022_ ANYONE HELPED WITH ADL
| Wenn Sie an die Tätigkeiten denken, bei denen der/die Verstorbene in den letzten zwölf
| Monaten [seines/ihrer] Lebens Schwierigkeiten hatte – hat
| ihm/ihr jemand regelmäßig dabei geholfen?
| 1. Ja
| 5. Nein

```

|
| *IF XT022_ (ANYONE HELPED WITH ADL) = 1. Ja*

|

| | **XT023_ WHO HAS HELPED WITH ADL**

| | Wer, einschließlich Ihrer selbst, hat hauptsächlich bei diesen Tätigkeiten geholfen? Bitte nennen Sie höchstens drei Personen.

| | **IWER:MAXIMAL DREI ANTWORTEN! BEZIEHUNG ZUM VERSTORBENEN ANGEBEN!**

| | 1. Selbst

| | 2. Ehegatte oder Lebensgefährtin

| | 3. Mutter oder Vater

| | 4. Sohn

| | 5. Schweigersohn

| | 6. Tochter

| | 7. Schwiegertochter

| | 8. Enkel

| | 9. Enkelin

| | 10. Schwester

| | 11. Bruder

| | 12. Anderer Verwandter

| | 13. Unbezahlte/r Freiwillige/r

| | 14. Professionelle Hilfe (z.B. Pfleger/in)

| | 15. Freund oder Nachbar

| | 16. Andere Person

|

|

| | **XT024_ TIME THE DECEASED RECEIVED HELP**

| | Während der letzten zwölf Lebensmonate – insgesamt wie lange hat [der/die] Verstorbene Hilfe erhalten?

| | 1. Weniger als einen Monat

| | 2. Einen Monat oder mehr, aber weniger als drei Monate

| | 3. 3 Monate oder mehr, aber weniger als 6 Monate

| | 4. 6 Monate oder mehr, aber weniger als ein Jahr

| | 5. Ein volles Jahr

|

|

| | **XT025_ HOURS OF HELP NECESSARY DURING TYPICAL DAY**

| | Ungefähr wie viele Stunden wurde diese Hilfe an einem typischen Tag benötigt?

| | _____ (0..24)

|

| *ENDIF*

|

| *ENDIF*

XT026_ THE DECEASED HAD A WILL

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Vermögen und Lebensversicherungen, die [der/die] Verstorbene möglicherweise hatte, als er/sie gestorben ist.

– Hatte der/die Verstorbene ein Testament gemacht?

1. Ja

5. Nein

XT027_ THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE

Wer waren die Erben oder Begünstigten, einschließlich Sie selbst?

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN BEZIEHUNG ZUM VERSTORBENEN ANGEBEN!

1. Selbst
2. Ehegatte oder Lebensgefährte
3. Kinder
4. Enkel
5. Geschwister
6. Andere Verwandte (bitte angeben)
7. Andere, nicht Verwandte Personen (bitte angeben)
8. Kirche, Stiftungen, wohltätige Organisationen
9. Der/die Verstorbene hat gar nichts hinterlassen (SPONTAN)

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

|
| **XT028_ OTHER RELATIVE BENEFICIARY**

|
| IWER:ANDERE VERWANDTE ANGEBEN

| _____

|
| *ENDIF*

IF 7. Andere, nicht Verwandte Personen (bitte angeben) IN XT027_(THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE)

|
| **XT029_ OTHER NON-RELATIVE BENEFICIARY**

|
| IWER:ANDERE, NICHT VERWANDTE PERSON ANGEBEN

| _____

|
| *ENDIF*

XT030_ THE DECEASED OWNED HOME

War [der Verstorbene (Mit-)Eigentümer seiner/die Verstorbene (Mit-)Eigentümerin ihrer] Wohnung?

1. Ja
5. Nein

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

|
| **XT031_ VALUE HOME AFTER MORTGAGES**

| Abzüglich noch ausstehender Hypotheken, wie hoch war der Wert dieser Immobilie (oder des Anteils daran, der dem/der Verstorbenen gehört hat)?

| IWER:BETRAG IN [Euro] ANGEBEN

| _____ (1000..50000000)

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

| Wer hat diese Immobilie geerbt, Sie selbst eingeschlossen?

| IWER:BEZIEHUNG ZUR/ZUM VERSTORBENEN FÜR ALLE ZUTREFFENDEN ANGEBEN

- | 1. Selbst
- | 2. Ehegatte oder Lebensgefährte
- | 3. Söhne oder Töchter (VORNAMEN ERFRAGEN)
- | 4. Enkel
- | 5. Geschwister
- | 6. Andere Verwandte (bitte angeben)
- | 7. Andere, nicht verwandte Personen (bitte angeben)

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

|| **XT051_ OTHER RELATIVE**

|| IWER:ANDERE VERWANDTE ANGEBEN

|| _____

| *ENDIF*

| *IF 7. Andere, nicht verwandte Personen (bitte angeben) IN XT032_(WHO INHERITED THE HOME OF THE DECEASED)*

|| **XT052_ OTHER NO-RELATIVE**

|| IWER:ANDERE, NICHT VERWANDTE PERSONEN ANGEBEN

|| _____

| *ENDIF*

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

|| **XT053_ FIRST NAMES CHILDREN**

|| IWER:VORNAMEN DER KINDER, DIE DIE IMMOBILIE GEERBT HABEN, ANGEBEN

|| _____

| *ENDIF*

| *ENDIF*

XT033_ THE DECEASED OWNED ANY LIFE INSURANCE POLICIES

Hatte der/die Verstorbene irgendwelche Lebensversicherungen?

- 1. Ja
- 5. Nein

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

|

| **XT034_ VALUE OF ALL LIFE INSURANCE POLICIES**
| Insgesamt wie hoch war der Wert aller Lebensversicherungen, die der/die Verstorbene hatte?
| IWER:BETRAG IN [Euro] ANGEBEN
| _____ (1000..50000000)

| **XT035_ BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES**
| Wer waren die Begünstigten der Lebensversicherung(en), Sie selbst eingeschlossen?
| IWER:BEZIEHUNG ZUR/ZUM VERSTORBENEN FÜR ALLE ZUTREFFENDEN
| ANGEBEN

- | 1. Selbst
- | 2. Ehegatte oder Lebensgefährte
- | 3. Söhne oder Töchter (VORNAMEN ERFRAGEN)
- | 4. Enkel
- | 5. Geschwister
- | 6. Andere Verwandte (bitte angeben)
- | 7. Andere, nicht Verwandte Personen (bitte angeben)

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

|| **XT054_ OTHER RELATIVE**
||
|| IWER:ANDERE VERWANDTE ANGEBEN

|| _____
||
|| *ENDIF*

| *IF 7. Andere, nicht Verwandte Personen (bitte angeben) IN XT035_(BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES)*

|| **XT055_ OTHER NO-RELATIVE**
||
|| IWER:ANDERE, NICHT VERWANDTE PERSONEN ANGEBEN

|| _____
||
|| *ENDIF*

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

|| **XT056_ FIRST NAMES CHILDREN**
||
|| IWER:VRONAMEN DER KINDER, DIE BEGÜNSTIGTE WAREN, ANGEBEN

|| _____
||
|| *ENDIF*

| *ENDIF*

XT036_ INTRODUCTION TYPES OF ASSETS

Ich werde Ihnen jetzt einige Vermögensarten nennen, die man haben könnte. Sagen Sie mir bitte für jede der Genannten, ob [der/die] Verstorbene sie zum Zeitpunkt [seines/ihres] Todes besessen hat und falls ja, wie hoch Sie deren Wert - nach Abzug eventuell vorhandener Schulden darauf - einschätzen.

1. Weiter

LOOP cnt:= 1 TO 5

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

| Hatte [er/sie] [einen Betrieb, Betriebsgelände oder Ackerland/andere Immobilien/Autos/Finanzvermögen, z.B. Bargeld oder Wertpapiere/Juwelen oder Antiquitäten]?

| 1. Ja

| 5. Nein

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

|| **XT038_ VALUE TYPE OF ASSETS**

|| Was war ungefähr der Wert [des Betriebes, Betriebsgeländes oder Ackerlandes/der anderen Immobilien/der Autos/des Finanzvermögens, z.B. Bargeld oder Wertpapiere./der Juwelen oder Antiquitäten], die [{Name Verstorbene/r}] zum Zeitpunkt [seines/ihres] Todes besessen hat?

|| IWER:BETRAG IN [Euro] ANGEBEN

|| _____ (100..50000000)

| *ENDIF*

ENDLOOP

XT039_ NUMBER OF CHILDREN THE DECEASED HAD AT THE END

Wie viele Kinder hatte [{Name Verstorbene/r}] am Ende [seines/ihres] Lebens? Bitte berücksichtigen Sie auch Pflege- und Adoptivkinder.

IF XT039_ (NUMBER OF CHILDREN THE DECEASED HAD AT THE END) > 1 AND NOT 9. Der/die Verstorbene hat gar nichts hinterlassen (SPONTAN) IN XT027_ (THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE)

| **XT040_ TOTAL ESTATE DIVIDED AMONG THE CHILDREN**

| Was würden Sie sagen – wie wurde das gesamte Vermögen unter den Kindern des/der Verstorbenen aufgeteilt?

| IWER:LAUT VORLESEN

| 1. Das Vermögen wurde zu etwa gleichen Teilen aufgeteilt

| 2. Einige Kinder haben mehr als andere erhalten, um frühere Geschenke auszugleichen

| 3. Einige Kinder haben mehr als andere erhalten, um sie damit finanziell zu unterstützen

| 4. Einige Kinder haben mehr als andere erhalten, weil sie dem/der Verstorbenen zum Lebensende hin geholfen oder ihn/sie gepflegt haben

| 5. Einige Kinder haben mehr als andere erhalten, aus anderen Gründen

| 6. Kinder haben gar nichts bekommen

|
ENDIF

XT041_ THE FUNERAL WAS ACCOMPANIED BY A RELIGIOUS CEREMONY

Abschließend würde ich gerne noch etwas über die Beerdigung des/der Verstorbenen erfahren. War die Beerdigung von einer religiösen Zeremonie begleitet?

1. Ja
5. Nein

XT042_ THANKS FOR THE INFORMATION

Dies ist das Ende des Interviews. Nochmals vielen Dank für all die Informationen, die Sie uns gegeben haben. Diese werden uns sehr helfen, die Situation von Menschen am Ende Ihres Lebens zu verstehen.

1. Weiter

XT043_ INTERVIEW MODE

IWER:BITTE INTERVIEWMODUS ANGEBEN

1. Persönlich
2. Telefon

XT044_ INTERVIEWER ID

IWER:IHRE INTERVIEWER-NUMMER
