

Share w2 Exit Questionnaire version 2.7 2006-10-24

XT001_ INTRODUCTION TO EXIT INTERVIEW

[{Name des/der Verstorbenen}] hat an unserer Studie SHARE teilgenommen. Nun ist [{Name des/der Verstorbenen}] leider verstorben. Ihre Teilnahme war für uns sehr wertvoll und es wäre äusserst hilfreich, durch Sie einige Informationen über das letzte Lebensjahr zu erhalten. Alles was Sie uns berichten wird selbstverständlich strikt vertraulich behandelt und bleibt anonym.

1. Weiter

XT006_ PROXY RESPONDENT'S SEX

IWER:Geschlecht des Befragten (BEOBACHTUNG)

1. Männlich

2. Weiblich

XT002_ RELATIONSHIP TO THE DECEASED

Bevor wir Fragen zum letzten Lebensjahr von [{Name des/der Verstorbenen}] stellen, sagen Sie mir bitte, in welcher Beziehung Sie zu [ihm/ihr] gestanden sind.

1. EhepartnerIn oder LebenspartnerIn

2. Sohn oder Tochter

3. Schwiegersohn oder -tochter

4. Sohn oder Tochter des Ehepartners/Lebenspartners

5. Grosskind

6. Bruder/Schwester

7. Anderer Verwandtschaftsgrad (bitte angeben)

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

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

|

| **XT003_ OTHER RELATIVE**

|

| IWER:ANDEREN VERWANDTSCHAFTSGRAD ANGEBEN

| _____

|

ENDIF

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

|

| **XT004_ OTHER NO-RELATIVE**

|

| IWER:ANDERE, NICHT-VERWANDTSCHAFTLICHE BEZIEHUNG ANGEBEN

| _____

|

ENDIF

XT005_ HOW OFTEN CONTACT LAST TWELVE MONTHS

Während der letzten zwölf Monate [seines/ihres] Lebens, wie oft hatten Sie Kontakt zu [Name des/der Verstorbenen], entweder persönlich, telefonisch, oder per Post (einschliesslich Email)?

1. Täglich
2. Mehrmals pro Woche
3. Etwa einmal pro Woche
4. Etwa 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 Monat und JAHR ist [er/sie] gestorben? MONAT: [(Monat des Todes)] JAHR:

IWER:JAHR

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

XT010_ AGE AT THE MOMENT OF DECEASE

Wie alt war [Name des/der Verstorbenen] als [er/sie] gestorben ist?

_____ (20..120)

XT011_ THE MAIN CAUSE OF DEATH

Was war die Haupttodesursache?

IWER: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,
8. Unfall
9. Andere (bitte angeben)

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

| **XT012_ OTHER CAUSE OF DEATH**

| IWER:ANDERE HAUPTTODESURSACHE ANGEBEN

| _____
|
ENDIF

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

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

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

| IWER:VORLESEN

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

| **XT014_ PLACE OF DYING**

| Wo ist [er/sie] gestorben?

| IWER:VORLESEN

- | 1. zu Hause
- | 2. bei einer anderen Person zu Hause
- | 3. im Krankenhaus
- | 4. in einem Alten- oder Pflegeheim
- | 5. in einer Sterbeklinik (Hospiz)
- | 6. an einem anderen Ort (bitte angeben)

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

| **XT045_ OTHER PLACE OF DYING**

| IWER:ANDERER ORT ANGEBEN

| _____
|
ENDIF

```

|
| XT015_ TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING
| Im letzten Jahr vor [seinem/ihrem] Tod, wie oft ist [{Name des/der Verstorbenen}] in einem
Krankenhaus, Pflegeheim oder einer Sterbeklinik gewesen?
| IWER:NICHT VORLESEN
| 1. Überhaupt 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. Überhaupt nicht
|
| XT016_ TOTAL TIME IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING
| Während [seines/ihres] letzten Lebensjahres, wie lange ist [{Name des/der Verstorbenen}]
insgesamt in einem Krankenhaus, Pflegeheim oder einer
| Sterbeklinik gewesen?
| 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 al 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 des/der Verstorbenen}] durch medizinische Leistungen entstanden sind, die [er/sie] in den letzten 12 Monaten vor [seinem/ihrem] Tod erhalten hat. Können Sie bitte für jede der medizinischen Leistungen, die ich gleich nennen werde, angeben, ob [{Name des/der Verstorbenen}] diese erhalten hat, und falls ja, wie hoch Sie die hierdurch entstandenen Kosten einschätzen. Bitte berücksichtigen Sie nur Kosten, die nicht von der Krankenversicherung, dem Arbeitgeber oder der Sozialhilfe 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. Überhaupt nicht
|
| XT018_ HAD TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS
| hAT [{Name des/der Verstorbenen}] (in den letzten 12 Monaten [seines/ihres] Lebens)
[eine Behandlung durch den Hausarzt/eine Behandlung durch
| Fachärzte/Krankenhausaufenthalte/Eine Betreuung im Pflegeheim /Aufenthalte In der
Sterbeklinik/Medikamente/Medizinische Hilfsmittel/häusliche

```

|| Pflege wegen Behinderung] in Anspruch genommen?

|| 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 teuer kamen [{empty}]{empty} [die Behandlung durch den Hausarzt/die Behandlung durch Fachärzte/der Krankenhausaufenthalt/die

|| Betreuung im Pflegeheim/der Aufenthalt in der Sterbeklinik/die Medikamente/die medizinischen Hilfsmittel/die häusliche Pflege wegen Behinderung] (in

|| den letzten 12 Monaten [{empty}]{empty} Lebens) zu stehen?

|| **IWER:FALLS EINE LEISTUNG IN ANSPRUCH GENOMMEN WORDEN IST UND SÄMTLICHE KOSTEN VON DER KRANKENVERSICHERUNG ÜBERNOMMEN ODER ERSTATTET WORDEN SIND,**

|| **GEBEN SIE „0“ ALS BETRAG FÜR DIE ENTSTANDENEN KOSTEN EIN; BETRAG IN [{SFr}] EINGEBEN**

|| _____ (0..980000)

||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

|

ENDLOOP

XT020_ INTRODUCTION DIFFICULTIES DOING ACTIVITIES

Hat [{Name des/der Verstorbenen}] 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 gehabt? Bitte nennen Sie nur solche Schwierigkeiten, die mindestens drei Monate andauert 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 gehabt hat –

| 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 hat [ihm/ihr] dabei am meisten geholfen? Bitten nennen Sie höchstens drei Personen.

|| **IWER:MAX. 3 ANTWORTEN ANKREUZEN!**

**VERWANDTSCHAFTSGRAD/BEZIEHUNG ZUR VERSTORBENEN PERSON
EINGEBEN!**

|| 1. Sie selbst

|| 2. Ehepartner oder Lebensgefährte

|| 3. Vater oder Mutter

|| 4. Sohn

|| 5. Schwiegersohn

|| 6. Tochter

|| 7. Schwiegertochter

|| 8. Grosssohn

|| 9. Grosstochter

|| 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 Monate [seines/ihres] Lebens – insgesamt wie lange hat der/die Verstorbene Hilfe erhalten?

|| **IWER:LAUT VORLESEN**

|| 1. Weniger als einen Monat

|| 2. Einen Monat oder mehr, aber weniger als 3 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 selbst?

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN ANTWORTEN EINGEBEN

VERWANDTSCHAFTSGRAD/BEZIEHUNG ZUM VERSTORBENEN EINGEBEN!

1. Sie selbst
2. Ehepartner oder Lebensgefährtin
3. Kinder
4. Grosskinder
5. Geschwister
6. Andere Verwandte (bitte angeben)
7. Andere, nicht-verwandte Personen (bitte angeben)
8. Kirche, Stiftungen, wohltätige Organisationen
9. der/die Verstorbene liess nichts (spontane Antwort)

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

|

| **XT028_ OTHER RELATIVE BENEFICIARY**

|

| IWER:ANDEREN VERWANDTSCHAFTSGRAD 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-VERWANDTSCHAFTLICHE BEZIEHUNG ANGEBEN

| _____

|

ENDIF

XT030_ THE DECEASED OWNED HOME

War der/die Verstorbene (Mit-)Eigentümer/in [seiner/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 [{\$Fr}] EINGEBEN

| _____ (1000..50000000)

|

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

| Wer hat diese Immobilie geerbt (Sie selbst eingeschlossen)?

| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN ANKREUZEN

- | 1. Sie selbst
- | 2. Ehepartner oder Lebensgefährte
- | 3. Söhne oder Töchter (VORNAMEN ERFRAGEN)
- | 4. Grosskinder
- | 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:ANDEREN VERWANDSCHAFTSGRAD 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-VERWANDSCHAFTLICHE BEZIEHUNG 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 WOHNUNG GEERBT HABEN

|| _____

| *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 [{{SFr}}] EINGEBEN

| _____ (1000..50000000)

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

| Wer waren die Begünstigten der Lebensversicherung(en), Sie selbst eingeschlossen?

| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN ANKREUZEN

- | 1. Sie selbst
- | 2. Ehepartner oder Lebensgefährte
- | 3. Söhne oder Töchter
- | 4. Grosskinder
- | 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:ANDEREN VERWANDSCHAFTSGRAD 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-VERWANDSCHAFTLICHE BEZIEHUNG ANGEBEN

|| _____

| *ENDIF*

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

|| **XT056_ FIRST NAMES CHILDREN**

|| IWER:VORNAMEN DER BEGÜNSTIGTEN KINDER

|| _____

| *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 ihren Wert - nach Abzug eventuell vorhandener Schulden darauf - einschätzen.

1. Weiter

LOOP cnt:= 1 TO 5

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

| Besass [er/sie] irgendwelche [Betriebe, inkl. Betriebsgelände oder Ackerland/Andere Immobilien/Autos/Wertpapiere/Juwelen oder Antiquitäten]?

| 1. Ja

| 5. Nein

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

|| **XT038_ VALUE TYPE OF ASSETS**

|| Wie viel sind die [Betriebe, inkl. Betriebsgelände oder Ackerland/Andere Immobilien/Autos/Wertpapiere/Juwelen oder Antiquitäten] von [{Name des/der Verstorbene(n)}] zum Zeitpunkt f [seines/ihres] Todes ungefähr wert gewesen?

|| **IWER:BETRAG IN [{SFr}] EINGEBEN**

|| _____ (100..50000000)

| *ENDIF*

ENDLOOP

XT039_ NUMBER OF CHILDREN THE DECEASED HAD AT THE END

Wie viele Kinder, die noch gelebt haben, hat [{Name des/der Verstorbene(n)}] am Ende [seines/ihres] Lebens gehabt, einschliesslich Pflegekinder und adoptierte Kinder?

IF XT039_ (NUMBER OF CHILDREN THE DECEASED HAD AT THE END) > 1 AND NOT 9. der/die Verstorbene liess nichts (spontane Antwort) IN XT027_(THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE)

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

| Was würden Sie sagen – wie ist das gesamte Vermögen unter den Kindern des/der Verstorbene(n) aufgeteilt worden?

| **IWER:LAUT VORLESEN**

| 1. Das Vermögen ist zu etwa gleichen Teilen aufgeteilt worden

| 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 Verstorbene(n) zum Lebensende hin geholfen oder ihn/sie gepflegt haben

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

| 6. Die Kinder haben überhaupt nichts erhalten

| *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 BEFRAGUNGSART ANGEBEN

1. Persönlich
2. Telefonisch

XT044_ INTERVIEWER ID

IWER:IHRE INTERVIEWER ID
