



MÄRZ 2017  
AUSGABE 7

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES  
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

# Journal of Health Monitoring

Supplement

Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“  
GEDA 2014/2015-EHIS

---

Der Fragebogen darf zu wissenschaftlichen Zwecken und zum Eigengebrauch zitiert, kopiert, abgespeichert, ausgedruckt und weitergegeben werden. Jede kommerzielle Nutzung, auch von Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Robert Koch-Institutes untersagt. Bei Publikationen geben Sie bitte an, dass es sich (teilweise) um Fragen aus dem Fragebogen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts handelt.

Angaben zur Person

1 Sind Sie männlich oder weiblich?

- Männlich  Weiblich

2 Wann sind Sie geboren?

Bitte geben Sie den Monat und das Jahr an, in dem Sie geboren sind.

Monat Geburtsjahr

Männer Bitte weiter mit Frage 4

3 Frauen: Sind Sie derzeit schwanger?

- Ja  Nein

Gesundheitszustand

4 Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

- Sehr gut  Gut  Mittelmäßig  Schlecht  Sehr Schlecht

5 Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem?

Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.

- Ja  Nein

6 Sind Sie dauerhaft durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

- Ja  Nein Bitte weiter mit Frage 7



Wie stark sind Sie bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

- Stark eingeschränkt  Mäßig eingeschränkt

Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?

- Weniger als 6 Monate  6 Monate oder länger

Krankheiten und Beschwerden

7 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden? Wurde eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden jemals ärztlich diagnostiziert?

Bitte machen Sie in jeder Zeile zwei Kreuze.

Beispiel:

Innerhalb der letzten 12 Monate? Jemals ärztlich diagnostiziert?

Ja Nein Ja Nein

Beschwerden im unteren Rücken oder sonstige chronische Rückenleiden

- 

Ihre Angaben:

Innerhalb der letzten 12 Monate? Jemals ärztlich diagnostiziert?

Ja Nein Ja Nein

Asthma, einschließlich allergischem Asthma

- 

Chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem

- 

Herzinfarkt

- 

Chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes

- 

Koronare Herzerkrankung oder Angina Pectoris

- 

Schlaganfall

- 

Chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls

- 

Herzmuskelschwäche/Herzinsuffizienz

- 

Arthrose

- 

Arthritis

- 

Osteoporose

- 

Beschwerden im unteren Rücken oder sonstige chronische Rückenleiden

- 

Beschwerden im Nacken oder sonstige chronische Beschwerden an der Halswirbelsäule

-

**7** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden? Wurde eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden jemals ärztlich diagnostiziert?  
Bitte machen Sie in jeder Zeile zwei Kreuze.

	Innerhalb der letzten 12 Monate?		Jemals ärztlich diagnostiziert?	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Zuckerkrankheit/Diabetes (kein Schwangerschaftsdiabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien (kein allergisches Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberzirrhose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere chronische Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harninkontinenz, Probleme die Blase zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Nierenprobleme oder Nierenversagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Bluthochdruck bzw. Hypertonie?

Ja  Nein

**9** Wurde bei Ihnen jemals Bluthochdruck von einem Arzt diagnostiziert?

Ja  Nein

**10** Nehmen Sie derzeit blutdrucksenkende Mittel ein?

Ja  Nein

**11** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten erhöhte Blutfette oder erhöhte Cholesterinwerte?

Ja  Nein

**12** Wurden bei Ihnen jemals erhöhte Blutfette oder erhöhte Cholesterinwerte von einem Arzt festgestellt?

Ja  Nein

**13** Nehmen Sie derzeit Medikamente gegen erhöhtes Cholesterin ein?

Ja  Nein

Wenn bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Zuckerkrankheit oder Diabetes festgestellt wurde, bitte die folgenden Fragen zur Behandlung ausfüllen.  
Wenn nicht Bitte weiter mit Frage 32  
Die folgenden Fragen nur für Diabetiker/innen.

**14** Wie alt waren Sie, als die Zuckerkrankheit erstmals diagnostiziert wurde oder in welchem Jahr ist die Zuckerkrankheit erstmals diagnostiziert worden?  
Bitte nur eine Angabe machen.

Im Alter von   Jahren diagnostiziert oder  
im Jahr     diagnostiziert worden.

**15** Frauen: Waren Sie zum Zeitpunkt der Diagnose schwanger?

Ja  Nein

**16** Wie wurden Sie unmittelbar nach der Diagnosestellung behandelt?

	Ja	Nein
Durch Insulin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch Diät oder besondere Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch körperliche Aktivität oder Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keine Behandlung	<input type="radio"/>	

**17** Wie wird die Zuckerkrankheit zurzeit behandelt?

	Ja	Nein
Durch Insulin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch Diät oder besondere Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch körperliche Aktivität oder Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keine Behandlung	<input type="radio"/>	

**18** Haben Sie jemals an einer Diabetiker-Schulung teilgenommen?

Ja  Nein

**19** Haben Sie wegen Ihrer Diabetes-Erkrankung zurzeit einen Diätplan?

Ja  Nein

**20** Führen Sie zurzeit ein Diabetes-Tagebuch?

Ja  Nein

**21** Haben Sie jemals einen persönlichen Diabetes-Gesundheitspass besessen?


Ja  Nein  Bitte weiter mit Frage 23

**22** Wurde bzw. wird dieser Pass regelmäßig von Ihnen oder Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt?

Ja  Nein

**23** Machen Sie - oder Angehörige für Sie - Blutzucker-Selbstkontrollen?  
 Dabei entnehmen Sie oder ein Angehöriger eine geringe Menge Blut aus Finger oder Ohrläppchen und bestimmen mit einem Messgerät den Blutzucker.

Ja  Nein



**Wie oft kontrollieren Sie Ihren Blutzucker selbst?**  
 Bitte nur eine Angabe machen.

Täglich/mehrmals täglich

Anzahl der Tage pro Woche

Mal pro Monat

**24** Wie oft untersuchen Sie Ihre Füße auf Druckstellen oder offene Stellen?  
 Bitte nur eine Angabe machen.

Täglich/mehrmals täglich

Mal pro Woche

Mal pro Monat

Gar nicht

**25** Wie oft wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten das HbA1c, also das Hämoglobin A1c bestimmt?  
 Der Blutwert HbA1c ist ein bestimmter Wert für die Verlaufskontrolle des Diabetes.

Mal in den letzten 12 Monaten  Gar nicht

**26** Wie oft wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten der Augenhintergrund durch einen Augenarzt (mit Weitropfen der Pupille) untersucht?


Mal in den letzten 12 Monaten  Gar nicht

**27** Wie oft wurden bei Ihnen in den letzten 12 Monaten Ihre Füße von einem Arzt/medizinischen Fachpersonal untersucht?

Mal in den letzten 12 Monaten  Gar nicht

**28** Im Folgenden geht es um Komplikationen, die bei der Zuckerkrankheit auftreten können. Haben oder hatten Sie jemals ...

	Ja	Nein
... eine diabetesbedingte Nierenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... eine Dialyse wegen diabetesbedingter Nierenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... eine Nierentransplantation wegen Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... eine diabetesbedingte Augenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... eine diabetesbedingte Erblindung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ein diabetesbedingtes Nervenleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... einen diabetischen Fuß?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Amputationen wegen Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Und zwar ...**  
 Mehrfachnennungen möglich.

Zehen  Fuß  Unterschenkel  Oberschenkel

**29** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine akute Unterzuckerung?

- Ja  Nein



Hat eine solche Unterzuckerung in den letzten 12 Monaten zu einer ärztlichen Behandlung geführt, wie z.B. Klinikaufnahme, notärztliche Behandlung oder ärztliche Inanspruchnahme?

- Ja  Nein

**30** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine akute Überzuckerung?

- Ja  Nein



Hat eine solche Überzuckerung in den letzten 12 Monaten zu einer ärztlichen Behandlung geführt, wie z.B. Klinikaufnahme, notärztliche Behandlung oder ärztliche Inanspruchnahme?

- Ja  Nein

**31** Ist oder war ...

	Ja	Nein	Weiß nicht
... Ihr leiblicher Vater zuckerkrank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihre leibliche Mutter zuckerkrank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Unfälle und Verletzungen**

**32** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Verletzung aufgrund einer der folgenden Unfälle?

Auch gemeint sind Verletzungen verursacht durch Vergiftungen, durch Tiere oder Insekten. Nicht gemeint sind willentliche Verletzungen durch andere Personen.

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Ja	Nein
Verkehrsunfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unfall zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unfall in der Freizeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie in den letzten 12 Monaten keinen der genannten Unfälle hatten Bitte weiter mit Frage 34

**33** Mussten Sie infolge dieses Unfalls oder dieser Unfälle medizinisch versorgt werden?

Wenn Sie mehr als einen Unfall hatten, bezieht sich die Frage auf den schwerwiegendsten der Unfälle, also auf den Unfall, für den die umfassendste medizinische Versorgung benötigt wurde.

- Ja, ich wurde in ein Krankenhaus oder sonstige medizinische Einrichtung eingewiesen und musste über Nacht bleiben
- Ja, ich wurde in ein Krankenhaus oder sonstige medizinische Einrichtung eingewiesen und musste aber nicht über Nacht bleiben
- Ja, ich wurde von einem Arzt oder Krankenpfleger versorgt
- Es war keine medizinische Versorgung erforderlich

**34** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Verletzung aufgrund eines Arbeitsunfalls?

Wegeunfälle sind hier nicht gemeint.

- Ja  Nein



Mussten Sie infolge dieses Arbeitsunfalls medizinisch versorgt werden?

- Ja  Nein

**Krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit/Behinderung**

Wenn Sie nicht erwerbstätig sind Bitte weiter mit Frage 36

**35** Wenn Sie erwerbstätig sind, kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie krankheitsbedingt nicht zur Arbeit gehen konnten?

Bitte berücksichtigen Sie alle Krankheiten, Verletzungen und sonstige gesundheitliche Beschwerden, wegen derer Sie nicht arbeiten konnten.

- Ja  Nein



Wie viele Tage haben Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt krankheitsbedingt bei der Arbeit gefehlt?

Tage

**36** Haben Sie eine Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?

- Ja  Nein



Welcher Grad der Behinderung ist bei Ihnen amtlich anerkannt?

Grad der Behinderung  %

**Gesundheitliche Beeinträchtigungen**

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Fähigkeit, verschiedene grundlegende Aktivitäten auszuführen.

➔ Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

**37 Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?**

- Ja
- Nein
- Ich bin stark sehbehindert oder kann nicht sehen ➔ Bitte weiter mit Frage 39

**38 Haben Sie Schwierigkeiten beim Sehen, selbst wenn Sie eine Brille oder Kontaktlinsen tragen?**

- Keine Schwierigkeiten
- Einige Schwierigkeiten
- Große Schwierigkeiten
- Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage

**39 Tragen Sie ein Hörgerät?**

- Ja
- Nein
- Ich bin hochgradig schwerhörig oder gehörlos ➔ Bitte weiter mit Frage 42

**40 Haben Sie Schwierigkeiten zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem ruhigen Raum gesagt wird, selbst wenn Sie ein Hörgerät tragen?**

- Keine Schwierigkeiten
- Einige Schwierigkeiten
- Große Schwierigkeiten
- Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage ➔ Bitte weiter mit Frage 42

**41 Haben Sie Schwierigkeiten zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem lauterem Raum gesagt wird, selbst wenn Sie ein Hörgerät tragen?**

- Keine Schwierigkeiten
- Einige Schwierigkeiten
- Große Schwierigkeiten
- Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage

**42 Haben Sie Schwierigkeiten einen halben Kilometer (500 Meter) auf ebenem Gelände ohne Gehhilfe zu gehen?**

Das entspricht in etwa der Länge von fünf Fußballfeldern.

- Keine Schwierigkeiten
- Einige Schwierigkeiten
- Große Schwierigkeiten
- Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage

**43 Haben Sie Schwierigkeiten eine Treppe mit 12 Stufen hinauf- oder hinabzusteigen?**

- Keine Schwierigkeiten
- Einige Schwierigkeiten
- Große Schwierigkeiten
- Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage

**Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen**

Wenn Sie jünger als 65 Jahre sind ➔ Bitte weiter mit Frage 48

**44 Wenn Sie 65 Jahre oder älter sind, denken Sie jetzt bitte an Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen.**

➔ Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

**Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, eine dieser Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen?**

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.



	Keine Schwierigkeiten	Einige Schwierigkeiten	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage
Essen oder Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich von einem Bett oder Stuhl erheben oder sich darauf niederlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Ausziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettenbenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baden oder Duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie alle diese Tätigkeiten ohne Schwierigkeiten ausführen können

➔ Bitte weiter mit Frage 46

**45** Denken Sie bitte an alle Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen, bei denen Sie Schwierigkeiten haben, sie ohne Hilfe auszuführen.

**Haben Sie normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten?**

- Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  **Benötigen Sie mehr Hilfe?**  
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  
 Nein
- Nein  **Benötigen Sie Hilfe?**  
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  
 Nein

**Haushaltstätigkeiten**

**46** Wenn Sie 65 Jahre oder älter sind, denken Sie nun an Tätigkeiten bei der Erledigung des Haushalts.

☞ Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

**Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, eine dieser Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen?**

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.



	Keine Schwierigkeiten	Einige Schwierigkeiten	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage	Nicht zutreffend (habe ich nie versucht bzw. getan)
Mahlzeiten zubereiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Telefon benutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkäufe erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenteneinnahme organisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leichte Hausarbeit erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation finanzieller und alltäglicher Verwaltungsangelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie alle diese Tätigkeiten ohne Schwierigkeiten ausführen können

 Bitte weiter mit Frage 48

**47** Denken Sie bitte an alle Tätigkeiten im Haushalt, bei denen Sie Schwierigkeiten haben, sie ohne Hilfe auszuführen.

**Haben Sie normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten?**

- Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  **Benötigen Sie mehr Hilfe?**  
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  
 Nein
- Nein  **Benötigen Sie Hilfe?**  
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  
 Nein

**Schmerzen**

Bei den folgenden Fragen geht es um körperliche Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen.

**48** Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

- Keine Schmerzen
- Sehr leicht
- Leicht
- Mäßig
- Stark
- Sehr stark

**49** Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

- Überhaupt nicht
- Etwas
- Mäßig
- Ziemlich
- Sehr

## Psychische Gesundheit

Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrem seelischen Befinden und Ihrer Stimmungslage in den letzten 2 Wochen.

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

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Krankenhausaufenthalt: stationär oder als Tagespatient

In den nächsten Fragen geht es um Krankenhausaufenthalte. Bitte beziehen Sie alle Arten von Krankenhäusern ein. Nicht gemeint sind Krankenhausaufenthalte wegen einer Entbindung.

**51** Haben Sie in den letzten 12 Monaten als stationärer Patient, das heißt über Nacht oder länger, im Krankenhaus gelegen?

Nicht gemeint sind Aufenthalte in Notfallstationen oder als ambulanter Patient ohne Übernachtung.

Ja  Nein



Wie viele Nächte haben Sie insgesamt in den letzten 12 Monaten als stationärer Patient im Krankenhaus gelegen?

Anzahl der Nächte im Krankenhaus

**52** Wurden Sie in den letzten 12 Monaten als Tagespatient in ein Krankenhaus aufgenommen?

Damit gemeint sind Aufnahmen in ein Krankenhaus für Untersuchungen, Behandlungen oder andere medizinische Maßnahmen ohne Übernachtung mit Entlassung am selben Tag.

Ja  Nein



Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten als Tagespatient in ein Krankenhaus aufgenommen?

Anzahl der Aufnahmen in ein Krankenhaus

## Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsversorgung und häuslicher Pflege

**53** Wann waren Sie zuletzt bei einem Zahnarzt, Kieferorthopäden oder einem anderen zahnmedizinischen Spezialisten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

- Vor weniger als 6 Monaten
- Vor 6 bis weniger als 12 Monaten
- Vor 12 Monaten oder länger
- Nie



**54** Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Bitte beziehen Sie Besuche in der Praxis, Hausbesuche und Beratungen am Telefon mit ein.

Vor weniger als 12 Monaten       Vor 12 Monaten oder länger       Nie



Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Anzahl der Konsultationen in den letzten 4 Wochen



Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Anzahl der Konsultationen in den letzten 12 Monaten

**55** In der nächsten Frage geht es um ambulante Untersuchungen und Behandlungen bei Fachärzten.

Nicht gemeint sind Besuche beim Zahnarzt.

Wann waren Sie zuletzt bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Vor weniger als 12 Monaten       Vor 12 Monaten oder länger       Nie



Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Anzahl der Konsultationen in den letzten 4 Wochen



Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Anzahl der Konsultationen in den letzten 12 Monaten

**56** Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Physiotherapeuten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Ja       Nein

**57** Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Ja       Nein

**58** In der nächsten Frage geht es um die Inanspruchnahme von häuslichen Pflegediensten und sozialen Hilfsdiensten. Damit gemeint sind beispielsweise die häusliche Pflege durch Pflegekräfte oder Hebammen, Haushaltshilfen für die Hausarbeit oder für ältere Menschen, Essen auf Rädern oder Fahrdienste.

☞ Bitte beziehen Sie nur Leistungen von professionellen Pflegediensten und sozialen Hilfsdiensten ein.

Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selbst häusliche Pflegedienste oder soziale Hilfsdienste in Anspruch genommen?

Ja       Nein

#### Einnahme von Medikamenten

**59** Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?

Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung.

Ja       Nein

**60** Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente, pflanzliche Heilmittel oder Vitamine eingenommen, die Ihnen nicht von einem Arzt verschrieben wurden?

Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung.

Ja       Nein

#### Inanspruchnahme von Impfungen und Gesundheitsdienstleistungen

**61** Wann wurden Sie zuletzt gegen Grippe geimpft?

Monat      Jahr

Es ist zu lange her (Keine Impfung im vergangenen Jahr)

Noch nie      ☞ Bitte weiter mit Frage 65

**62** Haben Sie sich zur Wintersaison 2014/2015 gegen Grippe impfen lassen?

Ja       Nein

**63** Haben Sie sich zur Wintersaison 2013/2014 gegen Grippe impfen lassen?

Ja       Nein

**64** Wie häufig haben Sie sich in den letzten fünf Wintersaisons gegen Grippe impfen lassen?

Gar nicht       1-2 Mal       3-4 Mal       5 Mal

**65** Sind Sie jemals gegen Wundstarrkrampf, auch Tetanus genannt, geimpft worden?  
Denken Sie auch daran, dass häufig im Rahmen einer Verletzung, die in der ersten Hilfe behandelt wird, gegen Tetanus geimpft wird.

- Ja  Nein  Weiß nicht  
↓

**66** Wie lange liegt Ihre letzte Tetanusimpfung zurück?

- Weniger als 10 Jahre  10 Jahre oder länger  Weiß nicht

**67** Wenn Sie sich nie oder nicht in den letzten 10 Jahren gegen Tetanus haben impfen lassen, bitte geben Sie hier die Gründe an.  
*Mehrfachnennungen möglich.*

- Die Erkrankung ist nicht gefährlich  
 Freunde, Bekannte oder Familienangehörige haben mir davon abgeraten  
 Mein Arzt hat mir davon abgeraten  
 Mir ist nicht bekannt, dass ich mich impfen lassen sollte  
 Ich habe Angst vor Nebenwirkungen  
 Die Impfung ist nicht wirksam  
 Ich bin generell gegen Impfungen  
 Religiöse Gründe  
 Ich habe bisher noch nicht darüber nachgedacht  
 Organisatorisch zu aufwändig (z.B. wegen Arzttermin, Wartezeit)  
 Ich habe es immer vorgehabt, aber nicht geschafft  
 Gesundheitliche Gründe haben mich daran gehindert

**68** Sind Sie jemals gegen Keuchhusten geimpft worden?

- Ja  Nein  Weiß nicht  
↓

**69** Wie lange liegt Ihre letzte Keuchhustenimpfung zurück?

- Weniger als 10 Jahre  10 Jahre oder länger  Weiß nicht

Bitte beantworten Sie die Fragen 70-73 nur, wenn Sie **nach 1970** geboren wurden.

**70** Sind Sie jemals gegen Masern geimpft worden?

- Ja  Nein  Weiß nicht  
↓ } Bitte weiter mit Frage 73

**71** Wie oft wurden Sie gegen Masern geimpft?

- 1 Mal  2 Mal oder öfter

**72** Wurden Sie seit 2010 gegen Masern geimpft?

- Ja  Nein

**73** Alle nach 1970 geborenen Erwachsenen, die nicht oder nur einmal gegen Masern geimpft sind oder die ihren Impfstatus nicht kennen, sollten sich gegen Masern impfen lassen.  
Wussten Sie bereits von dieser Empfehlung?

- Ja  Nein

**74** Sind Sie jemals gegen Pneumokokken (Erreger der Lungenentzündung) geimpft worden?

- Ja  Nein  Weiß nicht  
↓

In welchem Jahr wurden Sie erstmalig gegen Pneumokokken geimpft?

Im Jahr

**75** Auf einer Skala von 0-6: Wie sehr stimmen Sie der Aussage zu "Impfungen sind wichtig für die Gesundheit von Kindern"?

"0" Stimme nicht zu        "6" Stimme voll zu

**76** Auf einer Skala von 0-6: Wie sehr stimmen Sie der Aussage zu "Die aktuell verfügbaren Impfungen für Kinder sind sicher"?

"0" Stimme nicht zu        "6" Stimme voll zu

**77** Wie ist Ihre generelle Einstellung zum Impfen?

- Empfohlene Impfungen nehme ich in der Regel wahr
- Einzelne empfohlene Impfungen habe ich nicht durchführen lassen, lehne sie aber auch nicht ab
- Ich lehne Impfungen grundsätzlich ab
- Ich lehne einzelne Impfungen bewusst für mich ab

**78** Welche Impfungen lehnen Sie bewusst für sich ab?

*Mehrfachnennungen möglich.*

- Wundstarrkrampf (Tetanus)
- Keuchhusten (Pertussis)
- Grippe (saisonale Influenza)
- Masern
- Andere
- Ich lehne keine der genannten Impfungen grundsätzlich ab.

**79** Wann wurde zuletzt von medizinischem Fachpersonal ...

	Innerhalb der letzten 12 Monate	Vor 1 bis weniger als 3 Jahren	Vor 3 bis weniger als 5 Jahren	Vor 5 Jahren oder mehr	Nie
... Ihr Blutdruck gemessen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihre Blutfettwerte/ Cholesterinwerte bestimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihr Blutzucker gemessen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**80** Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchgeführt?

- Innerhalb der letzten 12 Monate
- Vor 1 bis weniger als 2 Jahren
- Vor 2 bis weniger als 3 Jahren
- Vor 3 Jahren oder mehr
- Nie

**81** Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung/Koloskopie durchgeführt?

- Innerhalb der letzten 12 Monate
- Vor 1 bis weniger als 5 Jahren
- Vor 5 bis weniger als 10 Jahren
- Vor 10 Jahren oder mehr
- Nie

Männer  Bitte weiter mit Frage 85

**82** Frauen: Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Mammografie durchgeführt?

- Innerhalb der letzten 12 Monate
- Vor 1 bis weniger als 2 Jahren
- Vor 2 bis weniger als 3 Jahren
- Vor 3 Jahren oder mehr
- Nie

**83** Was war der Grund für die letzte Mammografie?

- Einladung im Rahmen des nationalen Screeningprogramms
- Andere Gründe, z.B. Überweisung durch den Frauenarzt

**84** Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein Gebärmutterhalsabstrich/Pap-Test durchgeführt?

- Innerhalb der letzten 12 Monate
- Vor 1 bis weniger als 2 Jahren
- Vor 2 bis weniger als 3 Jahren
- Vor 3 Jahren oder mehr
- Nie

**Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen**

**85** Hat sich bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil Sie zu lange auf einen Termin warten mussten?

- Ja
- Nein
- Kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung

**86** Hat sich bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab, dorthin zu kommen?

- Ja
- Nein
- Kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung

**87** Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie eine Untersuchung oder Behandlung benötigt hätten, Sie sich diese aber nicht leisten konnten?

	Ja	Nein	Kein Bedarf
Ärztliche Untersuchung oder Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnärztliche oder kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verordnete Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung oder Behandlung psychischer Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Suchterkrankungen im sozialen Umfeld**

**88** Haben Sie einen Angehörigen, bei dem eine Suchterkrankung (außer Tabak) vorliegt?

- Ja, Problem bestand auch im letzten Jahr
- Ja, aber Problem seit mehr als 12 Monaten überwunden.
- Nein Bitte weiter mit Frage 91

**89** Um welche Suchtform handelt es sich?

*Mehrfachnennungen möglich.*

- Alkohol
- Cannabis
- andere illegale Drogen
- Medikamente
- Glücksspiel
- Sonstiges

**90** In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem/der bzw. den Betroffenen?

*Mehrfachnennungen möglich.*

- Partner/in
- Elternteil
- Kind
- Geschwister
- andere Beziehung

**Körpergröße und Körpergewicht**

**91** Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen?

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an.

cm

**92** Wie viel wiegen Sie, wenn Sie keine Kleidung und Schuhe tragen?

Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in kg an.

Schwangere Frauen geben bitte ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an.

kg

### Körperliche Bewegung bei der Arbeit, zur Fortbewegung und in der Freizeit

Jetzt geht es darum, wie viel Sie sich in einer typischen Woche in verschiedenen Bereichen körperlich betätigen.

- 93 ☞ Denken Sie zuerst an die Zeit, in der Sie arbeiten.
- ☞ Denken Sie bei "arbeiten" an Dinge, die Sie tun müssen, wie beispielsweise bezahlte und unbezahlte Arbeit, Arbeiten rund um Ihr Zuhause, Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Schule oder Studium.
- ☞ Beziehen Sie Ihre Angaben auf die Haupttätigkeit. Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, schließen Sie alle mit ein.

Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten, was Sie tun?

Bitte nur eine Antwortmöglichkeit ankreuzen.

- Vorwiegend sitzen oder stehen

#### Tätigkeiten von leichter körperlicher Anstrengung

Zum Beispiel leichte Büroarbeit, Lesen, Schreiben, Zeichnen, am Computer arbeiten, Sprechen oder Telefonieren, Lernen oder Studieren, Auto- oder Lastwagenfahren, Unterrichten, Nähen, Haare schneiden oder frisieren, Backwaren verkaufen oder Verkehr regeln

- Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten

#### Tätigkeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung

Zum Beispiel Post austragen, Tragen von leichten Gegenständen, Rasen und Garten bewässern, Elektriker- oder Klempnerarbeiten, Auto-Reparaturarbeiten, Arbeiten an Werkzeugmaschinen, Bohren, Malerarbeiten, Krankenpflege, Hausarbeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung, Putzen, Staubsaugen, Einkaufen oder mit Kindern spielen

- Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten

#### Tätigkeiten von schwerer körperlicher Anstrengung

Zum Beispiel Bedienen von schweren angetriebenen Werkzeugen, Bauarbeiten, Bergbau, Tragen von schweren Lasten, Be- und Entladearbeiten, Holzhacken und -stapeln, Land freilegen, Gartenbau, Schaufeln oder Graben

- Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus

- 94 ☞ Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Fragen die arbeitsbezogenen körperlichen Aktivitäten aus, die Sie bereits genannt haben.

- ☞ Denken Sie nun daran, wie Sie sich üblicherweise von Ort zu Ort fortbewegen. Zum Beispiel zur Arbeit, zur Uni, zur Schule oder zum Einkaufen.

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche gehen Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

Tage pro Woche

- Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche ➔ Bitte weiter mit Frage 96

- 95 Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

- 10 - 29 Minuten pro Tag
- 30 - 59 Minuten pro Tag
- 1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag
- 2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag
- 3 Stunden pro Tag oder mehr

- 96 An wie vielen Tagen in einer typischen Woche fahren Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

Tage pro Woche

- Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche ➔ Bitte weiter mit Frage 98

- 97 Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

- 10 - 29 Minuten pro Tag
- 30 - 59 Minuten pro Tag
- 1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag
- 2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag
- 3 Stunden pro Tag oder mehr

- 98** ➔ Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Frage die körperliche Aktivität bei der Arbeit und um von Ort zu Ort zu gelangen aus, die Sie bereits genannt haben.
- ➔ Denken Sie bei den folgenden Fragen an Sport, Fitness und körperliche Aktivität in der Freizeit, welche mindestens zu einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen. Zum Beispiel (Nordic-)Walking, Ballsport, Joggen, Fahrradfahren, Schwimmen, Aerobic, Rudern oder Badminton.

**An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?**

Tage pro Woche

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche ➔ Bitte weiter mit Frage 100

- 99** Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?

:  pro Woche  
Stunden Minuten

- 100** An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, die speziell für den Aufbau oder die Kräftigung der Muskulatur gedacht sind?

Zum Beispiel Krafttraining oder Kräftigungsübungen (mit Gewichten, Thera-Band, eigenem Körpergewicht), Kniebeugen, Liegestützen oder Sit-ups.

➔ Geben Sie hier alle Aktivitäten dieser Art an, selbst wenn Sie sie vorher bereits mit einbezogen haben.

Tage pro Woche

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche

- 101** Wir haben Sie bereits zur Häufigkeit und Dauer Ihrer körperlichen und sportlichen Aktivität in der Freizeit in einer typischen Woche gefragt.

**Wie viele Monate sind Sie schon derart aktiv bzw. inaktiv?**

Weniger als 6 Monate  6 Monate oder mehr

- 102** Haben Sie vor, häufiger als bisher körperlich aktiv zu sein?

Ja  Nein ➔ Bitte weiter mit Frage 104

- 103** Wann wollen Sie beginnen, häufiger als bisher körperlich aktiv zu sein?

In den nächsten ...

30 Tagen  Monaten

- 104** Warum treiben Sie Sport oder betätigen sich körperlich?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Um Gutes für die Gesundheit zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um dem Altern entgegen zu wirken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um Spaß zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mich zu entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um attraktiver auszusehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mit Freunden zusammen zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um durch Laufen oder Fahrradfahren Geld zu sparen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um meine körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mein Gewicht zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mein Selbstwertgefühl zu steigern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um sitzende Tätigkeiten auszugleichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich treibe keinen Sport und bin nicht körperlich aktiv

- 105** Welches sind die Hauptgründe, die Sie zurzeit davon abhalten, regelmäßiger Sport zu treiben oder sich körperlich zu betätigen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Ich habe nicht genug Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist zu teuer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Wohnumgebung ist nicht fußgänger- oder radfahrerfreundlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meiner Wohnumgebung gibt es keine geeigneten oder gut erreichbaren Sportstätten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin gesundheitlich nicht in der Lage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter mit dieser Frage auf der nächsten Seite.


**105** Welches sind die Hauptgründe, die Sie zurzeit davon abhalten, regelmäßiger Sport zu treiben oder sich körperlich zu betätigen?  
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Ich verrichte bereits körperlich anstrengende Tätigkeiten bei der Arbeit, im Haushalt oder Garten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperlich-sportlich aktiv sein, spielt in meinem Bekanntenkreis nur eine geringe Rolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir fehlt es an Motivation, ich habe kein Interesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich nicht sicher genug, um alleine im Freien körperlich aktiv zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich zu dick um Sport zu treiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Straßenverkehr und die Abgase verhindern, sich beim Laufen oder Fahrradfahren wohlfühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich treibe bereits regelmäßig Sport

**Verzehr von Obst und Gemüse**

**106** Wie oft nehmen Sie Obst zu sich, einschließlich frisch gepresster Obstsäfte?

Täglich oder mehrmals täglich  Bitte weiter mit Frage 107

4 bis 6 Mal pro Woche

1 bis 3 Mal pro Woche } Bitte weiter mit Frage 108

Weniger als einmal pro Woche

Nie } Bitte weiter mit Frage 109

**107** Wenn Sie täglich Obst essen, wie viele Portionen Obst nehmen Sie pro Tag zu sich?

☞ Eine Portion entspricht einer Handvoll Obst (z.B. 1 Banane oder 1 Apfel oder 1 Birne) bzw. 1 Glas Obstsaft (150 ml).

☞ Bitte zählen Sie den Obstsaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

Portionen pro Tag


**108** Wenn Sie mehrmals pro Woche Obst essen, wie viele Portionen Obst nehmen Sie pro Woche zu sich?

☞ Eine Portion entspricht einer Handvoll Obst (z.B. 1 Banane oder 1 Apfel oder 1 Birne) bzw. 1 Glas Obstsaft (150 ml).

☞ Bitte zählen Sie den Obstsaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

Portionen pro Woche

**109** Wie oft nehmen Sie Gemüse oder Salat zu sich, einschließlich frisch gepresster Gemüsesäfte? Bitte zählen Sie Kartoffeln nicht mit.

Täglich oder mehrmals täglich  Bitte weiter mit Frage 110

4 bis 6 Mal pro Woche

1 bis 3 Mal pro Woche } Bitte weiter mit Frage 111

Weniger als einmal pro Woche

Nie } Bitte weiter mit Frage 112

**110** Wenn Sie täglich Gemüse essen, wie viele Portionen Gemüse nehmen Sie pro Tag zu sich?

☞ Eine Portion entspricht einer Handvoll Gemüse (z.B. 8 Blumenkohlröschen, 4 gehäufte Esslöffel Kohl oder Spinat, eine mittelgroße Tomate) bzw. 1 Glas Gemüsesaft (150 ml).

☞ Bitte zählen Sie den Gemüsesaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

Portionen pro Tag

**111** Wenn Sie mehrmals pro Woche Gemüse essen, wie viele Portionen Gemüse nehmen Sie pro Woche zu sich?

☞ Eine Portion entspricht einer Handvoll Gemüse (z.B. 8 Blumenkohlröschen, 4 gehäufte Esslöffel Kohl oder Spinat, eine mittelgroße Tomate) bzw. 1 Glas Gemüsesaft (150 ml).

☞ Bitte zählen Sie den Gemüsesaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

Portionen pro Woche

## Rauchen

## 112 Rauchen Sie?

- Ja, täglich
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht mehr  Bitte weiter mit Frage 117
- Ich habe noch nie geraucht  Bitte weiter mit Frage 119

## 113 Welche Tabakprodukte rauchen Sie?

Mehrfachnennungen möglich.

- Fabrikfertige Zigaretten
- Selbstgedrehte oder selbstgestopfte Zigaretten
- Zigarren, Zigarillos
- Pfeifentabak
- E-Zigarette
- Sonstiges

114 Welches Tabakprodukt rauchen Sie hauptsächlich?

Bitte nur eine Angabe machen.

- Zigaretten (fabrikfertige, selbstgedrehte oder selbstgestopfte)
- Zigarren, Zigarillos
- Pfeifentabak
- Sonstiges

115 Wenn Sie täglich Zigaretten rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?

Zigaretten pro Tag



Und wie viele Zigaretten davon sind selbstgedreht oder selbstgestopft?

selbstgedrehte/selbstgestopfte Zigaretten pro Tag

116 Wenn Sie gelegentlich Zigaretten rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Woche?

Zigaretten pro Woche



Und wie viele Zigaretten davon sind selbstgedreht oder selbstgestopft?

selbstgedrehte/selbstgestopfte Zigaretten pro Woche

## 117 Wie alt waren Sie als Sie angefangen haben zu rauchen, wenn auch nur gelegentlich?


Jahre

## 118 Wenn Sie nicht mehr rauchen, wie alt waren Sie als Sie mit dem Rauchen aufgehört haben?

Jahre

## 119 Wie oft sind Sie in geschlossenen Räumen Tabakrauch ausgesetzt?

Mit geschlossenen Räumen meinen wir zum Beispiel: zu Hause, auf der Arbeit, in öffentlichen Gebäuden oder im Restaurant.

- Nie oder fast nie  Bitte weiter mit Frage 121
- Weniger als 1 Stunde am Tag
- 1 Stunde am Tag oder mehr

## 120 Und wo ist das der Fall? Ist das ...

Mehrfachnennungen möglich.

- ... zu Hause?
- ... auf der Arbeit?
- ... in öffentlichen Gebäuden?
- ... in Restaurants?
- ... in Kneipen, Cafés, Bars oder Discos?
- ... bei Freunden oder Bekannten?
- ... oder an anderen Orten?



## Alkoholkonsum

Mit einem alkoholischen Getränk ist ein Standardgetränk gemeint.  
Ein Standardgetränk enthält eine vergleichbare Menge von reinem Alkohol. Durch den Bezug auf Standardgetränke können alkoholische Getränke mit unterschiedlichem Alkoholgehalt miteinander verglichen werden.

In der Abbildung sind Beispiele für Standardgetränke gezeigt.

## Beispiele für Standardgetränke



Bier 0,33l

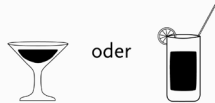


Wein/Sekt 0,125l

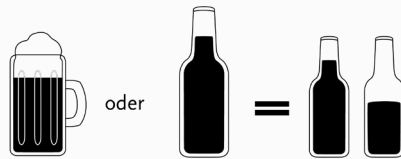


Schnaps/Spirituosen  
4cl (doppelter Schnaps)

## Beispiele für weitere übliche Glasgrößen und ihre Umrechnung in Standardgetränke



Cocktail/Longdrink  
(4cl Alkohol)



0,5l Bier = 1 ½ Standardgetränke

**121** Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken, wie Bier, Wein, Sekt, Spirituosen, Schnaps, Cocktails, alkoholische Mischgetränke, Liköre, hausgemachter oder selbstgebrannter Alkohol?

- Täglich oder fast täglich
- An 5 - 6 Tagen pro Woche
- An 3 - 4 Tagen pro Woche
- An 1 - 2 Tagen pro Woche
- An 2 - 3 Tagen pro Monat
- Einmal pro Monat
- Weniger als einmal pro Monat
- Nicht in den letzten 12 Monaten, da ich keinen Alkohol mehr trinke
- Nie, oder lediglich einige wenige Schlucke in meinem Leben

Bitte weiter mit Frage 126

Bitte weiter mit Frage 127

**122** Denken Sie nun an Montag bis Donnerstag, an wie vielen dieser 4 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?

- An allen 4 Tagen
- An 3 der 4 Tage
- An 2 der 4 Tage
- An 1 der 4 Tage
- An keinem der 4 Tage


Bitte weiter mit Frage 124

**123** Wenn Sie an den Tagen von Montag bis Donnerstag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem dieser Tage?

- 16 oder mehr Getränke pro Tag
- 10 - 15 Getränke pro Tag
- 6 - 9 Getränke pro Tag
- 4 - 5 Getränke pro Tag
- 3 Getränke pro Tag
- 2 Getränke pro Tag
- 1 Getränk pro Tag
- Kein Getränk pro Tag

Mit einem Getränk ist ein Standardgetränk gemeint.  
Siehe Abbildung Seite 31

**124** Denken Sie nun an Freitag bis Sonntag, an wie vielen dieser 3 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?

- An allen 3 Tagen
- An 2 der 3 Tage
- An 1 der 3 Tage
- An keinem der 3 Tage  Bitte weiter mit Frage 126

**125** Wenn Sie an den Tagen von Freitag bis Sonntag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem dieser Tage?

- 16 oder mehr Getränke pro Tag
- 10 - 15 Getränke pro Tag
- 6 - 9 Getränke pro Tag
- 4 - 5 Getränke pro Tag
- 3 Getränke pro Tag
- 2 Getränke pro Tag
- 1 Getränk pro Tag
- Kein Getränk pro Tag

Mit einem Getränk ist ein Standardgetränk gemeint. Siehe Abbildung Seite 31

**126** Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken?

Zum Beispiel während einer Party, eines Essens, beim Ausgehen mit Freunden oder alleine zu Hause.

- Täglich oder fast täglich
- An 5 - 6 Tagen pro Woche
- An 3 - 4 Tagen pro Woche
- An 1 - 2 Tagen pro Woche
- An 2 - 3 Tagen pro Monat
- Einmal pro Monat
- Weniger als einmal pro Monat
- Nicht in den letzten 12 Monaten
- Nie in meinem Leben

Mit einem Getränk ist ein Standardgetränk gemeint. Siehe Abbildung Seite 31

### Soziale Unterstützung

Im Folgenden geht es um den Bereich der sozialen Beziehungen und Kontakte.

**127** Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie erste persönliche Probleme haben?

- Keine  1 bis 2  3 bis 5  6 oder mehr

**128** Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

- Sehr viel Anteilnahme und Interesse
- Viel Anteilnahme und Interesse
- Weder viel noch wenig
- Wenig Anteilnahme und Interesse
- Keine Anteilnahme und Interesse

**129** Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

- Sehr einfach  Einfach  Möglich  Schwierig  Sehr schwierig

### Geleistete Pflege oder geleistete Unterstützung

In den nächsten Fragen geht es um Pflege oder Unterstützung anderer Personen mit gesundheitlichen Problemen.

**130** Pflegen oder unterstützen Sie mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen, die an altersbedingten Beschwerden, chronischen Erkrankungen oder Gebrechlichkeit leiden?

Nicht gemeint sind Pflegeleistungen oder Unterstützung, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit erbringen.

- Ja  Nein  Bitte weiter mit Frage 133

**131** Falls Sie mehrere Personen pflegen oder unterstützen, wählen Sie die Person aus, für die Sie die größte Pflegeleistung erbringen.

Ist diese Person ...

- Mitglied der Familie  Kein Mitglied der Familie

**132** Wie viele Stunden pro Woche pflegen oder unterstützen Sie insgesamt?

- Weniger als 10 Stunden pro Woche
- Mindestens 10 aber weniger als 20 Stunden pro Woche
- 20 Stunden pro Woche oder mehr

**Gesundheitsbewusstsein/Selbstwirksamkeit**

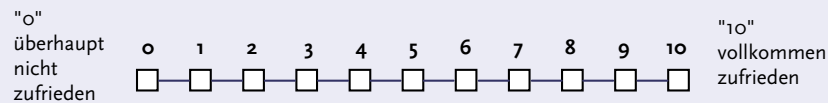
**133** Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.  
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft etwas zu	Trifft ziemlich zu	Trifft voll und ganz zu
In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**134** Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?  
 Sehr stark     Stark     Mittelmäßig     Weniger stark     Gar nicht

**Lebenszufriedenheit**

**135** Ganz allgemein gefragt, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?  
 ☞ Bitte antworten Sie von "0" bis "10", wobei "0" für "überhaupt nicht zufrieden" und "10" für "vollkommen zufrieden" steht.



**Gesundheitsinformation**

**136** Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...  
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig
... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (Arzt, Apotheker, Psychologe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen? (Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? (Fernsehen, Internet oder andere Medien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter mit dieser Frage auf der nächsten Seite.

**136** Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig
... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Meditation, körperliche Bewegung, Spaziergehen, Pilates etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen? (Internet, Zeitungen, Zeitschriften)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen? (Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**137** Hier finden Sie eine Liste mit Symptomen des Schlaganfalls.

Wussten Sie bereits, dass diese Symptome auf einen Schlaganfall hindeuten können?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Ja, wusste ich bereits	Nein, wusste ich bisher nicht
Plötzliche Schwäche oder Gefühlsstörungen einer Körperseite, besonders des Gesichts oder des Armes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lähmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzliche Sprachstörungen, oder Schwierigkeiten, Gesprochenes zu verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzliche Sehstörungen, Doppelbilder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzliche Gangstörungen, Gleichgewichtsstörungen oder Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzliche schwere Kopfschmerzen ohne bekannte Ursache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewusstseinsstörungen, Verwirrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


**138** Kennen Sie persönlich jemanden, der schon einmal einen Schlaganfall hatte?

Ja  Nein

### Krankenversicherung

**139** Welche Krankenversicherung bzw. -versorgung haben Sie?

Gemeint ist nur die Hauptversicherung.

- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- und zwar:  Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)
- DAK-Gesundheit
- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hanseatische Krankenkasse (HEK), hkk
- Innungskrankenkasse (IKK)
- Betriebskrankenkasse (BKK)
- Landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft, Deutsche Rentenversicherung, Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung
- Andere gesetzliche Krankenkasse
- Beihilfe  Haben Sie eine private Zusatzversicherung zur Beihilfe?  Ja  Nein

- Private Krankenversicherung  
Hier ist keine private Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung gemeint.
- Anderer Anspruch auf Krankenversorgung  
z.B. freie Heilfürsorge, Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner, Lastenausgleich, Ausländische Krankenkasse
- Keine Krankenversicherung, Selbstzahler

Falls Sie nicht wissen, wie Ihre Krankenversicherung einzuordnen ist, schreiben Sie bitte den genauen Namen der Krankenkasse auf:

### Ihr Familienstand und Haushalt

**140** Geben Sie Ihren aktuellen Familienstand an. Geben Sie nur dann "Ledig" an, wenn Sie nie verheiratet waren.

Bitte nur eine Angabe machen.

- Ledig
- Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft
- Verwitwet oder Lebenspartner/in gestorben (gleichgeschlechtlich)

**141** **Leben Sie mit einer Person aus Ihrem Haushalt in einer Ehe oder eheähnlichen Gemeinschaft?**

Ja  Nein

**142** **Wie viele Personen gehören derzeit zum Haushalt?**

Als Haushalt gilt eine Gemeinschaft von Personen, die zusammen wohnen und gemeinsam wirtschaften, d.h. die in der Regel ihren Lebensunterhalt gemeinsam finanzieren und Ausgaben für den Haushalt teilen. Zum Haushalt gehören auch Personen, die aus beruflichen Gründen vorübergehend abwesend sind.

➔ Zählen Sie dabei bitte auch sich selbst und alle im Haushalt lebenden Kinder mit.

**Anzahl der Personen**   Ich lebe allein ➔ Bitte weiter mit Frage 143

Wenn Sie nicht alleine leben, bitte die folgenden Fragen ausfüllen.

	1. Person Sie selbst	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
<b>Geschlecht</b>					
männlich		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weiblich		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Alter</b> (In vollendeten Lebensjahren)	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<b>Lebenssituation</b>					
Erwerbstätig		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Ruhestand/Vorruhestand		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht erwerbstätig		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Wie ist die verwandtschaftliche Beziehung zur 1. Person im Haushalt?</b>					
Ehe-, Lebenspartner/in		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kind		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater/Mutter		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Person		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn mehr als 5 Personen in Ihrem Haushalt leben ➔ Bitte weiter auf der nächsten Seite.

**142** **Wenn mehr als 5 Personen in Ihrem Haushalt leben, bitte hier weiter ausfüllen.**

	6. Person	7. Person	8. Person	9. Person	10. Person
<b>Geschlecht</b>					
männlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weiblich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Alter</b> (In vollendeten Lebensjahren)	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<b>Lebenssituation</b>					
Erwerbstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Ruhestand/Vorruhestand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht erwerbstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ehe-, Lebenspartner/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater/Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn mehr als 10 Personen in Ihrem Haushalt leben, fügen Sie bitte weitere Angaben auf einem gesonderten Blatt dem Fragebogen bei.

**Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse**

**143** **Haben Sie einen allgemeinen Schulabschluss?**

Ja  Nein



**Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?**

Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch	<input type="radio"/>
Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="radio"/>
Polytechnische Oberschule der DDR:	
mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse	<input type="radio"/>
mit Abschluss der 10. Klasse	<input type="radio"/>
Realschulabschluss, Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	<input type="radio"/>
Fachhochschulreife	<input type="radio"/>
Abitur (Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife)	<input type="radio"/>

**144** Haben Sie einen beruflichen Ausbildungsabschluss oder einen Hochschul-/Fachhochschulabschluss?

- Ja  Nein  Bitte weiter mit Frage 147

**145** Welchen höchsten beruflichen Ausbildungs- oder Hochschul-/Fachhochschulabschluss haben Sie?

Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

#### Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss

- Anlernausbildung, berufliches Praktikum
- Berufsvorbereitungsjahr
- Lehre, Berufsausbildung im dualen System
- Berufsqualifizierender Abschluss an einer Berufsfachschule, Kollegschule
- Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung

Ausbildungsstätten/Schulen für Gesundheits- und Sozialberufe:

- Einjährig (z.B. Krankenpflegehelfer/in, Altenpfleger/in, Rettungsassistent/in)
- Zweijährig (z.B. Masseur/in, Medizinischer/Medizinische Bademeister/in, PTA, Podologe/Podologin)
- Dreijährig (z.B. Physiotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege, MTA, Altenpflege)
- Ausbildungsstätten/Schulen für Erzieher/innen
- Meister/in, Techniker/in oder gleichwertiger Fachschulabschluss
- Fachschule der DDR
- Fachakademie (nur in Bayern)

#### Hochschulen/Fachhochschulen

Diplom, Bachelor, Master, Magister, Staatsprüfung, Staatsexamen, Lehramtsprüfung:

- Berufsakademie
- Verwaltungsfachhochschule
- Fachhochschule (auch Ingenieurschule, Hochschule (FH) für angewandte Wissenschaften). Duale Hochschule Baden-Württemberg
- Universität (wissenschaftliche Hochschule, auch: Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule)

**146** Falls Sie einen Hochschul-/Fachhochschulabschluss haben: Wie ist die Bezeichnung Ihres höchsten Abschlusses?

- Bachelor
- Master
- Diplom, Lehramtsprüfung, Staatsprüfung, Staatsexamen, Magister, künstlerischer Abschluss und vergleichbare Abschlüsse
- Promotion

#### Erwerbstätigkeit

**147** Welche Lebenssituation trifft derzeit überwiegend auf Sie zu?

Bitte nur eine Angabe machen.

##### Ich bin erwerbstätig in Vollzeit

(auch Berufsausbildung oder Selbstständigkeit, ohne Altersteilzeit)

##### Ich bin erwerbstätig in Teilzeit

(auch Berufsausbildung oder Selbstständigkeit, ohne Altersteilzeit)

##### Ich bin geringfügig erwerbstätig

(z.B. 450-Euro-Job, Minijob)

##### Ich bin in Altersteilzeit (Arbeits- und Freistellungsphase)

##### Ich leiste ein freiwilliges soziales/ökologisches/kulturelles Jahr

##### Ich bin freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligen-dienstleistende/r

##### Ich bin arbeitslos oder arbeitssuchend bei der Agentur für Arbeit gemeldet

##### Ich bin im Ruhestand oder Vorruhestand

##### Ich bin dauerhaft erwerbsunfähig

##### Ich bin Schüler/in, Student/in, Praktikant/in, Teilnehmer/in an Fortbildungsmaßnahmen

##### Ich bin in Elternzeit

##### Ich bin als Hausfrau/Hausmann tätig, betreue Kinder oder hilfsbedürftige Personen

##### Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig

Bitte weiter mit Frage 154

**148** Haben Sie in den letzten vier Wochen (einschließlich der derzeitigen Woche) aktiv eine Arbeitsstelle gesucht oder aktiv Schritte zur Selbstständigkeit unternommen?


- Ja  Nein  Bitte weiter mit Frage 150

**149** Wenn man Ihnen jetzt eine passende Stelle anbieten würde, könnten Sie innerhalb der nächsten zwei Wochen anfangen zu arbeiten?

- Ja  Nein

**150** Haben Sie in der letzten Woche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet?

Geben Sie auch "Ja" an, wenn Sie ...  
... in den letzten sieben Tagen krank oder im Urlaub waren.  
... in Mutterschutz sind.  
... als Rentner zusätzlich noch arbeiten. Diese Tätigkeit zählt dann als Haupterwerbstätigkeit.  
... sich in der Freistellungsphase der Altersteilzeit befinden.  
Wenn Sie sich ausschließlich in Elternzeit befinden, geben Sie "Nein" an.

- Ja  Bitte weiter mit Frage 154  
 Nein

**151** Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Haupterwerbstätigkeit?

Selbstständige, die nur mithelfende Familienangehörige beschäftigen, geben "selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter" an.  
Bitte nur eine Angabe machen.

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| Ich war Angestellte/r   | <input type="radio"/> |
| Ich war Arbeiter/in   | <input type="radio"/> |
| Ich war Beamtin/Beamter (auch Anwärter/in)                              | <input type="radio"/> |
| Ich war Landwirt/in im Haupterwerb                                      | <input type="radio"/> |
| Ich war selbstständig erwerbstätig und hatte Mitarbeiter                | <input type="radio"/> |
| Ich war selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter                     | <input type="radio"/> |
| Ich war mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt)                  | <input type="radio"/> |
| Ich war Auszubildende/r (auch Praktikant/in, Volontär/in)               | <input type="radio"/> |
| Ich war Zivildienst/Grundwehrdienstleistender                           | <input type="radio"/> |
| Ich leistete ein freiwilliges soziales/ökologisches Jahr                | <input type="radio"/> |
| Ich war freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende/r | <input type="radio"/> |
| Ich bin noch nie erwerbstätig gewesen                                   | <input type="radio"/> |
- } Bitte weiter mit Frage 181

**152** Welche Art von Beschäftigungsverhältnis hatten Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

- Unbefristetes Beschäftigungsverhältnis  Befristetes Beschäftigungsverhältnis

**153** Waren Sie in dieser Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft tätig?

- Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)  
 Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren der Arbeit)  
 Nein
- } Bitte weiter mit Frage 181

**154** Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

Selbstständige, die nur mithelfende Familienangehörige beschäftigen, geben "selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter" an.  
Bitte nur eine Angabe machen.

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| Ich bin Angestellte/r   | <input type="radio"/> |
| Ich bin Arbeiter/in   | <input type="radio"/> |
| Ich bin Beamtin/Beamter (auch Anwärter/in)                              | <input type="radio"/> |
| Ich bin Landwirt/in im Haupterwerb                                      | <input type="radio"/> |
| Ich bin selbstständig erwerbstätig und habe Mitarbeiter                 | <input type="radio"/> |
| Ich bin selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter                     | <input type="radio"/> |
| Ich bin mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt)                  | <input type="radio"/> |
| Ich bin Auszubildende/r (auch Praktikant/in, Volontär/in)               | <input type="radio"/> |
| Ich leiste ein freiwilliges soziales/ökologisches Jahr                  | <input type="radio"/> |
| Ich bin freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende/r | <input type="radio"/> |
- } Bitte weiter mit Frage 157

**155** Welche Art von Beschäftigungsverhältnis haben Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

- Unbefristetes Beschäftigungsverhältnis  Befristetes Beschäftigungsverhältnis

**156** Sind Sie in dieser Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft tätig?

- Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)  
 Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren der Arbeit)  
 Nein

**157** Wie viele Wochenstunden beträgt Ihre vertraglich vereinbarte Arbeitszeit ohne Überstunden in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

Runden Sie bitte auf volle Stunden auf bzw. ab.

Stunden pro Woche  Ich habe keine vertraglich vereinbarte Arbeitszeit.

**158** Wie viele Wochenstunden beträgt durchschnittlich Ihre tatsächliche Arbeitszeit einschließlich eventueller Überstunden in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

Runden Sie bitte auf volle Stunden auf bzw. ab.

Stunden pro Woche

**159** Falls Sie zusätzlich neben Ihrer Haupterwerbstätigkeit noch weitere Tätigkeiten ausüben: Wie viele zusätzliche Wochenstunden entfallen auf diese Tätigkeiten?

Runden Sie bitte auf volle Stunden auf bzw. ab.

Stunden pro Woche  Ich habe derzeit keine Nebentätigkeit.

**160** Wie hoch ist ihr monatlicher Arbeitsverdienst in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

Wenn sie im letzten Monat Sonderzahlungen hatten, z.B. Urlaubsgeld oder Nachzahlungen, rechnen Sie diese bitte nicht mit.  
Entgelt für Überstunden rechnen Sie dagegen mit.

Falls Sie selbstständig sind: Bitte schätzen Sie Ihren monatlichen Gewinn vor und nach Steuern.

Bitte geben Sie nach Möglichkeit beides an:

- ☉ den Bruttoverdienst, das heißt Lohn oder Gehalt vor Abzug von Steuern und Sozialversicherung
- ☉ und den Nettoverdienst, das heißt den Betrag nach Abzug von Steuern und Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen-, Pflege- und Krankenversicherung.

Der Arbeitsverdienst beträgt: **Brutto:**  Euro **Netto:**  Euro

**161** Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

Geben Sie die genaue Berufsbezeichnung an, nicht den Ausbildungsabschluss oder Rang.  
Zum Beispiel:

- Blumenverkäuferin (nicht Verkäuferin)
- Maurer (nicht Bauarbeiter)
- Zollsachbearbeiterin (nicht Beamtin)
- Unternehmensberaterin (nicht Betriebswirtin)

**162** Um die Einordnung Ihres Berufes zu erleichtern, geben Sie bitte zusätzliche Erläuterungen in Stichworten an.

Zum Beispiel:

- Kundenberatung, Verkauf, Verpacken von Pflanzen (als Blumenverkäuferin)
- Zollfahndung, Einsatzplanung, Pressearbeit (als Zollbeamter)
- Wartung, Instandsetzung, Ausrüstung von Kraftfahrzeugen, Leitung der Werkstatt (als KFZ-Mechaniker)

Falls Sie Führungsaufgaben wahrnehmen, vermerken Sie dies auch.


---


---



**163** Arbeiten Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit im öffentlichen Dienst?

Ja  Nein

**164** Haben Sie bei Ihrer beruflichen Tätigkeit Kontakt zu Patienten?

Ja  Nein



165

Bitte ordnen Sie den Betrieb, in dem Sie tätig sind, einer Branche/einem Wirtschaftszweig zu.

Richten Sie sich nach dem wirtschaftlichen Schwerpunkt des Betriebes (nicht des gesamten Unternehmens).

Für Selbstständige und Nebenjobber/innen:

Falls Sie in keinem Betrieb tätig sind, geben Sie die Branche/den Wirtschaftszweig an, in dem Sie als Selbstständige/r oder Nebenjobber/in schwerpunktmäßig tätig sind.

Bitte nur eine Angabe machen.

Land- und Forstwirtschaft, Fischerei

Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, sonstige Industrie

Bergbau und Gewinnung von Erdöl, Erdgas, Steinen und Erden

Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren (z.B. Lebensmittel, Textilien, Elektronik, Maschinen, Fahrzeuge, Mineralölverarbeitung, Druckerzeugnisse)

Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen

Energieversorgung

Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzung

Baugewerbe, Hoch- und Tiefbau

Handel, Verkehr und Lagerei, Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie

Groß- und Einzelhandel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen

Personen- und Güterverkehr; Lagerei (auch Post- und Kurierdienst)

Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie

Information und Kommunikation

(z.B. Telekommunikation, Dienstleistungen der Informationstechnologie, Medien und Verlagswesen)

Banken/Finanz- und Versicherungsdienstleister

Grundstücks- und Wohnungswesen



Fortsetzung der Branchenübersicht auf der nächsten Seite

165

Bitte ordnen Sie den Betrieb, in dem Sie tätig sind, einer Branche/einem Wirtschaftszweig zu.

Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen sowie sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen

Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen (z.B. Unternehmens-, Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung, Architektur/Ingenieurbüro, Forschungs- und Entwicklungsleistungen, Werbung und Marktforschung)

Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen (z.B. Vermietung beweglicher Sachen, Sicherheitsdienst, Gebäudebetreuung/-reinigung, Garten- und Landschaftsbau, Reisebüro/Veranstalter, Vermittlung von Arbeitskräften, Sekretariatsdienste, Messeveranstalter)

Öffentlicher Dienst, Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen

Erziehung und Unterricht (z.B. Hochschule, Schule, sonstige Schule (auch Fahrschule), Kindergarten)

Gesundheits- und Sozialwesen (z.B. Krankenhaus, Arztpraxis, Alten- und Pflegeheim, Behindertenwerkstatt)

Verwaltung, Gerichte, Öffentliche Sicherheit und Ordnung, Verteidigung, Sozialversicherung

Sonstige Dienstleistungen

Sonstige überwiegend personenbezogene Dienstleistungen, allgemeine Reparaturen von Waren und Geräten (z.B. Friseur- und Kosmetiksalon, Wäscherei, Solarium/Sauna/Bad, Bestattung)

Kunst, Unterhaltung, Sport und Erholung (z.B. Theater, Museum, schriftstellerische Tätigkeit, Sport- und Fitnesszentrum)

Gewerkschaft, Verband, Partei und sonstige Interessenvertretung, kirchliche und religiöse Vereinigung

Konsulat, Botschaft, internationale und supranationale Organisation

Privater Haushalt mit Beschäftigten

**166** Wie viele Personen arbeiten in diesem Betrieb?

Zählen Sie bei Unternehmen mit mehreren Betrieben (z.B. Werk, Filiale, Niederlassung) nur die Personen, die in Ihrem Betrieb (örtliche Einheit) arbeiten.

Zählen Sie auch sich selbst, alle Teilzeitkräfte sowie Auszubildende und tätige Firmeninhaber dazu.

Bis einschließlich 10 Personen   und zwar   Personen  
(Genauere Anzahl)

11 bis einschließlich 19 Personen

20 bis einschließlich 49 Personen

50 Personen oder mehr

**Arbeitsbedingungen**

Nun geht es um mögliche Belastungen am Arbeitsplatz. Im Folgenden sind eine Reihe von Arbeitsbedingungen genannt. Bitte geben Sie an, ob und wie häufig diese bei Ihrer Tätigkeit vorkommen.

**167** Heben und/oder Tragen von schweren Lasten (Frauen mehr als 10 kg/Männer mehr als 20 kg). Wie oft trifft dies zu?

- Nie
- Bis zu einem Viertel der Zeit
- Bis zur Hälfte der Zeit
- bis zu einem Dreiviertel der Zeit
- Mehr als Dreiviertel der Zeit, also fast immer?

**168** Wie würden Sie die körperlichen Anforderungen in Ihrem Hauptberuf am ehesten beschreiben?

- Vor allem Arbeit im Sitzen ohne anstrengende körperliche Tätigkeiten.
- Vor allem Arbeit im Gehen und/oder Stehen, aber ohne anstrengende körperliche Tätigkeiten.
- Vor allem Arbeit im Gehen und/oder Stehen, aber mit etwas Heben und Tragen.
- Schwere oder schnelle Arbeit, die körperlich anstrengend ist.

**169**

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie oder fast nie
Wie oft müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft bringt Sie Ihre berufliche Tätigkeit mit persönlichen Problemen anderer Menschen in Berührung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**170** Arbeiten Sie in Schicht- oder Nachtarbeit?

- Häufig  Manchmal  Selten  Nie


**171** Arbeiten Sie dann in ...

- Wechselschicht mit Nachtarbeit
- Wechselschicht ohne Nachtarbeit
- ausschließlich Nachtarbeit - ohne Wechselschicht

**172** Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist?

- Sehr stark  Stark  Mäßig  Gar nicht

**173** In welchem Maße können Sie den Informationen Ihres unmittelbaren Vorgesetzten vertrauen?

- In sehr hohem Maße
- In hohem Maße
- Zum Teil
- In geringem Maße
- In sehr geringem Maße
- Habe keine Vorgesetzte/keinen Vorgesetzten  Bitte weiter mit Frage 175

**174** Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?

- Immer
- Oft
- Manchmal
- Selten

**175** Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

—  —  —  —  —  —  —  —  —  —

**176** Was meinen Sie:

Bis zu welchem Alter **KÖNNEN** Sie arbeiten?   Jahre

Bis zu welchem Alter **WOLLEN** Sie arbeiten?   Jahre

**Betriebliche Gesundheitsförderung**

Wenn Sie in den letzten 12 Monaten nicht erwerbstätig waren (d.h. irgendeine bezahlte bzw. eine mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit hatten) dann bitte weiter mit Frage 181.

**177** Gab es in Ihrem Betrieb/Ihrem Unternehmen in den letzten 12 Monaten ...

... ein Angebot zur Rückengesundheit (z.B. Rückenschule, Rückengymnastik)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... Betriebssport?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... eine Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten (z.B. tägliches Angebot von Gemüse und frischem Salat, täglich fleischlose Gerichte, regelmäßiges Angebot von Pell- oder Folienkartoffeln)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter mit dieser Frage auf der nächsten Seite.

**177** Gab es in Ihrem Betrieb/Ihrem Unternehmen in den letzten 12 Monaten ...

... Informationen oder Beratungsangebote zur gesunden Ernährung (z.B. Broschüren, Kursangebote)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... ein Angebot zur Stressbewältigung oder Entspannung (z.B. Zeitmanagement, autogenes Training)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... ein Angebot zur Raucherentwöhnung?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... Mitarbeiterbefragungen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... Gesprächs- oder Arbeitskreise zu Gesundheitsproblemen (z.B. Gesundheitszirkel)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... Hilfe bei der Bewältigung von Mobbing und Konflikten (z.B. Sozialberatung, Kursangebote)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... für Angebote zur Gesundheit einen finanziellen Zuschuss (z.B. für ein Kursangebot in Betrieb/ Unternehmen oder die Mitgliedschaft im Fitnessstudio)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**178** Darf an Ihrem Arbeitsplatz geraucht werden?

- Ja, überall und jederzeit
- Ja, an bestimmten Orten und/oder zu bestimmten Zeiten
- Nein, Rauchen ist überall und immer verboten

**179** Ist Ihr Arbeitsplatz überwiegend ...

- in geschlossenen Räumen?  im Freien?

**180** Darf an Ihrem Arbeitsplatz Alkohol getrunken werden?

- Ja, überall und jederzeit
- Ja, an bestimmten Orten und/oder zu bestimmten Zeiten
- Nein, Alkohol ist überall und immer verboten

### Arbeitslosigkeit

**181** Waren Sie in den letzten 5 Jahren einmal arbeitslos?

Falls Sie derzeit arbeitslos sind, kreuzen Sie bitte "Ja" an.

- Ja  Nein  Weiter mit Frage 184



Wie oft waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos?

Mal

Wie viele Monate waren das insgesamt?

Bitte geben Sie nur volle Monate an und runden Sie bei halben Monaten auf.

Anzahl der Monate  Weniger als 1 Monat

**182** Hatte Ihre Arbeitslosigkeit etwas mit einer Erkrankung zu tun?

- Ja  Nein

**183** Hat sich Ihre Gesundheit durch die Arbeitslosigkeit ...

- verbessert?  nicht verändert?  verschlechtert?

### Einkommen

**184** Wer ist der Hauptverdiener in Ihrem Haushalt, d.h. wer trägt mit seinem Einkommen den Hauptteil zum Haushaltseinkommen bei?

- Ich selbst
- Es gibt keinen Hauptverdiener
- Meine Partnerin/Mein Partner
- Meine Mutter/Mein Vater
- Eine andere Person
- } Bitte weiter mit Frage 188

**185** Welche berufliche Stellung hat der Hauptverdiener des Haushaltes in seiner Haupterwerbstätigkeit?

Selbstständige, die nur mithelfende Familienangehörige beschäftigen, geben "selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter" an.

Bitte nur eine Angabe machen.

- |   |                       |                              |
|---|-----------------------|------------------------------|
| Angestellte/r   | <input type="radio"/> |                              |
| Arbeiter/in   | <input type="radio"/> |                              |
| Beamtin/Beamter (auch Anwärter/in)                              | <input type="radio"/> |                              |
| Landwirt/in im Haupterwerb                                      | <input type="radio"/> | } Bitte weiter mit Frage 188 |
| Selbstständig erwerbstätig und hat Mitarbeiter                  | <input type="radio"/> |                              |
| Selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter                     | <input type="radio"/> |                              |
| Mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt)                  | <input type="radio"/> |                              |
| Auszubildende/r (auch Praktikant/in, Volontär/in)               | <input type="radio"/> |                              |
| Zivildienst/Grundwehrdienstleistender                           | <input type="radio"/> |                              |
| Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende/r | <input type="radio"/> |                              |
| Freiwilliges soziales/ökologisches Jahr                         | <input type="radio"/> |                              |

**186** Welche Art von Beschäftigungsverhältnis hat der Hauptverdiener in seiner Haupterwerbstätigkeit?

- Unbefristetes Beschäftigungsverhältnis  Befristetes Beschäftigungsverhältnis



**193 In welchem Land ist Ihre Mutter geboren?**

Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war. Zum Beispiel: "Tschechische Republik" statt "Tschechoslowakei".

In Deutschland (in den heutigen Grenzen)

In einem anderen Land  **und zwar**

**194 Gehört Ihre Mutter zu der Gruppe der Vertriebenen?**

Gemeint sind hier nur vor 1950 vertriebene deutsche Kriegsflüchtlinge.

Ja  Nein

**195 In welchem Land ist Ihr Vater geboren?**

Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war. Zum Beispiel: "Tschechische Republik" statt "Tschechoslowakei".

In Deutschland (in den heutigen Grenzen)

In einem anderen Land  **und zwar**

**196 Gehört Ihr Vater zu der Gruppe der Vertriebenen?**

Gemeint sind hier nur vor 1950 vertriebene deutsche Kriegsflüchtlinge.

Ja  Nein

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

**Bitte prüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit.**

**197 Wann haben Sie diesen Fragebogen fertig ausgefüllt?**

Tragen Sie bitte das genaue Datum ein.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tag

Monat

Jahr

© Robert Koch-Institut

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut  
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Telefonische Informationen: 030 18754 3100

Fax: 030 1810754 3100

E-Mail: [geda@rki.de](mailto:geda@rki.de)

Internet: [www.geda-studie.de](http://www.geda-studie.de)

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

#### Korrespondenzadresse

Fachgebiet 23 Monitoringstudien und Surveymethoden  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [geda@rki.de](mailto:geda@rki.de)

#### Hinweis

Der Fragebogen darf zu wissenschaftlichen Zwecken und zum Eigengebrauch zitiert, kopiert, abgespeichert, ausgedruckt und weitergegeben werden. Jede kommerzielle Nutzung, auch von Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Robert Koch-Institutes untersagt. Bei Publikationen geben Sie bitte an, dass es sich (teilweise) um Fragen aus dem Fragebogen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts handelt.

### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

### Redaktion

Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg,  
Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,  
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

### Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

### Zitierweise

Robert Koch-Institut (2017) Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“: GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1): 105–135  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-014  
ISSN 2511-2708



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit