



SEPTEMBER 2021  
AUSGABE **3**

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES  
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

# Journal of Health Monitoring

Fragebogen zur Studie Gesundheit in  
Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS

GEDA 2019/2020-EHIS – Telefonische Befragung

**1** Welches Geschlecht wurde bei Ihrer Geburt in Ihre Geburtsurkunde eingetragen?

- Männlich  Weiblich

**2** Da sich nicht alle Menschen ihrem eingetragenen Geschlecht zugehörig fühlen: Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- Männlich  
 Weiblich  
 Oder einem anderen, und zwar: \_\_\_\_\_

**3** Wann sind Sie geboren? Bitte geben Sie den Monat und das Jahr an, in dem Sie geboren sind.

Monat		Jahr			

Ich möchte Ihnen jetzt Fragen zu Ihrer Gesundheit stellen.

**4** Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er...

- 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 durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Würden Sie sagen, Sie sind...

- ... stark eingeschränkt  ... nicht eingeschränkt?  
 ... mäßig eingeschränkt



Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?

- Weniger als 6 Monate  6 Monate oder länger

Es geht nun um dauerhafte Krankheiten und chronische Gesundheitsprobleme. Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme.

**7** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?

	Ja	Nein
Asthma, einschließlich allergischem Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koronare Herzerkrankung oder Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck bzw. Hypertonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthrose. Nicht gemeint ist Arthritis bzw. Gelenkentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden im unteren Rücken oder sonstige chronische Rückenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden im Nacken oder sonstige chronische Beschwerden an der Halswirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes, kein Schwangerschaftsdiabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien. Nicht gemeint ist allergisches Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberzirrhose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harninkontinenz, Probleme, die Blase zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Nierenprobleme oder Nierenversagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhte Blutfette oder erhöhte Cholesterinwerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

	Ja	Nein
Verkehrsunfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unfall zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeitunfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie keine Unfälle hatten, bitte weiter mit Frage 10.

**9** **Mussten Sie in Folge 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 kam in ein Krankenhaus - auch Rettungsstelle oder Notaufnahme - und musste über Nacht bleiben.
- Ja, ich kam in ein Krankenhaus - auch Rettungsstelle oder Notaufnahme - und musste nicht über Nacht bleiben.
- Ja, ich wurde in einer Arztpraxis versorgt.
- Es war keine medizinische Versorgung erforderlich.

Wenn Sie unter 65 Jahre sind, bitte weiter mit Frage 12.

**10** **Sind Sie innerhalb der letzten 12 Monaten gefallen, gestolpert oder ausgerutscht, so dass Sie Ihr Gleichgewicht verloren haben und auf dem Boden oder einer tieferen Ebene gelandet sind?**

- Ja  Nein



Wie oft ist dies innerhalb der letzten 12 Monate passiert?

- 1 Mal  2 Mal  Mehr als 2 Mal

**11** **Haben Sie Angst zu stürzen?**

- Überhaupt nicht  Ein wenig  Häufiger  Sehr viel

Wenn Sie nicht erwerbstätig sind, bitte weiter mit Frage 13.

**12** **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
--	--	--	--	------

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Fähigkeit, verschiedene grundlegende Aktivitäten auszuführen. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

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

- Ja
- Nein
- Ich bin stark sehbehindert oder kann nicht sehen. Bitte weiter mit Frage 15

**14** **Haben Sie Schwierigkeiten beim Sehen? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

**15** **Tragen Sie ein Hörgerät?**

- Ja
- Nein
- Ich bin hochgradig schwerhörig oder gehörlos. Bitte weiter mit Frage 18

**16** **Haben Sie Schwierigkeiten, zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem ruhigen Raum gesagt wird? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

**17** **Haben Sie Schwierigkeiten, zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem lauterem Raum gesagt wird? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

**18** **Haben Sie Schwierigkeiten einen halben Kilometer, also 500 Meter auf ebenem Gelände ohne Gehhilfe zu gehen? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

**19** **Haben Sie Schwierigkeiten eine Treppe mit 12 Stufen hinauf- oder hinabzusteigen? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

**20** **Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu erinnern oder zu konzentrieren? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

Nun folgt eine Frage zum Thema Mundgesundheit.

**21** Wie würden Sie den Zustand Ihrer Zähne und Ihres Zahnfleisches beschreiben? Ist er...

- Sehr gut  Gut  Mittelmäßig  Schlecht  Sehr schlecht

Wenn Sie unter 55 Jahre sind, bitte weiter mit Frage 27.

**22** Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Kauen oder Beißen fester Nahrungsmittel, z.B. von einem Apfel? Würden Sie sagen...

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

Denken Sie jetzt bitte an Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

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

	Keine	Einige	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich.
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 25.

**24** Haben Sie normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten? Denken Sie nun an Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen, bei denen Sie Schwierigkeiten haben, sie ohne Hilfe auszuführen.

- 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

Denken Sie nun an Tätigkeiten bei der Erledigung des Haushalts. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

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

	Keine	Einige	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich.	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 27.

**26** Haben Sie normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten? Denken Sie nun an alle Tätigkeiten im Haushalt, bei denen Sie Schwierigkeiten haben, sie ohne Hilfe auszuführen.

- 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

Die nächsten Fragen betreffen körperliche Schmerzen.

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

- Keine Schmerzen  Sehr leicht  Leicht  Mäßig  Stark  Sehr stark

**28** Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

- Überhaupt nicht    Etwas    Mäßig    Ziemlich    Sehr

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

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

	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"/>

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

**30** 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

**31** 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

Nun folgen einige Fragen zu Vorsorge- und Gesundheitsverhalten.

**32** 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

33 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

34 Wann waren Sie **zuletzt** bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen? Nicht gemeint sind Besuche beim Zahnarzt oder beim Allgemeinmediziner/Hausarzt.

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

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

Ja  Nein

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

Ja  Nein

37 Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** aufgrund eines medizinischen Notfalls die Rettungsstelle/Notaufnahme eines Krankenhauses in Anspruch genommen? Nicht gemeint sind Notfälle anderer Personen, z.B. der eigenen Kinder.

Ja  Nein



Wie oft haben Sie **in den letzten 12 Monaten** aufgrund eines medizinischen Notfalls die Rettungsstelle/Notaufnahme eines Krankenhauses in Anspruch genommen?

Anzahl

Wie oft wurden Sie daraufhin stationär aufgenommen?

Anzahl

In der nächsten Frage geht es um 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.

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

Ja  Nein

39 Haben Sie **in den letzten 2 Wochen** ... Nur für Frauen: Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung.

	Ja	Nein
... Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Medikamente, pflanzliche Heilmittel oder Vitamine eingenommen, die Ihnen <b>nicht</b> von einem Arzt verschrieben wurden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40 Wann wurden Sie **zuletzt** gegen Grippe geimpft? Bitte geben Sie Monat und Jahr Ihrer letzten Grippeimpfung an, wenn diese im aktuellen oder vergangenen Kalenderjahr erfolgte.

Monat Jahr

Es ist zu lange her, bzw. keine Impfung im vergangenen Jahr

Noch nie

41 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 bzw. 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"/>

42 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

43 Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung bzw. 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

Frage nur für Frauen, Männer bitte weiter mit Frage 47.

44 Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Mammographie 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
- Trifft nicht zu

} Bitte weiter mit Frage 46

45 Was war der Grund für die letzte Mammographie? *Mehrfachnennungen möglich.*

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

46 Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein Gebärmutterhalsabstrich 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

47 Es kann viele Gründe geben, weshalb Personen verzögert oder gar nicht medizinisch untersucht oder behandelt werden. 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

48 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

49 Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie eine der folgenden Untersuchungen oder Behandlungen 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"/>

## 50 Welche Krankenversicherung bzw. -versorgung haben Sie?

- Gesetzliche Krankenversicherung - GKV
- Private Krankenversicherung, Beihilfe. Hier ist keine private Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversorgung gemeint.
- Anderer Anspruch auf Krankenversorgung, z.B. freie Heilfürsorge, ausländische Krankenkasse
- Keine Krankenversicherung, Selbstzahler

Nun folgen einige Fragen, die für die Einschätzung Ihres Gesundheitszustandes wichtig sind.

**51** Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an.

   cm

**52** 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

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

**53** Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten, was Sie tun? Würden Sie sagen...

- Vorwiegend sitzen oder stehen, z.B. leichte Büroarbeit, Lernen, Unterrichten oder Autofahren

**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, Verkehr regeln

- Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten, z.B. Post austragen, Klempnerarbeiten, Putzen oder mit Kindern spielen

**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, mit Kindern spielen

- Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten, z.B. Bauarbeiten, Bergbau oder Gartenbau

**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.

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.

**54** 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 56

**55** 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 und mehr

**56** 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 58

**57** 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 und mehr



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.

**58** 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 60

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

:  pro Woche  
Stunden Minuten

**60** 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

Bei der nächsten Frage geht es um die Zeit, die Sie gewöhnlicherweise mit Sitzen oder Ruhen verbringen, bei der Arbeit, zu Hause, zur Fortbewegung oder mit Freunden. Zum Beispiel: am Schreibtisch sitzen, mit Freunden zusammensitzen, Auto, Bus, Zug fahren, lesen oder fernsehen. Die Zeit, die Sie mit schlafen verbringen, sollte ausgeschlossen werden.

**61** Wie viel Zeit verbringen Sie an einem gewöhnlichen Tag mit Sitzen oder Ruhen?

- Weniger als 4 Stunden pro Tag
- 4 Stunden bis unter 6 Stunden pro Tag
- 6 Stunden bis unter 8 Stunden pro Tag
- 8 Stunden bis unter 10 Stunden pro Tag
- 10 Stunden bis unter 12 Stunden pro Tag
- 12 Stunden pro Tag und mehr

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Verzehr von Obst und Gemüse.

**62** Wie oft essen Sie Obst? Mit einzubeziehen ist ebenfalls getrocknetes, Tiefkühl- und Dosenobst. Nicht gemeint sind hier Obstsaft.

- Täglich oder mehrmals täglich
- 4 bis 6 Mal pro Woche
- 1 bis 3 Mal pro Woche
- Weniger als einmal pro Woche
- Nie

} Bitte weiter mit Frage 64

**63** Wie viele Portionen Obst nehmen Sie pro Tag zu sich? Eine Portion entspricht einer Handvoll Obst, z.B. 1 Banane, 1 Apfel oder 1 Birne.

Portionen pro Tag

**64** Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat? Mit einzubeziehen ist getrocknetes, Tiefkühl- und Dosengemüse. Zählen Sie Kartoffeln und Gemüsesäfte bitte nicht mit.

- Täglich oder mehrmals täglich
- 4 bis 6 Mal pro Woche
- 1 bis 3 Mal pro Woche
- Weniger als einmal pro Woche
- Nie

} Bitte weiter mit Frage 66

**65** Wie viele Portionen Gemüse oder Salat nehmen Sie pro Tag zu sich? Eine Portion entspricht einer Handvoll Gemüse, z.B. 8 Blumenkohlrischen, 4 gehäufte Esslöffel Kohl oder Spinat, eine mittelgroße Tomate.

Portionen pro Tag

**66** Wie oft trinken Sie Obst- oder Gemüsesaft mit 100% Fruchtgehalt? Bitte zählen Sie Getränke aus Sirup oder gesüßte Fruchtsaftgetränke nicht mit. Obst- und Gemüsesaft mit 100% Fruchtgehalt kann frisch gepresst sein, aus Direktsaft stammen oder aus Konzentrat hergestellt sein. Fruchtnektar oder Fruchtsaftschorlen dürfen nicht mitgezählt werden.



- Täglich oder mehrmals täglich
- 4 bis 6 Mal pro Woche
- 1 bis 3 Mal pro Woche
- Weniger als einmal pro Woche
- Nie

**67** Wie oft trinken Sie zuckerhaltige Getränke wie gesüßte Fruchtsaftgetränke, Limonade, Cola oder andere zuckerhaltige Erfrischungsgetränke? Bitte zählen Sie Light- und Diätgetränke oder Getränke mit Süßstoff nicht mit.

- Täglich oder mehrmals täglich
- 4 bis 6 Mal pro Woche
- 1 bis 3 Mal pro Woche
- Weniger als einmal pro Woche
- Nie

In den nächsten Fragen geht es um Ihre Rauchgewohnheiten und ob Sie Tabakrauch ausgesetzt sind.

**68** Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer? Bitte schließen Sie elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte aus. Mit Tabakerhitzern sind z.B. IQOS oder HEETS Tabaksticks gemeint.

- Ja, täglich
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht mehr  Bitte weiter mit Frage 71
- Ich habe noch nie geraucht  Bitte weiter mit Frage 72

**69** Welche Tabakprodukte rauchen Sie - elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte ausgeschlossen? Mehrfachangaben sind möglich.

- Fabrikfertige Zigaretten
- Selbstgedrehte oder selbstgestopfte Zigaretten
- Zigarren, Zigarillos
- Pfeifentabak
- Wasserpfeife, Shisha
- Sonstiges

**70** Rauchen Sie täglich fabrikfertige oder selbstgedrehte Zigaretten?

- Ja  Nein



Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag?

Zigaretten pro Tag

**71** Haben Sie jemals täglich, oder beinahe täglich für mindestens 1 Jahr Tabakprodukte, z.B. Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen geraucht?

- Ja  Nein



Wie viele Jahre haben Sie täglich geraucht? Zählen Sie alle Zeitabschnitte, in denen Sie täglich geraucht haben, zusammen. Wenn Sie sich nicht an die genaue Zahl der Jahre erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung ab.

Jahre

**72** Wie oft sind Sie in geschlossenen Räumen Tabakrauch ausgesetzt? Mit geschlossenen Räumen meinen wir z.B.: zu Hause, auf der Arbeit, in öffentlichen Gebäuden oder im Restaurant.

- Täglich, 1 Stunde oder mehr
- Täglich, weniger als 1 Stunde
- Mindestens 1 Mal pro Woche (aber nicht täglich)
- Weniger als 1 Mal pro Woche
- Nie oder fast nie

**73** Nutzen Sie aktuell elektronische Zigaretten oder ähnliche elektronische Produkte, z.B. E-Shisha, E-Pfeife? *Nicht gemeint sind Tabakerhitzer.*

- Ja, täglich
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht mehr
- Habe ich noch nie genutzt.

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Alkoholkonsum.*

**74** Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken, wie Bier, Wein, Sekt, Spirituosen, Schnaps, Cocktails, alkoholische Mischgetränke, Liköre, hausgemachten oder selbstgebrannten 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

} Bitte weiter mit Frage 79

- 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 80

**75** 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 77

**76** Wenn Sie an den Tagen von Montag bis Donnerstag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem dieser Tage? *Mit einem alkoholischen Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier mit 0,33 l, ein kleines Glas Wein oder Sekt mit 0,125 l oder einen doppelten Schnaps mit 4 cl. 0,5 Liter Bier entsprechen 1,5 Getränken. Longdrinks enthalten in der Regel 4 cl Spirituosen (= 1 Getränk).*

- 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

**77** 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 79

**78** Wenn Sie an den Tagen von Freitag bis Sonntag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem dieser Tage? *Mit einem alkoholischen Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier mit 0,33 l, ein kleines Glas Wein oder Sekt mit 0,125 l oder einen doppelten Schnaps mit 4 cl. 0,5 Liter Bier entsprechen 1,5 Getränken. Longdrinks enthalten in der Regel 4 cl Spirituosen (= 1 Getränk).*

- 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

**79** Wie oft haben Sie **in den letzten 12 Monaten 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einem Anlass getrunken?** Zum Beispiel während einer Party, eines Essens, beim Ausgehen mit Freunden oder alleine zu Hause. Mit einem alkoholischen Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier mit 0,33 l, ein kleines Glas Wein oder Sekt mit 0,125 l oder einen doppelten Schnaps mit 4 cl. 0,5 Liter Bier entsprechen 1,5 Getränken. Longdrinks enthalten in der Regel 4 cl Spirituosen (= 1 Getränk).

- 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 im Monat
- Einmal im Monat
- Weniger als einmal im Monat
- Nicht in den letzten 12 Monaten
- Nie in meinem Leben

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

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

- Keine       1 bis 2       3 bis 5       6 oder mehr

**81** 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

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

- Sehr einfach     Einfach     Möglich     Schwierig     Sehr schwierig

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

**83** 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



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

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 und mehr

*Zum Schluss folgen nun noch einige Fragen zu Ihrer Lebenssituation.*

**84** Welchen **Familienstand** haben Sie? Bei einer eingetragenen Lebenspartnerschaft handelt es sich um eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft.

- Ledig
- Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft, zusammenlebend
- Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft, getrennt lebend
- Verwitwet oder eingetragene/r Lebenspartner/in gestorben
- Geschieden oder eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben

} Bitte weiter mit Frage 86

**85** Haben Sie einen **festen Partner/eine feste Partnerin?**

- Ja       Nein



Leben Sie mit Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin zusammen in einem Haushalt?

- Ja       Nein

**86** Wie viele Personen gehören derzeit insgesamt zum Haushalt? Zählen Sie dabei bitte auch sich selbst und alle im Haushalt lebenden Kinder mit. 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.

Anzahl der Personen    Allein lebend Bitte weiter mit Frage 88

**87** Würden Sie uns bitte noch das Alter der in Ihrem Haushalt lebenden Personen nennen, sowie die jeweilige Beziehung, in der sie zu Ihnen stehen. z.B. Ihr Ehemann/Ihre Ehefrau oder Ihr Sohn/Ihre Tochter?

Ja  Nein Bitte weiter mit Frage 88

	2.Person	3.Person	4.Person	5.Person
Alter	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>In welcher verwandtschaftlichen Beziehung steht die Person zu Ihnen?</b>				
Ehe-, Lebenspartner/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tochter/Sohn, auch Adoptiv- oder Stiefkind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mutter/Vater	<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 hier weiter ausfüllen.

	6.Person	7.Person	8.Person	9.Person	10.Person
Alter	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>In welcher verwandtschaftlichen Beziehung steht die Person zu Ihnen?</b>					
Ehe-, Lebenspartner/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tochter/Sohn, auch Adoptiv- oder Stiefkind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mutter/Vater	<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"/>

**88** Würden Sie uns dennoch bitte sagen, wie viele Personen in Ihrem Haushalt 18 Jahre und älter sind, Sie selbst mit eingerechnet? Das ist für uns sehr wichtig. Das ist zur Einschätzung der Repräsentativität unserer Ergebnisse wichtig.

Anzahl der Personen über 18 Jahre

**89** Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie? Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

- Abitur, fachgebundene Hochschulreife oder Fachhochschulreife
- Realschulabschluss, Mittlere Reife, Polytechnische Oberschule mit Abschluss der 10. Klasse
- Haupt-/Volksschulabschluss, Polytechnische Oberschule mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse
- Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch
- Keinen allgemein bildenden Schulabschluss
- Keinen, ich bin noch Schüler  Bitte weiter mit Frage 91

**90** Welchen höchsten beruflichen Ausbildungs- oder Hochschul-/Fachhochschulabschluss haben Sie? Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

- Keinen Berufsabschluss
- Hochschul- oder Fachhochschulabschluss

**War es an einer...**

- Berufsakademie oder Verwaltungsfachhochschule?
- Fachhochschule oder Ingenieurschule oder einer anderen nicht universitären Hochschule, auch Hochschule bzw. FH für angewandte Wissenschaften, Duale Hochschule Baden-Württemberg, University of Applied Sciences?
- Universität, auch Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule?

**Wie ist die Bezeichnung Ihres höchsten Abschlusses?**

- Bachelor
- Master
- Diplom, Magister, Staatsprüfung oder Lehramtsprüfung
- Promotion
- Meister, Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss
- Abschluss an einer Schule für Erzieher
- Fachakademie (nur in Bayern)
- Fachschule der DDR
- Ausbildung an einer Schule für Gesundheits- und Sozialberufe
- Welchen Abschluss haben Sie hier gemacht?**
- Einjährige Ausbildung, z.B. Altenpflegehelfer, Rettungsassistent
- Zwei- bis dreijährige Ausbildung, z.B. Krankenpfleger, Physiotherapeut, pharmazeutisch-technischer Assistent (PTA)
- Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung
- Lehre oder Berufsausbildung im dualen System oder einen Abschluss
- Anlernausbildung/berufliches Praktikum, Berufsvorbereitungsjahr

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

- Ich bin erwerbstätig in Vollzeit, gemeint ist auch Berufsausbildung oder Selbständigkeit.
- Ich bin erwerbstätig in Teilzeit, gemeint ist auch Berufsausbildung oder Selbständigkeit.
- Ich bin geringfügig erwerbstätig, z.B. 450-Euro-Job, Minijob.
- Ich bin arbeitslos oder arbeitssuchend bei der Agentur für Arbeit gemeldet, gemeint ist auch „Ein-Euro-Job“.
- Ich bin im Ruhestand oder Vorruhestand.
- Ich bin dauerhaft oder zeitlich befristet erwerbsunfähig.
- Ich bin Schüler, Student, Praktikant, Teilnehmer an Fortbildungsmaßnahmen.
- Ich leiste ein freiwilliges soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst oder freiwilligen Wehrdienst.
- Ich bin als Hausfrau/Hausmann tätig, betreue Kinder oder hilfsbedürftige Personen.
- Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig.

Bitte weiter mit Frage 94

92 Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Haupterwerbstätigkeit? Waren Sie...

- |                                                                                                              |                       |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 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 101 |
| selbstständig erwerbstätig und hatten Mitarbeiter                                                            | <input type="radio"/> |                              |
| selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter oder beschäftigten ausschließlich mithelfende Familienangehörige | <input type="radio"/> |                              |
| mithelfende/r Familienangehörige/r, unbezahlt                                                                | <input type="radio"/> |                              |
| Auszubildende/r, auch Praktikant/in, Volontär/in                                                             | <input type="radio"/> |                              |
| oder leisteten ein freiwilliges soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst oder freiwilligen Wehrdienst         | <input type="radio"/> |                              |
| oder waren Sie noch nie erwerbstätig.                                                                        | <input type="radio"/> |                              |

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

- Ja, als Führungskraft mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie
- Ja, als Aufsichtskraft mit Anleitung und Beaufsichtigung von Personal, oder dem Verteilen und Kontrollieren der Arbeit
- Nein

Bitte weiter mit Frage 101, wenn Sie derzeit nicht erwerbstätig sind.

94 Welchen Beruf üben Sie derzeit hauptsächlich aus?

Geben Sie bitte die genaue Berufsbezeichnung an, nicht den Ausbildungsabschluss oder Rang.

Zum Beispiel:

- Blumenverkäuferin (nicht Verkäuferin)
  - Maurer (nicht Bauarbeiter)
  - Grundschullehrer (nicht Lehrer oder Beamte)
  - Unternehmensberaterin (nicht Betriebswirtin)
- 

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

Zum Beispiel:

- als Blumenverkäuferin: Kundenberatung, Verkauf, Verpacken von Pflanzen
  - als Zollbeamter: Zollfahndung, Einsatzplanung, Pressearbeit
- Falls Sie Führungsaufgaben wahrnehmen, vermerken Sie dies auch.
- als KFZ-Mechaniker: Wartung, Instandsetzung, Ausrüstung von Kraftfahrzeugen, Leitung der Werkstatt
- 

96 Arbeiten Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit im öffentlichen Dienst?

- Ja  Nein

97 Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit? Sind Sie...

- |                                                                                                     |                       |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 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 99 |
| selbstständig erwerbstätig und haben Mitarbeiter                                                    | <input type="radio"/> |                             |
| selbstständig ohne Mitarbeiter oder beschäftigten ausschließlich mithelfende Familienangehörige.    | <input type="radio"/> |                             |
| mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt)                                                      | <input type="radio"/> |                             |
| Auszubildende/r, auch Praktikant/in, Volontär/in                                                    | <input type="radio"/> |                             |
| oder leisten ein freiwilliges soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst oder freiwilligen Wehrdienst. | <input type="radio"/> |                             |

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

- Ja, als Führungskraft, mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie
- Ja, als Aufsichtskraft mit Anleitung und Beaufsichtigung von Personal, oder dem Verteilen und Kontrollieren der Arbeit
- Nein

**99 Welcher Branche oder Wirtschaftszweig gehört der Betrieb oder das eigene Unternehmen an, in dem Sie arbeiten? Sollte der Betrieb mehrere Niederlassungen haben, so nennen Sie die Branche der örtlichen Einheit, in der Sie arbeiten. Falls Sie selbstständig sind, geben Sie die Branche an, in der Sie tätig sind.**

- Erziehung und Unterricht
- Gesundheits- und Sozialwesen
- Öffentliche Verwaltung, Gerichte, Sozialversicherung, Öffentliche Sicherheit und Ordnung, Verteidigung
- Information und Kommunikation
- Banken oder Finanz- und Versicherungsdienstleister
- Baugewerbe, Hoch- oder Tiefbau
- Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
- Grundstücks- und Wohnungswesen
- Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, sonstige Industrie
- Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren
- Energieversorgung
- Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzung
- Bergbau und Gewinnung von Erdöl, Erdgas, Steinen und Erden
- Handel, Verkehr und Lagerei, Gastgewerbe
- Groß- und Einzelhandel, Reparatur von Kraftfahrzeugen
- Personen- und Güterverkehr; Lagerei, auch Post-, Kurierdienst
- Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie
- Dienstleistungen, Interessenvertretungen
- Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen, wie Steuerberatung, Ingenieurbüro
- Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen, wie Vermietung, Gebäudereinigung
- Überwiegend personenbezogene Dienstleistungen, allgemeine Reparaturen von Waren und Geräten, wie Friseursalon, Wäscherei
- Gewerkschaft, Verband, Partei und sonstige Interessenvertretung, kirchliche und religiöse Vereinigung




Fortsetzung auf der nächsten Seite

Dienstleistungen, Interessenvertretungen

- Kunst, Unterhaltung, Sport und Erholung, z.B. Theater oder Fitnesszentrum
- Konsulat, Botschaft, internationale und supranationale Organisation
- Privater Haushalt mit Beschäftigten

**100 Wie viele Personen arbeiten in dem Betrieb, in dem Sie tätig sind? Zählen Sie bei Unternehmen mit mehreren Betrieben, Filialen bzw. Niederlassungen nur die Personen, die in Ihrem Betrieb, bzw. Ihrer örtlichen Einheit arbeiten. Zählen Sie auch sich selbst, alle Teilzeitkräfte sowie Auszubildende und tätige Firmeninhaber dazu.**

- 1 bis einschließlich 10 Personen   und zwar:   Personen  
(Genauere Anzahl)
- 11 bis einschließlich 19 Personen
- 20 bis einschließlich 49 Personen
- 50 Personen und mehr

**101 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 } Bitte weiter mit Frage 104
- Meine Partnerin/Mein Partner
- Meine Mutter/Mein Vater Eine
- andere Person



**102 Welche berufliche Stellung hat der Hauptverdiener des Haushaltes in seiner Haupterwerbstätigkeit?** *Selbstständige, die nur mithelfende Familienangehörige beschäftigen, geben "selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter" an. Ist er oder sie...*

- Angestellte/r
- Arbeiter/in
- Beamten/Beamtin, auch Anwärter/in
- Landwirt/in im Haupterwerb
- Selbstständig erwerbstätig und hat Mitarbeiter
- Selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter
- Mithelfende/r Familienangehörige/r, unbezahlt
- Auszubildende/r, auch Praktikant/in, Volontär/in
- Zivildienst-/Grundwehrdienstleistender
- Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende/r
- Freiwilliges soziales/ökologisches Jahr
- Rentner/in

Bitte weiter mit Frage 104

**103 Ist der Hauptverdiener in dieser Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft tätig?**

- Ja, als Führungskraft mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie
- Ja, als Aufsichtskraft mit Anleitung und Beaufsichtigung von Personal, oder dem Verteilen und Kontrollieren der Arbeit
- Nein

**104 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?** *Gemeint ist dabei die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu. Ziehen Sie dann Steuern, Betriebsausgaben und Sozialversicherungsbeiträge ab.*

**Monatliches Haushalts-Netto-Einkommen:**      EURO  
 Bitte geben Sie nur volle Euro-Beträge an.

- unter 2.600 EURO
- über 2.600 EURO

Falls Sie den Betrag nicht genau angeben können, ordnen Sie sich bitte in eine der folgenden Kategorien ein:

- |                                                  |                                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> 2.300 bis unter 2.600 EURO | <input type="radio"/> 2.600 bis unter 2.900 EURO   |
| <input type="radio"/> 2.000 bis unter 2.300 EURO | <input type="radio"/> 2.900 bis unter 3.200 EURO   |
| <input type="radio"/> 1.700 bis unter 2.000 EURO | <input type="radio"/> 3.200 bis unter 3.600 EURO   |
| <input type="radio"/> 1.500 bis unter 1.700 EURO | <input type="radio"/> 3.600 bis unter 4.000 EURO   |
| <input type="radio"/> 1.300 bis unter 1.500 EURO | <input type="radio"/> 4.000 bis unter 4.500 EURO   |
| <input type="radio"/> 1.100 bis unter 1.300 EURO | <input type="radio"/> 4.500 bis unter 5.000 EURO   |
| <input type="radio"/> 900 bis unter 1.100 EURO   | <input type="radio"/> 5.000 bis unter 5.500 EURO   |
| <input type="radio"/> 700 bis unter 900 EURO     | <input type="radio"/> 5.500 bis unter 6.000 EURO   |
| <input type="radio"/> 500 bis unter 700 EURO     | <input type="radio"/> 6.000 bis unter 7.500 EURO   |
| <input type="radio"/> 300 bis unter 500 EURO     | <input type="radio"/> 7.500 bis unter 10.000 EURO  |
| <input type="radio"/> 150 bis unter 300 EURO     | <input type="radio"/> 10.000 bis unter 18.000 EURO |
| <input type="radio"/> 1 bis unter 150 EURO       | <input type="radio"/> 18.000 EURO und mehr         |

**105 In welchem Land sind Sie 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 Bitte weiter mit Frage 108
- In einem anderen Land, und zwar: \_\_\_\_\_

**106 Wann sind Sie erstmals nach Deutschland gezogen?**

Im Jahr

**107** Gehören Sie zur Gruppe der Vertriebenen? Gemeint sind hier nur vor 1950 vertriebene deutsche Kriegsflüchtlinge.

- Ja  Nein

**108** 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  Bitte weiter mit Frage 110

In einem anderen Land, und zwar: \_\_\_\_\_

**109** Gehört Ihre Mutter zur Gruppe der Vertriebenen? Gemeint sind hier nur vor 1950 vertriebene deutsche Kriegsflüchtlinge.

- Ja  Nein

**110** 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  Bitte weiter mit Frage 112

In einem anderen Land, und zwar: \_\_\_\_\_

**111** Gehört Ihr Vater zur Gruppe der Vertriebenen? Gemeint sind hier nur vor 1950 vertriebene deutsche Kriegsflüchtlinge.

- Ja  Nein

**112** Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

Ja  Bitte weiter mit Frage 114

Nein

**113** Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

\_\_\_\_\_

**114** Besitzen Sie noch eine weitere Staatsangehörigkeit?

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Nein

Nun folgen nur noch fünf abschließende Fragen, die wir benötigen, um die Befragungsergebnisse besser einschätzen zu können. Es geht dabei um die Repräsentativität unserer Ergebnisse.

**115** In welchem Bundesland wohnen Sie?

- Berlin } Bitte weiter mit Frage 117
- Hamburg }
- Baden-Württemberg
- Bayern
- Brandenburg
- Bremen
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen

**116** Wie lautet der Name der Gemeinde, in der Sie wohnen?

\_\_\_\_\_

**117** Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem Sie leben? Sind das... Im Zweifelsfall ist die kleinere Einheit gemeint, z.B. das Dorf und nicht die übergeordnete Verbundgemeinde.

- unter 2.000 Einwohner
- unter 5.000 Einwohner
- unter 20.000 Einwohner
- unter 50.000 Einwohner
- unter 100.000 Einwohner
- unter 500.000 Einwohner
- 500.000 und mehr Einwohner

**118** Über wie viele Handynummern sind Sie persönlich derzeit telefonisch erreichbar, also nutzen Sie zum Telefonieren, egal ob beruflich oder privat?

- Keine (nur Festnetz)  1  2  3  4  5

**119** Über wie viele unterschiedliche Festnetz-Rufnummern mit Ihrer Ortsvorwahl sind Sie selbst zu Hause erreichbar? Damit sind auch alle Rufnummern gemeint, die Sie nicht ständig verwenden (IP-Technik oder ISDN Anschlüsse). Rufnummern, die ausschließlich zu einem Faxgerät oder Computer gehören, sollen nicht mitgezählt werden.

- Keine (nur Handy)  1  2  3  4  5

**Damit sind wir am Ende unserer Befragung angelangt.  
Vielen Dank für Ihre Teilnahmebereitschaft und Geduld!**

#### Korrespondenzadresse

Jennifer Allen  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [AllenJ@rki.de](mailto:AllenJ@rki.de)

#### Zitierweise

Robert Koch-Institut (2021)  
Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell:  
GEDA 2019/2020-EHIS.  
Journal of Health Monitoring 6(3):88–106.  
DOI 10.25646/8560

#### 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 zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS des Robert Koch-Instituts handelt.

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,  
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,  
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
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

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



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