

ROBERT KOCH INSTITUT



GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND

# Fragebögen 2024

# Einleitung

Vielen Dank für Ihr Interesse an den Fragebögen des RKI-Panels „Gesundheit in Deutschland“. Im vorliegenden Dokument sind die Fragebögen A bis D sowie der Fragebogen zur Soziodemografie der Jahrerhebung 2024 zusammengefasst.

Allgemeine Informationen, unter anderem zum Aufbau und zur Methodik des Panels, sind im folgenden Artikel beschrieben:


[Journal of Health Monitoring S2/2024 – Gesundheit in Deutschland: Etablierung eines bevölkerungsbezogenen Gesundheitspanels](#)

## Zitierweise

Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland, Fragebögen 2024. DOI 10.25646/12202

## Kontakt

Robert Koch-Institut  
FG21 / Gesundheit in Deutschland  
Gerichtstraße 27  
13347 Berlin  
E-Mail: [gesundheit-in-deutschland@rki.de](mailto:gesundheit-in-deutschland@rki.de)

 Open access



[CC BY 4.0 Lizenzvertrag](#)  
[Namensnennung 4.0 International](#)

Stand: 7.11.2025

# Fragebogen A

### Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Kreuzen Sie bitte die jeweilige Antwortmöglichkeit, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft, in dem dazu vorgesehenen Kästchen an. Sollten Sie sich bei einer Antwort geirrt haben, so streichen Sie dieses Kästchen bitte deutlich durch und kreuzen die für Sie richtige Antwort an.

*Beispiel:*

Ja ☒

Nein ☐

Achten Sie bitte beim Ausfüllen jeweils auf die Hinweise bei einzelnen Fragen:

*Beispiel:*

 *Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.*

Manchmal werden auch Zahlenangaben erfragt.


Tragen Sie diese bitte rechtsbündig in den dafür vorgesehenen Bereich ein:

*Beispiel:*

Anzahl:

Handelt es sich um ein Freitextfeld, machen Sie bitte Ihre Angaben in Druckbuchstaben im dafür vorgesehenen Bereich:

*Beispiel:*

Land: 

Falls Sie bestimmte Fragen überspringen sollen, werden Sie speziell darauf hingewiesen:

*Beispiel:*

Ja ☐ → **Bitte weiter mit Frage 11**

Nein ☐

### Weitere Informationen


Bei Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens oder zur Teilnahme an der Studie können Sie sich gerne zu den üblichen Bürozeiten unter der kostenfreien Telefonnummer **0800 / 228828** an infas wenden. Nutzen Sie bei Rückfragen auch unsere Mailadresse **gid@infas.de** und wir werden Ihnen umgehend antworten.

Im Folgenden geht es um Ihre Gesundheit und mögliche Krankheiten.

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

0	1	2	3	4
Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2** 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 ☐

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

stark eingeschränkt? ☐

mäßig eingeschränkt? ☐

nicht eingeschränkt? ☐ → Bitte weiter mit Frage 5

**4** Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?

Weniger als 6 Monate ☐

6 Monate oder länger ☐

**5** Waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen einer chronischen Erkrankung oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems in Behandlung?

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 7, Seite 5

Bitte denken Sie nun an die behandelte chronische Krankheit oder das behandelte lang andauernde gesundheitliche Problem mit der stärksten Beeinträchtigung für Sie: Wie haben Sie die Behandlung der Krankheit oder des gesundheitlichen Problems erlebt?

 Bitte wählen Sie unter den Antwortmöglichkeiten aus, wie oft Sie die angegebene Betreuung erhalten haben.

	1 So gut wie nie	2 Meistens nicht	3 Gelegentlich	4 Meistens	5 Fast immer
<b>In den letzten 6 Monaten...</b>					
... wurden mir unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl vorgestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war ich zufrieden mit der Organisation meiner medizinischen Versorgung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich dabei unterstützt, konkrete Ziele für eine gesündere Lebensweise festzulegen (z. B. gesunde Ernährung, körperliche Bewegung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde mir ein schriftlicher Behandlungsplan (z. B. Medikamentenplan) ausgehändigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich ermutigt, eine Selbsthilfegruppe/ Patientinnen- und Patientenschulung aufzusuchen, damit ich mit meiner chronischen Erkrankung besser umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich nach meinem Gesundheitsverhalten gefragt (z. B. ob ich rauche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich dabei unterstützt, einen Behandlungsplan zu erstellen, den ich in meinem Alltag anwenden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich dabei unterstützt, einen Plan auch für schwierige Situationen zu haben, um mit meiner chronischen Erkrankung umgehen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich gefragt, wie meine chronischen Erkrankungen mein Leben beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich nach einem Arztbesuch jemand aus der Praxis bei mir erkundigt, wie es mir geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde mir erklärt, inwiefern der Besuch eines anderen Arztes oder einer anderen Ärztin (z. B. eine Überweisung zum Augenarzt oder zur Augenärztin) für meine Behandlung hilfreich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7** Hat eine Ärztin/ein Arzt jemals eine Zuckerkrankheit oder einen Diabetes bei Ihnen festgestellt?

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐ → Bitte weiter mit Frage 10

**8** Für Frauen: Waren Sie zum Zeitpunkt der Diagnose schwanger?

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐

**9** Bestand die Zuckerkrankheit oder der Diabetes auch in den letzten 12 Monaten?

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐ → Bitte weiter mit Frage 21, Seite 8

**10** Wurde bei Ihren leiblichen Eltern eine Zuckerkrankheit oder ein Diabetes diagnostiziert?

Ja, bei einem Elternteil 1 ☐

Ja, bei beiden Elternteilen 2 ☐

Nein 3 ☐

Ist mir nicht bekannt 4 ☐

**11** Wurde bei mindestens einem leiblichen Geschwisterkind eine Zuckerkrankheit oder ein Diabetes diagnostiziert?

☞ Dazu zählen auch Halbgeschwister.

Ja, bei mindestens einem Geschwisterkind 1 ☐

Nein, wurde nicht diagnostiziert 2 ☐

Nein, ich habe keine Geschwister 3 ☐

Ist mir nicht bekannt 4 ☐

**12** Hat eine Ärztin/ein Arzt jemals einen Bluthochdruck oder eine Hypertonie bei Ihnen festgestellt?

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐

In den folgenden Fragen geht es um Aktivitäts-, Ernährungs- und Rauchgewohnheiten.

**13** Sind Sie pro Woche mindestens 5 Stunden körperlich aktiv?

 Dazu zählen z. B. Sport, Gartenarbeit und Radfahren.

Ja 1 ☐

Nein 2 ☐

**14** Wie viele Scheiben Vollkornbrot oder Vollkornbrötchen essen Sie am Tag?

0 1 ☐

1 2 ☐

2 3 ☐

3 4 ☐

4 5 ☐

Mehr als 4 6 ☐

**15** Wie viele Portionen Müsli, Getreideflocken und Getreidekörner essen Sie am Tag?

 Eine Portion entspricht dabei 3 Esslöffeln.

0 1 ☐

1 2 ☐

2 3 ☐

3 4 ☐

4 5 ☐

Mehr als 4 6 ☐

**16** Wie oft essen Sie Rind-, Schweine- oder Lammfleisch?

 Nicht gemeint sind Geflügelfleisch und Wurstwaren.

Nie oder selten 1 ☐

1 - 2 mal pro Woche 2 ☐

3 - 4 mal pro Woche 3 ☐

5 - 6 mal pro Woche 4 ☐

Täglich 5 ☐

Mehrmals täglich 6 ☐

**17** Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie am Tag?

 Dazu zählen z. B. auch Espresso, Cappuccino und Latte Macchiato.


0 - 1 1 ☐

2 - 5 2 ☐

Mehr als 5 3 ☐



## 18 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 1 ☐

Ja, gelegentlich 2 ☐ → Bitte weiter mit Frage 21, Seite 8

Nein, nicht mehr 3 ☐ → Bitte weiter mit Frage 20

Ich habe noch nie geraucht 4 ☐ → Bitte weiter mit Frage 21, Seite 8

## 19 Welche Tabakprodukte rauchen Sie?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

1  
Fabrikfertige, selbstgedrehte oder selbstgestopfte Zigaretten ☐

→ Wie viele im Durchschnitt am Tag? 2

Weniger als 20 ☐

20 oder mehr ☐

Zigarren, Zigarillos ☐

→ Wie viele im Durchschnitt am Tag?

Weniger als 20 ☐

20 oder mehr ☐

Tabakerhitzer ☐

Pfeifentabak ☐

Wasserpfeife, Sisha ☐

Sonstiges ☐

→ Bitte weiter mit Frage 21, Seite 8

## 20 Welche Tabakprodukte haben Sie früher geraucht?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

1  
Fabrikfertige, selbstgedrehte oder selbstgestopfte Zigaretten ☐

→ Wie viele im Durchschnitt am Tag? 2

Weniger als 20 ☐

20 oder mehr ☐

Zigarren, Zigarillos ☐

→ Wie viele im Durchschnitt am Tag?

Weniger als 20 ☐

20 oder mehr ☐

Tabakerhitzer ☐

Pfeifentabak ☐

Wasserpfeife, Sisha ☐

Sonstiges ☐

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

 Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an.

--	--	--

 cm

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

 Schwangere Frauen geben bitte Ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an.

 Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in kg an.

--	--	--

 kg

**23** 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                                       | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Einige Schwierigkeiten                                      | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Große Schwierigkeiten                                       | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage | 4 | <input type="checkbox"/> |

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

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| Keine Schwierigkeiten                                       | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Einige Schwierigkeiten                                      | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Große Schwierigkeiten                                       | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage | 4 | <input type="checkbox"/> |

In den nächsten Fragen geht es um das Thema Pflege.

**25** Betreuen oder pflegen Sie derzeit eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person?

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐ → Bitte weiter mit Frage 27

**26** Wie sehr fühlen Sie sich insgesamt durch die Betreuung bzw. Pflege belastet?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
| Sehr stark               | Stark                    | Mäßig                    | Wenig                    | Gar nicht                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nun folgen Fragen zu Atemwegserkrankungen und möglichen Schutzmaßnahmen.

**27** Haben Sie sich gegen COVID-19 impfen lassen?

 Bitte geben Sie nur Ihre letzte Impfung an. Wenn Sie Ihren Impfpass zur Hand haben, können Sie auch dort nachsehen.

 Wenn Sie sich nicht erinnern, schätzen Sie bitte.

Ja ☐ <sup>1</sup> → Wann haben Sie sich impfen lassen?

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

Monat . Jahr

Nein ☐ <sup>0</sup>

**28** Falls Sie den Fragebogen vor September 2024 ausfüllen:

Haben Sie sich in der letzten Saison, d.h. zwischen September 2023 bis einschließlich März 2024, gegen Grippe impfen lassen?

Ja ☐ <sup>1</sup>

Nein ☐ <sup>0</sup>

→ Haben Sie vor, sich in der kommenden Saison (September 2024 - März 2025) gegen Grippe impfen zu lassen?

Auf keinen Fall impfen ☐ <sup>1</sup>

Eher nicht impfen ☐ <sup>2</sup>

Unentschieden ☐ <sup>3</sup>

Eher impfen ☐ <sup>4</sup>

Auf jeden Fall impfen ☐ <sup>5</sup>

**29** Falls Sie den Fragebogen ab September 2024 ausfüllen:

Haben Sie sich in dieser Saison, d.h. seit September 2024, gegen Grippe impfen lassen?

Ja ☐ <sup>1</sup>

Nein ☐ <sup>0</sup>

→ Haben Sie vor, sich in dieser Saison (September 2024 - März 2025) gegen Grippe impfen zu lassen?

Auf keinen Fall impfen ☐ <sup>1</sup>

Eher nicht impfen ☐ <sup>2</sup>

Unentschieden ☐ <sup>3</sup>

Eher impfen ☐ <sup>4</sup>

Auf jeden Fall impfen ☐ <sup>5</sup>

**30** Als Sie das letzte Mal eine Atemwegserkrankung hatten, haben Sie sich anders verhalten als vor der Atemwegserkrankung?

Nein

1 ☐

Ja, um generell andere Personen vor einer Ansteckung zu schützen

2 ☐

Ja, um besonders gefährdete Personen vor einer Ansteckung zu schützen

3 ☐

Trifft nicht zu

4 ☐

→ Bitte weiter mit Frage 32

→ Bitte weiter mit Frage 34

**31** Wie haben Sie besonders gefährdete Personen vor einer möglichen Ansteckung geschützt?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Ich habe mich von ihnen bewusst ferngehalten, Kontakt gemieden

1 ☐

Ich habe eine medizinische Maske aufgesetzt

☐

Ich habe einen größeren Abstand eingehalten als üblich

☐

Sonstiges

☐

**32** Als Sie das letzte Mal eine Atemwegserkrankung hatten, wie viele Tage waren Sie da zu Hause geblieben?

Tage

Ich bin da nicht zu Hause geblieben. 1 ☐ → Bitte weiter mit Frage 34

**33** Und warum blieben Sie zu Hause?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Weil ich mich so krank fühlte

1 ☐

Weil ich nicht andere Menschen anstecken wollte

☐

Aus anderen Gründen

☐

**34** Haben Sie in den letzten vier Wochen eine medizinische Maske getragen?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Nein

1 ☐

Ja, aus beruflichen Gründen

☐

Ja, nicht aus beruflichen Gründen, sondern um mich selbst vor einer Infektion zu schützen

☐

Ja, nicht aus beruflichen Gründen, sondern um andere vor einer Infektion zu schützen

☐

---

**35** Wie lange haben Sie sich außerhalb Ihres Haushalts gestern mit Personen, die nicht zu Ihrem Haushalt gehören, im Innenraum aufgehalten?

 Bitte geben Sie die Anzahl der Stunden an.

--	--

Stunden

---

**36** Welcher Wochentag war gestern?

Montag 1 ☐

Dienstag 2 ☐

Mittwoch 3 ☐

Donnerstag 4 ☐

Freitag 5 ☐

Samstag 6 ☐

Sonntag 7 ☐

---

**Vielen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung und die Zeit,  
die Sie sich für die Beantwortung unserer Fragen genommen haben!**

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen  
im portofreien Umschlag an infas zurück.**

Ansichtsskizze

## Fragebogen B

**1** Es ist nicht immer leicht, sich über das Thema Gesundheit klar und verständlich zu informieren. Oft kann es dabei auch zu kleineren Schwierigkeiten oder Problemen kommen.

Mit den folgenden Fragen möchten wir nun herausfinden, welche Verhaltensweisen und Aktivitäten rund ums Thema Gesundheit gewisse Schwierigkeiten bereiten können.

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

 Bitte wählen Sie in jeder Zeile eine Antwort aus.

	1 sehr einfach	2 einfach	3 schwierig	4 sehr schwierig
... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind (z. B. bei einer Ärztin oder einem Arzt, einer Pflegekraft, in der Apotheke oder bei einer Psychologin oder einem Psychologen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen darüber zu verstehen, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Empfehlungen Ihrer Ärztin oder Ihres Arztes bzw. einer Apothekerin oder einem Apotheker zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht (z. B. Stress, Depression oder Angstzustände)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen (z. B. Darmkrebsfrüherkennung, Blutzuckertest)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßiger Alkoholkonsum vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können (z. B. Zeitungen, Fernsehen oder Internet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freundinnen/Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, wie Ihre Wohngegend Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden beeinflussen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden verbessern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2 Nun möchten wir etwas über Ihre Ernährung wissen:

	1 Ja, immer	2 Ja, meistens	3 Manchmal ja, manchmal nein	4 Nein, normaler- weise nicht	5 Nein, nie
Wenn Sie etwas essen möchten, berücksichtigen Sie dann, was Sie später am Tag noch essen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie etwas essen möchten, achten Sie dann darauf, was Sie bereits früher am Tag gegessen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wählen Sie Lebensmittel aus, die zu Ihrer Stimmung passen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie für sich selbst gesunde Snacks dabei, wenn Sie unterwegs sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellen Sie sich vor, Sie sind irgendwo, wo Sie köstliche Dinge riechen und sehen. Können Sie widerstehen und nichts kaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in der Lage, zu leckeren Snacks nein zu sagen, wenn Sie sie gerne wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in der Lage, sich gesund zu ernähren, wenn eine Situation entsteht, die vom normalen Alltag abweicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in der Lage, sich gesund zu ernähren, wenn Sie sich gestresst fühlen (oder unter Stress stehen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie gesunde Snacks für sich selbst im Haus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie vier oder mehr Packungen oder Tüten mit Chips, Brezeln oder herzhaften Snacks im Haus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie vier oder mehr Packungen oder Tafeln von Süßigkeiten, Keksen oder Schokolade im Haus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie vier oder mehr Flaschen zucker- gesüßter Getränke oder Limonade im Haus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 3 Es folgen weitere Fragen zu Ihrer Ernährung:

	1 Ja, immer	2 Ja, meistens	3 Manchmal ja, manchmal nein	4 Nein, normaler- weise nicht	5 Nein, nie
Haben Sie vier oder mehr Flaschen oder Packungen Fruchtsaft oder Fruchtnektar im Haus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaufen Sie gesunde Lebensmittel, auch wenn Sie nur wenig Geld haben – zum Beispiel Gemüse, Obst oder Vollkornprodukte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaufen Sie gesunde Lebensmittel, auch wenn sie etwas teurer sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfen Sie die Nährwertkennzeichnung von Produkten auf ihren Kalorien-, Fett-, Zucker- oder Salzgehalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergleichen Sie den Kalorien-, Fett-, Zucker- oder Salzgehalt verschiedener Produkte miteinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie die Qualität von frischen Lebensmitteln durch Sehen, Riechen oder Fühlen erkennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie eine Mahlzeit aus frischen Zutaten zubereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es Ihnen schwer, eine Mahlzeit mit mehr als fünf frischen Zutaten zuzubereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie frischen Fisch auf unterschiedliche Arten zubereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie frisches Gemüse auf unterschiedliche Arten zubereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie ein Kochrezept selbst verändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finden Sie es wichtig, am Esstisch zu sitzen, wenn Sie gemeinsam mit anderen essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finden Sie es wichtig, gleichzeitig zu essen, wenn Sie mit anderen zusammen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigen Sie sich während des Essens auch mit anderen Dingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie den Inhalt einer Packung Chips, Süßigkeiten oder Kekse auf einmal auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie Obst als Snack beziehungsweise Zwischenmahlzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie Gemüse als Snack beziehungsweise Zwischenmahlzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (z. B. Cola, Limonade, Eistee, Malzbier, Energy-Drink) getrunken?**

 *Nicht gemeint sind Light-Getränke.*

 *Bitte wählen Sie nur eine Antwort.*

Nie	1 <input type="checkbox"/>
1 Mal im Monat	2 <input type="checkbox"/>
2–3 Mal im Monat	3 <input type="checkbox"/>
1–2 Mal pro Woche	4 <input type="checkbox"/>
3–4 Mal pro Woche	5 <input type="checkbox"/>
5–6 Mal pro Woche	6 <input type="checkbox"/>

1 Mal am Tag	7 <input type="checkbox"/>
2 Mal am Tag	8 <input type="checkbox"/>
3 Mal am Tag	9 <input type="checkbox"/>
4–5 Mal am Tag	10 <input type="checkbox"/>
Öfter als 5 Mal am Tag	11 <input type="checkbox"/>

**5 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Vollkornbrot oder Vollkornbrötchen gegessen?**

 *Bitte wählen Sie nur eine Antwort.*

Nie	1 <input type="checkbox"/>
1 Mal im Monat	2 <input type="checkbox"/>
2–3 Mal im Monat	3 <input type="checkbox"/>
1–2 Mal pro Woche	4 <input type="checkbox"/>
3–4 Mal pro Woche	5 <input type="checkbox"/>
5–6 Mal pro Woche	6 <input type="checkbox"/>

1 Mal am Tag	7 <input type="checkbox"/>
2 Mal am Tag	8 <input type="checkbox"/>
3 Mal am Tag	9 <input type="checkbox"/>
4–5 Mal am Tag	10 <input type="checkbox"/>
Öfter als 5 Mal am Tag	11 <input type="checkbox"/>

**6 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Fleisch (z. B. Schweinefleisch, Rindfleisch, Lammfleisch) gegessen?**

 *Nicht gemeint sind Wurst oder Geflügel.*

 *Bitte wählen Sie nur eine Antwort.*

Nie	1 <input type="checkbox"/>
1 Mal im Monat	2 <input type="checkbox"/>
2–3 Mal im Monat	3 <input type="checkbox"/>
1–2 Mal pro Woche	4 <input type="checkbox"/>
3–4 Mal pro Woche	5 <input type="checkbox"/>
5–6 Mal pro Woche	6 <input type="checkbox"/>

1 Mal am Tag	7 <input type="checkbox"/>
2 Mal am Tag	8 <input type="checkbox"/>
3 Mal am Tag	9 <input type="checkbox"/>
4–5 Mal am Tag	10 <input type="checkbox"/>
Öfter als 5 Mal am Tag	11 <input type="checkbox"/>

**7 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Wurst (z. B. Salami, Leberwurst) gegessen?**

 *Nicht gemeint ist Schinken.*

 *Bitte wählen Sie nur eine Antwort.*

Nie	1 <input type="checkbox"/>
1 Mal im Monat	2 <input type="checkbox"/>
2–3 Mal im Monat	3 <input type="checkbox"/>
1–2 Mal pro Woche	4 <input type="checkbox"/>
3–4 Mal pro Woche	5 <input type="checkbox"/>
5–6 Mal pro Woche	6 <input type="checkbox"/>

1 Mal am Tag	7 <input type="checkbox"/>
2 Mal am Tag	8 <input type="checkbox"/>
3 Mal am Tag	9 <input type="checkbox"/>
4–5 Mal am Tag	10 <input type="checkbox"/>
Öfter als 5 Mal am Tag	11 <input type="checkbox"/>

**8 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen frisches Obst (z. B. Apfel, Banane) gegessen?**

 *Bitte wählen Sie nur eine Antwort.*

Nie	1 <input type="checkbox"/>
1 Mal im Monat	2 <input type="checkbox"/>
2–3 Mal im Monat	3 <input type="checkbox"/>
1–2 Mal pro Woche	4 <input type="checkbox"/>
3–4 Mal pro Woche	5 <input type="checkbox"/>
5–6 Mal pro Woche	6 <input type="checkbox"/>

1 Mal am Tag	7 <input type="checkbox"/>
2 Mal am Tag	8 <input type="checkbox"/>
3 Mal am Tag	9 <input type="checkbox"/>
4–5 Mal am Tag	10 <input type="checkbox"/>
Öfter als 5 Mal am Tag	11 <input type="checkbox"/>

**9 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen rohes Gemüse (z. B. Kopfsalat, Rohkost) gegessen?**

 *Bitte wählen Sie nur eine Antwort.*

Nie	1 <input type="checkbox"/>
1 Mal im Monat	2 <input type="checkbox"/>
2–3 Mal im Monat	3 <input type="checkbox"/>
1–2 Mal pro Woche	4 <input type="checkbox"/>
3–4 Mal pro Woche	5 <input type="checkbox"/>
5–6 Mal pro Woche	6 <input type="checkbox"/>

1 Mal am Tag	7 <input type="checkbox"/>
2 Mal am Tag	8 <input type="checkbox"/>
3 Mal am Tag	9 <input type="checkbox"/>
4–5 Mal am Tag	10 <input type="checkbox"/>
Öfter als 5 Mal am Tag	11 <input type="checkbox"/>

**10 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Hülsenfrüchte (z. B. Bohnen, Erbsen, Linsen) gegessen?**

 *Bitte wählen Sie nur eine Antwort.*

Nie	1 <input type="checkbox"/>
1 Mal im Monat	2 <input type="checkbox"/>
2–3 Mal im Monat	3 <input type="checkbox"/>
1–2 Mal pro Woche	4 <input type="checkbox"/>
3–4 Mal pro Woche	5 <input type="checkbox"/>
5–6 Mal pro Woche	6 <input type="checkbox"/>

1 Mal am Tag	7 <input type="checkbox"/>
2 Mal am Tag	8 <input type="checkbox"/>
3 Mal am Tag	9 <input type="checkbox"/>
4–5 Mal am Tag	10 <input type="checkbox"/>
Öfter als 5 Mal am Tag	11 <input type="checkbox"/>

### 11 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen **gegartes Gemüse** gegessen?

 Bitte wählen Sie nur eine Antwort.

- |                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| Nie               | 1 <input type="checkbox"/> |
| 1 Mal im Monat    | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2–3 Mal im Monat  | 3 <input type="checkbox"/> |
| 1–2 Mal pro Woche | 4 <input type="checkbox"/> |
| 3–4 Mal pro Woche | 5 <input type="checkbox"/> |
| 5–6 Mal pro Woche | 6 <input type="checkbox"/> |

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| 1 Mal am Tag           | 7 <input type="checkbox"/>  |
| 2 Mal am Tag           | 8 <input type="checkbox"/>  |
| 3 Mal am Tag           | 9 <input type="checkbox"/>  |
| 4–5 Mal am Tag         | 10 <input type="checkbox"/> |
| Öfter als 5 Mal am Tag | 11 <input type="checkbox"/> |

### 12 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen **Schokolade oder Schokoriegel (auch Pralinen)** gegessen?

 Bitte wählen Sie nur eine Antwort.

- |                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| Nie               | 1 <input type="checkbox"/> |
| 1 Mal im Monat    | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2–3 Mal im Monat  | 3 <input type="checkbox"/> |
| 1–2 Mal pro Woche | 4 <input type="checkbox"/> |
| 3–4 Mal pro Woche | 5 <input type="checkbox"/> |
| 5–6 Mal pro Woche | 6 <input type="checkbox"/> |

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| 1 Mal am Tag           | 7 <input type="checkbox"/>  |
| 2 Mal am Tag           | 8 <input type="checkbox"/>  |
| 3 Mal am Tag           | 9 <input type="checkbox"/>  |
| 4–5 Mal am Tag         | 10 <input type="checkbox"/> |
| Öfter als 5 Mal am Tag | 11 <input type="checkbox"/> |

### 13 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen **Nüsse (z. B. Erdnüsse, Walnüsse, Haselnüsse)** gegessen?

 Bitte wählen Sie nur eine Antwort.

- |                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| Nie               | 1 <input type="checkbox"/> |
| 1 Mal im Monat    | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2–3 Mal im Monat  | 3 <input type="checkbox"/> |
| 1–2 Mal pro Woche | 4 <input type="checkbox"/> |
| 3–4 Mal pro Woche | 5 <input type="checkbox"/> |
| 5–6 Mal pro Woche | 6 <input type="checkbox"/> |

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| 1 Mal am Tag           | 7 <input type="checkbox"/>  |
| 2 Mal am Tag           | 8 <input type="checkbox"/>  |
| 3 Mal am Tag           | 9 <input type="checkbox"/>  |
| 4–5 Mal am Tag         | 10 <input type="checkbox"/> |
| Öfter als 5 Mal am Tag | 11 <input type="checkbox"/> |

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Ernährungswissen.  
Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, schätzen Sie bitte die richtige Antwort.

**14** Wie viele Portionen Obst und Gemüse am Tag werden mindestens empfohlen?

 Eine Portion ist eine Handvoll.

 Bitte wählen Sie nur eine Antwort.

- |                       |                  |                          |
|-----------------------|------------------|--------------------------|
| 1 Portion             | <small>1</small> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Portionen           | <small>2</small> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Portionen           | <small>3</small> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Portionen           | <small>4</small> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Portionen           | <small>5</small> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Portionen           | <small>6</small> | <input type="checkbox"/> |
| 7 oder mehr Portionen | <small>7</small> | <input type="checkbox"/> |
| Weiß nicht            | <small>8</small> | <input type="checkbox"/> |

**15** Welches Getränk hat den höchsten Fruchtanteil?

 Bitte wählen Sie nur eine Antwort.


- |                   |                  |                          |
|-------------------|------------------|--------------------------|
| Limonade          | <small>1</small> | <input type="checkbox"/> |
| Fruchtsaft        | <small>2</small> | <input type="checkbox"/> |
| Fruchtnektar      | <small>3</small> | <input type="checkbox"/> |
| Fruchtsaftgetränk | <small>4</small> | <input type="checkbox"/> |
| Weiß nicht        | <small>5</small> | <input type="checkbox"/> |

**16** Worüber gibt die Typenbezeichnung bei Mehl Auskunft, z. B. Type 405 oder Type 630?

 Bitte wählen Sie nur eine Antwort.

- |                                |                  |                          |
|--------------------------------|------------------|--------------------------|
| Verträglichkeit für Allergiker | <small>1</small> | <input type="checkbox"/> |
| Getreidesorte                  | <small>2</small> | <input type="checkbox"/> |
| Mineralstoffgehalt             | <small>3</small> | <input type="checkbox"/> |
| Weiß nicht                     | <small>4</small> | <input type="checkbox"/> |

**17** Wie viel Gramm Kochsalz sollte ein Erwachsener maximal am Tag zu sich nehmen?

 Ein gestrichener Teelöffel Salz entspricht einer Menge von 5 Gramm Salz, ein gestrichener Esslöffel entspricht einer Menge von 10 Gramm Salz.

Maximal   Gramm Salz pro Tag

Weiß nicht 1 ☐

- 18** Bitte lesen Sie sich die folgenden Aussagen durch und geben Sie zu jeder Aussage an, ob diese Ihrer Meinung nach richtig oder falsch ist.

	1 Richtig	2 Falsch	3 Weiß nicht
Fette Fische (Lachs, Makrele) enthalten gesündere Fettsäuren als rotes Fleisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohlenhydrate und Fett enthalten bei gleicher Menge gleich viel Kalorien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für eine gesunde Ernährung sollten Milchprodukte etwa in gleicher Menge wie Obst und Gemüse verzehrt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H-Milch enthält weniger Mineralstoffe als Frischmilch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brauner Zucker verursacht weniger Karies als weißer Zucker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch das Einfrieren von Lebensmitteln werden <u>alle</u> gesundheits-schädlichen Erreger abgetötet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Magen-Darm-Probleme.

- 19** Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall?

Unter Durchfall verstehen wir mindestens 3 ungeformte Stuhlgänge pro Tag.

Ja ☐ <sup>1</sup> → Wie viele ungeformte Stuhlgänge hatten Sie maximal pro Tag:   Mal  
Nein ☐ <sup>0</sup>

- 20** Haben Sie in den letzten 4 Wochen erbrochen?

Wir meinen damit mindestens 3 Mal am Tag.

Ja ☐ <sup>1</sup>  
Nein ☐ <sup>0</sup>

- 21** Hatten Sie im Zusammenhang mit Durchfall oder Erbrechen eines oder mehrere der folgenden Symptome?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Bauchschmerzen ☐ <sup>1</sup>  
Blutiger Durchfall ☐  
Fieber (über 38,5°C) ☐  
Keines dieser Symptome ☐ → Bitte weiter mit Frage 23, Seite 12  
Ich hatte weder Durchfall noch Erbrechen ☐ → Ende der Befragung: bitte beachten Sie den Hinweis auf Seite 14

**22** Wie viele Tage haben die Symptome angehalten?

 Bitte geben Sie die Anzahl der Tage an.

--	--	--

 Tage

Symptome halten noch an <sup>1</sup> ☐

**23** Waren Sie in den 10 Tagen vor der Erkrankung außerhalb von Deutschland verreist?

Ja <sup>1</sup> ☐

Nein <sup>0</sup> ☐

**24** Haben Sie wegen der Erkrankung eine Ärztin/einen Arzt konsultiert?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Ja, eine/n niedergelassene/n Ärztin/Arzt <sup>1</sup> ☐ → Bitte weiter mit Frage 27

Ja, in einem Krankenhaus ☐

Ja, über das Internet ☐

Ja, telefonisch ☐ → Bitte weiter mit Frage 29

Nein ☐

**25** Wurden Sie stationär aufgenommen?

Ja <sup>1</sup> ☐

Nein <sup>0</sup> ☐ → Bitte weiter mit Frage 27

**26** Wie viele Tage waren Sie im Krankenhaus?

 Bitte geben Sie die Anzahl der Tage an.

--	--	--

 Tage

**27** Haben Sie eine Stuhlprobe abgegeben?

Ja <sup>1</sup> ☐

Nein <sup>0</sup> ☐ → Bitte weiter mit Frage 29

## 28 Wurde ein Erreger nachgewiesen?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Nein <sup>1</sup> ☐

Ja, Viren ☐



Was für Viren wurden nachgewiesen?

Norovirus <sup>2</sup> ☐

Rotavirus <sup>3</sup> ☐

Andere <sup>4</sup> ☐

Ja, Bakterien ☐



Was für Bakterien wurden nachgewiesen?

Salmonellen <sup>5</sup> ☐

Campylobacter <sup>6</sup> ☐

Yersinien <sup>7</sup> ☐

Shigellen <sup>8</sup> ☐

Clostridium difficile <sup>9</sup> ☐

Andere <sup>10</sup> ☐

Ja, weiß aber nicht welcher ☐

Andere Erreger ☐

## 29 Sind Sie aufgrund der Erkrankung nicht zur Arbeit gegangen?

Ja <sup>1</sup> ☐

Nein <sup>0</sup> ☐



Bitte weiter mit Frage 31

## 30 Für wie viele Tage sind Sie nicht zur Arbeit gegangen?

 Bitte geben Sie die Anzahl der Tage an.

 Tage

Weiß nicht <sup>1</sup> ☐

## 31 Haben Sie zur Behandlung der Erkrankung Medikamente eingenommen?

 Bei der Erkrankung handelt es sich um die bereits genannte Durchfallerkrankung bzw. Erbrechen.

Ja <sup>1</sup> ☐

Nein <sup>0</sup> ☐



Bitte weiter mit Frage 34, Seite 14

## 32 Hatten Sie für mindestens ein Medikament ein Rezept von einer Ärztin/einem Arzt?

Ja <sup>1</sup> ☐

Nein <sup>0</sup> ☐



---

**33** War unter diesen Medikamenten ein Antibiotikum?

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐

---

**34** Leiden oder litten Sie in den letzten 12 Monaten unter einer von einer Ärztin/einem Arzt festgestellten chronischen Darm- bzw. Magenkrankung?

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐ → Bitte weiter mit Frage 36

---

**35** Leiden oder litten Sie unter:

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Morbus Crohn 1 ☐

Colitis ulcerosa ☐

Tumor des Darms oder Magens ☐

Reizdarm ☐

Sprue bzw. Zöliakie ☐

Andere Erkrankung ☐

Keiner dieser Erkrankungen ☐

---

**36** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Magen- bzw. Darmoperation?

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐

---

**Vielen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung und die Zeit,  
die Sie sich für die Beantwortung unserer Fragen genommen haben!**

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen  
im portofreien Umschlag an infas zurück.**

## Fragebogen C

Wie gut wir uns fühlen, hängt sowohl mit der körperlichen als auch der psychischen Gesundheit zusammen. Dieser Fragebogen widmet sich hauptsächlich Fragen zu Ihrer psychischen Gesundheit und Ihrem Wohlbefinden. Dazu gehören Ihre Stimmung und Befindlichkeit, Ihre Gedanken und Belastungen. Es geht unter anderem auch um soziale Beziehungen, Schlaf und die Bewältigung von Schwierigkeiten.

Teilweise klingen die Fragen einander vielleicht ähnlich. Wir bitten Sie trotzdem, jede einzelne Frage sorgfältig zu beantworten. Manchmal ist es für die Forschung erforderlich, ähnliche Dinge auf verschiedene Arten zu erfragen.

Wir hoffen, dass es auch interessant für Sie ist, sich mit diesen Fragen zu beschäftigen.

Hinweis:

Die hier (Frage 1 bis 4) verwendeten Instrumente (PROMIS Global Health v1.2, 4-item Version) unterliegen einer Lizenz und können deshalb an dieser Stelle nicht veröffentlicht werden. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an PROMIS Germany:


[https://cpcor.charite.de/promis\\_national\\_center\\_deutschland/nutzungsanfragen/](https://cpcor.charite.de/promis_national_center_deutschland/nutzungsanfragen/)

Wie sehr treffen die folgenden beiden Aussagen auf Sie zu?

Hinweis:


Die hier (Frage 5 und 6) verwendeten Instrumente (Connor-Davidson Resilience Scale) unterliegen einer Lizenz und können deshalb an dieser Stelle nicht veröffentlicht werden. Bei Interesse wenden Sie sich bitte per E-Mail an: [mail@cd-risc.com](mailto:mail@cd-risc.com)

**7** Wie zufrieden sind Sie **gegenwärtig**, alles in allem, mit Ihrem Leben?

 Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, bei der „0“ Überhaupt **nicht zufrieden**, „10“ Voll und ganz **zufrieden** bedeutet.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht zufrieden										Voll und ganz zufrieden
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8** Wie zufrieden sind Sie mit dem Verhältnis zwischen der Zeit, die Sie für Ihre berufliche Tätigkeit bzw. für Ihre Ausbildung oder Ihr Studium aufwenden, und der Zeit, die Sie Ihrem Privatleben widmen?

 Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, bei der „0“ Sehr **unzufrieden**, „10“ Sehr **zufrieden** bedeutet.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sehr unzufrieden										Sehr zufrieden
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Trifft nicht zu (ich übe keine berufliche Tätigkeit aus bzw. bin nicht in Ausbildung oder Studium) 11 ☐

**9** In wie weit empfinden Sie die Dinge, die Sie in Ihrem Leben tun, insgesamt für sinnvoll?

 Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, bei der „0“ überhaupt **nicht sinnvoll**, „10“ Voll und ganz **sinnvoll** bedeutet.


0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht sinnvoll										Voll und ganz sinnvoll
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10** Alles in allem betrachtet, was würden Sie sagen, wie glücklich sind Sie **gegenwärtig**?

 Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, bei der „0“ Überhaupt **nicht glücklich**, „10“ Voll und ganz **glücklich** bedeutet.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht glücklich										Voll und ganz glücklich
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11 Die folgenden 10 Aussagen betreffen Ihr normales Befinden. Bitte beantworten Sie die Fragen auch wenn Sie momentan keine Beschwerden haben.**

 Sie können pro Aussage zwischen 5 Antwortmöglichkeiten wählen, variierend von „niemals“ bis „immer“: niemals, manchmal (d.h. monatlich oder weniger), regelmäßig (d.h. ein paar Mal pro Monat), oft (d.h. wöchentlich), immer (d.h. täglich).

	1 Niemals	2 Manchmal	3 Regelmäßig	4 Oft	5 Immer
Ich leide unter Ermüdungserscheinungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin schnell müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde, dass ich an einem Tag wenig mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe genug Energie für den Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperlich fühle ich mich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, Sachen anzufangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, klar zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Lust, etwas zu unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich geistig erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit etwas beschäftigt bin, kann ich mich gut darauf konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12 Haben Sie das Gefühl, Ihr Gedächtnis wird schlechter?**

Ja ☐ 1

Nein ☐ 0 → Bitte weiter mit Frage 14

**13 Macht Ihnen das Sorgen?**

Ja ☐ 1

Nein ☐ 0

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

**14 Wählen Sie bitte die Antwortmöglichkeit, die Ihre Erfahrung während der letzten 2 Wochen am besten beschreibt.**

	1 Nie	2 Selten	3 Manchmal	4 Häufig	5 Immer
Ich habe mich in Bezug auf die Zukunft optimistisch gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich nützlich gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit Problemen gut umgegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte klar denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich anderen Menschen nahe gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war in der Lage, Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	1 Überhaupt nicht	2 An einzelnen Tagen	3 An mehr als der Hälfte der Tage	4 Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwerfällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar nur während der letzten 4 Wochen. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten 4 Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

**16** Wie viele Stunden haben Sie während der letzten 4 Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen?

 Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.

 Bitte geben Sie die Anzahl der Stunden an.

Effektive Schlafzeit:   Stunden pro Nacht\*

\*Für Personen mit Nacht- oder Schichtarbeit: Oder wann Sie üblicherweise schlafen.

**17** Wie oft litten Sie in den letzten 4 Wochen an...

	1 Während der letzten 4 Wochen gar nicht	2 Weniger als 1 Mal pro Woche	3 1 Mal oder 2 Mal pro Woche	4 3 Mal oder häufiger pro Woche
Einschlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18** Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten 4 Wochen beurteilen?

0	1	2	3
Sehr gut	Ziemlich gut	Ziemlich schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

Die hier (Frage 19) verwendeten Instrumente (2 Fragen aus dem SF-36-Fragebogen) unterliegen einer Lizenz und können deshalb an dieser Stelle nicht veröffentlicht werden. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an:

<https://www.qualitymetric.com/health-surveys/the-sf-36v2-health-survey/>

Bitte geben Sie für jede Frage an, wie oft Sie in entsprechender Art und Weise während des vergangenen Monats gedacht oder gefühlt haben.

	1 Nie	2 Fast nie	3 Manchmal	4 Ziemlich oft	5 Sehr oft
Wie oft waren Sie im letzten Monat aufgewühlt, weil etwas unerwartet passiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, nicht in der Lage zu sein, die wichtigen Dinge in Ihrem Leben kontrollieren zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat nervös und gestresst gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft waren Sie im letzten Monat zuversichtlich, dass Sie fähig sind, Ihre persönlichen Probleme zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge zu Ihren Gunsten entwickeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie im letzten Monat den Eindruck, nicht all Ihren anstehenden Aufgaben gewachsen zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft waren Sie im letzten Monat in der Lage, ärgerliche Situationen in Ihrem Leben zu beeinflussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat über Dinge geärgert, über die Sie keine Kontrolle hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich so viele Schwierigkeiten angehäuft haben, dass Sie diese nicht überwinden konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**21 Haben Sie jemals ernsthaft darüber nachgedacht, sich selbst das Leben zu nehmen?**

Ja, das kam in den letzten 12 Monaten vor 1 ☐

Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten 2 ☐

Nein 3 ☐

**22 Haben Sie jemals versucht, sich selbst das Leben zu nehmen?**

Ja, das kam in den letzten 12 Monaten vor 1 ☐

Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten 2 ☐

Nein 3 ☐ → Bitte weiter mit Frage 24

Hinweis auf Hilfsangebote:  
Falls Sie sich mit professioneller Unterstützung über aktuelle Sorgen und Belastungen austauschen, anonym einen unverbindlichen Rat einholen oder ganz konkret Hilfe erhalten möchten, können Sie sich (kostenfrei, rund um die Uhr) an die TelefonSeelsorge wenden: 0800/111 0 111 oder 0800/111 0 222.

**23 Hatten Sie im Zusammenhang mit Ihrem letzten Suizidversuch Kontakt mit einer der folgenden Stellen?**

	1 Ja	0 Nein
Krankenhaus (z. B. Notaufnahme, stationäre Behandlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisenhotline oder Krisenchat (z. B. Telefonseelsorge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24 Wie würden Sie Ihre psychische Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?**

5 Ausgezeichnet	4 Sehr gut	3 Gut	2 Weniger gut	1 Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten jemals den Eindruck, Sie sollten aufgrund von psychischen Problemen, nervlicher Belastung oder Alkohol- oder Drogenkonsum professionelle Hilfe in Anspruch nehmen?**

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐ → Bitte weiter mit Frage 28, Seite 10

**26 Haben Sie in den letzten 12 Monaten professionelle Hilfe in Anspruch genommen aufgrund von psychischen Problemen, nervlicher Belastung oder Alkohol- oder Drogenkonsum?**

Ja 1 ☐ → Bitte weiter mit Frage 28, Seite 10

Nein 0 ☐

**27** Weshalb haben Sie trotz psychischer Probleme, nervlicher Belastung oder Alkohol- oder Drogenkonsum keine Hilfe in Anspruch genommen?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| Ich habe keine Behandlerin/Therapeutin bzw. keinen Behandler/Therapeuten gefunden.                                  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| Ich habe keinen Termin bekommen.  | <input type="checkbox"/>              |
| Die Wartezeit war zu lang.  | <input type="checkbox"/>              |
| Es gab Probleme mit Krankenkasse/Versicherung.  | <input type="checkbox"/>              |
| Die Behandlerin/Therapeutin bzw. der Behandler/Therapeut sah keine Notwendigkeit/<br>Möglichkeit mich zu behandeln. | <input type="checkbox"/>              |
| Die Behandlerin/Therapeutin bzw. der Behandler/Therapeut nahm sich nicht genug Zeit.                                | <input type="checkbox"/>              |
| Ich mochte die Behandlerin/Therapeutin bzw. den Behandler/Therapeuten nicht.  | <input type="checkbox"/>              |
| Es gab Probleme mit Dingen wie der Anfahrt oder der Zeitplanung.  | <input type="checkbox"/>              |
| Ich wollte allein mit dem Problem fertig werden.  | <input type="checkbox"/>              |
| Ich dachte nicht, dass eine Behandlung helfen würde.  | <input type="checkbox"/>              |
| Ich hatte Angst, gegen meinen Willen in ein Krankenhaus eingeliefert zu werden.                                     | <input type="checkbox"/>              |
| Ich hatte Sorgen darüber, was die Leute denken würden, wenn sie herausfänden,<br>dass ich in Behandlung bin.        | <input type="checkbox"/>              |

**Nun folgen einige Fragen zu Ihren sozialen Beziehungen.**

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

- |             |                                       |
|-------------|---------------------------------------|
| Keine       | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| 1 bis 2     | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> |
| 3 bis 5     | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> |
| 6 oder mehr | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> |

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

- |                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Sehr viel Anteilnahme und Interesse | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| Viel Anteilnahme und Interesse      | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> |
| Weder viel noch wenig               | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> |
| Wenig Anteilnahme und Interesse     | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> |
| Keine Anteilnahme und Interesse     | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> |

---

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

- |                |   |                          |
|----------------|---|--------------------------|
| Sehr einfach   | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Einfach        | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Möglich        | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Schwierig      | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Sehr schwierig | 5 | <input type="checkbox"/> |

---

**31** Wie häufig vermissen Sie Gesellschaft?

- |                 |   |                          |
|-----------------|---|--------------------------|
| Häufig          | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal        | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Selten oder nie | 3 | <input type="checkbox"/> |

---

**32** Wie häufig haben Sie das Gefühl, am Rande zu stehen?

- |                 |   |                          |
|-----------------|---|--------------------------|
| Häufig          | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal        | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Selten oder nie | 3 | <input type="checkbox"/> |

---

**33** Wie häufig fühlen Sie sich isoliert von anderen?

- |                 |   |                          |
|-----------------|---|--------------------------|
| Häufig          | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal        | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Selten oder nie | 3 | <input type="checkbox"/> |

---

**34** Wie sehr fühlen Sie sich der Gesellschaft in Deutschland zugehörig?

- |                 |   |                          |
|-----------------|---|--------------------------|
| Sehr stark      | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Stark           | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Teils/Teils     | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Kaum            | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Gar nicht       | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Trifft nicht zu | 6 | <input type="checkbox"/> |

Wir möchten Sie auch zu konkreten Belastungen in Ihrem Leben befragen.  
Zunächst geht es um die Verbindung von Arbeitslosigkeit und Gesundheit.

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

 Falls Sie derzeit arbeitslos sind, kreuzen Sie bitte „Ja“ an.

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐ ➔ Bitte weiter mit Frage 40

**36** Wie oft waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos?

Mal

**37** Wie viele Monate waren das insgesamt?

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

Monate

Weniger als 1 Monat 1 ☐

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

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐

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

... verbessert? 1 ☐

... nicht verändert? 2 ☐

... verschlechtert? 3 ☐

Nun geht es um andere Belastungen.

**40** Wie oft passiert Ihnen in Ihrem Alltag eines der folgenden Dinge?

	1 Sehr oft	2 Oft	3 Manchmal	4 Selten	5 Nie
Sie werden mit weniger Höflichkeit oder Respekt behandelt als andere Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie erhalten einen schlechteren Service als andere Menschen (z. B. in Restaurants, Geschäften).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand verhält sich so, als würde er oder sie Sie nicht ernst nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand verhält sich so, als hätte er oder sie Angst vor Ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie werden bedroht oder belästigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 41 Was war bzw. waren Ihrer Meinung nach der Grund bzw. die Gründe für diese Erfahrungen?

 Denken Sie hierbei auch daran, wie Sie vielleicht von anderen wahrgenommen werden.

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Geschlecht	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>
Herkunft, Akzent, Sprache, Aussehen, Name	<input type="checkbox"/>
Religion, Glaubenszugehörigkeit, Weltanschauung	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigung, chronische Erkrankung, langanhaltende gesundheitliche Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Psychische Beschwerden, psychische Störung	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Orientierung	<input type="checkbox"/>
Gewicht	<input type="checkbox"/>
Alter	<input type="checkbox"/>
Bildungsstand, Einkommen, Beruf	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>

#### 42 Nun würden wir Sie gern nach zwei besonderen Situationen in Ihrem Alltag fragen. Wie oft wurden Sie in folgenden Situationen auf solche Weise ungerecht oder schlechter behandelt als andere Menschen?

	<sup>1</sup> Sehr oft	<sup>2</sup> Oft	<sup>3</sup> Manchmal	<sup>4</sup> Selten	<sup>5</sup> Nie
Im Gesundheits- oder Pflegebereich (z. B. Arztpraxis, Krankenhaus, betreutes Wohnen, Pflegeeinrichtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kontakt mit Ämtern oder Behörden (z. B. Einwohnermeldeamt, Ausländerbehörde, Jobcenter, Polizei)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 43 Wie stark fühlten Sie sich während der letzten 4 Wochen aus den folgenden Gründen belastet?

	1 Gar nicht belastet	2 Wenig belastet	3 Ziemlich belastet	4 Stark belastet
Ich fühlte mich wegen...				
... finanzieller Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... drohender oder bereits bestehender Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... des Gefühls, aus der Gesellschaft ausgegrenzt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... möglicher Folgen des Klimawandels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Spaltungen in der Gesellschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Schwierigkeiten in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... des Misstrauens gegenüber der Politik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... aktueller Kriege oder bewaffneter Auseinandersetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fehlender Möglichkeiten, etwas in der Gesellschaft bewirken zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Folgen der COVID-19-Pandemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... drohender oder bereits bestehender Wohnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... des Gefühls, von der Politik alleine gelassen zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Ungleichheit in Deutschland zwischen Arm und Reich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Sorgen um den Erhalt des Friedens in Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 44 Wenn Sie all diese Sorgen zusammen betrachten, wie stark sind Sie wegen dieser Sorgen bei der Ausübung Ihrer Aufgaben im Alltag eingeschränkt?

 Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, bei der „0“ **Gar nicht**, „6“ **Sehr stark** bedeutet.

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht						Sehr stark
0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun interessieren wir uns dafür, wie Sie mit Herausforderungen, Problemen oder Belastungen in Ihrem Leben umgehen.

**45** Bitte wählen Sie für jede Aussage jeweils die Antwort, die am ehesten auf Ihr Denken, Fühlen oder Handeln in vergangenen schwierigen und für Sie persönlich bedeutsamen Situationen zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	1 Stimmt überhaupt nicht	2 Stimmt eher nicht	3 Stimmt ein wenig	4 Stimmt voll und ganz
Ich beschrieb einer Freundin/einem Freund meine Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sprach mit Menschen über die Situation, weil es mir besser ging, darüber zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe daran gearbeitet, die Probleme dieser Situation zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich blieb standhaft und kämpfte für das, was ich in der Situation wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ließ mir von meinen Freundinnen/Freunden helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wandte mich an eine Freundin/einen Freund und bat sie oder ihn um Rat, wie ich die Situation ändern könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bewältigte Stress, indem ich klare Ziele setzte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch wenn sich die Stresssituation verschlechtert hatte, konnte ich damit umgehen, indem ich eine andere Strategie verfolgte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wog meine Optionen sorgfältig ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe aktiv gehandelt, um die Situation zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weigerte mich, das, was passiert war, wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuchte durch Essen, Trinken, Rauchen oder Medikamente, es mir besser gehen zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Tagträume von besseren Zeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fantasierte darüber, wie die Dinge anders hätten laufen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suchte mir gern Herausforderungen und ging dafür auch Wagnisse ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich malte mir meine Wunschträume genau aus, um sie zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung und die Zeit, die Sie sich für die Beantwortung unserer Fragen genommen haben!**

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen im portofreien Umschlag an infas zurück.**

## Fragebogen D



**Zunächst geht es um das Thema Klima und Gesundheit.**

**1 Wenn Sie an Ihren Wohnort in Deutschland denken: Wie stark fühlen Sie sich persönlich durch die folgenden Klima- oder Umweltfaktoren in Ihrer Gesundheit belastet?**

	1 Äußerst stark	2 Stark	3 Mittelmäßig	4 Etwas	5 Überhaupt nicht
Hitze/intensivere Hitzeperioden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UV-Strahlung/Ozonschicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umweltverschmutzung/Umwelt- oder Luftschadstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollen ( und damit verbundene Allergien )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extremwetter ( z. B. Stürme, Dürren, Starkregen, Erdbeben etc. )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zecken und zecken-übertragbare Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mücken und mücken-übertragbare Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übertragbare Krankheiten durch ( Trink- ) Wasser oder Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges/Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2 Wenn Sie einmal an folgende Aussagen zu Klimawandel und Gesundheit denken, inwiefern stimmen Sie diesen zu?**

	1 Stimme vollkommen zu	2 Stimme zu	3 Teils /teils	4 Stimme nicht zu	5 Stimme ganz und gar nicht zu
Vor Klimawandelfolgen ( u. a. Extremwetterereignissen wie Stürmen, Starkregen oder Fluten ), die auch ein Gesundheitsrisiko für mich darstellen, kann ich mich gut schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor Hitzewellen, die durch den Klimawandel zunehmen, kann ich mich gut schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor der verlängerten Pollensaison, die auch durch den Klimawandel beeinflusst wird, kann ich mich gut schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor UV-Strahlung, die auch durch den Klimawandel beeinflusst wird, kann ich mich gut schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor Infektionskrankheiten, die durch Zecken oder Mücken übertragen werden können, kann ich mich gut schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3 Wie ist es mit den folgenden Gebieten – machen Sie sich da Sorgen?

	1 Große Sorgen	2 Einige Sorgen	3 Keine Sorgen	4 Trifft nicht zu
Um die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Ihre eigene wirtschaftliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Ihre eigene Altersversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um den Schutz der Umwelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um die Folgen des Klimawandels auf die eigene körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um die Folgen des Klimawandels auf die eigene mentale Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um die Folgen des Klimawandels auf das eigene Umfeld (z. B. Kinder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um die Sicherheit Ihres Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges/Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie alle Kreuze in den letzten beiden Spalten gesetzt haben: Bitte weiter mit Frage 5

### 4 Wenn Sie all diese Sorgen zusammen betrachten, wie stark sind Sie wegen dieser Sorgen bei der Ausübung Ihrer Aufgaben im Alltag eingeschränkt?

☞ Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, bei der „0“ **Gar nicht**, „6“ **Sehr stark** bedeutet.

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht						Sehr stark
0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Verletzungen oder Vergiftungen aufgrund eines Unfalls, aufgrund von Gewalt durch andere Personen und um absichtlich selbst herbeigeführte Verletzungen.

### 5 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Verletzung oder Vergiftung, die ärztlich versorgt werden musste?

☞ Gemeint sind innere und äußere Verletzungen oder Vergiftungen, die in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind.

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 27, Seite 9

### 6 Waren Ihre Verletzungen bzw. Vergiftungen...

Unbeabsichtigt, also ein Unfall? ☐

Folge eines tätlichen Angriffs? ☐

Folge einer absichtlichen Selbstverletzung? ☐

Sonstiges ☐

→ Bitte weiter mit Frage 27, Seite 9

Ab hier geht es nur noch um unbeabsichtigte Verletzungen oder Vergiftungen.

- 7** Wie viele unfallbedingte Verletzungen oder Vergiftungen, die ärztlich versorgt werden mussten, hatten Sie in den letzten 12 Monaten?

Anzahl der Verletzungen oder Vergiftungen:

--	--	--

- 8** Bei Ihrer letzten unfallbedingten Verletzung oder Vergiftung, die ärztlich behandelt wurde, möchten wir nun etwas genauer erfahren, was passiert ist.  
Wo haben Sie diese letzte Verletzung oder Vergiftung erlitten?

 Bitte wählen Sie nur eine Antwort.

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| Auf dem Weg von oder zur Arbeit, Schule bzw. Ausbildungsstätte                  | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Am Arbeitsplatz   | 2 | <input type="checkbox"/> |
| In der Schule bzw. Ausbildungsstätte  | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Zu Hause (im Haus oder in der unmittelbaren Umgebung, z. B. Garten oder Garage) | 4 | <input type="checkbox"/> |
| In der Freizeit auf öffentlichen Wegen, Plätzen oder Straßen                    | 5 | <input type="checkbox"/> |
| In der Freizeit an einem anderen Ort  | 6 | <input type="checkbox"/> |

- 9** Erlitten Sie diese Verletzung oder Vergiftung beim Sport?

 Hierzu zählt auch der Sportunterricht.

- |      |   |                          |
|------|---|--------------------------|
| Ja   | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Nein | 0 | <input type="checkbox"/> |

- 10** Wenn der Unfall auf Wegen oder Straßen stattfand, also auf dem Weg zur Arbeit, Schule oder in der Freizeit, waren Sie dabei...

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| ... Fußgänger/in?   | 1 | <input type="checkbox"/> |
| ... Inlineskater/in, Kickboarder/in usw.?   | 2 | <input type="checkbox"/> |
| ... Fahrradfahrer/in?   | 3 | <input type="checkbox"/> |
| ... Fahrer/in eines anderen Verkehrsmittels, wie Auto, Bus, Bahn, Motorrad usw.?    | 4 | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitfahrer/in eines anderen Verkehrsmittels, wie Auto, Bus, Bahn, Motorrad usw.? | 5 | <input type="checkbox"/> |
| ... Sonstiges   | 6 | <input type="checkbox"/> |

- 11** Wenn der Unfall auf Wegen oder Straßen stattfand, also auf dem Weg zur Arbeit, der Schule oder in der Freizeit, wurde die Polizei gerufen und nahm den Unfall auf?


- |      |   |                          |
|------|---|--------------------------|
| Ja   | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Nein | 0 | <input type="checkbox"/> |

## 12 Welcher Art waren Ihre unfallbedingten Verletzungen bzw. Vergiftungen beim letzten Unfall?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.


Knochenbruch	1 <input type="checkbox"/>
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>
Verrenkung, Verstauchung, Zerrung, Bänderriss	<input type="checkbox"/>
Offene Wunde, oberflächliche Verletzung, Quetschung	<input type="checkbox"/>
Innere Verletzung, z. B. des Brustraumes oder des Bauches	<input type="checkbox"/>
Verbrennung/Verbrühung	<input type="checkbox"/>
Vergiftung, z. B. durch Arzneimittel, Alkohol, Drogen, Gase	<input type="checkbox"/>
Beinahe-Ertrinken	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

## 13 Jetzt geht es darum, wie der letzte Unfall genau passiert ist.

 Wichtig ist, dass hier der Unfallmechanismus angegeben wird. Der Mechanismus ist dabei nicht mit der Art der Verletzung zu verwechseln. Beispiel: Ein älterer Mann trägt eine Tasse heißen Tee zum Tisch und fällt dabei hin. Er verbrennt sich mit dem Tee die Hand. Der Unfallmechanismus wäre in diesem Beispiel "Sturz in der Ebene" und nicht die daraus resultierende Verletzung "Verbrennung/Verbrühung".

Sturz in der Ebene, z. B. auf der Straße hinfallen bei Glatteis	1 <input type="checkbox"/>
Sturz aus der Höhe, z. B. von einer Leiter fallen	2 <input type="checkbox"/>
Kontakt mit einer Person, z. B. beim Fußball mit einer Mitspielerin/einem Mitspieler zusammenstoßen	3 <input type="checkbox"/>
Kontakt mit einem Gegenstand, z. B. gegen einen Schrank stoßen, vom Auto erfasst werden	4 <input type="checkbox"/>
Stich- oder Schnittverletzung, z. B. mit einem Küchenmesser	5 <input type="checkbox"/>
Verbrennen oder Verbrühen, z. B. mit kochendem Wasser	6 <input type="checkbox"/>
Einklemmen oder Quetschen, z. B. Hand in einer Tür einklemmen	7 <input type="checkbox"/>
Verletzung durch ein Tier, z. B. Hundebiss, Wespenstich	8 <input type="checkbox"/>
Überanspruchung eines Körperteils, z. B. Sportverletzung durch Umknicken, Verheben beim Tragen eines schweren Gegenstandes	9 <input type="checkbox"/>
Vergiftung, z. B. versehentliches Verschlucken von Reinigungsmittel, Einatmung von giftigen Gasen	10 <input type="checkbox"/>
Erstickung oder Atembeschwerden, z. B. Beinahe-Ertrinken	11 <input type="checkbox"/>
Fremdkörper in Auge, Ohr oder Mund, z. B. versehentliches Verschlucken eines Fremdkörpers	12 <input type="checkbox"/>
Sonstiges	13 <input type="checkbox"/>

#### 14 Kam der Unfall durch einen Gegenstand oder ein Produkt zustande?

 Gemeint ist hier zum Beispiel das Fahrrad, von dem man stürzt, der heiße Kaffee, mit dem man sich verbrüht, oder die glatte Treppe, auf der man hingefallen ist. Gab es so einen Gegenstand oder Produkt bei Ihrem letzten Unfall? Gemeint sind keine Lebewesen, sondern nur Gegenstände oder Produkte.

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐ → Bitte weiter mit Frage 16

#### 15 Durch welchen Gegenstand oder welches Produkt?

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| Beförderungsmittel (z. B. Fahrrad)   | 1 <input type="checkbox"/> |
| Bodenbelag oder Untergrund (z. B. Treppe)  | <input type="checkbox"/>   |
| Haushaltsgerät (z. B. Bügeleisen)  | <input type="checkbox"/>   |
| Handwerkergerät (z. B. Leiter)   | <input type="checkbox"/>   |
| Wohnungsgegenstand (z. B. Tisch)   | <input type="checkbox"/>   |
| Sportgerät (z. B. Inlineskates)  | <input type="checkbox"/>   |
| Sonstiger Gegenstand oder Produkt (u. a. Gartengeräte, medizinische Geräte, Lebensmittel, Baustoffe, chemische und biologische Stoffe) | <input type="checkbox"/>   |

#### 16 Waren Sie wegen Ihrer unfallbedingten Verletzungen beim letzten Unfall so krank, dass Sie Ihren üblichen Tätigkeiten nicht nachgehen konnten?

 Mit üblichen Tätigkeiten meinen wir z. B. sich selbst zu versorgen, arbeiten zu gehen oder Freizeitbeschäftigungen nachzugehen.

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐ → Bitte weiter mit Frage 18

#### 17 Und wie viele Tage waren das?

 Bitte berücksichtigen Sie auch die Tage, die sie ggf. im Krankenhaus gelegen haben.

--	--	--

 Tage

#### 18 Falls Sie berufstätig sind, waren Sie wegen Ihrer unfallbedingten Verletzung beim letzten Unfall durch eine Ärztin/einen Arzt arbeitsunfähig geschrieben?

Ja 1 ☐

Nein 2 ☐

Trifft nicht zu 0 ☐

→ Bitte weiter mit Frage 20, Seite 8

#### 19 Und wie viele Tage waren das?

 Bitte berücksichtigen Sie auch die Tage, die Sie ggf. im Krankenhaus gelegen haben.

--	--	--

 Tage

**20** Waren Sie wegen Ihrer unfallbedingten Verletzung beim letzten Unfall im Krankenhaus?

 Stationär bedeutet, dass man mindestens eine Nacht in der Klinik übernachtet hat.

Ja, stationär 1 ☐

Ja, ambulant, also in der Ersten Hilfe oder Notaufnahme 2 ☐

Nein 3 ☐

 Bitte weiter mit Frage 22

**21** Und wie viele Nächte waren das?

--	--	--

 Nächte

**22** Haben Sie wegen Ihrer unfallbedingten Verletzung beim letzten Unfall eine Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung in Anspruch genommen?

 Gemeint sind hier alle Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschluss-Heilbehandlungen, die auf Antrag von der Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung gewährt werden.

 Wenn Sie nicht in einer Reha-Klinik übernachtet haben, wählen Sie bitte ambulant/teilstationär aus.

Ja, stationär 1 ☐

Ja, ambulant, teilstationär, z. B. in einer Tagesklinik 2 ☐

Nein 3 ☐

**23** Haben Sie wegen Ihrer unfallbedingten Verletzung beim letzten Unfall Therapeutinnen oder Therapeuten in Anspruch genommen?

Ja, Krankengymnastik/Physiotherapie 1 ☐

Ja, andere 2 ☐

Nein 3 ☐

**24** Waren Sie oder sind Sie durch Ihre unfallbedingte Verletzung beim letzten Unfall in der Ausübung Ihrer alltäglichen Tätigkeiten dauerhaft eingeschränkt?

 Wir meinen damit mindestens ein halbes Jahr lang.

Erheblich eingeschränkt 1 ☐

Eingeschränkt, aber nicht erheblich 2 ☐

Nicht eingeschränkt 3 ☐

Der Unfall ist erst innerhalb des letzten halben Jahres passiert 4 ☐

**25** Besteht bei Ihnen durch eine unfallbedingte Verletzung eine Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?

 Gemeint sind alle Unfallverletzungen, die Sie jedemal erlitten haben (nicht nur in den letzten 12 Monaten).

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐  Bitte weiter mit Frage 27

## 26 Welcher Grad der Behinderung ist bei Ihnen amtlich anerkannt?

 Gemeint ist die Behinderung, die durch eine unfallbedingte Verletzung entstanden ist.

Grad der Behinderung: 

--	--	--

Im Folgenden geht es um die Einnahme von Medikamenten.

## 27 Haben Sie in den letzten 4 Wochen Antibiotika eingenommen?

Ja 1 ☐

Nein 2 ☐

Weiß nicht 0 ☐

 Bitte weiter mit Frage 30

## 28 Haben Sie diese Antibiotika im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts oder einer ambulanten Behandlung erhalten?

1  
Stationär 1 ☐

Ambulant 2 ☐

## 29 Wofür haben Sie Antibiotika eingenommen?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Atemwegsinfektionen (z. B. Racheninfektion, Lungenentzündung, Bronchitis) 1 ☐

Harnwegsinfektionen (z. B. Blasenentzündung, Nierenbeckenentzündung) 2 ☐

Zahn-, Mund-, Kieferinfektionen 3 ☐

Haut- und Weichteilinfektionen 4 ☐

Andere (oder anderer Grund) 5 ☐

Weiß nicht 6 ☐

Nun kommen wir zum Thema Impfen.

## 30 Haben Sie sich jemals gegen HPV impfen lassen?

 Wenn Sie Ihren Impfpass zur Hand haben, können Sie auch dort nachsehen.

Nein 1 ☐  Bitte weiter mit Frage 32, Seite 10

Ja, einmal 2 ☐

Ja, zwei Mal 3 ☐

Ja, drei Mal 4 ☐

### 31 Wie alt waren Sie als Sie sich gegen HPV impfen lassen haben?

 Bitte geben Sie nur Ihre erste Impfung an. Wenn Sie Ihren Impfpass zur Hand haben, können Sie auch dort nachsehen. Wenn Sie sich nicht genau erinnern, schätzen Sie bitte die Altersgruppe.

Jahre

9 – 14 Jahre 1 ☐

15 – 17 Jahre 2 ☐

18 Jahre und älter 3 ☐

### 32 Haben Sie in Ihrem Leben je eine Masernerkrankung durchgemacht?

Ja 1 ☐

Nein 0 ☐ → Bitte weiter mit Frage 34

### 33 Wie wurde Ihre Masernerkrankung festgestellt?

Durch einen Bluttest labordiagnostisch bestätigt 1 ☐

Durch eine Ärztin/einen Arzt, aber ohne Blutuntersuchung 2 ☐

Anders, z. B. Bericht der Eltern, selbst erkannt etc. 3 ☐

Weiß nicht 4 ☐

### 34 Sind Sie jemals gegen Masern geimpft worden?

 Wenn Sie Ihren Impfpass zur Hand haben, können Sie auch dort nachsehen.

Nein 1 ☐

Ja, einmal 2 ☐

Ja, zwei Mal 3 ☐

Nun folgen einige Aussagen zur Nutzung des Internets und digitaler Anwendungen.

### 35 Ich nutze das Internet.

 Bitte geben Sie an, wie oft Sie dies tun.

Nie/Ich habe kein Internet 1 ☐ → Bitte weiter mit Frage 37

Selten 2 ☐

Manchmal 3 ☐

Oft 4 ☐

Täglich 5 ☐



- 36** Ich nutze das Internet, um Informationen zu meinem Gesundheitszustand, akuten Symptomen oder zu Medikamenten zu finden.

 Bitte geben Sie an, wie oft Sie dies tun.

Nie	1	<input type="checkbox"/>
Selten	2	<input type="checkbox"/>
Manchmal	3	<input type="checkbox"/>
Oft	4	<input type="checkbox"/>
Täglich	5	<input type="checkbox"/>

- 37** Ich nutze spezielle Geräte (z. B. Smartphone, Smartwatch, Fitnesstracker etc.) oder Apps (z. B. Kalorienzähler, Sportprogramme etc.), um meinen Gesundheitszustand selbst zu verfolgen und zu verbessern.

 Bitte geben Sie an, wie oft Sie dies tun.

Nie/Ich habe keine speziellen Geräte.	1	<input type="checkbox"/>
Selten	2	<input type="checkbox"/>
Manchmal	3	<input type="checkbox"/>
Oft	4	<input type="checkbox"/>
Täglich	5	<input type="checkbox"/>

- 38** Welche der folgenden Umstände hindern Sie daran, digitale Gesundheitsangebote zu nutzen (z. B. Webseiten mit Gesundheitsinformationen, Videosprechstunden, Apps zum Überwachen des Gesundheitszustandes etc.)?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Ich habe keinen Bedarf für digitale Gesundheitsangebote.	1	<input type="checkbox"/>
Ich sehe keinen Nutzen für die eigene Gesundheit.		<input type="checkbox"/>
Ich habe Bedenken bei der Sicherheit meiner privaten Daten in digitalen Anwendungen.		<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten bei der Nutzung und Bedienung digitaler Anwendungen.		<input type="checkbox"/>
Ich kenne bisher keine digitalen Gesundheitsangebote.		<input type="checkbox"/>
Keine, ich möchte digitale Gesundheitsangebote nutzen, wenn sie verfügbar sind.		<input type="checkbox"/>
Keine, ich nutze digitale Gesundheitsangebote bereits regelmäßig.		<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung und die Zeit,  
die Sie sich für die Beantwortung unserer Fragen genommen haben!**

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen  
im portofreien Umschlag an infas zurück.**

# Fragebogen Soziodemografie


In den folgenden Fragen geht es um Ihre familiäre Situation.

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

Ja ☐

Nein ☐

**38 Wie viele Personen gehören derzeit insgesamt zu Ihrem 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 40





**39 Welche anderen Personen sind das?**

 Bitte nennen Sie uns für alle Personen, die mit Ihnen im Haushalt leben, das Alter sowie die Beziehung, in der Sie zueinander stehen.

		Alter	Ehepartner/in/ Lebenspartner/in	Eigenes Kind/ Adoptivkind/ Stiefkind	Sonstige Person (z. B. eigene Geschwister, Mutter, Vater, Großeltern, Enkelkinder)
Person 1	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 2	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 3	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 4	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 5	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 6	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 7	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 8	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 9	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 10	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


**Nun geht es um Ihre Einkommens- und Lebenssituation.**

**40 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?**

-  Wir versichern Ihnen, dass Ihre Antwort nicht in Verbindung mit Ihrem Namen ausgewertet wird.
-  Unter durchschnittlichem monatlichem Nettoeinkommen ist die Summe zu verstehen, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger 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.
-  Bitte geben Sie nur volle Euro-Beträge an. Wenn Sie den genauen Betrag nicht kennen, schätzen Sie bitte.

--	--	--	--	--

Euro

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

unter 250 Euro	<input type="checkbox"/>	3.000 bis unter 3.250 Euro	<input type="checkbox"/>
250 bis unter 500 Euro	<input type="checkbox"/>	3.250 bis unter 3.500 Euro	<input type="checkbox"/>
500 bis unter 750 Euro	<input type="checkbox"/>	3.500 bis unter 4.000 Euro	<input type="checkbox"/>
750 bis unter 1.000 Euro	<input type="checkbox"/>	4.000 bis unter 4.500 Euro	<input type="checkbox"/>
1.000 bis unter 1.250 Euro	<input type="checkbox"/>	4.500 bis unter 5.000 Euro	<input type="checkbox"/>
1.250 bis unter 1.500 Euro	<input type="checkbox"/>	5.000 bis unter 6.000 Euro	<input type="checkbox"/>
1.500 bis unter 1.750 Euro	<input type="checkbox"/>	6.000 bis unter 7.000 Euro	<input type="checkbox"/>
1.750 bis unter 2.000 Euro	<input type="checkbox"/>	7.000 bis unter 8.000 Euro	<input type="checkbox"/>
2.000 bis unter 2.250 Euro	<input type="checkbox"/>	8.000 bis unter 10.000 Euro	<input type="checkbox"/>
2.250 bis unter 2.500 Euro	<input type="checkbox"/>	10.000 bis unter 15.000 Euro	<input type="checkbox"/>
2.500 bis unter 2.750 Euro	<input type="checkbox"/>	15.000 bis unter 25.000 Euro	<input type="checkbox"/>
2.750 bis unter 3.000 Euro	<input type="checkbox"/>	25.000 Euro oder mehr	<input type="checkbox"/>

**41 Wie kommt Ihr Haushalt mit dem monatlichen Einkommen zurecht?**

<b>Sehr schlecht</b>	<b>Schlecht</b>	<b>Relativ schlecht</b>	<b>Relativ gut</b>	<b>Gut</b>	<b>Sehr gut</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 42 Welche Lebenssituation trifft derzeit hauptsächlich auf Sie zu?

 Mit Erwerbstätigkeit sind auch Selbstständigkeit, Berufsausbildung, bezahltes Praktikum oder mithelfende Familienangehörige gemeint.

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Ich bin erwerbstätig in Vollzeit.  | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin erwerbstätig in Teilzeit.  | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin zurzeit arbeitslos.  | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin im Ruhestand oder Vorruhestand.  | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin dauerhaft erwerbsunfähig.  | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin Schüler/in, Student/in, unbezahlte/r Praktikant/in, Teilnehmer/in an Fortbildungsmaßnahmen.                        | <input type="checkbox"/> |
| Ich leiste ein freiwilliges soziales/ökologisches/kulturelles Jahr, Bundesfreiwilligendienst oder freiwilligen Wehrdienst. | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin als Hausfrau/Hausmann tätig, betreue Kinder oder hilfsbedürftige Personen.   | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig.  | <input type="checkbox"/> |

→ Bitte weiter mit Frage 45

#### 43 Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer hauptsächlich ausgeübten Erwerbstätigkeit?

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Selbstständige/r Landwirt/in   | <input type="checkbox"/> |
| Akademiker/in in freiem Beruf (Ärztin/Arzt, Rechtsanwältin/Rechtsanwalt, Steuerberater/in u. Ä.) | <input type="checkbox"/> |
| Selbstständige/r im Handel, im Gastgewerbe, in der Industrie, in der Dienstleistung              | <input type="checkbox"/> |
| Beamten/Beamter, Richter/in, Berufssoldat/in   | <input type="checkbox"/> |
| Angestellte/r  | <input type="checkbox"/> |
| Arbeiter/in  | <input type="checkbox"/> |
| In einer beruflichen Ausbildung/Lehre  | <input type="checkbox"/> |
| Mithelfende/r Familienangehörige/r   | <input type="checkbox"/> |

→ Bitte weiter mit Frage 46

#### 44 Ich bin selbstständig und habe...

...keine weiteren Mitarbeiter/innen ☐

...weitere Mitarbeiter/innen ☐

→ Bitte weiter mit Frage 46

#### 45 Gehen Sie nebenher einer bezahlten Erwerbstätigkeit (Minijob, Aushilfstätigkeit) nach?

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 47

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

Sehr stark	Stark	Mäßig	Gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- AOK ☐
- Andere gesetzliche Krankenversicherung  
(wie z. B. Barmer, Techniker, DAK, Betriebskrankenkasse) ☐
- 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/in ☐

**Abschließend geht es um Ihre eigene und familiäre Herkunft.**

**48** 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 51, Seite 18

In einem anderen Land, und zwar: ☐

 Bitte angeben:



**49** Wann sind Sie (erstmal) nach Deutschland gezogen?

Im Jahr

**50 Was waren die Hauptgründe für Ihren Zuzug nach Deutschland?**

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Ich bin nach Deutschland gezogen...

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| ... um zu arbeiten.   | <input type="checkbox"/> |
| ... um zu studieren oder eine Aus-/Weiterbildung zu machen.   | <input type="checkbox"/> |
| ... um mit meiner Familie/meiner Partnerin/meinem Partner zusammen zu leben.  | <input type="checkbox"/> |
| ... weil in meinem Land Krieg herrscht (e).   | <input type="checkbox"/> |
| ... weil ich in meinem Land verfolgt wurde (z. B. aus politischen oder religiösen Gründen oder aufgrund meiner Sexualität). | <input type="checkbox"/> |
| ... weil ich (Spät-) Aussiedler/in bin.   | <input type="checkbox"/> |
| ... aus medizinischen Gründen.  | <input type="checkbox"/> |
| ... um eine bessere Zukunft zu haben.   | <input type="checkbox"/> |
| ... aus sonstigen Gründen.  | <input type="checkbox"/> |

**51 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 einem anderen Land, und zwar: ☐

 Bitte angeben:



**52 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 einem anderen Land, und zwar: ☐

 Bitte angeben:



**53 Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie?**

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Die deutsche Staatsangehörigkeit ☐ → Bitte weiter mit Frage 56

Andere Staatsangehörigkeit, und zwar: ☐

 Bitte angeben:



**54 Haben Sie noch eine weitere Staatsangehörigkeit?**

Nein ☐

Ja, und zwar: ☐

 Bitte angeben:



**55 Welchen Aufenthaltsstatus haben Sie derzeit?**

Ich bin EU-Bürger/in  
(Freizügigkeitsgesetz EU) ☐

Ich habe einen unbefristeten  
Aufenthalt ☐

→ **Welchen unbefristeten Aufenthaltsstatus haben Sie?**

Ein unbefristetes Daueraufenthaltsrecht in  
Deutschland (Niederlassungserlaubnis) ☐

Eine Erlaubnis zum Daueraufenthalt in der EU ☐

Ich habe einen befristeten Aufenthalt ☐

→ **Welchen befristeten Aufenthaltsstatus haben Sie?**

Befristete Aufenthaltserlaubnis ☐

Ich bin Asylbewerber/in  
(Aufenthaltsgestattung) ☐

Duldung ☐

Blaue Karte EU (Aufenthalts- und  
Arbeitserlaubnis für hochqualifizierte  
Fachkräfte) ☐

Sonstiges ☐

**56 Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?**

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Deutsch ☐

Andere Sprache, und zwar: ☐

→ **Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?**

 Bitte angeben:



Sehr gut ☐

Gut ☐

Mittelmäßig ☐

Schlecht ☐

Sehr schlecht ☐

**Vielen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung und die Zeit,  
die Sie sich für die Beantwortung unserer Fragen genommen haben!**

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen  
im portofreien Umschlag an infas zurück.**