



RKI-PANEL „GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND“

Fragebögen der Jahreserhebung 2025

Einleitung

Vielen Dank für Ihr Interesse an den Fragebögen des RKI-Panels „Gesundheit in Deutschland“. Im vorliegenden Dokument sind die gedruckten Fragebögen der Jahreserhebung 2025 zusammengefasst. Das Dokument enthält die Fragebögen A bis D sowie den Fragebogen zur Soziodemografie.

Im folgenden Artikel finden Sie einen Überblick über das RKI-Panel, unter anderem zum Aufbau, zur Methodik sowie zur Konzeption der Jahreserhebungen:

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

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter:

www.rki.de/panel

Zitierweise

Robert Koch-Institut. RKI-Panel „Gesundheit in Deutschland“, Fragebögen der Jahreserhebung 2025. [DOI 10.25646/12203](https://doi.org/10.25646/12203)

Kontakt

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

 Open access



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

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.

Zunächst geht es um Ihre Gesundheit und mögliche Krankheiten.

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

Sehr gut

☐

Gut

☐

Mittelmäßig

☐

Schlecht

☐

Sehr schlecht

☐

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 ☐

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

5 Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals Asthma (einschließlich allergischem Asthma) festgestellt?

Ja ☐

Nein ☐

6 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Asthma (einschließlich allergischem Asthma)?

Ja ☐

Nein ☐

7 Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine chronische Bronchitis, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder ein Lungenemphysem (chronische Überblähung der Lunge) festgestellt?

Ja ☐

Nein ☐

8 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine chronische Bronchitis, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder ein Lungenemphysem (chronische Überblähung der Lunge)?

Ja ☐

Nein ☐

9 Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals einen Herzinfarkt festgestellt?

Ja ☐

Nein ☐

10 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Herzinfarkt oder chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts?

Ja ☐

Nein ☐

11 Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals Durchblutungsstörungen am Herzen oder eine Verengung der Herzkranzgefäße festgestellt?

 Wird auch koronare Herzerkrankung oder Angina pectoris genannt.

Ja ☐

Nein ☐

12 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine koronare Herzerkrankung oder eine Angina pectoris?

Ja ☐

Nein ☐

13 Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals einen Schlaganfall festgestellt?

Ja ☐

Nein ☐

14 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls?

Ja ☐

Nein ☐

15 Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine Zuckerkrankheit oder einen Diabetes festgestellt?

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 17

16 Nur für Frauen: Waren Sie zum Zeitpunkt der Diagnose schwanger?

Ja ☐

Nein ☐

17 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Zuckerkrankheit oder einen Diabetes (kein Schwangerschaftsdiabetes)?

Ja ☐

Nein ☐

18 Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals einen Bluthochdruck oder eine Hypertonie festgestellt?

Ja ☐

Nein ☐

19 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Bluthochdruck oder eine Hypertonie?

Ja ☐

Nein ☐

20 Nehmen Sie derzeit blutdrucksenkende Mittel ein?

Ja ☐

Nein ☐

21 Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine Fettstoffwechselstörung festgestellt?

 Damit gemeint sind erhöhte Blutfettwerte wie Cholesterin oder Triglyzeride.

Ja ☐

Nein ☐

22 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten erhöhte Blutfettwerte?

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 24, Seite 6

23 Nehmen Sie derzeit Medikamente gegen erhöhte Blutfettwerte ein?

Ja ☐

Nein ☐

24 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Allergie, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien?

 *Nicht gemeint ist allergisches Asthma.*

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 26

25 Welche Allergie haben Sie genau?

 *Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.*

Heuschnupfen (Jegliche Pollenallergien zählen zu Heuschnupfen, z. B. Bäume, Gräser, etc.) ☐

Tierhaarallergie ☐

Hausstaub- oder Milbenallergie ☐

Kontaktallergie (z. B. gegen Nickel) ☐

Neurodermitis ☐

Nahrungsmittelallergie ☐

Allergische Hautquaddeln (Urtikaria) ☐

Insektengiftallergie ☐

Medikamentenallergie ☐

26 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Arthrose?

 *Nicht gemeint ist eine Arthritis bzw. eine Gelenkentzündung.*

Ja ☐

Nein ☐

27 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Beschwerden im unteren Rücken oder sonstige chronische Rückenleiden?

Ja ☐

Nein ☐

28 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Beschwerden im Nacken oder sonstige chronische Beschwerden an der Halswirbelsäule?

Ja ☐

Nein ☐

29 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Harninkontinenz oder Probleme die Blase zu kontrollieren?

Ja ☐

Nein ☐

30 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten chronische Nierenprobleme oder Nierenversagen?

Ja ☐

Nein ☐

31 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Depression?

Ja ☐

Nein ☐

32 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Krebserkrankung, das heißt eine Krebsdiagnose, eine Krebsbehandlung oder leben Sie mit Krebs?

Ja ☐

Nein ☐

33 Haben Sie das Gefühl, Ihr Gedächtnis wird schlechter?

Ja ☐ → Macht Ihnen das Sorgen?

Ja ☐

Nein ☐

Nein ☐

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

Sehr gut

☐

Gut

☐

Mittelmäßig

☐

Schlecht

☐

Sehr schlecht

☐

35 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten zu Hause oder in der Freizeit einen Unfall, bei dem Sie sich verletzt haben?

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

Ja ☐

Nein ☐

36 Hatten Sie jemals eine Kopfverletzung (Schädel-Hirn-Trauma)?

Ja ☐ → Waren Sie danach bewusstlos?

Ja ☐

Nein ☐

Nein ☐

In den nächsten Fragen geht es um Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

37 Wann wurde zuletzt von medizinischem Fachpersonal...

	Innerhalb der letzten 12 Monate	Vor 1 bis weniger als 3 Jahren	Vor 3 bis weniger als 5 Jahren	Vor 5 Jahren oder mehr	Nie
... Ihr Blutdruck gemessen?	☐	☐	☐	☐	☐
... Ihre Blutfettwerte/Cholesterinwerte bestimmt?	☐	☐	☐	☐	☐
... Ihr Blutzucker gemessen?	☐	☐	☐	☐	☐

38 Wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine Untersuchung gleichzeitig mit allen drei Messungen (Blutdruck, Blutfette/Cholesterin und Blutzucker) von medizinischem Fachpersonal durchgeführt?

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 40

39 Fand dazu eine Beratung zu Ihrem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen statt?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Ja, in der Hausarztpraxis ☐

Ja, in einer anderen Praxis ☐

Ja, in der Apotheke ☐

Nein ☐

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

 Bitte berücksichtigen Sie alle Krankheiten, Verletzungen und sonstigen gesundheitlichen Beschwerden, wegen derer Sie nicht arbeiten konnten.

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 42

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

--	--	--

Tage

Die nächsten Fragen betreffen körperliche Schmerzen.

42 Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

- Keine Schmerzen ☐ → Bitte weiter mit Frage 44
- Sehr leicht ☐
- Leicht ☐
- Mäßig ☐
- Stark ☐
- Sehr stark ☐

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

- | Überhaupt nicht | Etwas | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

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

44 Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

- Ja ☐
- Nein ☐
- Ich bin stark sehbehindert oder kann nicht sehen. ☐ → Bitte weiter mit Frage 46

45 Haben Sie Schwierigkeiten beim Sehen, selbst wenn Sie Ihre Brille oder Kontaktlinsen tragen? Würden Sie sagen...

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

46 Tragen Sie ein Hörgerät?

- Ja ☐
- Nein ☐
- Ich bin hochgradig schwerhörig oder gehörlos. ☐ → Bitte weiter mit Frage 49, Seite 10

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

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

48 Haben Sie Schwierigkeiten zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem lauteren Raum gesagt wird, selbst wenn Sie ein Hörgerät tragen? Würden Sie sagen...

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

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

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

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

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

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

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

52 Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu verständigen (in Ihrer Alltagssprache, z. B. andere verstehen oder verstanden zu werden)?

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

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

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

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

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

 Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.

	Keine Schwierigkeiten	Einige Schwierigkeiten	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich./ Ich bin dazu nicht in der Lage.
Essen und Trinken	☐	☐	☐	☐
Sich von einem Bett oder Stuhl erheben oder sich darauf niederlassen	☐	☐	☐	☐
An- und Ausziehen	☐	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung	☐	☐	☐	☐
Baden oder Duschen	☐	☐	☐	☐

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

55 Haben Sie normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten?

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

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

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

 Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.

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

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

57 Haben Sie normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten?

Ja, bei mindestens einer Tätigkeit ☐ →

Benötigen Sie mehr Hilfe?

Ja, bei mindestens einer Tätigkeit ☐

Nein ☐

Nein ☐ →

Benötigen Sie Hilfe?

Ja, bei mindestens einer Tätigkeit ☐

Nein ☐

58 Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten aufgrund langanhaltender gesundheitlicher Probleme (chronische Erkrankungen oder Beeinträchtigungen) zur Teilhabe in folgenden Lebensbereichen?

 *Gegebenenfalls auch unter Verwendung von Mobilitätshilfen wie Gehhilfen, Blindenstöcken, Rollstühlen sowie mit Unterstützung von Begleitpersonen.*

 *Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.*

	Keine Schwierigkeiten	Einige Schwierigkeiten	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich./ Ich bin dazu nicht in der Lage.	Kein Interesse an dieser Aktivität./ Möchte ich nicht tun.
Schwierigkeiten,...					
... die Wohnung zu verlassen (d. h. auf die Straße zu gehen)	☐	☐	☐	☐	☐
... Verkehrsmittel zu nutzen (wie Auto, Bus, Bahn, Reisebus, Taxi)	☐	☐	☐	☐	☐
... beim Zugang und beim Bewegen in Gebäuden, zu denen Sie hinwollen oder müssen, einschließlich der Nutzung der Innenbereiche	☐	☐	☐	☐	☐
... an sozialen Aktivitäten teilzunehmen, z. B. sich mit der Familie oder mit Freunden zu treffen, Essen zu gehen oder an gesellschaftlichen Veranstaltungen teilzunehmen (allein oder in Begleitung)	☐	☐	☐	☐	☐
... das Internet zu nutzen	☐	☐	☐	☐	☐

59 Besteht bei Ihnen eine Behinderung, die von der zuständigen Behörde amtlich anerkannt ist?

Ja ☐

Nein ☐ → **Bitte weiter mit Frage 61**

60 Welcher Grad der Behinderung ist bei Ihnen amtlich anerkannt?

 *Bitte geben Sie den Wert an, der in Ihrem Schwerbehindertenausweis steht. Nicht gemeint ist der Grad der Erwerbsminderung (GdE).*

Grad der Behinderung:

61 Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor?

Ja ☐

Nein ☐

Pflegegrad ist beantragt ☐

} → **Bitte weiter mit Frage 63, Seite 14**

62 Welcher Pflegegrad liegt bei Ihnen vor?

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Pflegegrad 1 | ☐ |
| Pflegegrad 2 | ☐ |
| Pflegegrad 3 | ☐ |
| Pflegegrad 4 | ☐ |
| Pflegegrad 5 | ☐ |
| Das weiß ich nicht. | ☐ |

Nun geht es um den Bereich der sozialen Beziehungen und Kontakte.

63 Wie häufig vermissen Sie Gesellschaft?

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Häufig | ☐ |
| Manchmal | ☐ |
| Selten oder nie | ☐ |

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

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Häufig | ☐ |
| Manchmal | ☐ |
| Selten oder nie | ☐ |

65 Wie häufig fühlen Sie sich isoliert von anderen?

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Häufig | ☐ |
| Manchmal | ☐ |
| Selten oder nie | ☐ |

Fragebogen B

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 sowie Ihr Umgang mit Schwierigkeiten.

Die Fragen können sich zum Teil ähneln. Bitte beantworten Sie trotzdem jede einzelne Frage sorgfältig. 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.

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

Sehr gut

☐

Gut

☐

Mittelmäßig

☐

Schlecht

☐

Sehr schlecht

☐

2 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.

Überhaupt
nicht
zufrieden

0

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

6

☐

7

☐

8

☐

9

☐

10

☐

Voll und
ganz
zufrieden

3 Inwieweit 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.

Überhaupt
nicht
sinnvoll

0

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

6

☐

7

☐

8

☐

9

☐

10

☐

Voll und
ganz
sinnvoll

4 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.

Überhaupt
nicht
glücklich

0

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

6

☐

7

☐

8

☐

9

☐

10

☐

Voll und
ganz
glücklich

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

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

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

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Ich habe mich in Bezug auf die Zukunft optimistisch gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich nützlich gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich entspannt gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin mit Problemen gut umgegangen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich konnte klar denken.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich anderen Menschen nahe gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich war in der Lage, Entscheidungen zu treffen.	☐	☐	☐	☐	☐

Ansichtsexemplar

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

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

- 9** Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.

	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als der Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
In den letzten 2 Wochen...						
... war ich froh und guter Laune.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihren Gedanken und Gefühlen während des letzten Monats.

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

	Nie	Fast nie	Manchmal	Ziemlich oft	Sehr oft
Wie oft waren Sie im letzten Monat zuversichtlich, dass Sie fähig sind, Ihre persönlichen Probleme zu bewältigen?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge zu Ihren Gunsten entwickeln?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft waren Sie im letzten Monat aufgewühlt, weil etwas unerwartet passiert ist?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat über Dinge geärgert, über die Sie keine Kontrolle hatten?	☐	☐	☐	☐	☐

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

- Ja, das kam in den letzten 12 Monaten vor. ☐
- Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten. ☐
- Nein ☐

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

- Ja, das kam in den letzten 12 Monaten vor. ☐
- Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten. ☐
- Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 14

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.

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

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Krankenhaus (z. B. Notaufnahme, stationäre Behandlung) | ☐ | ☐ |
| Krisenhotline oder Krisenchat (z. B. Telefonseelsorge) | ☐ | ☐ |
| Polizei | ☐ | ☐ |

14 Wie würden Sie Ihre psychische Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?

- | Ausgezeichnet | Sehr gut | Gut | Weniger gut | Schlecht |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

15 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 ☐
- Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 17, Seite 8

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

- Ja ☐
- Nein ☐

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

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

18 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.

Gar nicht							Sehr stark
0	1	2	3	4	5	6	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden geht es um das Thema Klimawandel und Umwelt in Zusammenhang mit Ihrer Gesundheit.

19 Auf einer Skala von 1 bis 10, wie sehr glauben Sie, dass der Klimawandel Ihre persönliche Gesundheit gefährdet?

 Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, bei der „1“ **gar nicht**, „10“ **sehr** bedeutet.

Gar nicht										Sehr
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

	Äußerst stark	Stark	Mittelmäßig	Etwas	Überhaupt nicht
Hitze/intensivere Hitzeperioden	☐	☐	☐	☐	☐
UV-Strahlung/Ozonschicht	☐	☐	☐	☐	☐
Umweltverschmutzung/Umwelt- oder Luftschadstoffe	☐	☐	☐	☐	☐
Pollen (und damit verbundene Allergien)	☐	☐	☐	☐	☐
Extremwetter (z. B. Stürme, Dürren, Starkregen, Erdbeben etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Zecken und zeckenübertragbare Krankheiten	☐	☐	☐	☐	☐
Mücken und mückenübertragbare Krankheiten	☐	☐	☐	☐	☐
Übertragbare Krankheiten durch (Trink-) Wasser oder Lebensmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Lärm	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges/Anderes	☐	☐	☐	☐	☐

21 Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken: Hatten Sie jemals ärztliche Gespräche zu folgenden umwelt- oder klimawandelbezogenen Gesundheitsthemen?

	Ja	Nein	Vielleicht	Trifft auf mich nicht zu.
Medikamenteneinnahme/Medikationsplan bei Hitze	☐	☐	☐	☐
Verhalten bei Hitze/während anhaltenden Hitzeperioden	☐	☐	☐	☐
UV-Schutz (z. B. starke Sonne meiden und schützende Kleidung tragen)	☐	☐	☐	☐
Allergien: verlängerte Pollensaison/neue Allergene	☐	☐	☐	☐
Prävention zeckenübertragener Erkrankungen (z. B. FSME-Impfung)	☐	☐	☐	☐
Prävention mückenübertragener Erkrankungen (z. B. Auslandsreiseimpfungen, Malaria-Prophylaxe)	☐	☐	☐	☐
Chemikalien, Umwelt- oder Luftschadstoffe	☐	☐	☐	☐
Sonstiges (z. B. Baden in Gewässern/Meeren bei Vorhandensein von Wunden und Immunschwäche, lokale Trinkwasserqualität)	☐	☐	☐	☐

22 Sind Sie derzeit erwerbstätig, d. h. üben Sie irgendeine bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit aus?

 Bitte antworten Sie auch dann mit „ja“, wenn Sie unregelmäßig beschäftigt oder im Moment beurlaubt sind (z. B. Elternzeit oder Umschulung).

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 24

23 Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren derzeitigen Beruf. Bitte geben Sie für jede der Fragen an, ob Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	☐	☐	☐	☐
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	☐	☐	☐	☐
Im Laufe der letzten beiden Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	☐	☐	☐	☐
Ich erhalte von meinen Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	☐	☐	☐	☐
Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	☐	☐	☐	☐
Ich erfahre – oder erwarte – eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	☐	☐	☐	☐
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt/meinen Lohn für angemessen.	☐	☐	☐	☐

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

- 24** Bitte wählen Sie in dieser Abfrage 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.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt voll und ganz
Ich habe daran gearbeitet, die Probleme dieser Situation zu lösen.	☐	☐	☐	☐
Ich ließ mir von meinen Freundinnen oder Freunden helfen.	☐	☐	☐	☐
Ich wandte mich an eine Freundin oder einen Freund und bat sie oder ihn um Rat, wie ich die Situation ändern könnte.	☐	☐	☐	☐
Auch wenn sich die Stresssituation verschlechtert hatte, konnte ich damit umgehen, indem ich eine andere Strategie verfolgte.	☐	☐	☐	☐
Ich weigerte mich, das, was passiert war, wahrzunehmen.	☐	☐	☐	☐
Ich versuchte durch Essen, Trinken, Rauchen oder Medikamente, es mir besser gehen zu lassen.	☐	☐	☐	☐
Ich hatte Tagträume von besseren Zeiten.	☐	☐	☐	☐
Ich fantasierte darüber, wie die Dinge anders hätten laufen können.	☐	☐	☐	☐

Nun folgen einige Fragen zu Ihrer sexuellen Orientierung und Ihren sozialen Beziehungen.

- 25** Unabhängig davon, ob Sie aktuell sexuell aktiv sind: Welche der folgenden Antworten beschreibt am besten, wie Sie momentan über sich denken. Ich bin...

- Heterosexuell (dem anderen Geschlecht zugeneigt) ☐
- Schwul/Lesbisch (dem eigenen Geschlecht zugeneigt) ☐
- Bisexuell (beiden Geschlechtern zugeneigt) ☐
- Sonstiges, und zwar: ☐



- 26** Haben Sie eine feste Partnerin/einen festen Partner?

- Ja ☐
- Nein ☐

Fragebogen C

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

Sehr gut

☐

Gut

☐

Mittelmäßig

☐

Schlecht

☐

Sehr schlecht

☐

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

2 Haben Sie in den letzten 12 Monaten als stationäre Patientin/stationärer Patient, das heißt über Nacht oder länger im Krankenhaus gelegen?

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

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 4

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

 Bitte geben Sie die Anzahl der Nächte an.

Nächte

4 Wurden Sie in den letzten 12 Monaten als Tagespatient/in in ein Krankenhaus aufgenommen?

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

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 6

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

 Bitte geben Sie die Anzahl der Aufnahmen an.

Aufnahmen in ein Krankenhaus

Nun folgen einige Fragen zu Vorsorge- und Gesundheitsverhalten.

6 Wann waren Sie zuletzt bei einer Zahnärztin/einem Zahnarzt, Kieferorthopädin/-orthopäden oder einem anderen zahnmedizinischen Spezialisten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Vor weniger als 6 Monaten ☐

Vor 6 bis weniger als 12 Monaten ☐

Vor 12 Monaten oder länger ☐

Nie ☐

7 Haben Sie in den letzten 12 Monaten an einer Zahnvorsorgeuntersuchung teilgenommen?

Ja ☐

Nein ☐

8 Wie oft benutzen Sie in der Regel beim Zähneputzen und zur Zahnpflege eine Zahnbürste?

Zweimal täglich oder häufiger ☐

Einmal täglich ☐

Seltener als einmal täglich ☐

Trifft nicht zu wegen Vollprothese/Gebiss. ☐

9 Wie oft benutzen Sie in der Regel beim Zähneputzen und zur Zahnpflege Hilfsmittel für Zahnzwischenräume (z. B. Zahnseide)?

Einmal täglich oder häufiger ☐

Mindestens einmal pro Woche ☐

Seltener als einmal pro Woche ☐

Gar nicht ☐

Trifft nicht zu wegen Vollprothese/Gebiss. ☐

10 Wann haben Sie zuletzt eine/n Allgemeinmediziner/in oder eine Hausärztin/einen Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

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

Vor weniger als 12 Monaten ☐

Vor 12 Monaten oder länger ☐

Nie ☐

→ Bitte weiter mit Frage 12

11 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen eine/n Allgemeinmediziner/in oder eine Hausärztin/einen Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln lassen?

 Bitte geben Sie die Anzahl der Konsultationen an.

Konsultationen

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

 Nicht gemeint sind Besuche bei einer Zahnärztin/einem Zahnarzt oder bei einer Allgemeinmedizinerin/einem Allgemeinmediziner oder einer Hausärztin/einem Hausarzt.

Vor weniger als 12 Monaten ☐

Vor 12 Monaten oder länger ☐

Nie ☐

→ Bitte weiter mit Frage 14

- 13** Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen bei einer Fachärztin/einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

 Bitte geben Sie die Anzahl der Konsultationen an.

--	--

Konsultationen

- 14** Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einer Physiotherapeutin/einem Physiotherapeuten, Chiropraktiker/in oder Osteopatin/Osteopathen um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Ja ☐

Nein ☐

- 15** Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einer Psychologin/einem Psychologen, Psychotherapeutin/Psychotherapeuten oder Psychiater/in, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Ja ☐

Nein ☐

In der nächsten Frage geht es um regelmäßige unbezahlte Pflege oder Hilfe, die Sie von Familienmitgliedern, Freundinnen/Freunden oder Nachbarinnen/Nachbarn erhalten. Denken Sie dabei an Unterstützung bei Pflege- oder Haushaltstätigkeiten (z. B. Hausreinigung oder Einkaufen), aber auch an Gesellschaft und emotionale Unterstützung, die Sie aufgrund eines langanhaltenden Gesundheitsproblems oder hohen Alters bekommen.

- 16** Haben Sie in den letzten 12 Monaten mindestens einmal pro Woche unbezahlte Pflege oder Hilfe von einem Familienmitglied (innerhalb oder außerhalb Ihres Haushalts), Partner/in, Freund/in oder Nachbar/in aufgrund eines langanhaltenden Gesundheitsproblems oder Alters erhalten?

 Bitte denken Sie dabei sowohl an Hilfe oder Unterstützung bei der Körperpflege als auch im Haushalt, sowie an das Leisten von Gesellschaft oder emotionaler Unterstützung.

 Bitte geben Sie hier auch ‚Ja‘ an, wenn die Personen, die Sie unterstützen, dafür Geldleistungen z. B. aus der Pflegeversicherung erhalten.

Ja, hauptsächlich durch ein Familienmitglied. ☐

Ja, hauptsächlich durch ein Nicht-Familienmitglied. ☐

Nein ☐

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

- 17** Haben Sie in den letzten 12 Monaten mindestens einmal pro Woche für sich selbst häusliche Pflegedienste in Anspruch genommen, die von professionellen Gesundheits- oder Pflegekräften geleistet wurden?

 Bitte berücksichtigen Sie nur Leistungen von professionellen Pflegediensten und sozialen Hilfsdiensten, die aufgrund von chronischen Erkrankungen oder altersbedingten Beschwerden regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Woche erbracht werden.

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 19

- 18** Wie viele Stunden pro Woche werden Sie von professionellem Gesundheits- oder Pflegepersonal betreut oder unterstützt?

Weniger als 5 Stunden pro Woche ☐

5 Stunden bis weniger als 10 Stunden pro Woche ☐

10 Stunden bis weniger als 20 Stunden pro Woche ☐

20 Stunden bis weniger als 30 Stunden pro Woche ☐

30 Stunden bis weniger als 40 Stunden pro Woche ☐

40 Stunden pro Woche oder mehr ☐

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Einnahme von Medikamenten und ärztliche Untersuchungen.

- 19** Haben Sie in den letzten 2 Wochen...

 **Nur für Frauen:** Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung.

	Ja	Nein
... Medikamente eingenommen, die Ihnen von einer Ärztin/einem Arzt verschrieben wurden?	☐	☐

... Medikamente, pflanzliche Heilmittel oder Vitamine eingenommen, die Ihnen nicht von einer Ärztin/einem Arzt verschrieben wurden?	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

- 20** Wie viele Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel, wie z. B. Vitamine oder Mineralstoffe, haben Sie innerhalb der letzten 7 Tage eingenommen oder angewendet?

0 ☐

1-4 ☐

5-9 ☐

10+ ☐

21 Haben Sie in den letzten 4 Wochen Antibiotika eingenommen?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht ☐

→ Bitte weiter mit Frage 24

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

☞ Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Stationär ☐

Ambulant ☐

23 Wofür haben Sie Antibiotika eingenommen?

☞ Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

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

Harnwegsinfektionen (z. B. Blasenentzündung, Nierenbeckenentzündung) ☐

Zahn-, Mund-, Kieferinfektionen ☐

Haut- und Weichteilinfektionen ☐

Andere (oder anderer Grund) ☐

Weiß nicht ☐

24 Wann wurden Sie zuletzt gegen Grippe geimpft?

☞ Bitte geben Sie Monat und Jahr Ihrer letzten Grippeimpfung an, wenn diese im aktuellen oder vergangenen Kalenderjahr erfolgte.

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

Monat Jahr

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

Noch nie ☐

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

Innerhalb der letzten 12 Monate ☐

Vor 1 bis weniger als 2 Jahren ☐

Vor 2 bis weniger als 3 Jahren ☐

Vor 3 Jahren oder mehr ☐

Nie ☐

26 Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung bzw. Koloskopie durchgeführt?

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

27 Nur für Frauen: Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Mammografie durchgeführt?

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

28 Nur für Frauen: Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein Gebärmutterhalsabstrich durchgeführt?

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

Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die von verschiedenen Anbietern durchgeführt werden und die sich beispielsweise mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitness befassen. Teilweise werden solche Maßnahmen von den Krankenversicherungen finanziert.

29 Haben Sie an solchen Maßnahmen (Kurse, Übungen, Beratungen) in den letzten 12 Monaten teilgenommen?

- | | |
|------------|--------------------------|
| Ja | ☐ |
| Nein | ☐ |
| Weiß nicht | ☐ |
- Bitte weiter mit Frage 31

30 Bitte geben Sie an, welche Maßnahmen Sie in den letzten 12 Monaten besucht haben.

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Gewichtsreduktion | ☐ |
| Gesunde Ernährung | ☐ |
| Gymnastik | ☐ |
| Entspannung oder Stressbewältigung | ☐ |
| Fitness/Ausgleichssport | ☐ |
| Raucherentwöhnung | ☐ |
| Alkohol und Gesundheit | ☐ |
| Sonstige Maßnahmen | ☐ |

Es gibt viele Gründe, warum Menschen eine medizinische Versorgung nur mit Verzögerung oder gar nicht in Anspruch nehmen können.

31 Hat sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den letzten 12 Monaten verzögert, weil die Wartezeit für einen Termin zu lang war?

- | | |
|--|--------------------------|
| Ja | ☐ |
| Nein | ☐ |
| Kein Bedarf an medizinischer Versorgung. | ☐ |

32 Benötigten Sie in den letzten 12 Monaten zu irgendeinem Zeitpunkt Beratung oder Behandlung wegen Ihrer psychischen Gesundheit (durch eine Psychologin/einen Psychologen, Psychotherapeutin/Psychotherapeuten oder Psychiater/in)?

Ja (Ich benötigte mindestens einmal wirklich Beratung oder Behandlung wegen meiner psychischen Gesundheit.) ☐

Nein (Ich benötigte keinerlei Beratung oder Behandlung wegen meiner psychischen Gesundheit.)

☐ → Bitte weiter mit Frage 35, Seite 10

33 Hatten Sie jedes Mal, wenn es ernsthaft nötig war, eine Beratung oder Behandlung wegen Ihrer psychischen Gesundheit?

Ja (Ich hatte jedes Mal eine Beratung oder Behandlung wegen meiner psychischen Gesundheit, wenn ich sie brauchte.) ☐

☐ → Bitte weiter mit Frage 35, Seite 10

Nein (Es gab mindestens einen Fall, in dem ich keine Beratung oder Behandlung wegen meiner psychischen Gesundheit hatte.) ☐

34 Was war der Hauptgrund dafür, dass keine Beratung oder Behandlung wegen Ihrer psychischen Gesundheit stattgefunden hat?

- Ich konnte es mir nicht leisten (zu teuer oder nicht von der Krankenkasse übernommen). ☐
- Warteliste oder kein Überweisungsschein ☐
- Ich konnte mir keine Zeit nehmen wegen der Arbeit/der Betreuung von Kindern oder anderen Personen. ☐
- Zu weite Anreise/kein Verkehrsmittel verfügbar ☐
- Bedenken hinsichtlich Vertraulichkeit und Diskretion ☐
- Angst vor negativen Reaktionen oder Kommentaren von Familie, Freundinnen/Freunden oder Kolleginnen/Kollegen ☐
- Angst vor der Beratung oder Behandlung (z. B. Angst vor einem negativen Ausgang oder Angst vor den Nebenwirkungen von Medikamenten) ☐
- Kein Wissen darüber, wo man Hilfe suchen kann ☐
- Anderer Grund ☐

Nun folgen einige Fragen zum Verhalten bei Atemwegserkrankungen.

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

- Nein ☐
- Ja, um generell andere Personen vor einer Ansteckung zu schützen. ☐
- Ja, um besonders gefährdete Personen vor einer Ansteckung zu schützen. ☐
- Trifft nicht zu ☐
- Bitte weiter mit Frage 37
- Bitte weiter mit Frage 39

36 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. ☐
- Ich habe eine medizinische Maske aufgesetzt. ☐
- Ich habe einen größeren Abstand eingehalten als üblich. ☐
- Sonstiges ☐

37 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. ☐ → Bitte weiter mit Frage 39

38 Und warum blieben Sie zu Hause?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- Weil ich mich so krank fühlte. ☐
- Weil ich nicht andere Menschen anstecken wollte. ☐
- Aus anderen Gründen. ☐

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

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- Nein ☐
- 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. ☐

40 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

41 Welcher Wochentag war gestern?

- Montag ☐
- Dienstag ☐
- Mittwoch ☐
- Donnerstag ☐
- Freitag ☐
- Samstag ☐
- Sonntag ☐

Nun folgen einige Fragen zu Impfungen.

42 Haben Sie sich gegen COVID-19 impfen lassen?

Ja ☐ → Wann haben Sie sich 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.

--	--	--	--	--

Monat . Jahr

Nein ☐

43 Falls Sie den Fragebogen vor April 2025 ausfüllen:

Haben Sie sich in dieser Saison, d.h. zwischen September 2024 bis einschließlich März 2025, gegen Grippe impfen lassen?

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

Ja ☐

Nein ☐



Haben Sie vor, sich in dieser Saison (bis einschließlich März 2025) gegen Grippe impfen zu lassen?

Auf keinen Fall impfen ☐

Eher nicht impfen ☐

Unentschieden ☐

Eher impfen ☐

Auf jeden Fall impfen ☐

44 Falls Sie den Fragebogen zwischen Anfang April und Ende August 2025 ausfüllen:

Haben Sie sich in der letzten Saison, d. h. zwischen September 2024 bis einschließlich März 2025, gegen Grippe impfen lassen?

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

Ja ☐

Nein ☐

45 Falls Sie den Fragebogen zwischen Anfang April und Ende August 2025 ausfüllen:

Haben Sie vor, sich in der kommenden Saison (September 2025 - März 2026) gegen Grippe impfen zu lassen?

Auf keinen Fall impfen ☐

Eher nicht impfen ☐

Unentschieden ☐

Eher impfen ☐

Auf jeden Fall impfen ☐

46 Falls Sie den Fragebogen ab September 2025 ausfüllen:

Haben Sie sich in dieser Saison, d. h. seit September 2025, gegen Grippe impfen lassen?

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

Ja ☐

Nein ☐



Haben Sie vor, sich in dieser Saison (September 2025 - März 2026) gegen Grippe impfen zu lassen?

Auf keinen Fall impfen ☐

Eher nicht impfen ☐

Unentschieden ☐

Eher impfen ☐

Auf jeden Fall impfen ☐

Es gibt ja unterschiedliche Arten und Weisen, wie man sich im Alltag fortbewegen kann.

- 47** Wie legen Sie gewöhnlich Ihre alltäglichen Wegstrecken zurück (z. B. zur Arbeit, zum Einkaufen oder zu Freizeitaktivitäten)?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- | | |
|---|--------------------------|
| Zu Fuß | ☐ |
| Mit einem Fahrrad ohne elektrische Unterstützung | ☐ |
| Mit einem Fahrrad mit elektrischer Unterstützung | ☐ |
| Mit einem E-Scooter | ☐ |
| Mit einem eigenen Auto/Motorrad, in Fahrgemeinschaften, mit Mitfahrgelegenheiten, Taxi, Car-Sharing | ☐ |
| Mit dem öffentlichen Nah- und Fernverkehr (wie Züge, Straßenbahnen, U- und S-Bahnen, Busse) | ☐ |
| Sonstiges | ☐ |

- 48** Denken Sie an eine typische Woche innerhalb der letzten vier Wochen: An wie vielen Tagen pro Woche haben Sie Ihre alltäglichen Wegstrecken (wie zur Arbeit, zum Einkaufen oder zu Freizeitaktivitäten) mit dem Auto zurückgelegt?

 Gemeint sind auch alltägliche Wegstrecken, bei denen Sie Mitfahrer/in waren.

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| An 6-7 Tagen | ☐ |
| An 4-5 Tagen | ☐ |
| An 1-3 Tagen | ☐ |
| Seltener als an einem Tag pro Woche | ☐ |
| Nie | ☐ |

- 49** Denken Sie an eine typische Woche innerhalb der letzten vier Wochen: An wie vielen Tagen pro Woche haben Sie Ihre alltäglichen Wegstrecken (wie zur Arbeit, zum Einkaufen oder zu Freizeitaktivitäten) mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt?

 Gemeint sind alltägliche Fahrten mit Zügen, Straßenbahnen, U- und S-Bahnen, Bussen usw.

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| An 6-7 Tagen | ☐ |
| An 4-5 Tagen | ☐ |
| An 1-3 Tagen | ☐ |
| Seltener als an einem Tag pro Woche | ☐ |
| Nie | ☐ |

- 50** Denken Sie an eine typische Woche innerhalb der letzten vier Wochen: An wie vielen Tagen pro Woche haben Sie Ihre alltäglichen Wegstrecken (wie zur Arbeit, zum Einkaufen oder zu Freizeitaktivitäten) mit dem Fahrrad zurückgelegt?

 Gemeint sind auch Fahrten mit einem Fahrrad mit elektrischer Unterstützung.

An 6-7 Tagen ☐

An 4-5 Tagen ☐

An 1-3 Tagen ☐

Seltener als an einem Tag pro Woche ☐

Nie ☐

} Bitte weiter mit Frage 52

- 51** Haben Sie in den letzten vier Wochen für mehr als die Hälfte dieser alltäglichen Wegstrecken ein Fahrrad mit elektrischer Unterstützung genutzt?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht ☐

- 52** Denken Sie nun bitte an eine beliebige Strecke, die Sie sowohl mit einem Auto als auch mit einem Fahrrad zurücklegen könnten. Ganz allgemein: Wie würden Sie eine solche Strecke lieber zurücklegen?

Lieber mit dem Auto. ☐

Lieber mit dem Fahrrad. ☐

Ich fahre genauso gerne mit dem Auto, wie ich Fahrrad fahre. ☐

Weiß ich nicht. ☐

- 53** Denken Sie nun bitte an eine beliebige Strecke, die Sie sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch mit einem Fahrrad zurücklegen könnten. Ganz allgemein: Wie würden Sie eine solche Strecke lieber zurücklegen?

Lieber mit öffentlichen Verkehrsmitteln. ☐

Lieber mit dem Fahrrad. ☐

Ich fahre genauso gerne mit öffentlichen Verkehrsmitteln, wie ich Fahrrad fahre. ☐

Weiß ich nicht. ☐

- 54** Denken Sie nun bitte an eine beliebige Strecke, die Sie sowohl zu Fuß als auch mit einem Fahrrad zurücklegen könnten. Ganz allgemein: Wie würden Sie eine solche Strecke lieber zurücklegen?

Lieber zu Fuß. ☐

Lieber mit dem Fahrrad. ☐

Ich gehe genauso gerne zu Fuß, wie ich Fahrrad fahre. ☐

Weiß ich nicht. ☐

Im Folgenden sehen Sie verschiedene Gründe, die Menschen das alltägliche Zurücklegen von Wegstrecken mit dem Fahrrad erschweren können (wie zur Arbeit, zum Einkaufen, zu Freizeitaktivitäten).

Welche Gründe treffen auf Sie zu und welche nicht?

	Trifft zu	Trifft nicht zu
<u>Mein Gesundheitszustand</u> erschwert es mir oft, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Ich kann nicht (gut) Fahrradfahren, daher fällt es mir schwer, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Ich besitze kein (gutes) Fahrrad, daher ist es umständlich für mich, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Unsichere Wege in meiner Umgebung erschweren es mir oft, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Meine Sorgen vor Unfällen erschweren es mir oft, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Zu lange Wege erschweren es mir oft, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Zu bergige Wege erschweren es mir oft, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Ich möchte nicht verschwitzt am Zielort ankommen, was es mir oft erschwert, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Ich muss häufig viel Gepäck bzw. andere Personen mitnehmen, was es mir oft erschwert, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Ich bin nicht fit genug, was es mir oft erschwert, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Ich kann beim Fahrradfahren nicht die Kleidung tragen, die ich gerne trage bzw. tragen muss. Das erschwert es mir oft, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Meine Familienmitglieder unterstützen mich nicht, was es mir oft erschwert, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Wetterbedingungen erschweren es mir oft, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
An meinen Zielorten fehlen häufig sichere Abstellmöglichkeiten für mein Fahrrad. Das erschwert es mir oft, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
An meinen Zielorten fehlen häufig Umkleide- und Duschmöglichkeiten. Das erschwert es mir oft, alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad zurückzulegen.	☐	☐
Es gibt weitere Gründe, die mir das Zurücklegen meiner alltäglichen Wegstrecken mit dem Fahrrad erschweren.	☐	☐

56 Sind Sie der Meinung, dass Sie zum Klimaschutz beitragen können, wenn Sie alltägliche Wegstrecken (wie zur Arbeit, zum Einkaufen, zu Freizeitaktivitäten) mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurücklegen?

Nein, überhaupt nicht ☐

Nein, eher nicht ☐

Teils, teils ☐

Ja, eher schon ☐

Ja, voll und ganz ☐

Weiß ich nicht ☐

→ Bitte weiter mit Frage 58

57 Warum sind Sie der Meinung, dass Sie nicht zum Klimaschutz beitragen, wenn Sie zu Fuß gehen oder Fahrradfahren?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Es gibt keinen menschengemachten Klimawandel. ☐

Der Beitrag wäre zu gering, um wirklich das Klima zu schützen. ☐

Sonstiges ☐

58 Sind Sie der Meinung, dass Sie Ihrer Gesundheit etwas Gutes tun, wenn Sie alltägliche Wegstrecken (wie zur Arbeit, zum Einkaufen, zu Freizeitaktivitäten) mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurücklegen?

Nein, überhaupt nicht ☐

Nein, eher nicht ☐

Teils, teils ☐

Ja, eher schon ☐

Ja, voll und ganz ☐

Weiß ich nicht ☐

→ Bitte weiter mit Frage 60

59 Warum sind Sie der Meinung, dass Sie Ihrer Gesundheit nichts Gutes tun, wenn Sie alltägliche Wegstrecken zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Zu Fuß gehen oder Fahrrad fahren ist aufgrund meines Gesundheitszustandes nicht gut für mich. ☐

Zu Fuß gehen oder Fahrrad fahren ist aufgrund der Verkehrssituation nicht gesund für mich. ☐

Sonstiges ☐

Fragebogen D

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

Sehr gut

☐

Gut

☐

Mittelmäßig

☐

Schlecht

☐

Sehr schlecht

☐

2 Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen?

 Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an.

--	--	--

 cm

3 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

4 Nur für Frauen bis einschließlich 50 Jahre: Sind Sie derzeit schwanger?

Ja ☐

Nein ☐

Jetzt geht es darum, wie viel Sie sich in einer typischen Woche in verschiedenen Bereichen körperlich betätigen. Denken Sie **zuerst** an die Zeit, in der Sie arbeiten. Denken Sie bei "arbeiten" an Dinge, die Sie tun müssen, wie z. B. bezahlte und unbezahlte Arbeit, Arbeiten rund um Ihr Zuhause, Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Schule oder Studium. Beziehen Sie Ihre Angaben auf die Haupttätigkeit. Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, schließen Sie alle mit ein.

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

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

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

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

Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus. ☐

Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Fragen die arbeitsbezogenen körperlichen Aktivitäten aus, die Sie bereits genannt haben. Denken Sie nun daran, wie Sie sich üblicherweise von Ort zu Ort fortbewegen. Zum Beispiel zur Arbeit, zur Uni, zur Schule oder zum Einkaufen.

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

Tage in der Woche

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche ☐ → Bitte weiter mit Frage 8

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

10 - 29 Minuten pro Tag ☐

30 - 59 Minuten pro Tag ☐

1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag ☐

2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag ☐

3 Stunden pro Tag oder mehr ☐

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

Tage in der Woche

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche ☐ → Bitte weiter mit Frage 10

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

10 - 29 Minuten pro Tag ☐

30 - 59 Minuten pro Tag ☐

1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag ☐

2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag ☐

3 Stunden pro Tag oder mehr ☐

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

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

Tage in der Woche

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche ☐ → Bitte weiter mit Frage 12

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

 Bitte geben Sie die Gesamtzeit in Stunden und Minuten an. Wenn Sie beispielsweise 1 Stunde aktiv sind, tragen Sie bei "Stunden" die 1 und bei "Minuten" die 0 ein. Wenn Sie 30 Minuten pro Woche aktiv sind, tragen Sie bei "Stunden" die 0 und bei "Minuten" die 30 ein. Wenn Sie 90 Minuten pro Woche aktiv sind, tragen Sie bei "Stunden" die 1 und bei "Minuten" die 30 ein.

		:		
--	--	---	--	--

Stunden Minuten

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

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

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

--

Tage in der Woche

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche ☐

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

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

 Die Zeit, die Sie mit schlafen verbringen, sollte ausgeschlossen werden.

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

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

14 Wie oft essen Sie Obst?

 Mit einzubeziehen ist ebenfalls getrocknetes, Tiefkühl- und Dosenobst.

 Nicht gemeint sind hier Obstsäfte.

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

Bitte weiter mit Frage 16, Seite 6

Bitte weiter mit Frage 17, Seite 6

15 Wie viele Portionen Obst nehmen Sie pro Tag zu sich?

 Eine Portion entspricht einer Handvoll Obst, z. B. 1 Banane, 1 Apfel oder 1 Birne.

Portionen pro Tag

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

 Eine Portion entspricht einer Handvoll Obst, z. B. 1 Banane, 1 Apfel oder 1 Birne.

Portionen pro Woche

17 Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat?

 Mit einzubeziehen ist getrocknetes, Tiefkühl- und Dosengemüse.

 Zählen Sie Kartoffeln und Gemüsesäfte bitte nicht mit.

Täglich oder mehrmals täglich ☐

4 bis 6 Mal pro Woche ☐

1 bis 3 Mal pro Woche ☐

Weniger als einmal pro Woche ☐

Nie ☐

→ Bitte weiter mit Frage 19

→ Bitte weiter mit Frage 20

18 Wie viele Portionen Gemüse oder Salat nehmen Sie pro Tag zu sich?

 Eine Portion entspricht einer Handvoll Gemüse, z. B. 8 Blumenkohlrischen, 4 gehäufte Esslöffel Kohl oder Spinat, eine mittelgroße Tomate.

Portionen pro Tag

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

 Eine Portion entspricht einer Handvoll Gemüse, z. B. 8 Blumenkohlrischen, 4 gehäufte Esslöffel Kohl oder Spinat, eine mittelgroße Tomate.

Portionen pro Woche

20 Wie oft trinken Sie Obst- oder Gemüsesaft mit 100% Fruchtgehalt?

 Bitte zählen Sie Getränke aus Sirup oder gesüßte Fruchtsaftgetränke nicht mit. Obst- und Gemüsesaft mit 100% Fruchtgehalt kann frisch gepresst sein, aus Direktsaft stammen oder aus Konzentrat hergestellt sein.

 Fruchtnektar oder Fruchtsaftschorlen dürfen nicht mitgezählt werden.

Täglich oder mehrmals täglich ☐

4 bis 6 Mal pro Woche ☐

1 bis 3 Mal pro Woche ☐

Weniger als einmal pro Woche ☐

Nie ☐

21 Wie oft trinken Sie zuckerhaltige Getränke wie gesüßte Fruchtsaftgetränke, Limonade, Cola oder andere zuckerhaltige Erfrischungsgetränke?

 Bitte zählen Sie Light- und Diätgetränke oder Getränke mit Süßstoff nicht mit.

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

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Verzehr von Fleisch.

22 Wie oft essen Sie rotes Fleisch?

 Fleisch von Tieren wie Rind, Kalb, Schwein und Lamm wird auch als rotes Fleisch bezeichnet.

 Zum Beispiel Schnitzel, Hackfleisch, Steak. Nicht gemeint sind Geflügelfleisch oder Wurstwaren.

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

23 Wie oft essen Sie Wurstwaren, z. B. Salami, Wiener Würstchen?

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

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

24 Rauchen Sie Tabakprodukte?

 Bitte schließen Sie Tabakerhitzer, elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte aus.

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Ja, täglich | ☐ | |
| Ja, gelegentlich | ☐ | → Bitte weiter mit Frage 27, Seite 8 |
| Nein, nicht mehr | ☐ | → Bitte weiter mit Frage 28, Seite 8 |
| Ich habe noch nie geraucht. | ☐ | → Bitte weiter mit Frage 30, Seite 8 |

25 Rauchen Sie täglich fabrikfertige oder selbstgedrehte Zigaretten?

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 27

26 Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag?

Zigaretten am Tag

27 Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

Ich will nicht mit dem Rauchen aufhören. ☐

Ich sollte mit dem Rauchen aufhören, aber ich möchte eigentlich nicht. ☐

Ich will mit dem Rauchen aufhören, habe aber noch nicht darüber nachgedacht, wann. ☐

Ich will unbedingt mit dem Rauchen aufhören, habe aber noch nicht darüber nachgedacht, wann. ☐

Ich will mit dem Rauchen aufhören und hoffe, dies in naher Zukunft zu tun. ☐

Ich will unbedingt mit dem Rauchen aufhören und habe vor, dies in den nächsten drei Monaten zu tun. ☐

Ich will unbedingt mit dem Rauchen aufhören und habe vor, dies im nächsten Monat zu tun. ☐

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

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 30

29 Wie viele Jahre haben Sie täglich geraucht?

 Zählen Sie alle Zeitabschnitte, in denen Sie täglich geraucht haben, zusammen.

Wenn Sie sich nicht an die genaue Zahl der Jahre erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung ab.

Jahre

30 Wie oft sind Sie in geschlossenen Räumen Tabakrauch ausgesetzt?

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

Täglich, 1 Stunde oder mehr ☐

Täglich, weniger als 1 Stunde ☐

Mindestens 1 Mal pro Woche (aber nicht täglich) ☐

Weniger als 1 Mal pro Woche ☐

Nie oder fast nie ☐

31 Nutzen Sie aktuell Tabakerhitzer oder Vaporizer, bei denen Tabaksticks oder loser Tabak erhitzt werden, z. B. der Marken IQOS, glo, Ploom oder PAX?

Ja, täglich ☐

Ja, gelegentlich ☐

Nein, nicht mehr ☐

Habe ich noch nie genutzt. ☐

32 Nutzen Sie aktuell elektronische Zigaretten oder ähnliche elektronische Produkte, z. B. E-Shisha, E-Pfeife?

Ja, täglich ☐

Ja, gelegentlich ☐

Nein, nicht mehr ☐

Habe ich noch nie genutzt. ☐

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Alkoholkonsum.

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

Täglich oder fast täglich ☐

An 5 - 6 Tagen pro Woche ☐

An 3 - 4 Tagen pro Woche ☐

An 1 - 2 Tagen pro Woche ☐

An 2 - 3 Tagen pro Monat ☐

Einmal pro Monat ☐

Weniger als einmal pro Monat. ☐

Nicht in den letzten 12 Monaten,
da ich keinen Alkohol mehr trinke. ☐

Nie, oder lediglich einige wenige
Schlucke in meinem Leben. ☐

→ Bitte weiter mit Frage 38, Seite 11

→ Bitte weiter mit Frage 40, Seite 11

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

An allen 4 Tagen ☐

An 3 der 4 Tage ☐

An 2 der 4 Tage ☐

An 1 der 4 Tage ☐

An keinem der 4 Tage ☐

→ Bitte weiter mit Frage 36, Seite 10

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

☞ Mit einem alkoholischen Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier mit 0,33 l, ein kleines Glas Wein oder Sekt mit 0,125 l oder einen doppelten Schnaps mit 4 cl. 0,5 Liter Bier entsprechen 1,5 Getränken. Cocktails oder Longdrinks enthalten in der Regel 4 cl Spirituosen (= 1 Getränk).

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

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

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| An allen 3 Tagen | ☐ |
| An 2 der 3 Tage | ☐ |
| An 1 der 3 Tage | ☐ |
| An keinem der 3 Tage | ☐ |

➔ Bitte weiter mit Frage 39

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

☞ Mit einem alkoholischen Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier mit 0,33 l, ein kleines Glas Wein oder Sekt mit 0,125 l oder einen doppelten Schnaps mit 4 cl. 0,5 Liter Bier entsprechen 1,5 Getränken. Cocktails oder Longdrinks enthalten in der Regel 4 cl Spirituosen (= 1 Getränk).

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

➔ Bitte weiter mit Frage 39

38 Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem dieser Tage?

 Mit einem alkoholischen Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier mit 0,33 l, ein kleines Glas Wein oder Sekt mit 0,125 l oder einen doppelten Schnaps mit 4 cl. 0,5 Liter Bier entsprechen 1,5 Getränken. Cocktails oder Longdrinks enthalten in der Regel 4 cl Spirituosen (= 1 Getränk).

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

39 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einem Anlass getrunken?

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

 Mit einem alkoholischen Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier mit 0,33 l, ein kleines Glas Wein oder Sekt mit 0,125 l oder einen doppelten Schnaps mit 4 cl. 0,5 Liter Bier entsprechen 1,5 Getränken. Cocktails oder Longdrinks enthalten in der Regel 4 cl Spirituosen (= 1 Getränk).

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

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

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

- | | |
|-------------|--------------------------|
| Keine | ☐ |
| 1 bis 2 | ☐ |
| 3 bis 5 | ☐ |
| 6 oder mehr | ☐ |

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

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

42 Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarinnen/Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

- Sehr einfach ☐
- Einfach ☐
- Möglich ☐
- Schwierig ☐
- Sehr schwierig ☐

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

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

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

- Ja ☐
- Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 46

44 Ist diese Person oder sind diese Personen...

 *Falls Sie mehrere Personen betreuen, geben Sie an, ob Sie die größte Pflegeleistung für ein Mitglied/mehrere Mitglieder Ihrer Familie oder für Nicht-Familienmitglied(er) erbringen.*

- Mitglied der Familie ☐
- Kein Mitglied der Familie ☐

45 Wie viele Stunden pro Woche pflegen oder unterstützen Sie insgesamt?

- Weniger als 5 Stunden pro Woche ☐
- 5 Stunden bis weniger als 10 Stunden pro Woche ☐
- 10 Stunden bis weniger als 20 Stunden pro Woche ☐
- 20 Stunden bis weniger als 30 Stunden pro Woche ☐
- 30 Stunden bis weniger als 40 Stunden pro Woche ☐
- 40 Stunden pro Woche oder mehr ☐

Nun folgen Fragen zu bestimmten Lebensmitteln, die Sie in den letzten zwei Monaten verzehrt haben könnten.

46 Haben Sie in den letzten 2 Monaten das folgende Lebensmittel verzehrt?

 *Früchte aus dem eigenen Garten sind nicht gemeint.*

	Ja	Wahrscheinlich ja*	Nein	Weiß nicht
FrISChe Erdbeeren	☐	☐	☐	☐
FrISCHe Himbeeren	☐	☐	☐	☐
FrISCHe Blaubeeren oder Heidelbeeren	☐	☐	☐	☐
Andere frISCHe Beeren, z. B. Brombeeren, Johannisbeeren	☐	☐	☐	☐
Tiefkühl-Erdbeeren	☐	☐	☐	☐
Tiefkühl-Himbeeren	☐	☐	☐	☐
Tiefkühl-Blaubeeren oder -Heidelbeeren	☐	☐	☐	☐
Tiefkühl-Beerenmischung	☐	☐	☐	☐
Andere Tiefkühl-Beeren	☐	☐	☐	☐
Andere Tiefkühl-Früchte, z. B. Granatapfelkerne, Mango	☐	☐	☐	☐
Smoothies jeglicher Art	☐	☐	☐	☐
Smoothies mit Beeren	☐	☐	☐	☐
Tiefkühl-Kuchen oder -Torten jeglicher Art	☐	☐	☐	☐
Kuchen oder Torten mit Beeren (inkl. auf Feiern, aus Cafés, Bäckereien)	☐	☐	☐	☐
Tiefkühl-Kuchen oder -Torten mit Beeren	☐	☐	☐	☐
Andere Produkte, die Tiefkühl-Beeren enthalten, z. B. Eis, Soßen	☐	☐	☐	☐
Datteln	☐	☐	☐	☐
Meeresfrüchte, z. B. Muscheln oder Austern	☐	☐	☐	☐
Getrocknete Tomaten	☐	☐	☐	☐

* Das bedeutet, dass Sie das Lebensmittel wahrscheinlich verzehrt haben oder es regelmäßig verzehren, aber sich unsicher sind, ob Sie es in den letzten zwei Monaten verzehrt haben.

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

47 Ich nutze das Internet.

 Bitte geben Sie an, wie oft Sie dies tun.

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Nie/Ich habe kein Internet. | ☐ | → Bitte weiter mit Frage 49 |
| Selten | ☐ | |
| Manchmal | ☐ | |
| Oft | ☐ | |
| Täglich | ☐ | |

48 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 | ☐ |
| Selten | ☐ |
| Manchmal | ☐ |
| Oft | ☐ |
| Täglich | ☐ |

49 Ich nutze spezielle Geräte (z. B. Smartphone, Smartwatch, Fitnessstracker 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. | ☐ |
| Selten | ☐ |
| Manchmal | ☐ |
| Oft | ☐ |
| Täglich | ☐ |

50 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. | ☐ |
| Ich sehe keinen Nutzen für die eigene Gesundheit. | ☐ |
| Ich habe Bedenken bei der Sicherheit meiner privaten Daten in digitalen Anwendungen. | ☐ |
| Ich habe Schwierigkeiten bei der Nutzung und Bedienung digitaler Anwendungen. | ☐ |
| Ich kenne bisher keine digitalen Gesundheitsangebote. | ☐ |
| Keine, ich möchte digitale Gesundheitsangebote nutzen, wenn sie verfügbar sind. | ☐ |
| Keine, ich nutze digitale Gesundheitsangebote bereits regelmäßig. | ☐ |

Fragebogen Soziodemografie

Nun folgen ein paar allgemeine Fragen zu Ihrer Person.

51 Wann sind Sie geboren?

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

		.				
Monat			Jahr			

52 Welches Geschlecht wurde bei Ihrer Geburt in Ihre Geburtsurkunde eingetragen?

Männlich ☐

Weiblich ☐

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

Männlich ☐

Weiblich ☐

Oder einem anderen, und zwar: ☐



Ansichtsexemplar

54 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 56

55 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	→		☐	☐	☐
Person 2	→		☐	☐	☐
Person 3	→		☐	☐	☐
Person 4	→		☐	☐	☐
Person 5	→		☐	☐	☐
Person 6	→		☐	☐	☐
Person 7	→		☐	☐	☐
Person 8	→		☐	☐	☐
Person 9	→		☐	☐	☐
Person 10	→		☐	☐	☐

Nun geht es um Ihre Ausbildung.

56 Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

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

☞ Bitte machen Sie nur eine Angabe.

- | | |
|--|--------------------------|
| Schüler/in, besuche eine allgemeinbildende Schule | ☐ |
| Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss | ☐ |
| Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch | ☐ |
| Haupt-/Volksschulabschluss | ☐ |
| Polytechnische Oberschule (POS) der DDR 8./9. Klasse | ☐ |
| Realschulabschluss, Mittlere Reife, POS 10. Klasse oder gleichwertiger Abschluss | ☐ |
| Fachhochschulreife | ☐ |
| Abitur (allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife) | ☐ |

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

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

☞ Bitte machen Sie nur eine Angabe.

- | | |
|--|--------------------------|
| Keinen beruflichen Abschluss | ☐ |
| Anlernausbildung, berufliches Praktikum (mindestens 12 Monate), Berufsvorbereitungsjahr | ☐ |
| Lehre, Berufsausbildung im dualen System oder berufsqualifizierender Abschluss an einer Berufsfachschule, Kollegschule | ☐ |
| Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung | ☐ |
| 1-jährige Ausbildung an einer Schule für Gesundheits- und Sozialberufe (z. B. Altenpflegehelfer/in, Rettungsassistent/in) | ☐ |
| 2- bis 3-jährige Ausbildung an einer Schule für Gesundheits- und Sozialberufe (z. B. Masseur/in, PTA, MTA, Physiotherapeut/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in) | ☐ |
| Ausbildung an einer Schule für Erzieher/innen | ☐ |
| Meister/in, Techniker/in oder gleichwertiger Fachschulabschluss | ☐ |
| Fachschule der DDR | ☐ |
| Fachakademie (nur in Bayern) | ☐ |
| Hochschulen/Fachhochschulen (Diplom, Bachelor, Master, Magister, Staatsprüfung, Staatsexamen, Lehramtsprüfung): | |
| Berufsakademie/Verwaltungsfachhochschule | ☐ |
| Fachhochschule (auch Ingenieurschule, Hochschule (FH) für angewandte Wissenschaften, Duale Hochschule (in Baden-Württemberg und Thüringen)) | ☐ |
| Universität (Wissenschaftliche Hochschule, auch Kunsthochschule, Pädagogische oder Theologische Hochschule) | ☐ |

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

 Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Bachelor	☐
Diplom	☐
Master, Magister, Staatsexamen	☐
Promotion	☐

Nun geht es um Ihre Einkommens- und Lebenssituation.

59 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.

Monatliches Haushalts-Netto-Einkommen:

--	--	--	--	--

 Euro

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

Unter 250 Euro	☐	3.000 bis unter 3.250 Euro	☐
250 bis unter 500 Euro	☐	3.250 bis unter 3.500 Euro	☐
500 bis unter 750 Euro	☐	3.500 bis unter 4.000 Euro	☐
750 bis unter 1.000 Euro	☐	4.000 bis unter 4.500 Euro	☐
1.000 bis unter 1.250 Euro	☐	4.500 bis unter 5.000 Euro	☐
1.250 bis unter 1.500 Euro	☐	5.000 bis unter 6.000 Euro	☐
1.500 bis unter 1.750 Euro	☐	6.000 bis unter 7.000 Euro	☐
1.750 bis unter 2.000 Euro	☐	7.000 bis unter 8.000 Euro	☐
2.000 bis unter 2.250 Euro	☐	8.000 bis unter 10.000 Euro	☐
2.250 bis unter 2.500 Euro	☐	10.000 bis unter 15.000 Euro	☐
2.500 bis unter 2.750 Euro	☐	15.000 bis unter 25.000 Euro	☐
2.750 bis unter 3.000 Euro	☐	25.000 Euro oder mehr	☐

60 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. | ☐ | |
| Ich bin erwerbstätig in Teilzeit. | ☐ | |
| Ich bin zurzeit arbeitslos. | ☐ | |
| Ich bin im Ruhestand oder Vorruhestand. | ☐ | |
| Ich bin dauerhaft erwerbsunfähig. | ☐ | |
| Ich bin Schüler/in, Student/in, unbezahlte/r Praktikant/in, Teilnehmer/in an Fortbildungsmaßnahmen. | ☐ | → Bitte weiter mit Frage 67 |
| Ich leiste ein freiwilliges soziales/ökologisches/kulturelles Jahr, Bundesfreiwilligendienst oder freiwilligen Wehrdienst. | ☐ | |
| Ich bin als Hausfrau/Hausmann tätig, betreue Kinder oder hilfsbedürftige Personen. | ☐ | |
| Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig. | ☐ | |

61 Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer hauptsächlich ausgeübten Erwerbstätigkeit?

- | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|
| Angestellte/r | ☐ | |
| Arbeiter/in | ☐ | → Bitte weiter mit Frage 63 |
| Beamten/Beamter, Richter/in, Berufssoldat/in | ☐ | → Bitte weiter mit Frage 64 |
| Selbstständige/r Landwirt/in | ☐ | → Bitte weiter mit Frage 65 |
| Akademiker/in in freiem Beruf (Ärztin/Arzt, Rechtsanwältin/Rechtsanwalt, Steuerberater/in u. Ä.) | ☐ | |
| Selbstständige/r im Handel, im Gastgewerbe, in der Industrie, in der Dienstleistung | ☐ | → Bitte weiter mit Frage 66 |
| In einer beruflichen Ausbildung/Lehre | ☐ | |
| Mithelfende/r Familienangehörige/r | ☐ | → Bitte weiter mit Frage 68 |

62 Sind Sie Angestellte/r...?

- | | |
|---|--------------------------|
| mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung (z. B. Verkäufer/in, Kassierer/in, Pflegehelfer/in) | ☐ |
| mit qualifizierter Tätigkeit, die nach Anweisung erledigt wird (z. B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in, technische/r Zeichner/in) | ☐ |
| mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z. B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Abteilungsleiter/in, Meister/in) | ☐ |
| mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z. B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Vorstand) | ☐ |

→ Bitte weiter mit Frage 68

63 Sind Sie...?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ungelernte/r Arbeiter/in | ☐ |
| angelernte/r Arbeiter/in | ☐ |
| Facharbeiter/in | ☐ |
| Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in | ☐ |
| Meister/in, Polier/in, Brigadier/in | ☐ |

→ Bitte weiter mit Frage 68

64 Sind Sie...?

- | | |
|---|--------------------------|
| im einfachen Dienst oder in einer vergleichbaren Laufbahngruppe | ☐ |
| im mittleren Dienst oder in einer vergleichbaren Laufbahngruppe | ☐ |
| im gehobenen Dienst oder in einer vergleichbaren Laufbahngruppe
(z. B. Lehrer/in Primar- oder Sekundarstufe I) | ☐ |
| im höheren Dienst oder in einer vergleichbaren Laufbahngruppe
(z. B. Lehrer/in Sekundarstufe II, Schulleiter/in) | ☐ |

→ Bitte weiter mit Frage 68

65 Ich bin Landwirt/in...

- | | |
|--|--------------------------|
| ... mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche unter 10 ha | ☐ |
| ... mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche von 10 ha und mehr | ☐ |

→ Bitte weiter mit Frage 68

66 Ich bin selbstständig und habe...

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| ... keine weiteren Mitarbeiter/innen | ☐ |
| ... 1-9 Mitarbeiter/innen | ☐ |
| ... 10 Mitarbeiter/innen und mehr | ☐ |

→ Bitte weiter mit Frage 68

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

- | | |
|------|--|
| Ja | ☐ |
| Nein | ☐ → Bitte weiter mit Frage 72, Seite 21 |

68 Glauben Sie, dasss Ihre Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sehr stark | Stark | Mäßig | Gar nicht |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

69 Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

 Geben Sie die genaue Berufsbezeichnung an, nicht den Ausbildungsabschluss oder Rang.
Zum Beispiel: Blumenverkäuferin (nicht Verkäuferin), Maurer (nicht Bauarbeiter),
Zollsachbearbeiterin (nicht Beamtin), Unternehmensberaterin (nicht Betriebswirtin)



70 Tragen Sie den Wirtschaftszweig/die Branche des Betriebs (örtliche Niederlassung) ein, in dem/der Sie Ihre gegenwärtige Tätigkeit ausüben.

 Wenn der Betrieb mehrere Niederlassungen hat, nennen Sie den wirtschaftlichen Schwerpunkt der örtlichen Niederlassung und nicht des gesamten Unternehmens.

 Bei Zeit- oder Leiharbeit tragen Sie bitte den Wirtschaftszweig/die Branche ein, in dem/der Sie Ihre gegenwärtige Tätigkeit ausüben.

 Bitte geben Sie den Wirtschaftszweig/die Branche so genau wie möglich an, z. B. Lebensmitteleinzelhandel (nicht: Handel), Gebäudeverwaltung, Hausmeisterdienste, Unternehmensberatung (nicht: Dienstleistung), Softwareentwicklung (nicht: IT)



71 Sind Sie im öffentlichen Dienst beschäftigt?

 Zum öffentlichen Dienst gehören Behörden und Gemeinden, Ländern und Bund, öffentliche Schulen, die Agentur für Arbeit, Sozialversicherungsträger, Polizei, Bundeswehr.

 Wenn Sie in einem privatisierten Nachfolgeunternehmen der Deutschen Post/der Bundesbahn arbeiten oder in einer Kirche beschäftigt sind, geben Sie hier bitte „Nein“ an.

Ja ☐

Nein ☐

72 Stellen Sie sich eine Leiter mit 10 Sprossen vor, die zeigt, wo die Menschen in Deutschland stehen.

Ganz **oben** stehen die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Ganz **unten** stehen diejenigen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs oder ohne Job.

Je höher man auf der Leiter steht, desto näher ist man den Personen ganz oben, je niedriger, desto näher den Personen ganz unten.

Wo würden Sie sich auf der Leiter platzieren?

 Bitte kreuzen Sie an, auf welcher Sprosse Sie Ihrer Meinung nach in Ihrer aktuellen Lebensphase im Verhältnis zu anderen Menschen in Deutschland stehen.

☐ 10	Oben
☐ 9	
☐ 8	
☐ 7	
☐ 6	
☐ 5	
☐ 4	
☐ 3	
☐ 2	
☐ 1	Unten

73 Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie?

 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

Die deutsche Staatsangehörigkeit ☐ → **Ende der Befragung**

Andere Staatsangehörigkeit, und zwar: ☐



74 Haben Sie noch eine weitere Staatsangehörigkeit?

Nein ☐

Ja, und zwar: ☐



75 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 ☐

**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.**