

## Gesundheitsumfrage 2023 - 2024

### Ausgewählte Person

Vorname :

Nummer :

	-	0				-	0				-	0			-	0		
--	---	---	--	--	--	---	---	--	--	--	---	---	--	--	---	---	--	--

### Befrager(in)

Nummer :

--	--	--	--	--

Datum der Befragung:

T	T	-	M	M	-	2	0	2	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

## Wie soll dieser Fragebogen ausgefüllt werden? Hier sind einige Beispiele:

Kreuzen Sie das Kästchen an, das am besten zu Ihrer Antwort passt, z.B.:

**ZB.01 Haben Sie einen Besuch von einem Interviewer erhalten?**

- Ja  
1
- Nein  
2

Schreiben Sie die Nummer in die entsprechenden Felder, z.B.:

**ZB.02 Wann hat der Interviewer Sie zum ersten Mal kontaktiert?**

Tage vorher

### Manchmal, je nach Ihrer Antwort...

\* werden Sie zu einer Unterfrage weitergeleitet, die durch einen Pfeil gekennzeichnet ist, z.B.:

**ZB.03 Haben Sie schon einmal an einer unserer nationalen Gesundheitsumfragen teilgenommen?**

- Ja  
1
- a) Wenn ja, in welchem Jahr haben Sie teilgenommen?
- Nein  
2

\* können Sie die Fragen überspringen und direkt zu der mit dem roten Pfeil gekennzeichneten Frage übergehen, z.B.:

**ZB.04 Waren diese Erklärungen vor dem Ausfüllen des Fragebogens für Sie verständlich?**

- Ja  
1
- Nein  
3
- ⇒ Gehen Sie zu SH.01 Seite 3

### Bemerkung:

Wenn nicht anders vermerkt, kreuzen Sie bitte nur ein Antwortfeld pro Frage an und fahren Sie direkt mit der nächsten Frage fort.

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, kreuzen Sie das neue Kästchen an und schwärzen oder streichen Sie die Antwort, die nicht mehr passt.

## Informationen

Für einen korrekten Abgleich mit dem mündlichen Fragebogen füllen Sie bitte die folgenden Informationen aus:

Ihre Postleitzahl:

Ihr Geburtsdatum:    /   /

Sie sind:  <sub>1</sub> Mann  
 <sub>2</sub> Frau  
 <sub>3</sub> Andere

## Gefühlte Gesundheit

**SH.01** Wie ist Ihre allgemeiner Gesundheitszustand?

- <sub>1</sub> Sehr gut  
 <sub>2</sub> Gut  
 <sub>3</sub> Mittelmäßig  
 <sub>4</sub> Schlecht  
 <sub>5</sub> Sehr schlecht

**SH.02** Leiden Sie an einer langwierigen oder chronischen Krankheit?

- <sub>1</sub> Ja  
 <sub>2</sub> Nein

**SH.03** Fühlen Sie sich seit mindestens 6 Monaten infolge eines Gesundheitsproblems in den gewöhnlichen Tätigkeiten beeinträchtigt?

- <sub>1</sub> Ja, sehr beeinträchtigt  
 <sub>2</sub> Ja, beeinträchtigt  
 <sub>3</sub> Nein, überhaupt nicht

## Stress und Wohlbefinden

### VT.01 Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Leben?

Auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 für "überhaupt nicht zufrieden" und 10 für "völlig zufrieden" steht

–  –  –  –  –  –  –  –  –  –  –

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt nicht  
zufrieden

völlig  
zufrieden

### Wie fühlten Sie sich während der letzten Wochen?

Beschreiben Sie Ihre derzeitige Situation, nicht wie sie möglicherweise in der Vergangenheit war.

#### WB.01 Haben Sie sich auf alles konzentrieren können, was Sie tun?

- 1  Besser als üblich  
2  Wie üblich  
3  Schlechter als üblich  
4  Viel schlechter als üblich

#### WB.02 Haben Sie unter Schlafmangel gelitten, weil Sie Sorgen hatten?

- 1  Überhaupt nicht  
2  Nicht mehr als üblich  
3  Etwas mehr als üblich  
4  Viel mehr als üblich

#### WB.03 Hatten Sie das Gefühl, zu etwas nützlich zu sein?

- 1  Mehr als üblich  
2  Wie üblich  
3  Weniger nützlich als üblich  
4  Viel weniger nützlich als üblich

**In den letzten Wochen...**

**WB.04 Fühlten Sie sich in der Lage, Entscheidungen zu treffen?**

- 1  Mehr als üblich
- 2  Wie üblich
- 3  Weniger in der Lage als üblich
- 4  Viel weniger in der Lage als üblich

**WB.05 Fühlten Sie sich dauernd angespannt oder unter Druck?**

- 1  Absolut nicht
- 2  Nicht mehr als üblich
- 3  Ein wenig mehr als üblich
- 4  Viel mehr als üblich

**WB.06 Hatten Sie das Gefühl, Ihre Schwierigkeiten nicht überwinden zu können?**

- 1  Absolut nicht
- 2  Nicht mehr als üblich
- 3  Ein wenig mehr als üblich
- 4  Viel mehr als üblich

**WB.07 Konnten Sie Ihre Alltagsaktivitäten genießen?**

- 1  Mehr als üblich
- 2  Wie üblich
- 3  Etwas weniger als üblich
- 4  Viel weniger als üblich

**WB.08 Fühlten Sie sich fähig, sich Ihren Problemen zu stellen?**

- 1  Mehr als üblich
- 2  Wie üblich
- 3  Etwas weniger fähig als üblich
- 4  Viel weniger fähig als üblich

**In den letzten Wochen...**

**WB.09 Fühlten Sie sich unglücklich oder deprimiert?**

- 1  Absolut nicht  
2  Nicht mehr als üblich  
3  Etwas mehr als üblich  
4  Viel mehr als üblich

**WB.10 Haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren?**

- 1  Absolut nicht  
2  Nicht mehr als üblich  
3  Etwas mehr als üblich  
4  Viel mehr als üblich

**WB.11 Haben Sie sich wertlos gefühlt?**

- 1  Absolut nicht  
2  Nicht mehr als üblich  
3  Etwas mehr als üblich  
4  Viel mehr als üblich

**WB.12 Haben Sie sich insgesamt einigermaßen glücklich gefühlt?**

- 1  Mehr als üblich  
2  Wie üblich  
3  Etwas weniger als üblich  
4  Viel weniger als üblich

**WB.13 Fühlten Sie sich optimistisch in Bezug auf Ihre Zukunft?**

- 1  Mehr als üblich  
2  Wie üblich  
3  Etwas weniger als üblich  
4  Viel weniger als üblich

**VT.02** In welchem Maße haben Sie sich innerhalb der letzten Wochen so gefühlt?

<i>Ein Kreuz pro Linie</i>	Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
01. Voller Leben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02. Voller Energie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Erschöpft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Müde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**VT.03** Wie würden Sie Ihre Schlafqualität in den letzten 2 Wochen im Allgemeinen beurteilen?

sehr schlecht      schlecht      mittel      gut      ausgezeichnet

—  —  —  —  —  —  —  —  —  —

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**DR.01** Haben Sie in den letzten 2 Wochen Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?

- Ja  
1
- Nein  
2

**DR.02** Haben Sie in den letzten 2 Wochen Antidepressiva eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?

- Ja  
1
- Nein  
2

## Ängstliche oder depressive Erscheinungen

**AD.01** Hatten Sie in den letzten 2 Wochen mit folgenden Problemen zu kämpfen?

<i>Ein Kreuz pro Linie</i>	Nein, Überhaupt nicht	Ja, einigen- Tagen	Ja, mehr als der Hälfte der Tage	Ja, fast jeden Tag
01. Sich nervös, ängstlich oder angespannt fühlen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. Nicht aufhören können, sich Sorgen zu machen oder diese Sorgen zu kontrollieren	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Sich zu viel um verschiedene Dinge sorgen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
04. Mühe haben, sich zu entspannen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
05. So rastlos sein, dass das Stillsitzen schwer fällt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
06. Schnell verärgert oder gereizt sein	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
07. Besorgt fühlen, so als könnte etwas Furchtbares passieren	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
08. Wenig Interesse oder Vergnügen an Tätigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
09. Sich niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos fühlen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder zu viel Schlaf	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Sich müde fühlen oder wenig Energie haben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Appetitlosigkeit oder übermäßiges Essen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Eine schlechte Meinung von sich selbst haben, sich als Versager fühlen oder das Gefühl haben, dass Sie Ihren eigenen Erwartungen oder denen Ihrer Mitmenschen nicht gerecht werden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Schwierigkeiten haben, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. Zeitung lesen oder fernsehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Sich so langsam bewegen oder sprechen, dass es anderen Personen auffallen könnte. Oder umgekehrt so unruhig und ungeduldig zu sein, dass Sie sich viel mehr bewegen als sonst	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. Daran denken, dass es Ihnen besser gehen würde, wenn Sie nicht mehr am Leben wären, oder daran denken, sich selbst zu verletzen oder sich auf irgendeine Weise weh zu tun	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>



AD.02

Wenn Sie eine oder mehrere der in der vorherigen Frage genannten Schwierigkeiten hatten, waren diese Schwierigkeiten für Sie ein Problem bei der Ausübung Ihrer Tätigkeiten am Arbeitsplatz, zu Hause oder in Ihren sozialen Beziehungen?

- 1  Nein, überhaupt nicht
- 2  Ja, etwas
- 3  Ja, viel
- 4  Ja, sehr viel
- 5  Nicht zutreffend

AD.03

Haben Sie jemals wegen Problemen mit Ihrer geistigen, psychologischen oder emotionalen Gesundheit professionelle Hilfe in Anspruch genommen?

- 1  Ja, in den letzten 12 Monaten
- 2  Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
- 3  Nein, nie ⇒ Gehen Sie zu SU.01 Seite 10

AD.04

Welche Art von Hilfe oder medizinischem Fachpersonal haben Sie bei Problemen mit der geistigen, psychologischen oder emotionalen Gesundheit in Anspruch genommen?

*Mehrere Antworten möglich*

- 1  Spezialisierter Online- oder Telefonhilfsdienst (Telecare, SOS Suizid...)
- 2  Allgemeinmedizinischer Arzt
- 3  Psychiater
- 4  Psychologe/in oder Psychotherapeut/in
- 5  Dienst für psychische Gesundheit oder medizinisch-psychologisches Betreuungszentrum
- 6  Zentrum für ambulante Betreuung
- 7  Stationäres Aufnahme- und Hilfszentrum
- 8  Psychiatrische Klinik oder psychiatrische Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses
- 9  Andere Fachkraft, bitte angeben : \_\_\_\_\_
- 10  Andere Pflegeeinrichtung, bitte angeben : \_\_\_\_\_

**SU.01 Haben Sie schon einmal ernsthaft daran gedacht, Ihrem Leben ein Ende zu setzen?**

<sup>1</sup>  Ja

<sup>2</sup>  Nein

**SU.02 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten solche Gedanken?**

<sup>1</sup>  Ja

<sup>2</sup>  Nein

**SU.03 Haben Sie schon einen Selbstmordversuch unternommen?**

<sup>1</sup>  Ja

<sup>2</sup>  Nein

**SU.04 Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Selbstmordversuch unternommen?**

<sup>1</sup>  Ja

<sup>2</sup>  Nein

## Essstörungen

*Ein Kreuz pro Linie*

	Ja	Nein
<b>EB.01</b> Haben Sie kürzlich mehr als 6 Kilo innerhalb von 3 Monaten abgenommen?	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>
<b>EB.02</b> Befürchten Sie, dass Sie die Kontrolle über die Menge, die Sie essen verloren haben?	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>
<b>EB.03</b> Kommt es vor, dass Sie bei sich absichtlich Brechreiz hervorrufen, weil Sie ein Völlegefühl verspüren?	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>
<b>EB.04</b> Würden Sie sagen, dass Essen Ihr Leben bestimmt?	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>
<b>EB.05</b> Sagen Ihnen andere, dass Sie zu schlank sind, obwohl Sie sich als zu dick empfinden?	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>
<b>EB.06</b> Hatten Sie Zeiten, in denen Sie zu viel gegessen haben (d. h. deutlich mehr als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum essen würden)?	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>

**EB.07 Versuchen Sie derzeit, abzunehmen, an Gewicht zuzunehmen oder Ihr Gewicht zu halten? Oder würden Sie eher sagen, dass Sie sich darüber keine Gedanken machen?**

<sup>1</sup>  Ich versuche abzunehmen

<sup>2</sup>  Ich versuche, mein Gewicht zu halten

<sup>3</sup>  Ich versuche, zuzunehmen

<sup>4</sup>  Ich mache mir keine Gedanken über mein Gewicht

# Alkoholkonsum

**AL.01** Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten alkoholische Getränke aller Art (Bier, Wein, Cider, Alkopops, Cocktails, Mixgetränke, Liköre, Spirituosen, selbstgebrannten Alkohol...) zu sich genommen?

- |  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| <p>1 <input type="checkbox"/> Jeden Tag oder fast jeden Tag</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 5 - 6 Tage die Woche</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 - 4 Tage die Woche</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 1 - 2 Tage die Woche</p> | } | ⇒ Gehen Sie zu AL.02          |
| <p>5 <input type="checkbox"/> 2 - 3 Tage im Monat</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 1 Tag im Monat</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Seltener als 1 Tag im Monat</p>   | } | ⇒ Gehen Sie zu AL.06 Seite 12 |
| <p>8 <input type="checkbox"/> Ich habe früher Alkohol getrunken, aber nicht in den letzten 12 Monaten</p>  |   | ⇒ Gehen Sie zu AL.08 Seite 13 |
| <p>9 <input type="checkbox"/> Noch nie oder höchstens ein paar Schlücke in meinem Leben</p>  |   | ⇒ Gehen Sie zu TA.01 Seite 15 |

## Wochentagskonsum (Montag bis Donnerstag)

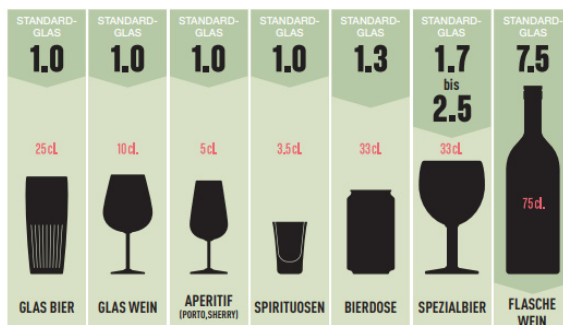
**AL.02** Von Montag bis Donnerstag, an wie vielen dieser 4 Wochentage, trinken Sie normalerweise alkoholische Getränke?

- 4  An allen **4** Wochentagen (Montag bis Donnerstag)
- 3  An **3** der 4 Wochentage
- 2  An **2** der 4 Wochentage
- 1  An **1** der 4 Wochentage
- 0  Ich trinke an Wochentagen nicht (Montag bis Donnerstag)

**AL.03** Wenn Sie an einem Wochentag (Montag-Donnerstag) konsumieren, wie viel trinken Sie dann durchschnittlich an einem solchen Tag?

*Bitte beziehen Sie sich auf Standardgläser (picto)*

- 7  16 oder mehr Gläser pro eine Wochentag
- 6  10 bis 15 Gläser
- 5  6 bis 9 Gläser
- 4  4 bis 5 Gläser
- 3  3 Gläser
- 2  2 Gläser
- 1  1 Glas oder weniger
- 0  Ich trinke unter der Woche (Montag bis Donnerstag) nicht



## Konsum am Wochenende (Freitag bis Sonntag)

**AL.04** **Von Freitag bis Sonntag, an wie vielen dieser 3 Wochenendtage trinken Sie normalerweise alkoholische Getränke?**

- 3  An allen **3** Wochenendtagen (Freitag - Sonntag)
- 2  An **2** der 3 Wochenendtage
- 1  An **einem** der 3 Wochenendtage
- 0  Ich trinke nicht am Wochenende (Freitag bis Sonntag)

**AL.05** **Wenn Sie an einem Wochenendtag (Freitag - Sonntag) trinken, wie viel trinken Sie dann im Durchschnitt an einem solchen Tag?**

*Bitte beziehen Sie sich auf Standardgläser (picto)*

- 7  16 Gläser oder mehr an einem Wochenendtag
- 6  10 - 15 Gläser
- 5  6 - 9 Gläser
- 4  4 - 5 Gläser
- 3  3 Gläser
- 2  2 Gläser
- 1  1 Glas oder weniger
- 0  Ich trinke am Wochenende (Freitag - Sonntag) nicht



## Weise des Konsums

**AL.06** **Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 6 Gläser oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken? Beispielsweise bei einer Feier, bei einem Essen, abends mit Freunden, alleine zu Hause,...**

*Ich hatte 6 oder mehr Drinks pro Gelegenheit...*

- 1  Jeden Tag oder fast jeden Tag
- 2  5 - 6 Tage die Woche
- 3  3 - 4 Tage die Woche
- 4  1 - 2 Tage die Woche
- 5  2 - 3 Tage im Monat
- 6  1 Tag im Monat
- 7  Seltener als 1 Tag im Monat
- 8  Gar nicht in den letzten 12 Monaten
- 9  Noch nie in meinem ganzen Leben

**AL.07** Wie häufig haben Sie mindestens **4 Gläser (für Frauen)** oder mindestens **6 Gläser (für Männer)** innerhalb **von 2 Stunden** getrunken?

- 1  Jeden Tag oder fast jeden Tag
- 2  Jede Woche aber nicht täglich
- 3  Jeden Monat aber nicht jede Woche
- 4  Seltener als 1 Tag im Monat
- 5  Gar nicht in den letzten 12 Monaten
- 6  Noch nie in meinem ganzen Leben

**AL.08** Ohne kleine Schlückchen mit zu zählen, wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, alkoholische Getränke zu trinken?

Ich war   Jahre alt

**AL.09** Haben Sie schon mal das Bedürfnis verspürt, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren?

- 1  Ja, in den letzten 12 Monaten
- 2  Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
- 3  Nein, nie

**AL.10** Sind Sie schon mal bezüglich Ihres Alkoholkonsums kritisiert worden?

- 1  Ja, in den letzten 12 Monaten
- 2  Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
- 3  Nein, nie

**AL.11** Hatten Sie schon mal ein schlechtes Gewissen wegen Ihres Alkoholkonsums?

- 1  Ja, in den letzten 12 Monaten
- 2  Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
- 3  Nein, nie

**AL.12** Haben Sie schon einmal morgens das Verlangen verspürt, Alkohol zu trinken, um richtig wach zu werden?

- 1  Ja, in den letzten 12 Monaten
- 2  Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
- 3  Nein, nie

**AL.13** Hatten Sie schon mal Probleme sich erinnern, was Sie gesagt oder getan haben, weil Sie getrunken haben?

- 1  Ja, in den letzten 12 Monaten
- 2  Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
- 3  Nein, nie

**AL.14** Haben Sie schon mal professionelle Hilfe wegen Alkoholproblemen in Anspruch genommen?

- 1  Ja, in den letzten 12 Monaten
- 2  Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
- 3  Nein, nie ⇒ Gehen Sie zu TA.01 Seite 15

**AL.15** Welche Art von Hilfe oder medizinischem Fachpersonal haben Sie wegen dieser Probleme im Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum aufgesucht?

*Mehrere Antworten möglich*

- 1  Spezialisierte Hilfsdienste online oder per Telefon
- 2  Allgemeinmedizinischer Arzt
- 3  Psychiater
- 4  Psychologe/in oder Psychotherapeut/in
- 5  Dienst für psychische Gesundheit oder medizinisch-psychologisches Betreuungszentrum
- 6  Zentrum für ambulante Betreuung
- 7  Stationäres Aufnahme- und Hilfszentrum
- 8  Psychiatrische Klinik oder psychiatrische Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses
- 9  Andere Fachkraft, bitte angeben : \_\_\_\_\_
- 10  Andere Pflegeeinrichtung, bitte angeben : \_\_\_\_\_

## Tabakkonsum

**Achtung:** Hier geht es NICHT um elektronische Zigaretten, sondern um klassische Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas ...!

**TA.01** Haben Sie jemals eine ganze Zigarette in Ihrem Leben geraucht?

Ja

1

Nein

2

⇒ Gehen Sie weiter zu EC.01 Seite 17

**TA.02** Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Zigarette bis zu Ende geraucht haben?

Ich war   Jahren

**TA.03** Haben Sie in Ihrem Leben schon mehr als 100 Zigaretten (ungefähr 5 Päckchen) oder eine ähnlich große Menge Tabak geraucht?

Ja

1

Nein

2

⇒ Gehen Sie weiter zu EC.01 Seite 17

**TA.04** Haben Sie jemals länger als ein Jahr täglich geraucht?

Ja

1

Nein

2

⇒ Gehen Sie weiter zu TA.06

**TA.05** Während wie vielen Jahren haben Sie insgesamt täglich geraucht?

Zählen Sie alle Zeiträume zusammen, in denen Sie bis heute täglich geraucht haben

Ich habe täglich während   Jahren geraucht

Falls es weniger als ein Jahr sein sollte, geben Sie "0" an

**TA.06** Rauchen Sie momentan?

Ja, jeden Tag

1

Ja, gelegentlich

2

Nein, überhaupt nicht

3

⇒ Gehen Sie weiter zu TA.07

⇒ Gehen Sie weiter zu EC.01 Seite 17

⇒ Gehen Sie weiter zu EC.01 Seite 17

## Aktuelle tägliche Raucher

Diese Fragen richten sich nur an Personen, die **derzeit täglich** rauchen.

Wenn Sie derzeit nicht täglich rauchen, gehen Sie bitte zu Frage EC.01 auf Seite 17 über.

**TA.07** In welchem Alter haben Sie mit dem **täglichen** Rauchen begonnen (auch wenn Sie es manchmal unterbrochen haben)?

Ich war   Jahren

**TA.08** Im Durchschnitt, welche Menge rauchen Sie **tätlich**?

*Mehrere Antworten möglich*

*Achtung! Geben Sie die Anzahl tägliche Zigaretten (oder Zigarren/Pfeifen...) an, nicht die Anzahl der Päckchen oder das was Sie ab und zu rauchen.*

01. Ich rauche täglich   Zigaretten (selbst gerollt oder fertig eingekauft)

02. Ich rauche täglich   Zigarren oder Zigarillos

03. Ich rauche täglich   Tabakpfeifen

04. Ich rauche täglich   Shisha, Wasserpfeife

05. Ich rauche täglich   Andere: \_\_\_\_\_

**TA.09** Rauchen Sie **aktuell** mehr, weniger oder genauso viel wie vor 2 Jahren?

Ich rauche **mehr** als vor 2 Jahren

Ich rauche **weniger** als vor 2 Jahren

Ich rauche **genauso viel** wie vor 2 Jahren

**TA.10** Wann rauchen Sie morgens die erste Zigarette (Zigarre, Pfeife...) nach dem Aufwachen?

Innerhalb von 5 Minuten danach

6-30 Minuten danach

31-60 Minuten danach

Spätere als 60 Minuten danach

**TA.11** Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** mindestens 24 Stunden lang nicht geraucht, weil Sie versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören?

Ja, mehrmals

Ja, einmal

Nein ⇒ Gehen Sie weiter zu TA.13 Seite 17



TA.12

Denken Sie an das letzte Mal, als Sie während mindestens 24 Stunden nicht geraucht haben, weil Sie mit dem Rauchen aufhören wollten. Welche Methoden (falls es welche gab), haben Sie genutzt um mit dem Rauchen aufzuhören?

*Mehrere Antworten möglich*

- 1  Keine besondere Methode oder Unterstützung
- 2  Online-/Telefondienst "Tabac Stop"
- 3  Einzel- oder Gruppenberatung mit einem Tabakologen (nicht mein Arzt)
- 4  Beratung durch einen Arzt (nicht Tabakologe)
- 5  Einnahme von verschriebenen Medikamenten (Zyban, Champix, ...)
- 6  Verwendung von elektronischen Zigaretten (mit oder ohne Nikotin)
- 7  Erhitzter Tabak (Stift, der ein Mini-Tabakstäbchen erhitzt)
- 8  Nikotinersatzmittel (Pflaster, Kaugummi, Spray, Tabletten,..)
- 9  Psychologische Unterstützung
- 10  Akupunktur, Hypnose, Aromatherapie, Kinesiologie...
- 11  Selbsthilfematerial über Internet, Broschüren, Bücher...

TA.13

Beabsichtigen Sie in den kommenden 12 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören?

- 1  Ja, sicher
- 2  Ja, voraussichtlich
- 3  Nein, auf keinen Fall
- 4  Ich weiß nicht

## Elektronische Zigaretten (E-Zigarette)

Elektronische Zigaretten (E-Zigaretten) oder elektronische Pfeifen, Zigarren oder Shishas sind kleine batteriebetriebene elektronische Geräte, die den Vorgang des Rauchens simulieren. Diese Geräte erhitzen eine flüssige Lösung und erzeugen Dampf anstelle von Verbrennungsrauch.

In den folgenden Fragen bezieht sich der Begriff 'E-Zigarette' auf solche elektronischen Geräte.

EC.01

Haben Sie jemals E-Zigaretten probiert, auch wenn nur ein paar Züge?

- 1  Ja
- 2  Nein ⇒ Gehen Sie weiter zu ID.01 Seite 19

**EC.02 Nutzen Sie derzeit E-Zigaretten?**

- 1  Ja, jeden Tag
- 2  Ja, einmal in der Woche oder mehr, aber nicht täglich
- 3  Ja, einmal im Monat aber nicht jede Woche
- 4  Ja, seltener als einmal im Monat
- 5  Nein, gar nicht ⇒ Gehen Sie weiter zu ID.01 Seite 19

**EC.03 Welche Sorte E-Zigarette nutzen Sie am meisten?**

- 1  Eine Einweg-E-Zigarette oder einen Einweg-Verdampfer (nicht aufladbar)
- 2  Eine E-Zigarette mit austauschbaren vorgefüllten Kartuschen oder pods (aufladbar)
- 3  Eine E-Zigarette mit einem Behälter oder pod, der selbst mit E-Flüssigkeiten aufzufüllen ist (aufladbar)
- 4  Ein modulares System (eigene Kombination einzelner Bestandteile: Bettarien, Zerstäuber, usw.), das Sie mit E-Flüssigkeiten auffüllen (aufladbar)
- 5  Ein Gerät, das Tabak erwärmt (eher als verbrennt), so dass Dampf statt Rauch erzeugt wird (HNB-Zigaretten wie IQOS)
- 6  Weiß es nicht

**EC.04 Die E-Zigaretten, die Sie derzeit am häufigsten nutzen sind...:**

- 1  Ohne Nikotin
- 2  Mit Nikotin
- 3  Beides, mit und ohne Nikotin

**EC.05 Seit wann nutzen Sie E-Zigaretten?**

- 1  Seit weniger als einem Monat
- 2  1 Monat oder länger, aber weniger als 6 Monate
- 3  6 Monate oder länger, aber weniger als 1 Jahr
- 4  1 Jahr oder länger, aber weniger als 2 Jahre
- 5  2 Jahre oder länger

**EC.06 Bevor Sie das erste Mal eine E-Zigarette genutzt haben, haben Sie Tabak geraucht?**

- 1  Ja
- 2  Nein

## Consommation de cannabis

**ID.01** Haben Sie jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana, Joint oder Kiffen) konsumiert?  
*Achtung: CBD nicht mitbringen!*

Ja

Nein ⇒ Gehen Sie weiter zu ID.07 Seite 20

**ID.02** In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Cannabis konsumiert?

Ich war   Jahre alt

**ID.03** Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert?

Ja

Nein ⇒ Gehen Sie weiter zu ID.07 Seite 20

**ID.04** Haben Sie in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert?

Ja

Nein ⇒ Gehen Sie weiter zu ID.07 Seite 20

**ID.05** An wievielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage Cannabis konsumiert?

Jeden Tag

20 à 29 Tage

10 à 19 Tage

4 à 9 Tage

1 à 3 Tage

**ID.06** Haben Sie schon einmal versucht, Ihren Cannabiskonsum einzustellen, ohne dass es Ihnen gelungen ist?

Ja, in den letzten 12 Monaten

Ja, aber vor mehr als 12 Monaten

Nein, nie

## Konsum von anderen Produkten

**ID.07 Welche anderen Stoffe haben Sie zu sich genommen, sei es nur ein einziges Mal, und wann haben Sie diese zum letzten mal konsumiert?**

<i>Ein Kreuz pro Linie</i>	In den letzten 30 Tagen	In den letzten 12 Monaten	Vor mehr als 12 Monaten	Nie
01. Kokain	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. Krack	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Ecstasy (XTC, MDMA)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
04. Amphetamin, Speed	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
05. Metamphetamin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
06. Ketamine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
07. GHB/GBL	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
08. Heroin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
09. Halluzinoge (LSD, Pilze, Meskalin, DMT, Ayahuasca...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und synthetische Produkte, z.B. synthetisches Cannabis ('Spice'), Mephedron (4-MMC, 3-MMC, 3-CMC), 2C-B, 1p-LSD, 1cP-LSD, Methoxetamin, K24-FA, 4-FA, K2, 25I-NBOMe ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Opiode die nicht für Sie verschrieben wurden (Fentanyl, Buprenorphin, Oxycodon, Codein...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Psychoaktive Medikamente die nicht für Sie verschrieben wurden (z.B. Valium, Rilatine, Rohypnol, Temesta, Tramadol...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. CBD oder Cannabidiol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Lachgas oder Distickstoffoxid	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**ID.08 Haben Sie jemals professionelle Hilfe wegen Problemen mit Cannabis oder Drogenkonsum in Anspruch genommen?**

1  Ja, in den letzten 12 Monaten

2  Ja, aber vor mehr als 12 Monaten

3  Nein, nie

⇒ Gehen Sie weiter zu GS.01 Seite 21

**ID.09**

**Welche Art von professioneller Hilfe haben Sie wegen Ihrer Alkoholprobleme in Anspruch genommen?**

*Mehr als eine Antwort möglich*

- 1  Spezialisierte Hilfsdienste online oder per Telefon
- 2  Allgemeinmedizinischer Arzt
- 3  Psychiater
- 4  Psychologe/in oder Psychotherapeut/in
- 5  Dienst für psychische Gesundheit oder medizinisch-psychologisches Betreuungszentrum
- 6  Zentrum für ambulante Betreuung
- 7  Stationäres Aufnahme- und Hilfszentrum
- 8  Psychiatrische Klinik oder psychiatrische Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses
- 9  Andere Fachkraft, bitte angeben : \_\_\_\_\_
- 10  Andere Pflegeeinrichtung, bitte angeben : \_\_\_\_\_

## Glücksspiele und Wetten

Die ersten beiden Fragen beziehen sich auf Ihre "Exposition" gegenüber Werbung und Sponsoring von Glücksspielen, Wetten oder Lotterien. Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Teilnahme an Glücksspielen und Geldspielen.

**GS.01 Wie oft sind Sie in den letzten 6 Monaten über die folgenden Kanäle mit Werbung für Glücksspiele, Wetten oder Lotterien konfrontiert worden?**

<i>Ein Kreuz pro Linie</i>	Täglich	Mehrmals pro Woche	Etwa einmal pro Woche	Weniger als einmal pro Woche	Nie oder fast nie
01. Im Fernsehen? (z.B. in Werbespots, Sendungen oder Filmen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
02. In sozialen Medien? (z.B. gesponserte Beiträge auf Facebook, Instagram, YouTube)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
03. Auf Websites und Anwendungen? (z.B. Werbebanner auf Websites)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
04. Über E-Mail und Textnachrichten?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
05. In Zeitungen und Zeitschriften?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
06. In Geschäften?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
07. Auf der Straße? (z.B. Werbetafeln in Buswartehallen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**GS.02 Wie oft begegnen Sie Glücksspielmarken (z.B. Logos auf T-Shirts, Plakaten oder Fahnen) bei den folgenden Aktivitäten?**

*Kreuzen Sie "nicht zutreffend" an, wenn Sie diese Tätigkeiten nicht ausüben.*

*Ein Kreuz pro Linie*

	Sehr oft	Häufig	Manchmal	Selten	Niemals	Nicht anwendbar
01. Bei Sportwettkämpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. In der Berichterstattung über Sportereignisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. In Fernsehsendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Bei Festivals, Konzerten und Theater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Bei Wohltätigkeitsveranstaltungen und Benefizveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. In den Beiträgen von Social-Media-Influencern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Teilnahme an Glücksspielen und Geldspielen*

**GA.01 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Geld ausgegeben für Spiele wie die Lotterie (Lotto, Keno, Rubbellose,...), Casino-Spiele (Automaten, Roulette, Würfel- oder Kartenspiele,...), Bingo, Sport- oder Rennwetten,... ?**

Ja

Nein

⇒ *Gehen Sie weiter zu ST.01 Seite 24*

**GA.02 Ohne Internet-Glücksspiele zu berücksichtigen, wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten für die folgenden Spielaktivitäten, sei es in Spielhallen, am Kiosk, in Casinos, öffentlichen Verkaufsstellen, ... Geld eingesetzt oder ausgegeben?**

*Nicht Spiele über Internet berücksichtigen*  
*Ein Kreuz pro Linie*

	Täglich	Einmal in der Woche oder mehr	Einmal im Monat oder mehr	Weniger als einmal im Monat	Nicht in den letzten 12 Monaten	Nie
01. Lotterie Ziehungen: Lotto, Keno, Euromillions, Joker+...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Sofortgewinne oder Rubbellose: Win-for-life, Subito, Cash, Super 20...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Bingo in Wirtschaften und Clubs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Pokerspiel mit Einsatz/Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Spielautomaten, Jackpot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Casino-Spiele: Roulette, BlackJack, Würfel...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Wetten bei (Pferde-)Rennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Sportwetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Andere Geldspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GA.03** Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Geld für folgenden Online-Spielaktivitäten ausgegeben?

<i>Nur übers Internet Ein Kreuz pro Linie</i>	Täglich	Einmal in der Woche oder mehr	Einmal im Monat oder mehr	Weniger als einmal im Monat	Nicht in den letzten 12 Monaten	Nie
01. Online Lotto-Spiele: Lotto, Keno, Euromillions, Joker+...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
02. Online Rubbelspiele: Win-for-life, Subito, Cash, Super 20...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
03. Online Bingo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
04. Online Poker	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
05. Online Glücksspielautomaten, Jackpot	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
06. Online Kasinospiele: Roulette, Black-jack, Würfelspiel...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
07. Online Wetten auf Rennen (Pferderennen oder andere)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
08. Online Sportwetten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
09. Andere Online-Geldspiele	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**GA.04** In den letzten 12 Monaten, wie viel Geld haben Sie durchschnittlich im Monat für Glücksspiele ausgegeben (den Gewinn nicht mitgerechnet)?

Genauere Angabe:     Euro im Monat

Die folgenden Fragen betreffen problematische Situationen, die durch Glücksspiele entstehen können.

**GA.05** Wenn Sie an Ihre Spielaktivitäten in den letzten 12 Monaten denken, wie oft...

<i>Ein Kreuz pro Linie</i>	Fast immer	Meistens	Manchmal	Nie
01. Haben Sie mehr Geld gewettet, als Sie sich in Wirklichkeit erlauben konnten zu verlieren?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. Haben Leute Sie für das Wetten und Spielen kritisiert, ungeachtet ob Sie die Kritik für wahr gehalten haben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Haben Sie sich schuldig gefühlt für Ihre Spielgewohnheiten oder für das was geschieht, wenn Sie spielen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**GA.06** In den letzten 12 Monaten, haben Sie professionelle Hilfe gesucht/erhalten in Bezug auf Probleme, die durch Ihre Spielgewohnheiten verursacht wurden?

- 1  Ja
- 2  Nein

## Bildschirmzeit

**ST.01** Wie viel Zeit verbringen Sie an einem typischen Tag in Ihrer Freizeit mit den folgenden Bildschirmaktivitäten?

*Beziehen Sie sich auf die Zeit, die Sie mit Fernsehen, Computer, Laptop, Spielkonsole, Smartphone, Tablet und anderen mobilen Geräten verbringen.*

	Stunden	Minuten
01. Ansehen von Fernsehsendungen, Videos, Filmen und anderen Unterhaltungsangeboten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02. Spiele spielen (damit meinen wir elektronische Online- und Offline-Spiele)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Nutzung von Websites oder Apps zur sozialen Vernetzung (z.B. Facebook, WhatsApp, Instagram, Messenger...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04. Nutzung des Internets für andere Zwecke (z.B. E-Mails, Nachschlagen von Informationen, Online-Einkauf...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Körperliche Aktivität in der Freizeit

**PA.12** Welche Aussage beschreibt am besten Ihre Aktivität in der Freizeit im vergangenen Jahr?

*Nur eine Antwort ist möglich!*

- 1  Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche
- 2  Jogging und andere Entspannungssportarten oder Gartenarbeit, 4 Stunden oder mehr pro Woche
- 3  Jogging und andere Entspannungssportarten oder Gartenarbeit, höchstens 4 Stunden pro Woche
- 4  Spazieren/Wandern, Fahrradfahren oder andere leichte Aktivitäten, 4 Stunden oder mehr pro Woche
- 5  Spazieren/Wandern, Fahrradfahren oder andere leichte Aktivitäten, höchstens 4 Stunden pro Woche
- 6  Lesen, Fernsehen oder andere sitzende Tätigkeiten

## Soziale Kontakte

**SO.01** Wie beurteilen Sie Ihre sozialen Kontakte?

- 1  Sehr zufriedenstellend
- 2  Mehr oder weniger zufriedenstellend
- 3  Eher unzufriedenstellend
- 4  Völlig unzufriedenstellend



**SO.02** **Wie oft haben Sie gewöhnlich Kontakt zu Ihren Eltern, Kindern, Freunden, Bekannten...?**

- 1  Mindestens 1 mal pro Woche
- 2  Mindestens 1 mal pro Monat
- 3  Mindestens 3 - 4 mal pro Jahr
- 4  Mindestens 1 mal pro Jahr
- 5  Nie

**SO.03** **Wie viele Personen stehen Ihnen so nahe, dass Sie bei großen Problemen auf sie zählen können?**

- 1  Keine
- 2  1 oder 2
- 3  3 bis 5
- 4  6 oder mehr

**SO.04** **In wiefern kümmern sich andere um Sie und interessieren sich für das, was Sie tun?**

- 1  Sehr stark
- 2  Mittelmäßig
- 3  Kann ich nicht sicher sagen
- 4  Ein wenig
- 5  Überhaupt nicht

**SO.05** **Wie schwer ist es für Sie, von Ihren Nachbarn eine praktische Hilfe zu bekommen, wenn Sie diese brauchen?**

- 1  Sehr leicht
- 2  Leicht
- 3  Möglich
- 4  Schwierig
- 5  Sehr schwierig

**SO.06** Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?*Ein Kreuz pro Linie*

	Ja	Mehr oder weniger	Nein
01. Ich fühle eine allgemeine Leere	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02. Es gibt genug Menschen, auf die ich mich bei Problemen stützen kann	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03. Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04. Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
05. Ich vermisse Menschen um mich herum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
06. Ich fühle mich oft im Stich gelassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**Klimatische Bedenken****EA.01** Wie wichtig ist das Thema Klimawandel für Sie persönlich?

- 1 Äußerst wichtig
- 2 Sehr wichtig
- 3 Einigermaßen wichtig
- 4 Nicht so wichtig
- 5 Überhaupt nicht wichtig

**EA.02** Wie besorgt sind Sie über den Klimawandel?

- 1 Sehr besorgt
- 2 Ziemlich besorgt
- 3 Nicht sehr besorgt
- 4 Überhaupt nicht besorgt

**EA.03** Wie sehr wird der Klimawandel Ihrer Meinung nach Ihnen persönlich schaden?

- 1  Viele
- 2  Irgendwie
- 3  Ein wenig
- 4  Helemaal niet
- 5  Ich weiß es nicht

**EA.04** Inwieweit wird die globale Erwärmung Ihrer Meinung nach künftigen Generationen schaden?

- 1  Viele
- 2  Irgendwie
- 3  Ein wenig
- 4  Helemaal niet
- 5  Ich weiß es nicht

**EA.05** Welche der folgenden Emotionen empfinden Sie beim Thema Klimawandel?

*Kreuzen Sie so viele Emotionen an, wie zutreffen*

- 1  Zinsen
- 2  Traurig
- 3  Bang
- 4  Wütend
- 5  Schuldig
- 6  Hoffnungsvoll
- 7  Machtlos
- 8  Gleichgültig
- 9  Furcht
- 10  Deprimiert
- 11  Optimistisch
- 12  Abscheu Keine dieser Emotionen
- 13  Keines dieser Gefühle

## Gewalt

**VI.01** Waren Sie in den letzten 12 Monate Opfer eines Diebstahls, eines Raubüberfalls oder bewaffneten Überfalls, verbaler/psychischer Gewalt (Beleidigungen, Drohungen, Isolierung), Wirtschaftliche Gewalt, körperlicher Gewalt (Rängeleien, Schläge) oder sexueller Gewalt(Exhibitionismus, Vergewaltigung)?

Ja

Nein

⇒ Gehen Sie weiter zu RH.01 Seite 30

**VI.02** Welcher Art von Gewalt sind Sie persönlich letzten 12 Monate Opfer geworden und wo ist dies geschehen?

*Umkreisen Sie die Antworten, die der Art der erlittenen Gewalt und dem Ort, an dem diese geschah, entsprechen*

*Mehrere Antworten möglich.*

	Zuhause	Am Arbeitsplatz / In der Schule	An einem öffentlichen Ort / Auf öffentlicher Straße	Anderswo
01. Diebstahl, Überfall oder Raubüberfall, verbale oder psychische Gewalt	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>Verbale oder psychologische Gewalt</b>				
02. Beleidigungen, Spott, Erniedrigung, Sarkasmus, ständige Kritik	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
03. Drohungen, Einschüchterung, Erpressung, Belästigung, Heruntermachen, sexuelle oder rassistische Kommentare oder Belästigungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
04. Isolierung, Freiheitsberaubung, körperliche Gewalt	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>Wirtschaftliche Gewalt</b>				
05. Kontrolle der Familienausgaben, Arbeitsverbot, Lohnnachlass	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>Physische Gewalt</b>				
06. Zu Boden geschlagen worden sein, gestoßen, geschüttelt,...	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
07. Geschlagen worden sein, verwundet durch eine Waffe, gewürgt,...	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>Sexuelle Gewalt</b>				
08. Exhibitionismus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
09. Sexuelle Übergriffe, erzwungener Geschlechtsverkehr, Vergewaltigung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

Wenn Sie in den **letzten 12 Monaten** mehr als einmal Opfer solcher Gewalttaten wurden, beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung der folgenden Fragen auf **den schlimmsten Vorfall**.

**VI.03** Hatte diese Gewalttat zur Folge, dass Sie eine oder mehrere der folgenden Personen, Dienststellen oder Institutionen kontaktiert oder um Rat gefragt haben Welche?

*Mehrere Antworten möglich*

- 1  Familie (Vater, Mutter, Bruder, Schwester, ...)
- 2  Freunde
- 3  Vertrauensperson an der Arbeit oder in der Schule, Vertrauensarzt
- 4  Polizei
- 5  Medizinischer Dienst (Arzt, Krankenhaus...)
- 6  Psychologe
- 7  Juristischer Dienst, Anwalt, Gericht
- 8  Pflegezentrum zur Betreuung nach Sexueller Gewalt (PSG)
- 9  Dienst für Opferbetreuung, Jugendhilfedienst, Zufluchtsstätte/sichere Unterkunft
- 10  Ein Telefonservice - Call Center (SOS-Kinderdorf, SOS-Vergewaltigung, Telefonhilfe 108 ...)
- 11  Andere (präzisieren): \_\_\_\_\_
- 12  Ich habe niemanden konsultiert oder kontaktiert

**VI.04** Es kommt manchmal vor, dass man den/die Angreifer oder Täter der Gewalttat kennt. War/waren der/die Angreifer oder Täter einer der folgenden Personen:

- 1  Unbekannte
- 2  Kollege(n)
- 3  Bekannte
- 4  Freunde
- 5  Mein Partner
- 6  Mein Ex-Partner
- 7  Meine Eltern (ein Elternteil)
- 8  Mein(e) (Stief-)Kind(er)
- 9  Ein anderes Familienmitglied
- 10  Andere, präzisieren: \_\_\_\_\_
- 11  Ich weiß nicht
- 12  Ich möchte diese Frage lieber nicht beantworten

## Gesundheit und Sexualität

Folgende Fragen werden Ihnen vermutlich sehr persönlich erscheinen. Sie beziehen sich auf das Sexualverhalten, welches ebenfalls maßgebend für die Gesundheit ist. Ich versichere Ihnen, dass alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden.

**RH.01** Hatten Sie bereits Geschlechtsverkehr? Bitte berücksichtigen Sie vaginalen, analen oder oralen Sex.

Ja

Nein ⇒ Gehen Sie über zu RH.10 Seite 32

**RH.02** Wie alt waren Sie als Sie zum ersten Mal Geschlechtsverkehr hatten?

Ich war   Jahre alt

**RH.03** Hatten Sie während der letzten 12 Monate Geschlechtsverkehr?

Ja

Nein ⇒ Gehen Sie über zu RH.10 Seite 32

**RH.04** Mit welchem/welchen Partner(n) hatten Sie in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr?

*Mehrere Antworten möglich*

Ein ständiger Partner

Mehrere feste Partner

Lose(r) Partner

Andere, bitte angeben: \_\_\_\_\_

**RH.05** Welches ist das Geschlecht des/der Partner(s)?

*Mehrere Antworten möglich*

Männlich

Frau

Andere, bitte angeben: \_\_\_\_\_

**RH.06 Benutzten Sie beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom?**

- 1  Ja  
 2  Nein  
 3  Weiß nicht

**RH.07 Haben Sie oder Ihr(e) Partner während der letzten 12 Monate ein Verhütungsmittel verwendet (um eine Schwangerschaft zu vermeiden)?**

- 1  Ja  
 2  Nein ⇒ Gehen Sie über zu RH.10 Seite 32  
 3  Ich weiß es nicht ⇒ Gehen Sie über zu RH.10 Seite 32

**RH.08 Auf welche der folgenden Geschlechtskrankheiten wurden Sie schon einmal getestet und wann war das letzte Mal?**

<i>Ein Kreuz pro Linie</i>	In den letzten 12 Monaten	Mehr als 12 Monate her	Niemals	Ich weiß es nicht
01. Chlamydien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. Gonorrhöe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Syphilis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
04. HIV/AIDS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**RH.09 Warum haben Sie sich beim letzten Mal testen lassen?**

*Mehrere Antworten möglich*

- 1  Ich wollte eine neue Beziehung beginnen
- 2  Wir wollten keine Kondome mehr benutzen
- 3  Ich wollte schwanger werden
- 4  Ich dachte, es sei eine gute Idee, sich von Zeit zu Zeit testen zu lassen
- 5  Ich hatte ungeschützten Sex
- 6  Ich hatte Sex mit jemandem, der eine STI/HIV hat
- 7  Ich hatte körperliche Beschwerden
- 8  Ein Arzt empfahl es
- 9  Ich wollte sicher sein, dass ich keine STI/HIV habe
- 10  Ich wurde von jemandem gewarnt, mit dem ich Sex hatte
- 11  Andere, bitte angeben: \_\_\_\_\_

**RH.10 Die folgenden 4 Aussagen beziehen sich auf das Wissen über HIV/AIDS. Die Aussagen sind alle wahr, wussten Sie das schon?**

<i>Ein Kreuz pro Linie</i>	Das wusste ich bereits	Das wusste ich nicht genau	Das wusste ich noch nicht	Ich verstehe das nicht	Ich glaube nicht, dass dies
01. AIDS wird durch ein Virus namens HIV verursacht	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
02. Man kann nicht anhand des Aussehens erkennen, ob jemand HIV hat	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
03. Es gibt einen medizinischen Test, der zeigen kann, ob Sie HIV haben oder nicht	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
04. Eine HIV-infizierte Person, die eine wirksame Behandlung erhält, kann das Virus nicht durch Geschlechtsverkehr übertragen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



## Informationen über Gesundheit

Es ist nicht immer leicht, verständliche, vertrauenswürdige und nützliche Informationen rund um das Thema Gesundheit zu erhalten.

Mit den folgenden Fragen möchten wir herausfinden, welche Herausforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen bestehen.

### HL.01 Wie leicht oder schwer ist es für Sie?

Lesen Sie die Aussagen und kreuzen Sie auf der Skala von 'sehr leicht' bis 'sehr schwer' an

Ein Kreuz pro Linie	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwer	Sehr schwer
01. Ich kann herausfinden, wo ich professionelle Hilfe finde, wenn ich krank bin, z.B. bei einem Arzt, einem Apotheker oder einem Psychologen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. Ich weiß, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Ich kann die Vor- und Nachteile verschiedener medizinischer Behandlungen beurteilen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
04. Ich kann die Anweisungen oder Ratschläge meines Arztes oder Apothekers befolgen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
05. Ich kann Informationen über den Umgang mit psychischen Problemen (z.B. Stress oder Depression)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
06. Ich verstehe Informationen über Vorsorgeuntersuchungen wie Darmkrebs-Screening oder einen Blutzuckertest	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
07. Ich kann beurteilen, welche Informationen über ungesunde Gewohnheiten wie Rauchen, wenig Bewegung oder Alkoholkonsum zuverlässig sind	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
08. Ich kann auf der Grundlage von Informationen in Zeitungen, im Fernsehen oder im Internet Entscheidungen treffen, um mich vor Krankheiten zu schützen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
09. Ich kann Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Ich verstehe Ratschläge von Familie oder Freunden zum Thema Gesundheit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Ich weiß, wie sich Ihre Lebenssituation auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Ich kann Entscheidungen zur Verbesserung meiner Gesundheit und meines Wohlbefindens treffen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

# Lebensqualität

Bitte kreuzen Sie für jede Rubrik **EIN** Kästchen an und zwar das, welches Ihren **HEUTIGEN** Gesundheitszustand am besten beschreibt

## QL.01 Mobilität

- 1  Ich habe keine Probleme zu gehen  
2  Ich habe leichte Probleme zu gehen  
3  Ich habe mäßige Probleme zu gehen  
4  Ich habe große Probleme zu gehen  
5  Ich bin nicht in der Lage zu gehen

## QL.02 Autonomie

- 1  Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen  
2  Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen  
3  Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen  
4  Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen  
5  Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

## QL.03 Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- 1  Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen  
2  Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen  
3  Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen  
4  Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen  
5  Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

## QL.04 Scherzen / körperliche Beschwerden

- 1  Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden  
2  Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden  
3  Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden  
4  Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden  
5  Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

## QL.05 Angst / deprimiert

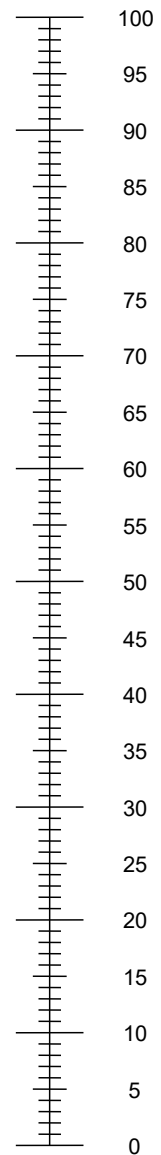
- 1  Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert  
2  Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert  
3  Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert  
4  Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert  
5  Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

QL.06

- Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.
- Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- **100** ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- **0** (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihren HEUTIGEN Gesundheitszustand am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

**IHRE GESUNDHEIT HEUTE =**

Beste Gesundheit,  
die Sie sich vorstellen  
können



Schlechteste  
Gesundheit, die Sie  
sich vorstellen können

## Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

### Suchen Sie Hilfe?

Die Telefonhilfe bietet Ihnen eine Sprach- und Anhörungsmöglichkeit an, falls Sie sich in einer schwierigen Lebenssituation befinden oder Probleme auf der sozialen oder psychologische Ebene haben.

Die Telefonnummer 108 steht Ihnen rund um die Uhr im ganzen Jahr zur Verfügung. Die Telefonhilfe ist anonym und unterliegt der Schweigepflicht.

Telefonhilfe

Tel.: **108**

Web: [www.telefonhilfe.be](http://www.telefonhilfe.be)

### Haben Sie noch Bemerkungen?

---

---

---

---

---

---

### Suchen Sie Informationen?

**SCIENSANO**  
Gesundheitsumfrage 2023  
Dienst für Epidemiologie und öffentliche Gesundheit  
Juliette Wytsmanstrasse 14  
B - 1050 Brüssel

Lydia Gisle 02/642 57 53

Rana Charafeddine 02/642 57 39

E-mail : [his@sciensano.be](mailto:his@sciensano.be)

web : [www.enquetesante.be](http://www.enquetesante.be)

