

Wie sind diese Fragen zu beantworten?

Antworten Sie selbst auf diese Fragen.

Lesen Sie Fragen und Antworten aufmerksam durch, bevor Sie eine Antwort geben.

Kreuzen Sie nur eine Antwort pro Frage an, es sei denn, es wäre anders angegeben.

Hier 2 verschiedene Beispiele, die Ihnen zeigen, wie Sie die Antwort notieren sollten.

Beispiel 1: Bei dieser Art Fragen bitte die Antwort umkreisen.

EX.01. Wie häufig nutzen Sie die folgenden öffentlichen Verkehrsmittel?

<i>Umkreisen Sie die Zahl, die Ihrer Antwort entspricht</i>		nie	gelegentlich	häufig	jeden Tag
01.	Zug	①	2	3	4
02.	Metro	1	2	3	④
03.	Autobus	1	②	3	4

Beispiel 2: Bei dieser Art Fragen bitte die Antwort ankreuzen

EX.02. Sind Sie bereits mit dem Flugzeug geflogen?

- 1 Ja, mehrmals
- 2 Ja, einmal
- 3 Nein, nie —————> **Übergehen zu SH.01.**

In manchen Fällen (wie im Beispiel 2 oben) führt Ihre Antwort dazu, dass eine Reihe von Fragen "übersprungen" wird und Sie direkt zu einer anderen Frage übergehen. Diese "Sprünge" werden neben den Antworten durch einen Pfeil angegeben. Außerdem steht dort der Vermerk "**übergehen zu Frage...**" und die Nummer der Frage, zu der Sie übergehen sollen. Wenn kein "Sprung" angegeben ist, folgen Sie der chronologischen Reihenfolge der Fragen.

Zögern Sie nicht, Ihren Befrager um Erklärungen zu bitten, wenn Sie eine Frage nicht verstehen oder wenn Sie Schwierigkeiten haben, eine Frage zu beantworten.

Wahrnehmung des Gesundheitszustandes

SH.01. Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand?

- 1 Sehr gut
- 2 Gut
- 3 Mittelmäßig
- 4 Schlecht
- 5 Sehr schlecht

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

- 1 Ja
- 2 Nein

SH.03. Sind Sie seit mindestens sechs Monaten durch ein gesundheitliches Problem eingeschränkt in den Tätigkeiten die Leute gewöhnlich haben?

- 1 Ja, stark eingeschränkt
- 2 Ja, eingeschränkt
- 3 Nein, nicht eingeschränkt

Liste der Symptome

SL.01. In wiefern haben Sie eines oder mehrere der folgenden Probleme innerhalb der vergangenen Woche, den heutigen Tag inbegriffen, gehabt?

<i>Umkreisen Sie die Zahlen, die Ihren Antworten entsprechen</i>		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Sehr	Extrem
01.	Ich habe Kopfschmerzen	1	2	3	4	5
02.	Ich werde ohnmächtig oder mir ist schwindelig	1	2	3	4	5
03.	Ich habe Herzschmerzen oder Schmerzen in der Brust	1	2	3	4	5
04.	Ich habe Schmerzen im unteren Teil des Rückens	1	2	3	4	5
05.	Mir ist übel oder ich habe Brechreiz	1	2	3	4	5
06.	Ich habe den Eindruck, dass meine Muskeln schmerzen	1	2	3	4	5
07.	Mir fällt das Atmen schwer	1	2	3	4	5
08.	Ich habe Hitzewallungen oder mich fröstelt	1	2	3	4	5
09.	Ich habe das Gefühl dass meine Gliedmaßen einschlafen oder ein Kribbeln in bestimmten Körperteilen	1	2	3	4	5
10.	Ich habe den Eindruck, einen Kloß im Hals zu haben	1	2	3	4	5
11.	Ich habe ein Gefühl von Schwäche in bestimmten Bereichen des Körpers	1	2	3	4	5
12.	Meine Arme oder meine Beine fühlen sich schwer an	1	2	3	4	5
13.	Ich bin nervös oder zittere innerlich	1	2	3	4	5
14.	Ich habe unangenehme Gedanken, Worte oder Ideen, die mir nicht aus dem Kopf gehen	1	2	3	4	5
15.	Ich habe jedes Vergnügen oder Interesse an meinem Sexualleben verloren	1	2	3	4	5
16.	Ich fühle mich kraftlos oder langsam	1	2	3	4	5

Liste der Symptome (Fortsetzung)

SL.01. In wiefern haben Sie eines oder mehrere der folgenden Probleme innerhalb der vergangenen Woche, den heutigen Tag inbegriffen, gehabt?

<i>Umkreisen Sie die Zahlen, die Ihren Antworten entsprechen</i>		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Sehr	Extrem
17.	Ich denke daran, meinem Leben ein Ende zu setzen	1	2	3	4	5
18.	Ich zittere	1	2	3	4	5
19.	Ich habe keinen Appetit	1	2	3	4	5
20.	Ich weine schnell	1	2	3	4	5
21.	Ich fühle mich in die Enge getrieben oder in die Falle gelockt	1	2	3	4	5
22.	Ich erschrecke schnell, ohne Grund	1	2	3	4	5
23.	Ich mache mir Vorwürfe	1	2	3	4	5
24.	Ich fühle mich einsam	1	2	3	4	5
25.	Ich bin niedergeschlagen	1	2	3	4	5
26.	Dinge machen mir Sorgen oder beunruhigen mich zu sehr	1	2	3	4	5
27.	Ich habe Interesse an nichts	1	2	3	4	5
28.	Ich habe Angst	1	2	3	4	5
29.	Ich habe das Gefühl dass mein Herz sehr stark oder sehr schnell schlägt	1	2	3	4	5
30.	Ich schlafe schlecht ein	1	2	3	4	5
31.	Ich habe das Gefühl, mein Kopf ist leer	1	2	3	4	5
32.	Ich habe keine Hoffnung für die Zukunft	1	2	3	4	5
33.	Ich bin angespannt	1	2	3	4	5

Liste der Symptome (Fortsetzung)

SL.01. In wiefern haben Sie eines oder mehrere der folgenden Probleme innerhalb der vergangenen Woche, den heutigen Tag inbegriffen, gehabt?

<i>Umkreisen Sie die Zahlen, die Ihren Antworten entsprechen</i>		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Sehr	Extrem
34.	Ich denke oft an den Tod oder ans Sterben	1	2	3	4	5
35.	Ich wache morgens zu früh auf	1	2	3	4	5
36.	Ich schlafe unruhig	1	2	3	4	5
37.	Alles fällt mir schwer	1	2	3	4	5
38.	Ich habe Angst- oder Panikzustände	1	2	3	4	5
39.	Ich bin so unruhig dass ich nicht sitzen bleiben kann	1	2	3	4	5
40.	Ich fühle mich wertlos	1	2	3	4	5
41.	Ich habe das Gefühl dass mir Unheil zustoßen wird	1	2	3	4	5
42.	Mich plagen erschreckende Gedanken oder Bilder	1	2	3	4	5

Kenntnisse und Einstellung zum Thema AIDS

HI.01. Ist Ihrer Meinung nach AIDS übertragbar....

<i>Umkreisen Sie die Zahlen, die Ihren Antworten entsprechen</i>		Ja	Nein	Man sagt nein, aber ich nehme mich in Acht	Ich weiß nicht
01.	durch Küssen auf den Mund?	1	2	3	9
02.	durch einen Mückenstich?	1	2	3	9
03.	durch ein Essen, das ein AIDS-Kranker oder eine HIV- infizierte Person zubereitet hat?	1	2	3	9
04.	durch eine Blutspende in Belgien (heutige Zeit)? Anders gesagt: kann der Spender infiziert werden, indem er Blut spendet?	1	2	3	9

HI.02. Sind die folgenden Mittel wirksam, um sich vor AIDS zu schützen?

<i>Umkreisen Sie die Zahlen, die Ihren Antworten entsprechen</i>		Voll und ganz wirksam	Mehr oder weniger wirksam	Eher nicht wirksam	Überhaupt nicht wirksam	Ich weiß nicht
01.	Partner aussuchen, die anscheinend bei guter Gesundheit sind	1	2	3	4	9
02.	Sich vor dem Samenerguss zurückziehen	1	2	3	4	9
03.	Das Eindringen beim Geschlechtsverkehr vermeiden	1	2	3	4	9
04.	Ein Präservativ / Kondom bei jedem Geschlechtsverkehr mit Eindringen verwenden	1	2	3	4	9
05.	Nur einen Sexualpartner haben, der treu ist und nicht infiziert	1	2	3	4	9

HI.03. Ist bei Ihnen schon einmal ein AIDS-Test gemacht worden?

- 1 Nein, nie —————> **Übergehen zu Frage HI.05.**
- 2 Ja, vor mehr als 1 Jahr —————> **Übergehen zu Frage HI.05.**
- 3 Ja, vor mehr als 3 Monaten, aber weniger als 1 Jahr
- 4 Ja, vor mehr als 1 Woche, aber weniger als 3 Monaten
- 5 Ja, vor weniger als 1 Woche
- 9 Ich weiß es nicht

HI.04. Wir fragen Sie nicht nach dem Resultat des Tests, möchten aber wissen, ob Sie persönlich darüber informiert worden sind?

- 1 Ja
- 2 Nein

HI.05. Sind Sie damit einverstanden....?

Umkreisen Sie die Zahlen, die Ihren Antworten entsprechen

		Voll und ganz einverstanden	Mehr oder weniger einverstanden	Eher nicht einverstanden	Überhaupt nicht einverstanden	Ich weiß es nicht
01.	Ein Chef sollte eine AIDS-kranke Person wegen ihres Infekts/ihrer Krankheit entlassen können.	1	2	3	4	9
02.	Wenn ein(e) Kollege(-in) AIDS-infiziert ist, sollten Sie davon unterrichtet werden, auch ohne Einverständnis des/der Betroffenen.	1	2	3	4	9

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 oft haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate an Versammlungen oder Aktivitäten teilgenommen, die von einer Vereinigung organisiert wurde (z.B. Jugendgruppe, Sportclub, Freizeitclub wie beispielsweise Kartenclub), einer Elternvereinigung, einer Selbsthilfegruppe?

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

SO.04. 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.05. In wiefern kümmern sich die Leute 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.06. 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

Tabakkonsum

TA.01. Haben Sie in Ihrem Leben schon mehr als 100 Zigaretten (ungefähr 5 Päckchen) oder eine ähnlich große Menge Tabak geraucht?

- 1 Ja
- 2 Nein \longrightarrow **Übergehen zu Frage TA.05.**

TA.02. In welchem Alter haben Sie begonnen, regelmäßig zu rauchen?

- Jahre
- 99 Ich habe niemals regelmäßig geraucht

TA.03. Haben Sie schon während mindestens einem Jahr an jedem oder fast jedem Tag geraucht (Zigaretten, Zigarren, Pfeife...)?



- 1 Ja
- 2 Nein \longrightarrow **Übergehen zu Frage TA.05.**

TA.04. Während wie vieler Jahre haben Sie täglich geraucht?

Zählen Sie alle Zeiträume zusammen, während derer Sie täglich geraucht haben. Wenn Sie sich nicht an die genaue Anzahl Jahre erinnern, schätzen Sie.

Jahre **(Wenn es weniger als 1 Jahr war schreiben Sie "0")**

TA.05. Rauchen Sie zurzeit?

- 1 Ja, jeden Tag \longrightarrow **Übergehen zu Frage TA.06.**
- 2 Ja, gelegentlich \longrightarrow 
- 3 Nein, überhaupt nicht \longrightarrow 



- \triangleright **Wenn Sie in der Vergangenheit TÄGLICH GERAUCHT HABEN, gehen Sie bitte über zu Frage TA.11, Seite 15.**
- \triangleright **Wenn Sie in der Vergangenheit NIEMALS TÄGLICH GERAUCHT HABEN, gehen Sie bitte über zu Frage TA.13, Seite 16.**

Fragen für die Personen, die ZUR ZEIT täglich rauchen:

TA.06. Wie viele Zigaretten, Zigarren, Pfeifen...rauchen Sie jeden Tag?

(mehrere Antworten möglich)

01. | Vorgefertigte Zigaretten (aus der Schachtel)02. | Selbst gedrehte Zigaretten (ohne Filter)03. | Selbst gestopfte Zigaretten (mit Filter)04. | Zigarren/Zigarillos05. | Pfeifen06. | Wasserpfeifen, Shishas (Anzahl Sitzungen)07. | Andere. **Präzisieren Sie:** _____**TA.07. Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette, Zigarre, Pfeife...nachdem Sie aufgestanden sind?**1 5 Minuten danach2 6 – 30 Minuten danach3 31 - 60 Minuten danach4 60 Minuten danach**TA.08. Haben Sie schon versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (mindestens 24 Stunden)?**1 Ja, mehrmals Ja, einmal2 Nein → **Übergangen zu Frage TA.13.****TA.09. Warum wollten Sie mit dem Rauchen aufhören?**

(mehrere Antworten möglich)

01. 1 Wegen einer Krankheit, die Sie hatten02. 1 Um Ihre sportliche Leistung zu verbessern03. 1 Wegen einer Schwangerschaft / Geburt eines Kindes04. 1 Aus Angst vor den Auswirkungen des Tabaks auf die Gesundheit05. 1 Unter dem Einfluss Ihrer Umgebung06. 1 Aus finanziellen Gründen (Tabakpreis)07. 1 Weil Rauchen immer weniger gesellschaftsfähig ist08. 1 Unter dem Einfluss der Anti-Tabak-Kampagnen09. 1 Andere. **Präzisieren Sie:** _____

TA.10. Hat Ihr Allgemeinmediziner bei Ihrem letzten Arztbesuch mit Ihnen über das Thema Tabakkonsum gesprochen?

- 1 Ja, auf Ihre Initiative hin
- 2 Ja, auf seine Initiative hin
- 3 Nein
- } → **Tägliche Raucher: übergehen zu Frage TA.13.**
-

Fragen für die ehemaligen täglichen Raucher:

TA.11. Wann haben Sie aufgehört, (täglich) zu rauchen?

- 1 Vor weniger als 1 Monat
- 2 Vor 1 Monat oder mehr, aber weniger als 6 Monaten
- 3 Vor 6 Monaten oder mehr, aber weniger als 1 Jahr
- 4 Vor 1 Jahr oder mehr, aber weniger als 2 Jahren
- 5 Vor 2 Jahren oder mehr

TA.12. Aus welchem Grund haben Sie aufgehört (täglich) zu rauchen?

(mehrere Antworten möglich)

01. 1 Wegen einer Krankheit, die Sie hatten
02. 1 Um Ihre sportliche Leistung zu verbessern
03. 1 Wegen einer Schwangerschaft / Geburt eines Kindes
04. 1 Aus Angst vor den Auswirkungen des Tabaks auf die Gesundheit
05. 1 Unter dem Einfluss Ihrer Umgebung
06. 1 Aus finanziellen Gründen (Tabakpreis)
07. 1 Weil Rauchen immer weniger gesellschaftsfähig ist
08. 1 Unter dem Einfluss der Anti-Tabak-Kampagnen
09. 1 Andere. **Präzisieren Sie:** _____

Fragen für alle: Passivrauchen

TA.13. Wie häufig sind Sie bei sich Zuhause in geschlossenen Räumen dem Tabakrauch ausgesetzt?

- 1 Nie oder fast nie
2 Weniger als 1 Stunde am Tag
3 1 - 5 Stunden am Tag
4 Mehr als 5 Stunden am Tag

TA.14. Wie häufig sind Sie in geschlossenen Räumen an Ihrem Arbeitsplatz dem Tabakrauch ausgesetzt?

- 1 Nie oder fast nie
2 Weniger als 1 Stunde am Tag
3 1 - 5 Stunden am Tag
4 Mehr als 5 Stunden am Tag
5 Trifft nicht zu (ich arbeite nicht oder nicht im Innern)

TA.15. Wie häufig sind Sie dem Tabakrauch in öffentlich zugänglichen geschlossenen Räumen (Bars, Restaurants, Einkaufszentren, Kegelbahnen, Luna-Parks, Hallen, Zügen, Metro, Bussen) ausgesetzt?

- 1 Nie oder fast nie
2 Weniger als 1 Stunde am Tag
3 1 - 5 Stunden am Tag
4 Mehr als 5 Stunden am Tag

Konsum von anderen Produkten

ID.01. Haben Sie jemals Cannabis (Haschisch oder Marihuana) genommen?

- 1 Ja
 2 Nein —————> **Übergehen zu Frage ID.06.**

ID.02. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Cannabis (Haschisch oder Marihuana) genommen?

Jahre

ID.03. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (Haschisch oder Marihuana) genommen?

- 1 Ja
 2 Nein —————> **Übergehen zu Frage ID.06.**

ID.04. Haben Sie in den letzten 30 Tagen Cannabis (Haschisch oder Marihuana) genommen?

- 1 Ja
 2 Nein —————> **Übergehen zu Frage ID.06.**

ID.05. An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage Cannabis (Haschisch oder Marihuana) genommen?

- 1 20 Tage oder mehr
 2 10 - 19 Tage
 3 4 - 9 Tage
 4 1 - 3 Tage

ID.06. Haben Sie jemals Kokain, Amphetamine, Ecstasy oder ähnliche Substanzen genommen?

- 1 Ja
 2 Nein —————> **Übergehen zu Frage AL.01.**

**ID.07. Welche Produkte haben Sie in letzten 12 Monaten genommen?
 (mehrere Antworten möglich)**


01. 1 Keines
 02. 1 Kokain
 03. 1 Amphetamine
 04. 1 Ecstasy (XTC)
 05. 1 LSD
 06. 1 Heroin
 07. 1 Methadon
 08. 1 Buprenorphin (SUBUTEX®)
 09. 1 Andere. **Präzisieren Sie:** _____

Alkoholkonsum

AL.01. Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten alkoholische Getränke gleich welcher Art (Bier, Wein, Likör, Spirituosen oder andere) zu sich genommen?

- 1 Nie —————> **Übergehen zu Frage TR.01.**
- 2 1 mal pro Monat oder weniger —————> **Übergehen zu Frage AL.04.**
- 3 2 - 4 mal pro Monat
- 4 2 - 3 mal pro Woche
- 5 4 - 6 mal pro Woche
- 6 Jeden Tag

AL.02. Wie viel Glas alkoholische Getränke nehmen Sie pro Tag innerhalb einer typischen Woche zu sich?



Beginnen Sie mit dem Montag und machen Sie nähere Angaben zu jedem Tag. Geben Sie die Anzahl Gläser pro alkoholischem Getränk und pro Tag an.

**NB: Eine Flasche Wein enthält etwa 6 Glas Wein von 12cl.
Eine Flasche Spirituosen (70cl) enthält etwa 23 Glas zu 3cl.**

		Glas Bier	Glas Starkbier	Glas Wein	Glas Aperitif	Glas Likör	Glas Spirituosen	Glas Cocktail
		Pils, Palm®, Blanche, Fruchtbiere ... ± 25cl	Lefße®, Duvel®, Trappistenbiere,... ± 33cl	Rosé, Weißwein, Rotwein, Sekt, Champagner ... ± 12cl	Sherry, Porto, Wermut, Martini, Pineau ... ± 6cl	Fruchtlikör, Kräutерlikör, Sahnelikör, Schnaps, Magenbitter Anis.. ± 3cl	Gin, Rum, Wodka, Kognak, Whisky, Genever,.. ± 3cl	Punsch, Longdrinks Breezers, Alkopops, Mixgetränke, ...
01.	Montag							
02.	Dienstag							
03.	Mittwoch							
04.	Donnerstag							
05.	Freitag							
06.	Samstag							
07.	Sonntag							

AL.03. Wie oft kam es innerhalb der letzten 12 Monate vor, dass Sie bei der gleichen Gelegenheit 6 Glas Alkohol oder mehr getrunken haben?

- 1 Nie
2 Weniger als einmal im Monat
3 Einmal pro Monat
4 Einmal pro Woche
5 Jeden oder fast jeden Tag

AL.04. Ohne kleine "Probierschlücke" zu zählen, in welchem Alter haben Sie angefangen, Alkohol zu trinken?

Jahre

AL.05. Haben Sie schon das Bedürfnis verspürt, Ihren Konsum an alkoholischen Getränken einzuschränken?

- 1 Ja
2 Nein

AL.06. Haben Sie sich schon über Kritik an Ihrem Alkoholkonsum geärgert?

- 1 Ja
2 Nein

AL.07. Haben Sie sich in Bezug auf Ihren Alkoholkonsum schon schuldig gefühlt?

- 1 Ja
2 Nein

AL.08. Haben Sie schon einmal morgens Alkohol gebraucht, um richtig wach zu werden (oder um "in Schwung" zu kommen)?

- 1 Ja
2 Nein

Trauma: Gewalt

TR.01. In welchem Maße waren Sie in den letzten 12 Monaten Zuhause oder in Ihrem Wohnviertel Verbrechen, Gewalt oder Vandalismus ausgesetzt?

- 1 Sehr ausgesetzt
- 2 Ein wenig ausgesetzt
- 3 Nicht ausgesetzt
- 9 Ich weiß nicht
- 0 Ich möchte die Frage nicht beantworten

TR.02. Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate Opfer von verbaler / psychischer Gewalt (Beschimpfungen, Drohungen, Belästigungen), körperlicher Gewalt (Schläge, sexuelle Belästigung) oder eines Einbruchs, Diebstahls oder bewaffneten Überfalls?

- 1 Ja
- 2 Nein → **Übergehen zu Frage WB.01.**

TR.03. Welcher Art von Gewalt sind Sie persönlich Opfer geworden innerhalb der letzten 12 Monate, und wo ist dies geschehen?

(mehrere Antworten möglich)

<i>Umkreisen Sie die Antworten, die der Art der erlittenen Gewalt und dem Ort, wo dies geschah, entsprechen</i>		Zuhause	Am Arbeitsplatz / in der Schule	Anderswo
01.	Diebstahl, Einbruch, Schutzgelderpressung	1	2	3
02.	Verbale oder psychische Gewalt, wie Beschimpfungen, Demütigungen, Drohungen, Zwang, Erpressung, moralische, sexuelle oder rassistische Belästigung, ...	1	2	3
03.	Körperliche Gewalt, wie Stöße, Schläge, Verletzungen, sexuelle Übergriffe ...	1	2	3
04.	Andere. Präzisieren Sie bitte: _____	1	2	3

Emotionales Wohlbefinden



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

Geben Sie Ihre **derzeitigen** Probleme an, nicht diejenigen, die Sie möglicherweise in der Vergangenheit hatten.

Innerhalb der letzten Wochen...

WB.01. Haben Sie sich auf alle Ihre Aufgaben konzentrieren können?

- 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, im Leben zu etwas nützlich zu sein?

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

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 gestresst?

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

Innerhalb der letzten Wochen....

WB.06. Hatten Sie das Gefühl, Ihre Schwierigkeiten nicht meistern 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 Ihren Alltagsaktivitäten mit Freude nachgehen (Befriedigung daraus ziehen)?

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

WB.08. Fühlten Sie sich fähig, sich mit Ihren Problemen auseinander zu setzen?

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

WB.09. Waren Sie unglücklich und 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


Innerhalb der letzten Wochen, ...

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 alles in Allem glücklich gefühlt?

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



Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie sich in den **letzten 4 Wochen** gefühlt haben.
Geben Sie für jede Frage die Antwort an, die Ihnen die passendste zu sein scheint.

WB.13. In welchem Maße haben Sie sich innerhalb der letzten 4 Wochen so gefühlt?

<i>Umkreisen Sie die Zahl, die Ihrer Antwort entspricht</i>		Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
01.	Voller Schwung?	1	2	3	4	5
02.	Voller Energie?	1	2	3	4	5
03.	Erschöpft?	1	2	3	4	5
04.	Müde?	1	2	3	4	5



Die folgenden Fragen betreffen den Selbstmord.

Manchmal wird Selbstmord als der einzige Ausweg aus Schwierigkeiten wahrgenommen...

SL.02. Haben Sie schon ernsthaft daran gedacht, Ihrem Leben ein Ende zu setzen?

- 1 Ja, mehrmals
2 Ja, einmal
3 Nein, nie → **Übergehen zu Frage SL.04.**

SL.03. Hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate solche Gedanken?

- 1 Ja
2 Nein

SL.04. Haben Sie schon einen Selbstmordversuch unternommen?

- 1 Ja, mehrmals
2 Ja, einmal
3 Nein, nie → **Übergehen zu Frage PR.01.**

SL.05. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate einen Selbstmordversuch unternommen?

- 1 Ja
2 Nein
3 Is weiß es nicht

Medizinische Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hier folgen einige Fragen bezüglich Ihres Cholesterin-Wertes:

PR.01. Wurde Ihr Cholesterin-Wert schon einmal gemessen?

- 1 Ja
- 2 Nein → **Übergehen zu Frage PR.05.**
- 9 Ich weiß es nicht → **Übergehen zu Frage PR.05.**
-

PR.02. Wann wurde Ihr Cholesterin-Wert zuletzt gemessen??

- 1 Vor weniger als 1 Jahr
- 2 Vor 1 Jahr oder mehr, aber weniger als 2 Jahren
- 3 Vor 2 Jahren oder mehr, aber weniger als 3 Jahren
- 4 Vor 3 Jahren oder mehr, aber weniger als 5 Jahren
- 5 Vor 5 Jahren oder mehr
- 9 Ich weiß es nicht
-

PR.03. Hat man Ihnen bei einer Überprüfung des Cholesterin-Werts schon einmal gesagt, dass er zu hoch ist?

- 1 Ja
- 2 Nein → **Übergehen zu Frage PR.05.**
- 9 Ich weiß es nicht → **Übergehen zu Frage PR.05.**
-

PR.04. Hat Ihnen ein Arzt, aufgrund Ihres erhöhten Cholesterinwertes empfohlen:
(mehrere Antworten möglich)

01. 1 Medikamente zu nehmen?
02. 1 abzunehmen?
03. 1 Ihre Ernährungsgewohnheiten anzupassen?
04. 1 Sich mehr zu bewegen?
- 9 Ich weiß es nicht

Es folgen einige Fragen zu Ihrem Blutzuckerwert (Glykämie):

PR.05. Wurde Ihr Blutzuckerwert schon einmal gemessen?

- 1 Ja
- 2 Nein → **Übergehen zu Frage PA.01.**
- 9 Ich weiß es nicht → **Übergehen zu Frage PA.01.**

PR.06. Wann wurde Ihr Blutzuckerwert zuletzt gemessen?

- 1 Vor weniger als 1 Jahr
- 2 Vor 1 Jahr oder mehr, aber weniger als 2 Jahren
- 3 Vor 2 Jahren oder mehr, aber weniger als 3 Jahren
- 4 Vor 3 Jahren oder mehr, aber weniger als 5 Jahren
- 5 Vor 5 Jahren oder mehr
- 9 Ich weiß es nicht

Körperliche Aktivität

Denken Sie an die körperlichen Aktivitäten im Rahmen Ihrer Arbeit, aber auch Zuhause und im Garten, an die körperlichen Aktivitäten im Rahmen Ihres Alltags, in der Freizeit, zur Entspannung, als Training oder als Sport.

Intensive körperliche Aktivität



Intensive körperliche Aktivitäten sind solche, die eine große körperliche Anstrengung verlangen und Sie **viel** schneller und tiefer atmen lassen als gewöhnlich.

PA.01. An wie vielen Tagen haben Sie sich innerhalb der letzten 7 Tage intensiv körperlich betätigt, wie z.B. schwere Gegenstände heben, Garten umgraben, Aerobic, Jogging, Fußball spielen...?

Tag(e) → Wenn Ihre Antwort "0 Tage" lautet, übergehen zu Frage PA.03.

PA.02. Wie lange haben Sie an so einem Tag eine solche intensive körperliche Aktivität durchgeführt?

Stunde(n)

Minute(n) pro Tag

⁹⁹ Ich weiß es nicht

Mittelmäßig anstrengende körperliche Aktivitäten



Mittelmäßig anstrengende körperliche Aktivitäten sind solche, die eine mäßige körperliche Anstrengung verlangen und Sie **etwas** schneller atmen lassen als gewöhnlich.

PA.03. An wie vielen Tagen haben Sie innerhalb der letzten 7 Tage mittelmäßig anstrengende körperliche Aktivitäten durchgeführt, wie z.B. leichtere Gegenstände heben, mäßig schnell Fahrrad fahren, Tennisspiel im Doppel, Schwimmen...?

!!! Bitte hier nicht die Spaziergänge berücksichtigen!!!

Tag(e) → Wenn Ihre Antwort "0 Tage" lautet, übergehen zu Frage PA.05.

PA.04. Wie lange haben Sie an so einem Tag eine solche mittelmäßig anstrengende körperliche Betätigung durchgeführt?

Stunde(n)

Minute(n) pro Tag

⁹⁹ Ich weiß es nicht

Spaziergänge/Wandern



Denken Sie nun an die Zeit, die Sie mit Fußmärschen / Wandern verbracht haben, sei es am Arbeitsplatz oder Zuhause, auf dem Weg irgendwohin oder für jeden anderen Fußmarsch, den Sie gemacht haben, zur Entspannung, als Sport, als Training oder in der Freizeit.

PA.05. An wie vielen Tagen innerhalb der letzten 7 Tage sind Sie mindestens 10 Minuten am Stück zu Fuß gegangen?

Tag(e) → **Wenn Ihre Antwort "0 Tage" lautet, übergehen zu Frage PA.08.**

PA.06. Wie lange sind Sie insgesamt an so einem Tag zu Fuß gegangen?

Stunde(n) Minute(n) pro Tag

⁹⁹ Ich weiß es nicht

PA.07. In welchem Tempo waren Sie normalerweise zu Fuß unterwegs?

- 1 In einem schnellen Tempo, das Sie viel schneller atmen ließ als normalerweise
- 2 In einem mäßigen Tempo, das Sie etwas schneller atmen ließ als normalerweise
- 3 In einem langsamen Tempo, das Ihre Atmung nicht beeinflusste
- 9 Ich weiß es nicht

Körperliche Aktivität in der Freizeit



Die folgenden beiden Fragen betreffen nur Ihre **körperliche Aktivität in der Freizeit**.

PA.08. Welche Aussage beschreibt am besten Ihre Aktivität in der Freizeit im vergangenen Jahr?

- 1 Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche
- 2 Jogging, anderer Entspannungssport oder Gartenarbeit, mindestens 4 Stunden pro Woche
- 3 Jogging, anderer Entspannungssport oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche
- 4 Spaziergang, Wandern, Fahrrad fahren oder andere leichte Aktivität, mindestens 4 Stunden pro Woche
- 5 Spaziergang, Wandern, Fahrrad fahren oder andere leichte Aktivität, weniger als 4 Stunden pro Woche
- 6 Lesen, Fernsehen oder andere sitzende Tätigkeit
- 9 Ich weiß es nicht

PA.09. Gehen Sie mindestens einmal pro Woche während Ihrer Freizeit lange genug joggen, Fahrrad fahren... um ins Schwitzen zu kommen?

- 1 ja → präzisieren Sie: Tag(e) pro Woche
- 2 Nein
- 9 Ich weiß es nicht

Lebensende

Die folgenden Fragen betreffen Ihre Einstellungen und Vorlieben und die Entscheidungen, die Sie treffen würden, wenn Sie von einer lebensbedrohlichen Krankheit betroffen wären.

EL.01. Wenn Sie lebensbedrohlich erkrankt wären, würden Sie wünschen, dass Ihr behandelnder Arzt Sie über die folgenden Dinge informiert?

<i>Umkreisen Sie die Zahlen, die Ihren Antworten entsprechen</i>		Ja, prinzipiell immer	Ja, wenn ich ausdrücklich danach frage	Nein	Ich weiß nicht
01.	Die Diagnose (= Name und Anzeichen der Krankheit)	1	2	3	9
02.	Die Heilungschancen	1	2	3	9
03.	Die Lebenserwartung mit der Krankheit	1	2	3	9
04.	Die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, ihre Nebenwirkungen und die zu erwartenden Resultate für jede dieser Behandlungen	1	2	3	9
05.	Die Möglichkeiten der Palliativpflege (Komfortpflege für Menschen, die nicht mehr geheilt werden können)	1	2	3	9
06.	Die Möglichkeit(en), mein Leben zu verlängern oder zu verkürzen	1	2	3	9

EL.02. Wenn Sie lebensbedrohlich erkrankt wären, würden Sie wünschen, dass Ihr behandelnder Arzt die Ihnen nahe stehenden Personen über die folgenden Dinge informiert?

<i>Umkreisen Sie die Zahlen, die Ihren Antworten entsprechen</i>		Ja, prinzipiell immer	Ja, wenn ich ausdrücklich danach frage	Nein	Ich weiß nicht
01.	Die Diagnose (= Name und Anzeichen der Krankheit)	1	2	3	9
02.	Die Heilungschancen	1	2	3	9
03.	Die Lebenserwartung mit der Krankheit	1	2	3	9
04.	Die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, ihre Nebenwirkungen und die zu erwartenden Resultate für jede dieser Behandlungen	1	2	3	9
05.	Die Möglichkeiten der Palliativpflege (Komfortpflege für Menschen, die nicht mehr geheilt werden können)	1	2	3	9
06.	Die Möglichkeit(en), mein Leben zu verlängern oder zu verkürzen	1	2	3	9

EL.03. Wenn Sie lebensbedrohlich erkrankt wären, was denken Sie würden Sie für die letzten Wochen Ihres Lebens wünschen?

- 1 Das Leben so lang wie möglich verlängern, auch wenn dies mehr Schmerzen oder Unannehmlichkeiten bedeutet
- 2 Schmerzen und andere Beschwerden so weit wie möglich lindern, auch wenn dies eine kürzere Lebensdauer bedeutet
- 9 Ich weiß es nicht

EL.04. Wenn Sie lebensbedrohlich erkrankt wären, würden Sie den Arzt bitten...

<i>Umkreisen Sie die Zahlen, die Ihren Antworten entsprechen</i>		Ja	Wahrscheinlich	Vielleicht ja, vielleicht nein	Wahrscheinlich nicht	Nein
01.	...Sie so natürlich wie möglich sterben zu lassen, ohne künstliche Eingriffe (z.B. Wiederbelebung, Beatmung, künstliche Ernährung)	1	2	3	4	5
02.	...Ihr Sterben aktiv zu beschleunigen, durch Verschreiben oder Verabreichen eines tödlichen Medikaments	1	2	3	4	5
03.	...Ihnen Medikamente zu verabreichen, die Sie bis zum Tod bewusstlos halten	1	2	3	4	5

EL.05. Haben Sie schon mit Ihrem Arzt über Ihre Wünsche bezüglich der medizinischen Entscheidungen an Ihrem Lebensende gesprochen?

- 1 Ja
- 2 Nein

EL.06. Haben Sie eine schriftliche Willensäußerung hinsichtlich der Sterbehilfe (Euthanasie) verfasst? (Es handelt sich dabei um ein Dokument, in dem Sie darum bitten, dass Ihrem Leben ein Ende gesetzt wird, für den Fall, dass Sie zukünftig nicht mehr in der Lage wären, selbst zu entscheiden)

- 1 Ja
- 2 Nein

Krebsvorsorge

SC.01. Es gibt eine Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs (Dick- und Mastdarm), die das Vorhandensein von Blut im Stuhl aufspürt. Haben Sie schon eine solche Untersuchung gemacht?

1 Ja

2 Nein

9 Ich weiß es nicht

→ **FRAUEN: übergehen zu Frage SC.03.**

→ **MÄNNER: übergehen zu Frage SU.01. Seite 35**

SC.02. Wann wurde das letzte Mal eine Stuhluntersuchung zum Aufspüren von Blut vorgenommen?

1 Innerhalb der letzten 12 Monate

2 Vor mehr als 1 Jahr, aber weniger als 2 Jahren

3 Vor mehr als 2 Jahren, aber weniger als 3 Jahren

4 Nicht in den letzten 3 Jahren

9 Ich weiß es nicht



Achtung, die folgenden Fragen betreffen nur Frauen.

Männer können übergehen zu Frage SU.01, Seite 35.

SC.03. Haben Sie sich bereits einer Mammografie unterzogen (Röntgenaufnahme einer Brust oder beider Brüste)?

1 Ja

2 Nein → **Übergehen zu Frage SC.07.**

9 Ich weiß es nicht → **Übergehen zu Frage SC.07.**

SC.04. Wann wurde bei Ihnen das letzte Mal eine Mammografie vorgenommen?

1 Innerhalb der letzten 12 Monate

2 Vor mehr als 1 Jahr, aber weniger als 2 Jahren

3 Vor mehr als 2 Jahren, aber weniger als 3 Jahren

4 Nicht in den letzten 3 Jahren

9 Ich weiß es nicht

SC.05. Wurde am Tag der Mammografie auch eine Ultraschalluntersuchung der Brust vorgenommen?

1 Ja

2 Nein

9 Ich weiß es nicht

SC.06. Warum haben Sie sich dieser letzten Mammografie unterzogen?*(mehrere Antworten möglich)*

- 01 Auf Anraten Ihres Hausarztes, ohne besondere Beschwerden oder Auffälligkeiten
- 02 Auf Anraten Ihres Gynäkologen, ohne besondere Beschwerden oder Auffälligkeiten
- 03 Brustkrebs in der Familie
- 04 Sie haben selbst schon eine Zyste, einen Tumor oder Brustkrebs gehabt oder sich einer Brustoperation unterziehen müssen
- 05 Als Folge einer früheren Untersuchung
- 06 Schmerzen in der Brust/in den Brüsten
- 07 Sie haben selbst eine Auffälligkeit in einer Ihrer Brüste festgestellt (z.B. einen Knoten)
- 08 Ihr Arzt hat bei einer Untersuchung eine Auffälligkeit in einer Ihrer Brüste festgestellt
- 09 Infolge eines Einladungsbriefs
- 10 Aus einem anderen Grund. **Präzisieren Sie:** _____

SC.07. Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre einen Einladungsbrief zu einer kostenlosen Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung (Mammotest) erhalten?

- 1 Ja
- 2 Nein —————→ **Übergehen zu Frage SC.10.**
- 9 Ich weiß es nicht —————→ **Übergehen zu Frage SC.10.**

SC.08. Haben Sie nach Erhalt des Einladungsbriefs eine Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung (Mammografie / Mammotest) vornehmen lassen?

- 1 Ja —————→ **Übergehen zu Frage SC.10.**
- 2 Nein
- 9 Ich weiß es nicht —————→ **Übergehen zu Frage SC.10.**

SC.09. Warum haben Sie nach Erhalt des Einladungsbriefs keine Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung (Mammografie / Mammotest) vornehmen lassen?*(mehrere Antworten möglich)*

- 01 Weil ich kurze Zeit vorher eine Mammografie zur Früherkennung hatte vornehmen lassen
- 02 Weil ich keine Zeit hatte
- 03 Weil diese Untersuchung zu teuer ist
- 04 Weil ich denke, dass dies nicht notwendig ist
- 05 Weil ich diese Untersuchung unangenehm finde
- 06 Weil ich schon an einer Brust operiert wurde
- 07 Weil ein Arzt mir von einer Mammografie abgeraten hat
- 08 Aus einem anderen Grund. **Präzisieren Sie:** _____

SC.10. Wurde bei Ihnen schon ein Gebärmutterhalsabstrich vorgenommen?

- 1 Ja
- 2 Nein —————→ **Übergehen zu Frage SU.01.**
- 9 Ich weiß es nicht —————→ **Übergehen zu Frage SU.01.**

SC.11. Wann wurde das letzte Mal bei Ihnen ein Gebärmutterhalsabstrich vorgenommen?

- 1 Innerhalb der letzten 12 Monate
- 2 Vor mehr als 1 Jahr, aber weniger als 2 Jahren
- 3 Vor mehr als 2 Jahren, aber weniger als 3 Jahren
- 4 Vor mehr als 3 Jahren, aber weniger als 5 Jahren
- 5 Nicht in den letzten 5 Jahren —————→ **Übergehen zu Frage SU.01.**
- 9 Ich weiß es nicht
- 0 Nicht einschlägig

SC.12. Aus welchem Grund wurde das letzte Mal bei Ihnen ein Gebärmutterhalsabstrich vorgenommen?*(mehrere Antworten möglich)*

- 01 1 Auf Anraten Ihres Hausarztes, ohne besondere Beschwerden oder Auffälligkeiten
- 02 1 Auf Anraten Ihres Gynäkologen, ohne besondere Beschwerden oder Auffälligkeiten
- 03 1 Als Folge einer früheren Untersuchung
- 04 1 Wegen einer anormalen Blutung
- 05 1 Sie haben selbst eine andere Anomalie festgestellt
- 06 1 Ihr Arzt hat bei einer Untersuchung eine Anomalie festgestellt
- 07 1 Sie haben schon selbst Gebärmutterhalskrebs gehabt
- 08 1 Infolge eines Einladungsbriefs
- 09 1 Aus einem anderen Grund. **Präzisieren Sie :** _____



Zum Schluss folgen einige Fragen zum Fragebogen selbst.

SU.01. Fanden Sie diese Fragen schwierig?

- 1 Sehr schwierig
- 2 Eher schwierig
- 3 Weder schwierig noch einfach
- 4 Eher einfach
- 5 Sehr einfach

SU.02. Empfinden Sie diese Fragen als zu persönlich oder zu intim?

- 1 Ja
- 2 Nein

SU.03. Empfinden Sie diesen Fragebogen als zu lang?

- 1 Ja
- 2 Nein

SU.04. Wie viel Zeit haben Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens benötigt?

		Minuten
--	--	---------

RECHT HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN SIND ERHÄLTlich BEI:

Lydia Gisle
Edith Hesse
Jean Tafforeau

Wissenschaftliches Institut für Volksgesundheit
Epidemiologischer Dienst
Rue Juliette Wytsman, 14
B - 1050 Brüssel

Tel.: 02/642.57.53
02/642.57.55
02/642.57.71

E-Mail: his@iph.fgov.be

<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index4.htm>

Februar 2008