

Gesundheitsumfrage, Belgien 2018

Ausgewählte Person

Vorname :

Strichcode :

Nummer :

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	0	0	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	---	---	---	---	----------------------	----------------------

Befrager -in

Nummer :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Datum der Befragung:

T	T	-	M	M	-	2	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie soll dieser Fragebogen ausgefüllt werden?

- Bitte kreuzen Sie das Feld an, das am besten zur Ihrer Antwort passt. (zum Beispiel: das Feld mit „Ja“ ankreuzen, wenn Sie schon mal geraucht haben).

ZB.01 Haben Sie in Ihrem Leben mehr als ein Paket Zigaretten geraucht?

- ₁ Ja
 ₂ Nein

- Manchmal müssen Sie in einem vorgesehenen Feld eine Zahl eintragen (Beispiel: „19“ bei der nachfolgenden Frage ZB.02).

ZB.02 In welchem Alter haben Sie begonnen zu rauchen??

Im Alter von Jahre

- Bei einigen Fragen wird man Sie bitten, Unterfragen (Folgefragen) zu beantworten. (Beispiel: Antworten Sie „Ja“ bei der Frage ZB.03: dann beantworten Sie ebenfalls die Frage a) Wenn ja, „wie viele“....? (beispielsweise 6 Jahre).

ZB.03 Hatten Sie täglich geraucht?

- ₁ Ja
→ a) Wenn ja, wie viele Jahre haben sie täglich geraucht? Jahre
 ₂ Nein

- In anderen Fällen kann Ihre Antwort dazu führen, dass Sie einige Fragen überspringen müssen und man Sie auf nachfolgenden Fragen verweist, die sich weiter im Fragebogen befinden. (ZB.04: wenn sie mit „Nein“ antworten, werden Sie direkt auf die Frage SH.01 verwiesen, die sich auf einer andere Seite befindet).

ZB.04 Haben Sie schon mal versucht mit dem Rauchen aufzuhören?

- ₁ Ja, mehrfach
 ₂ Ja, einmal
 ₃ Nein → **Gehen Sie zu SH.01 Seite 3**

- Insofern Sie keinen anderen Hinweis erhalten, sollten Sie immer nur ein Kästchen pro Frage ankreuzen und zur nachfolgenden Frage gehen. Bitte beachten Sie nicht die kleinen Ziffern links neben den Kästchen.

Information

Um einen korrekten Zusammenhang und eine Verbindung mit Ihrem Fragebogen per Interview zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, nachfolgend Ihr Geburtsjahr, Geschlecht und die Postleitzahl einzutragen :

Geburtsjahr:

Sie sind: ₁ Männlich

₂ Weiblich

Postleitzahl:

Wahrnehmung des Gesundheitszustandes

SH.01 Wie ist Ihre allgemeiner Gesundheitszustand?

₁ Sehr gut

₂ Gut

₃ Mittelmäßig

₄ Schlecht

₅ Sehr schlecht

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

₁ Ja

₂ Nein

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

₁ Ja, sehr beeinträchtigt

₂ Ja, beeinträchtigt

₃ Nein, überhaupt nicht

Stress und Wohlbefinden

Wie fühlten Sie sich während der letzten Wochen?

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

In den letzten Wochen...

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

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

In den letzten Wochen...

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.01

Insgesamt, auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 "überhaupt nicht zufrieden" und 10 "völlig zufrieden" bedeutet, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben in der Gesamtheit?

<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>
0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10
überhaupt nicht zufrieden										völlig zufrieden										

VT.02

In welchem Maße haben Sie sich innerhalb der letzten Wochen so gefühlt?

<i>(Ein Kreuz pro Linie)</i>	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
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

Essverhalten

<i>(Ein Kreuz pro Linie)</i>	Ja	Nein
EB.01 Haben Sie kürzlich mehr als 6 Kilo innerhalb von 3 Monaten abgenommen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
EB.02 Befürchten Sie, dass Sie die Kontrolle über die Menge, die Sie essen verloren haben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
EB.03 Kommt es vor, dass Sie bei sich absichtlich Brechreiz hervorrufen, weil Sie ein Völlegefühl verspüren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
EB.04 Sagen Ihnen andere, dass Sie zu schlank sind, obwohl Sie sich als zu dick empfinden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
EB.05 Würden Sie sagen, dass Essen Ihr Leben bestimmt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Andere Schwierigkeiten

AD.01 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Probleme gestört?

(Ein Kreuz pro Linie)	Überhaupt nicht	An mehreren Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
01. 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. Wenig Appetit oder zu viel essen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. schlecht über sich selbst fühlen/denken, das Gefühl haben, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Schwierigkeiten haben, sich auf etwas zu konzentrieren wie beispielsweise Zeitunglesen oder Fernsehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so langsam, dass dies auch anderen Leuten hätte auffallen können? Oder waren Sie im Gegenteil zappelig oder unruhig so dass Sie sich dadurch viel mehr bewegt haben als sonst?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. Gedanken, dass Sie tot besser dran wären oder sich verletzen möchten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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

1 Ja, mehrmals

2 Ja, einmal

a) Falls ja, hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate Selbstmordgedanken?

1 Ja

2 Nein

3 Nein, nie

SU.02 Haben Sie schon einen Selbstmordversuch unternommen?

1 Ja, mehrmals

2 Ja, einmal

a) Falls ja, haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate einen Selbstmordversuch unternommen?

1 Ja

2 Nein

3 Nein, nie

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

Körperliche Aktivität in der Freizeit

PA.10 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

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?**

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 Ich habe früher Alkohol getrunken, aber nicht in den letzten 12 Monaten

9 Noch nie oder höchstens ein paar Schlücke in meinem Leben

⇒ Gehen Sie weiter zu AL.02

⇒ Gehen Sie weiter zu AL.06 Seite 12

⇒ Gehen Sie weiter zu AL.08 Seite 13

⇒ Gehen Sie weiter zu TA.01 Seite 14

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

1 An allen 4 Tagen

2 An 3 der 4 Tage

3 An 2 der 4 Tage

4 An einem der 4 Tage

5 An keinem dieser 4 Tage ⇒ Gehen Sie weiter zu AL.04 Seite 12

AL.03 **Von Montag bis Donnerstag, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie durchschnittlich pro Tag, wenn Sie Alkohol trinken?**

1 16 oder mehr Gläser pro Tag

2 10 - 15 Gläser pro Tag

3 6 - 9 Gläser pro Tag

4 4 - 5 Gläser pro Tag

5 3 Gläser pro Tag

6 2 Gläser pro Tag

7 1 Glas pro Tag

8 Ich trink nicht an Wochentagen

AL.04 **Von Freitag bis Sonntag, an wie vielen dieser 3 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?**

- 1 An allen 3 Tagen
- 2 An 2 der 3 Tage
- 3 An einem der 3 Tage
- 4 An keinem dieser 3 Tage ⇒ Gehen Sie weiter zu AL.06

AL.05 **Von Freitag bis Sonntag, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie durchschnittlich pro Tag, wenn Sie Alkohol trinken?**

- 1 16 oder mehr Gläser pro Tag
- 2 10 - 15 Gläser pro Tag
- 3 6 - 9 Gläser pro Tag
- 4 4 - 5 Gläser pro Tag
- 5 3 Gläser pro Tag
- 6 2 Gläser pro Tag
- 7 1 Glas pro Tag
- 8 Ich trinke nicht an Wochenende

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

- 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
- } ⇒ Gehen Sie weiter zu AL.08 Seite 13

AL.07 Wie Häufig haben Sie mindestens 4 Gläser (für Frauen) / 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
- a) Falls ja, war es
- 1 innerhalb der 12 letzten Monaten?
- 2 vor mehr als 12 Monaten?
- 2 Nein

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

- 1 Ja
- a) Falls ja, war es
- 1 innerhalb der 12 letzten Monaten?
- 2 vor mehr als 12 Monaten?
- 2 Nein

AL.11 Haben Sie sich in Bezug auf Ihren Alkoholkonsum schon mal schuldig gefühlt?

- 1 Ja
- a) Falls ja, war es
- 1 innerhalb der 12 letzten Monaten?
- 2 vor mehr als 12 Monaten?
- 2 Nein

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

Ja

1



a) Falls ja, war es innerhalb der 12 letzten Monaten?

1

vor mehr als 12 Monaten?

2

Nein

2

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

Ja

1



a) Falls ja, war es innerhalb der 12 letzten Monaten?

1

vor mehr als 12 Monaten?

2

Nein

2

Tabakkonsum

Beziehen Sie sich nicht auf die elektronische Zigarette.

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

Ja

1



a) Falls ja, wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Zigarette bis zu Ende geraucht haben?

Jahren

Nein

2

⇒ Gehen Sie weiter zu TP.01 Seite 19

TA.02 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 TP.01 Seite 19

TA.03 Haben Sie schon an jedem Tag geraucht?

Ja

1

Nein

2

⇒ Gehen Sie weiter zu TA.06 Seite 15

TA.04 Wenn ja, mit welchem Alter haben Sie begonnen täglich zu rauchen (auch wenn Sie zwischendurch aufgehört haben)?

Ich war Jahren

TA.05 Wenn ja, 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?

- ₁ Ja, jeden Tag ⇒ Gehen Sie weiter zu TA.07
- ₂ Ja, gelegentlich ⇒ Gehen Sie weiter zu TA.12 Seite 17
- ₃ Nein, überhaupt nicht ⇒ Gehen Sie weiter zu TA.14 Seite 18

Tägliche Raucher

Diese Fragen richten sich an die Personen, die aktuell täglich rauchen.
Gelegenheitsraucher gehen weiter zur Frage TA.12 Seite 17.
Diejenigen die nicht mehr rauchen zur Frage TA.14 Seite 18.

TA.07 Im Durchschnitt, welche Menge rauchen Sie täglich?



Achtung! Geben Sie die Anzahl tägliche Zigaretten (oder Zigarren/...) 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 Zigaren oder Zigarillos

03. Ich rauche täglich Tabakpfeifen

04. Ich rauche täglich Shisha, Wasserpfeife

05. Ich rauche täglich andere (genauere Angabe): _____

TA.08 Wann rauchen Sie morgens die erste Zigarette (Zigarre, Pfeife...) nach dem Aufwachen?

- 1 Innerhalb von 5 Minuten danach
- 2 6-30 Minuten danach
- 3 31-60 Minuten danach
- 4 Spätere als 60 Minuten danach

TA.09 Haben Sie schon mal während mindestens 24 Stunden nicht geraucht, weil Sie mit dem Rauchen aufhören wollten?

- 1 Ja, mehrmals
- 2 Ja, einmal
- 3 Nein ⇒ Gehen Sie weiter zu TP.01 Seite 19

TA.10 Wann haben Sie zuletzt versucht, mindestens während 24 Stunden nicht zu rauchen?

- 1 Vor weniger als 6 Monaten
- 2 Vor mehr als 6 Monaten, aber vor weniger als 12 Monaten
- 3 Vor 12 Monaten oder mehr

TA.11 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 Unterstützung oder Methode
- 2 Online- oder Telefonhilfe "Tabakstop"
- 3 Individuelle Hilfe oder in einer Gruppe unter Anleitung eines Tabakologen (nicht mein Arzt).
- 4 Sprechstunde bei einem Mitarbeiter aus dem Gesundheitsbereich (kein Tabakologe)
- 5 Verordnete Medikamente: Zyban, Champix, andere Medikamente)
- 6 Elektronische Zigarette: mit oder ohne Nikotin
- 7 Nikotinersatz (Nikotinpflaster, Kaugummi, Spray, Lutschtabletten,...)
- 8 Selbsthilfe durch Internet, Broschüren, Bücher...
- 9 Akkupunktur, Hypnose, Aromatherapie, Kinesiologie...



Tägliche Raucher: Gehen Sie weiter zu TP.01 Seite 19!

Gelegenheitsraucher

Diese Fragen richten sich an die Personen, die derzeit nicht täglich rauchen.
Diejenigen die täglich rauchen werden gebeten zur Frage TP.01 Seite 19 überzugehen und die Ex-Raucher zur Frage TA.14 Seite 17.

TA.12 Sie geben an, dass Sie rauchen aber nicht täglich. Wie häufig rauchen Sie momentan?

- 1 4 bis 6 Tagen in der Woche
- 2 1 bis 3 Tagen in der Woche
- 3 1 bis mehrere Tage im Monat, aber nicht jede Woche
- 4 1 bis mehrere Tage im Jahr, aber nicht jeden Monat
- 5 Weniger als 1 Tag im Jahr

TA.13 Rauchen Sie aktuell mehr, weniger oder genauso viel wie vor 2 Jahren?

- 1 ich rauche mehr als vor 2 Jahren
- 2 ich rauche weniger als vor 2 Jahren
- 3 ich rauche genauso viel wie vor 2 Jahren



Gelegenheitsraucher: Gehen Sie weiter zu TP.01 Seite 19!

Ehemaliger raucher

Diese Fragen richten sich an Personen, die früher geraucht haben, aktuell aber nicht mehr rauchen.

TA.14 Wann haben Sie endgültig aufgehört zu rauchen?

- 1 Vor weniger als 1 Monat
- 2 Vor 1 Monat oder mehr, aber vor weniger als 6 Monaten
- 3 Vor 6 Monaten oder mehr, aber vor weniger als 1 Jahr
- 4 Vor 1 Jahr oder mehr, aber vor weniger als 2 Jahren
- 5 Vor 2 Jahren oder mehr, aber vor weniger als 10 Jahren
- 6 Vor 10 Jahren oder mehr
- 7 Nicht anwendbar ⇒ Gehen Sie weiter zu TP.01 Seite 19

TA.15 Mit welcher Methode (falls es eine gab) haben Sie es geschafft aufzuhören (für 24 Stunden oder länger)?

(Mehrere Antworten möglich)

- 1 Keine besondere Unterstützung oder Methode
- 2 Online- oder Telefonhilfe "Tabakstop"
- 3 Individuelle Hilfe oder in einer Gruppe unter Anleitung eines Tabakologen (nicht mein Arzt).
- 4 Sprechstunde bei einem Mitarbeiter aus dem Gesundheitsbereich (kein Tabakologe)
- 5 Verordnete Medikamente: Zyban, Champix, andere Medikamente)
- 6 Elektronische Zigarette: mit oder ohne Nikotin
- 7 Nikotinersatz (Nikotinpflaster, Kaugummi, Spray, Lutschtabletten,...)
- 8 Selbsthilfe durch Internet, Broschüren, Bücher...
- 9 Akkupunktur, Hypnose, Aromatherapie, Kinesiologie...

Blotstelling aan tabaksrook

Fragen für alle: Passivrauchen.

TP.01 Wie häufig sind Sie dem Rauch von Tabak in geschlossenen Räumen ausgesetzt? (In Ihrem Haus, im Auto, auf dem Arbeitsplatz, in der Öffentlichkeit...)?

Ausschließlich der Rauch, den andere Personen produzieren, sollte berücksichtigt werden.

- 1 Täglich, 1 Stunde oder mehr pro Tag
- 2 Täglich, weniger als eine Stunde pro Tag
- 3 Mindestens ein Mal pro Woche (Aber nicht jeden Tag)
- 4 Weniger als ein Mal pro Woche
- 5 Niemals oder fast niemals ⇒ *Gehen Sie weiter zu EC.01*

TP.02 Wo sind Sie grundsätzlich dem Rauch des Tabaks von anderen in einem Raum ausgesetzt?

(Mehrere Antworten möglich)

- 1 Zuhause
- 2 Im Auto
- 3 Auf der Arbeit
- 4 An öffentlichen Orten (Kneipe, Restaurant,...)
- 5 Andere. Präzisieren: _____

Elektronische Zigaretten (E-Zigarette)

Eine elektronische Zigarette (E-Zigarette), oder ähnliche Geräte wie E-Pfeife/E-Zigarre/E-Shisha, sind kleine elektronische Geräte, die das Rauchen simulieren, aber keinen Tabak verbrennen sondern durch Flüssigkeiten Dampf produzieren.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf alle diese elektronischen, dampferzeugenden Geräte wie "E-Zigaretten".

EC.01 Haben Sie jemals E-Zigaretten probiert, auch wenn nur ein paar Züge?

- 1 Ja
- 2 Nein ⇒ *Gehen Sie weiter zu TP.03 Seite 21*

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 TP.03 Seite 21

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

- 1 Eine Einweg-E-Zigarette oder einen Einweg-Verdampfer (nicht aufladbar "cig-a-like")
- 2 Eine E-Zigarette mit austauschbaren vorgefüllten Kartuschen (aufladbar)
- 3 Eine E-Zigarette mit einem Behälter, 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 (iQOS-Typ HNB-Zigaretten)
- 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 geraucht genutzt haben, haben Sie Tabak geraucht?

- 1 Ja
2 Nein

EC.07 Welches sind Ihre Hauptgründe für das Nutzen einer E-Zigarette oder eines Verdampfers?

- 1 Das Rauchen aufhören
2 Das Rauchen reduzieren (nicht aufhören)
3 Verhindern, wieder mit dem Rauchen anzufangen
4 Nutzen, wo Rauchen verboten ist
5 Aus Neugier, ich wollte sie nur probieren
6 Weil ich es genieße
7 Weil es weniger schädlich ist als Tabak
8 Weil es günstiger ist als Tabak
9 Weil es nicht schädlich/störend ist für meine Mitmenschen
10 Andere Gründe (präzisieren): _____

Dem Dampf der elektronischen Zigarette ausgesetzt

Fragen an alle Befragten.

TP.03 Wie oft sind Sie den Dämpfen von elektronischen Zigaretten (E-Zigaretten) von anderen innen ausgesetzt (zu Hause, im Auto, auf dem Arbeitsplatz oder in der Öffentlichkeit)?

Ausschließlich die Dämpfe, die andere Personen produzieren, sollten berücksichtigt werden.

- 1 Täglich, 1 Stunde oder mehr pro Tag
2 Täglich, weniger als eine Stunde pro Tag
3 Mindestens ein Mal pro Woche (Aber nicht jeden Tag)
4 Weniger als ein Mal pro Woche
5 Niemals oder fast niemals → Gehen Sie weiter zu ID.01 Seite 22

TP.04 Wo sind Sie grundsätzlich den Dämpfen von E-Zigaretten anderer in einem Raum ausgesetzt?

(Mehrere Antworten möglich)

- 1 Zuhause
- 2 Im Auto
- 3 Auf der Arbeit
- 4 An öffentlichen Orten (Kneipe, Restaurant,...)
- 5 Andere. Präzisieren: _____

Cannabiskonsum

ID.01 Haben Sie jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana, Joint oder Kiffen) konsumiert?

- 1 Ja
- 2 Nein ⇒ Gehen Sie weiter zu ID.07 Seite 24

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

Ich war Jahre alt

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

- 1 Ja
- 2 Nein ⇒ Gehen Sie weiter zu ID.07 Seite 24

ID.04 Innerhalb der letzten 12 Monate,

<i>(Ein Kreuz pro Linie)</i>		Seht oft	Öfter	Ab und zu	Aber selten	Nie
01.	haben Sie Cannabis vormittags konsumiert?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02.	haben Sie Cannabis konsumiert, wenn Sie alleine waren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03.	hatten Sie Erinnerungsprobleme, wenn Sie Cannabis konsumiert haben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04.	sind Sie aufgrund Ihres Cannabiskonsums (Konflikt, Schlägerei, Unfall, schlechte Schulresultate, leistungsschwach bei der Arbeit,...) in Schwierigkeiten geraten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05.	haben Freunde oder Familienmitglieder Ihnen gesagt, sie sollten Ihren Cannabiskonsum reduzieren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06.	haben Sie erfolglos versucht Ihren Cannabiskonsum zu reduzieren oder ganz zu stoppen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ID.05 Haben Sie in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert?

1 Ja

2 Nein

⇒ *Gehen Sie weiter zu ID.07 Seite 24*

ID.06 An wievielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage Cannabis konsumiert?

1 Jeden Tag

2 20-29 Tage

3 10-19 Tage

4 4-9 Tage

5 1-3 Tage

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?

(Ein Kreuz pro Linie)	Innerhalb der letzten 30 Tage	Innerhalb der letzten 12 Monate	Vor mehr als 12 Monate	Niemals
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. LSD oder andere Halluzinoge (Pilze, Meskalin, DMT, Ayahuasca)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Rauschmittel die nicht von dem Arzt verschrieben wurden (Kodein, Oxycodone, Buprenorphine, Fentanyl)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Neue psychoaktive Substanzen wie synthetische Cannabinoide, Spice, Mephedron, Kräutermischungen, ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Psychoaktive Medikamente die nicht für Sie von einem Arzt im Rahmen einer Behandlung verschrieben wurden (Valium, Ritaline, Rohypnol, Temesta, ...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Glücksspiele und Wetten

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,... ?

1 Ja

2 Nein

⇒ Gehen Sie weiter zu VI.01 Seite 27

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?

<i>Nicht Spiele über Internet berücksichtigen</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. Lotterie Ziehungen: Lotto, Keno, Euromillions, Rapido...	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. Sofortgewinne oder Rubbellose: Win-for-life, Subito, Presto...	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. Bingo in Wirtschaften und Clubs	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. Pokerspiel mit Einsatz/Geld	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. Spielautomaten, 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. Casino-Spiele: Roulette, BlackJack, Würfel...	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. Wetten bei (Pferde-)Rennen	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. 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 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.03 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Geld für folgenden Online-Spielaktivitäten ausgegeben?

<i>Nur übers Internet</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, Rapido...	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, Astro, Cash,...	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)?**

1 40€ im Monat oder mehr ➔ Genauere Angabe: Euro im Monat

2 Weniger als 40€ im Monat ➔ **Gehen Sie weiter zu VI.01 Seite 27**

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?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02. haben Sie mit mehr Geld spielen müssen, um die gleiche Aufregung zu verspüren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
03. haben Sie an einem anderen Tag versucht, Ihr bereits verlorenes Geld zurück zu gewinnen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
04. haben Sie sich Geld geliehen oder Dinge verkauft, um Geld zum Spielen zu bekommen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
05. haben Sie den Eindruck gehabt, dass Sie ein Spielproblem haben könnten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
06. haben Leute Sie für das Wetten und Spielen kritisiert, ungeachtet ob Sie die Kritik für wahr gehalten haben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
07. hat das Glücksspiel Ihnen gesundheitliche Probleme bereitet, eingeschlossen Stress oder Angstgefühl?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
08. hat das Glücksspiel irgendwelche finanziellen Probleme für Sie oder Ihren Haushalt verursacht?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
09. haben Sie sich schuldig gefühlt für Ihre Spielgewohnheiten oder für das was geschieht, wenn Sie spielen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

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

Gewalt

VI.01 Waren Sie im Laufe der letzten 12 Monate Opfer eines Diebstahls, eines Raubüberfalls oder bewaffneten Überfalls, verbaler/psychischer Gewalt (Beleidigungen, Drohungen, Isolierung), körperlicher Gewalt (Rangeleien, Schläge) oder sexueller Gewalt (Exhibitionismus, Vergewaltigung)?

Ja

Nein

⇒ Gehen Sie weiter zu HI.01

VI.02 Von welcher Art von Gewalt sind Sie persönlich innerhalb der letzten 12 Monate Opfer geworden und wo ist dies geschehen?

(Mehrere Antworten möglich)

	Zuhause	Am Arbeitsplatz / In der Schule	An einem öffentlichen Ort / Auf öffentlicher Straße	Anderswo
01. Diebstahl, Überfall oder Raubüberfall,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale oder psychische Gewalt				
02. Beleidigungen, Spott, Erniedrigung, Sarkasmus, ständige Kritik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Drohungen, Einschüchterung, Erpressung, Belästigung, Heruntermachen, sexuelle oder rassistische Kommentare oder Belästigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Isolierung, Freiheitsberaubung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Gewalt				
05. Zu Boden geschlagen worden sein, gestoßen, geschüttelt,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Geschlagen worden sein, verwundet durch eine Waffe, gewürgt,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Gewalt				
07. Exhibitionismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Sexuelle Übergriffe, erzwungener Geschlechtsverkehr,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere				
09. Präzisieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?

(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 Dienst für Opferbetreuung, Jugendhilfedienst, Zufluchtsstätte/sichere Unterkunft
- 9 Telefonhilfe 108
- 10 Andere, präzisieren: _____
- 11 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

Kenntnisstand und Einstellung zum Thema AIDS

HI.01 Ihrer Meinung nach,

(Ein Kreuz pro Linie)

	Ja	Nein	Ich weiß nicht
01. besteht das Risiko der Ansteckungsgefahr, wenn man nur Sex mit einem nicht infizierten Partner hat, der keine anderen Partner hat?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
02. kann man das Risiko AIDS zu bekommen senken, wenn man bei jedem Sex ein Kondom benutzt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
03. kann eine gesundaussehende Person AIDS haben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
04. kann man sich mit AIDS anstecken, indem man eine infizierte Person umarmt oder ihr die Hand schüttelt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
05. kann man AIDS bekommen, wenn man von dem Glas einer infizierten Person trinkt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

HI.02 Wurden Sie jemals auf AIDS getestet?

- 1 Ja, vor weniger als 1 Woche
- 2 Ja, vor mehr als 1 Woche, aber weniger als 3 Monaten
- 3 Ja, vor mehr als 3 Monaten, aber weniger als 1 Jahr
- 4 Ja, vor mehr als 1 Jahr
- 5 Nein, nie
- 6 Ich weiß es nicht

⇒ Gehen Sie weiter zu HI.04 Seite 30

HI.03 Wir fragen nicht nach dem Resultat des Tests, aber sind Sie persönlich über die Resultate des Tests informiert worden?

- 1 Ja
- 2 Nein

HI.04 Haben Sie schon einem anderen Test zur Erkennung von Sexuell übertragbare Erkrankung unterzogen als den AIDS-Test?

- 1 Ja, vor weniger als 1 Woche
- 2 Ja, vor mehr als 1 Woche, aber weniger als 3 Monaten
- 3 Ja, vor mehr als 3 Monaten, aber weniger als 1 Jahr
- 4 Ja, vor mehr als 1 Jahr
- 5 Nein, nie
- 6 Ich weiß es nicht

⇒ *Gehen Sie weiter zu RH.01*

HI.05 Wir fragen nicht nach dem Resultat dieser Tests, aber sind Sie persönlich über die Resultate informiert worden ?

- 1 Ja
- 2 Nein

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 anonym und streng vertraulich behandelt werden.

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

- 1 Ja
- 2 Nein ⇒ *Gehen Sie weiter zu HL.01 Seite 33*

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?

- 1 Ja
- 2 Nein ⇒ *Gehen Sie weiter zu HL.01 Seite 33*

RH.04 Mit wievielen verschiedenen Partnern hatten Sie im Laufe der letzten 12 Monate Geschlechtsverkehr?

- 1 Partner
- 2 2 Partnern
- 3 3 Partnern
- 4 4 Partnern oder mehr
- 5 Weiß nicht

RH.05 Benutzten Sie beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom?

- 1 Ja
- 2 Nein
- 3 Weiß nicht

RH.06 Haben Sie oder Ihr(e) Partner während der letzten 12 Monate ein Verhütungsmittel verwendet (um eine Schwangerschaft zu vermeiden)?

- 1 Ja
- 2 Nein
- 3 Nicht betroffen (schwanger oder versuchen es zu werden, Frauen in der Menopause, Frauen in einer Beziehung mit Frauen)

⇒ *Gehen Sie weiter zu HL.01 Seite 33*

RH.07 Für welche Verhütungsmethode(n) haben Sie oder Ihr(e) Partner sich in den letzten 12 Monaten entschieden?

(Mehrere Antworten möglich)

1 Pille

2 Hormonpflaster zur Verhütung

3 Implantat

4 Injizierbare Verhütungsmittel (wie Depo-Provera)

5 Vaginaler Verhütungsring (wie NuvaRing)

6 Spirale

7 Pille danach

8 Diaphragma

9 Spermizid, Verhütungsschwamm

10 Kondom für Männer

11 Kondom für Frauen

12 Periodische Abstinenz

13 Unterbrochener Geschlechtsverkehr

14 Die Sterilisation der Frau

15 Die Sterilisation des Mannes

16 Andere Methode. Welche: _____

Gesundheitskompetenzen

Bitte geben Sie für die folgenden Situationen an, wie schwierig oder leicht diese für Sie sind.

HL.01 Von sehr einfach bis sehr schwierig, wie leicht fällt es Ihnen:

(Ein Kreuz pro Linie)	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwer	Sehr schwer
01. zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. anhand der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen zu Ihrer Krankheit zu treffen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Informationen darüber zu finden, wie Sie psychische Probleme wie Stress oder Depression bewältigen können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
04. zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien (TV, Internet oder andere Medien) vertrauenswürdig sind?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
05. Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Meditation, Sport, Spazieren/Wandern,)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
06. Informationen, darüber wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, die über die Medien vermittelt werden, zu verstehen? (TV, Internet, andere)	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 Schmerzen/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

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Haben Sie noch Bemerkungen?

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

Sciensano
Juliette Wytsmanstraat 14
B - 1050 Brussel

Stefaan Demarest 02/642 57 94

Johan Van der Heyden 02/642 57 26

Sabine Drieskens 02/642 50 25

E-mail : his@sciensano.be

web: www.enquetesante.be