

Leben und Gesundheit in Vorpommern

Regionale Untersuchung über Lebensbedingungen,
Umwelt und Gesundheit in Vorpommern



Fragebogen zum Selbstauffüllen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Ihre Mitarbeit ist freiwillig. Die wissenschaftliche Aussagekraft der Untersuchung hängt aber entscheidend von der Mitarbeit aller ausgewählten Personen ab.

Der Fragebogen ist Teil einer Repräsentativbefragung von 7000 Personen aus der Region Vorpommern, die nach einem Zufallsverfahren ausgewählt wurden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Fragen zu Ihrer Wohnumwelt	5
2. Fragen zur Verkehrsmittelbenutzung	12
3. Fragen zu sozialen Kontakten, Freizeitaktivitäten	14
4. Fragen zum Arbeitsplatz.....	18
5. Fragen zur „Wende“.....	20
6. Fragen zur persönlichen Sicherheit.....	21
7. Fragen zur Gesundheit und zum Alltagsleben	28
8. Fragen zum Alkoholkonsum	35
9. Änderungsabsichten	37
10. Haushaltseinkommen	45
11. Ihre Meinung.....	46

Fragebogen zum Selbstbeantworten

Regionale Basisstudie Vorpommern

im Rahmen des Forschungsverbundes Community Medicine
an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

© Copyright

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Direktor: Prof. Dr. Ulrich John

Walther-Rathenau-Str. 48
17487 Greifswald

Autoren: U. Härtel, Ch. Adam, B. Greiner, D. Alte

Version: Februar 1999

Wie wird's gemacht?

Beispiel

Auf dieser Seite wird Ihnen in einigen Beispielen gezeigt, wie Sie die Fragen beantworten sollen. Auf der folgende Seite beginnen die eigentlichen Fragen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie

- in die Kästchen ein Kreuz machen:

Hat Ihr Schlafräum Fenster zu einer Hauptstraße oder Schnellstraße?

Ja

Nein

- oder die entsprechenden Zahlen in die Felder eintragen:

Wie lange wohnen Sie schon in Ihrer jetzigen Wohnung?

Seit 23 Jahren

- oder Ihre Eintragungen auf der gepunkteten Linie machen:

Habe andere Beschwerden, und zwar

Rückenschmerzen

.....

- Gehen Sie der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie eine oder mehrere Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich darauf verwiesen wird:

Beispiel:

Gehören Sie zu den Menschen, die schon auf geringste Mengen von Chemikalien mit Beschwerden reagieren?

Ja

Nein



Wenn Nein: Bitte die Fragen 26 und 27 überspringen!

Wenn Sie „Ja“ ankreuzen, gehen Sie einfach zur nächsten Frage weiter.

[4]

— Fragen zu Ihrer Wohnumwelt —

1. **Wie lange wohnen Sie schon in Ihrer jetzigen Wohnung?**

Seit weniger als 1 Jahr

Seit |__|__| Jahren

2. **Hat Ihr hauptsächlich genutzter Wohnraum Fenster zu einer Hauptstraße oder Schnellstraße?**

Ja

Nein

3. **Halten Sie die Fenster in der Regel geschlossen, wenn Sie sich in diesem Raum befinden?**

Ja

Nein

4. **Hat Ihr Schlafräum Fenster zu einer Hauptstraße oder Schnellstraße?**

Ja

Nein

5. **Schlafen Sie dort in der Regel mit geschlossenem Fenster?**

Ja

Nein

6. **Wie oft fahren tagsüber Lastwagen durch die Straße, in der Sie wohnen?**

Nie

Selten

Häufig

Fast den ganzen Tag

7. Wie oft fahren nachts Lastwagen durch die Straße, in der Sie wohnen?

Nie Selten Häufig Fast die ganze Nacht

8. Ist in der Straße, in der Sie wohnen, die durch den Verkehr verursachte Belästigung (Lärm oder Abgase) so stark, daß Sie die Fenster schließen müssen, um ungestört zu sein?

Nie Selten Häufig Fast immer

9. Wie stark fühlen Sie sich Zuhause nachts durch die folgenden Lärmquellen gestört?

!!! Bitte machen Sie für jede Lärmquelle eine Angabe!

	Nicht gestört	Wenig gestört	Mittelmäßig gestört	Ziemlich gestört	Stark gestört
• Straßenlärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fluglärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schienenverkehrslärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Industrie-/Gewerbelärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstiger Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welcher sonstige Lärm?

(Bitte eintragen!)

.....

10. Etwa wie lange sind Sie täglich als Fußgänger oder Radfahrer im Straßenverkehr Autoabgasen ausgesetzt?

Weniger als 1 Stunde täglich

Mehr als 1 Stunde täglich

11. Liegt Ihre Wohnung in unmittelbarer Nähe ...

!!! Bitte beantworten Sie jede Zeile!

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • einer Hochspannungsleitung (bis ca. 100 m)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • einer Trafostation (bis ca. 300 m)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • eines Sendemastes (bis ca. 500 m)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Würden Sie Ihre Wohnung als feucht bezeichnen?

Ja

Nein

 **Wenn Nein:** Bitte weiter mit Frage 15.

13. Bildet sich beständig Kondenswasser an den Fenstern?

Ja

Nein

14. Gibt es Feuchtigkeitsflecken oder Schimmel an Wänden oder Decken?

Ja

Nein

15. Wieviel Topfpflanzen befinden sich in Ihrem Schlafzimmer?

Keine

1 bis 2 Töpfe

3 bis 5 Töpfe

Mehr als 5 Töpfe

16. Aus welchen Materialien besteht Ihr Bettzeug (d. h. das Oberbett, das Kopfkissen und die Füllungen der beiden)? Besteht es aus ...

!!! Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz und beachten Sie, daß Bettzeug auch aus Mischgewebe bestehen kann!

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Daunen (Federn) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kunstfasern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Baumwolle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • (Schaf)Wolle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • anderen Tierhaaren
(z.B. Roßhaar, Kamelhaar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weiß nicht | <input type="checkbox"/> | |

17. Hat Ihr Schlafzimmer Teppichboden bzw. Auslegeware?

Ja

Nein

18. Haben Sie schon einmal Teppichboden aus Ihrem Schlafrum entfernt oder nicht verlegt, weil Sie oder ein anderes Familienmitglied eine allergische Erkrankung hatten?

Ja

Nein

19. Mit welchem Brennstoff (welcher Energieart) wird Ihre Wohnung überwiegend beheizt?



Bitte machen Sie nur eine Angabe!

Strom

Gas

Kohle/Briketts

Öl

Holz

Fernwärme

20. Mit welchem Brennstoff (welcher Energieart) wird in Ihrer Wohnung überwiegend gekocht?

 Bitte machen Sie nur eine Angabe!

Strom

Gas

Kohle/Briketts

Öl

Holz

21. Mit welcher Art von Heizung wird Ihre Wohnung beheizt?

 Es sind mehrere Angaben möglich!

Fernheizung

Zentralheizung

Etagen-/Einzelraumheizung

22. Benutzen Sie Gas in Ihrer Wohnung ...

!!! Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

- | | Ja | Nein | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| • zum Kochen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | } Wenn beides Nein,
dann bitte weiter mit
Frage 24 |
| • zum Warmwasserbereiten?
(mittels Boiler bzw. Durchlauferhitzer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |


23. Gibt es für das Gas einen gesonderten Abzug?

Nein

Ja, für den Kochherd

Ja, für den Warmwasserbereiter

24. Aus welchem Material ist Ihre Trinkwasserleitung?

 Es sind mehrere Angaben möglich.

Weiß nicht

Kupfer

Blei

Stahl,
vernickelt

Stahl,
verzinkt

V2A-Stahl

Kunststoff

25. Gehören Sie zu den Menschen, die schon auf geringste Mengen von Chemikalien mit Beschwerden reagieren?

Ja

Nein



Wenn Nein: Bitte weiter mit Frage 28 auf Seite 12.

26. Um welche Chemikalien handelt es sich dabei?

Handelt es sich dabei um ...

!!! Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
• Konservierungs- oder Farbstoffe in Lebensmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lösungsmittel in Einrichtungsgegenständen oder Teppichboden(kleber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amalgam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kosmetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Modeschmuck (z.B. mit Nickellegierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere: (Bitte eintragen!)		

.....

27. Wie äußern sich diese durch Chemikalien verursachten Beschwerden?**Äußern sie sich durch ...****!!!** Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
• Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hauterscheinungen (Juckreiz, Rötungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere: (Bitte eintragen!)		

.....

— Fragen zur Verkehrsmittelbenutzung —

28. Welche Verkehrsmittel benutzen Sie wie oft ?

!!! Bitte machen Sie für jedes Verkehrsmittel eine Angabe!

	täglich	mehrmals die Woche	mehrmals im Monat	mehrmals im Jahr	seltener	nie bzw. trifft nicht zu
• PKW (Selbstfahrer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• PKW (Mitfahrer, Fahrgemeinschaft, <u>nicht</u> Selbstfahrer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kraftrad (Mofa, Moped, Motorroller, Motorrad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Haben Sie einen oder mehrere der folgenden Führerscheine (gemeint sind auch zeitlich befristet entzogene Führerscheine)?

- | | Ja | Nein |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Ich besitze einen Führerschein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

 **Wenn Nein:** Bitte weiter mit Frage 30.

Wenn Ja, welche Klasse:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Klasse 3: PKW u. LKW bis 7.5 t zul. Gesamtgewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Klasse 1 (auch 1a, 1b): Motorrad oder Leichtkraftrad (über 50 cm ³), auch Stufenführerschein für Motorradfahrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Klasse 2: LKW über 7.5 t zul. Gesamtgewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Klasse 4: Moped, Mokick, Motorroller (bis 50 cm ³) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Klasse 5: Traktor, landwirt. Arbeitsmaschinen bis 25 km/h u. dergleichen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sonstiges: (Bitte eintragen!) | | |
-



Bitte überspringen Sie die folgende Frage, wenn Sie nie Alkohol trinken.

30. Jeder tut mal Dinge, die nicht ungefährlich sind. Haben Sie seit der „Wende“ schon einmal in alkoholisiertem Zustand, d. h. nachdem Sie zwei oder mehr alkoholische Getränke getrunken hatten, ein Kraftfahrzeug geführt?

Nein

 **Wenn Nein:** Bitte weiter mit Frage 31.

Ja

Falls Ja: Haben Sie das in den letzten 12 Monaten getan?

Nein

 **Wenn Nein:** Bitte weiter mit Frage 31.

Ja

Falls Ja: Wie oft? Anzahl

— Fragen zu sozialen Kontakten, Freizeitaktivitäten —

31. Wie viele lebende Kinder haben Sie (auch adoptierte oder Pflegekinder einschließen) ?

 Bitte kreuzen Sie die zutreffende Anzahl an!

Keine 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oder mehr

 **Wenn keine bzw. verstorben:** Bitte weiter mit Frage 35!

32. Wie viele dieser Kinder wohnen zur Zeit mit Ihnen zusammen?

 Bitte kreuzen Sie die zutreffende Anzahl an!

Keine 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oder mehr

33. Wie viele Ihrer Kinder, die nicht mehr bei Ihnen wohnen, treffen Sie mindestens einmal im Monat oder telefonieren mit ihnen ?

 Bitte kreuzen Sie die zutreffende Anzahl an!

Keine 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oder mehr

Trifft nicht zu

34. Wie zufrieden sind Sie insgesamt gesehen mit dem Kontakt zu Ihren Kindern ?

Sehr zufrieden Einigermaßen zufrieden Nicht sehr zufrieden

35. Wie viele Freunde haben Sie, mit denen Sie sich eng verbunden fühlen und mit denen Sie auch persönliche Probleme besprechen können ?

 Bitte kreuzen Sie die zutreffende Anzahl an!

Keine 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oder mehr

36. Hätten Sie gern mehr solcher Freunde ?

Ja

Nein

37. Wie viele Verwandte haben Sie (abgesehen von Ihren Kindern), mit denen Sie sich eng verbunden fühlen ?

 Bitte kreuzen Sie die zutreffende Anzahl an!

Keine 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oder mehr

38. Hätten Sie gern mehr enge Verwandte?

Ja

Nein

39. Wie zufrieden sind Sie insgesamt gesehen mit dem Kontakt zu Ihren Freunden und Verwandten ?

Sehr zufrieden Einigermaßen zufrieden Nicht sehr zufrieden

40. Wie viele Ihrer engen Freunde oder Verwandten, treffen Sie mindestens einmal im Monat?

 Bitte geben Sie die Zahl dieser Freunde und Verwandten an!

Anzahl

41. Würden Sie Ihre Freunde oder Verwandten gern öfter sehen ?

Ja Nein Eher seltener

42. Leute wenden sich manchmal an andere für Freundschaftsdienste, Hilfe oder Unterstützung. Wie oft steht Ihnen Unterstützung zur Verfügung, wenn Sie sie benötigen?

!!! Bitte machen Sie für jede Frage eine Angabe!

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
• Jemand, dem Sie sich anvertrauen oder über Ihre persönlichen Probleme reden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jemand, der Sie zum Doktor fährt, wenn Sie es brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jemand, der Ihnen Essen bereitet, wenn Sie nicht in der Lage dazu sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jemand, der Ihnen mit täglichen Besorgungen hilft, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jemand, der Ihnen eine kleine Geldmenge leiht, wenn Sie es benötigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Die nächste Liste enthält eine Reihe von Gruppen oder Vereinen, in denen man seine Freizeit verbringen kann.

!!! Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, ob sie zu diesen Gruppen gehören und gegebenenfalls, wie häufig sie an deren Aktivitäten teilnehmen.

	Gehöre dazu		Falls Ja: Nehme an Aktivitäten teil		
	Nein	Ja	Häufig	Manchmal	Selten
• Sportverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere sportliche Gruppen (z.B. Wandergruppen, Tanzgruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hobby-Club (z.B. Gesangs- verein, Schach, Skat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gesundheitliche Selbsthilfe- gruppen (z.B. Rheumagrup- pe, Koronargruppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Berufliche Organisationen, Berufsverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Karitative oder kirchliche Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gruppen, und zwar: (Bitte ein- tragen!)	1. Gruppe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Gruppe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

— Fragen zum Arbeitsplatz —



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie zur Zeit berufstätig sind! Wenn Sie z. Zt. nicht berufstätig sind, bitte weiter mit Frage 48!

44. Im folgenden ist eine Anzahl von Aussagen aufgeführt, die berufliche Tätigkeiten beschreiben können. Bitte geben Sie an, inwieweit jede dieser Aussagen für Ihre gegenwärtige Arbeit zutreffend ist.

	Völlig zu- treffend	Zutreffend	Unzu- treffend	Völlig unzu- treffend
--	------------------------	------------	-------------------	-----------------------------

Ich kann mir bei meiner Arbeit Zeit lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich kann selbst entscheiden, wie ich bei meiner Arbeit vorgehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich bin selbst dafür verantwortlich, wieviel Arbeit ich verrichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich muß immer die gleichen Tätigkeiten verrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Man verlangt übermäßig viel Arbeit von mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Meine Arbeit erfordert ein hohes Maß an fachlichen Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Meine Arbeit erfordert sehr viel Schnelligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Für meine Arbeit muß ich immer wieder etwas Neues lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich bekomme oft widersprüchliche Anweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mein Beruf erfordert, daß ich sehr hart arbeite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mein Beruf erfordert viel Einfallsreichtum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

45. Machen Sie sich manchmal Sorgen darüber, ob Sie Ihre gegenwärtige Arbeitsstelle behalten können?

Ja, häufig

Ja, manchmal

Nein, nie

46. Befürchten Sie, in naher Zukunft Ihre jetzige berufliche Existenz zu verlieren bzw. sich beruflich anders orientieren zu müssen?

!!! Bitte machen Sie nur eine Angabe!

- Ja, ich befürchte, meine berufliche Existenz zu verlieren.
- Ja, ich befürchte, mich beruflich anders orientieren zu müssen.
- Nein

47. Wie oft haben Sie sich schon gewünscht, Ihre jetzige Arbeitsstelle zu wechseln oder aufzugeben?

Oft

Manchmal

Selten

Nie

— Fragen zur „Wende“ —

48. Hat sich Ihre berufliche Situation seit der Wende

verbessert? verschlechtert? kaum verändert? trifft nicht zu

49. Hat sich Ihre finanzielle Situation seit der Wende

verbessert? verschlechtert? kaum verändert?

50. Hat sich Ihre persönliche Situation (z.B. Ihre persönlichen Kontakte zu Freunden und Verwandten) seit der Wende

verbessert? verschlechtert? kaum verändert?

— Fragen zur persönlichen Sicherheit —

Wurden Sie schon einmal Opfer einer der folgenden Straftaten?

51. Raub?

Jemand hat Ihnen mit Gewalt oder unter Androhung von Gewalt die Handtasche oder andere Gegenstände weggenommen oder versucht, das zu tun.

Nein **Falls Nein:** ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 52!

Ja **Falls Ja:** **Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?**

Nein ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 52!

Ja **Wenn Ja:** Wie oft? |__|__| Anzahl

52. Wohnungseinbruch?

Jemand ist ohne Ihre Erlaubnis in Ihre Wohnung eingedrungen und hat etwas gestohlen oder versucht zu stehlen.

Nein **Falls Nein:** ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 53!

Ja **Falls Ja:** **Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?**

Nein ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 53!

Ja **Wenn Ja:** Wie oft? |__|__| Anzahl

53. Einbruch in andere Räumlichkeiten?

Jemand ist ohne Ihre Erlaubnis in Ihren Keller, Boden, Garage, Gartenlaube, Geschäftsraum oder Büro eingedrungen und hat etwas gestohlen oder versucht, zu stehlen.

Nein **Falls Nein:** ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 54!

Ja **Falls Ja:** **Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?**

Nein ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 54!

Ja **Wenn Ja:** Wie oft? |__|__| Anzahl

54. KFZ-Diebstahl?

Jemand hat ein Auto gestohlen, das im Besitz Ihres Haushaltes war.

Nein **Falls Nein:** ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 55!

Ja **Falls Ja:** **Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?**

Nein ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 55!

Ja **Wenn Ja:** Wie oft? |__|__| Anzahl

55. Kraftrad-Diebstahl?

Jemand hat ein Mofa, Moped, Motorroller oder Motorrad gestohlen, das zu Ihrem Haushalt gehört.

Nein Falls Nein:  Bitte weiter mit Frage Nr. 56!

Ja Falls Ja: Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?

Nein  Bitte weiter mit Frage Nr. 56!

Ja Wenn Ja: Wie oft? |__|__| Anzahl

56. KFZ-Sachbeschädigung und Diebstahl aus KFZ?

Jemand hat mutwillig ein Auto Ihres Haushaltes beschädigt (z. B. Antenne abgebrochen, Reifen zerstoehen, Lack zerkratzt) oder etwas aus Ihrem Auto gestohlen (z. B. Autoradio oder Tasche).

Nein Falls Nein:  Bitte weiter mit Frage Nr. 57!

Ja Falls Ja: Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?

Nein  Bitte weiter mit Frage Nr. 57!

Ja Wenn Ja: Wie oft? |__|__| Anzahl

57. Fahrraddiebstahl?

Jemand hat ein Fahrrad, das Ihnen selbst oder Ihrem Haushalt gehörte, gestohlen.

Nein Falls Nein: ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 58!

Ja Falls Ja: Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?

Nein ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 58!

Ja Wenn Ja: Wie oft? |__|__| Anzahl

58. Andere Diebstähle?

Diebstähle von Gegenständen, wie z. B. Brieftasche, Papiere, Koffer, Fotoapparat usw. (z. B. am Arbeitsplatz, auf der Straße, in Gaststätten, am Strand, Bus, Bahn usw.). Nicht gemeint sind Fälle, in denen Gewalt angedroht oder angewendet wurde und Diebstähle aus Autos oder bei Einbrüchen in Räume.

Nein Falls Nein: ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 59!

Ja Falls Ja: Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?

Nein ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 59!

Ja Wenn Ja: Wie oft? |__|__| Anzahl

59. Körperverletzung mit Waffengebrauch?

Jemand hat Ihnen absichtlich mit einer Schußwaffe, einem Messer, einem Stock/Prügel, Tränengas, Ketten oder ähnlichen Gegenständen eine Verletzung zugefügt oder versucht, das zu tun, ohne Ihnen etwas wegzunehmen.

Nein Falls Nein:  Bitte weiter mit Frage Nr. 60!

Ja Falls Ja: Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?

Nein  Bitte weiter mit Frage Nr. 60!

Ja Wenn Ja: Wie oft? |__|__| Anzahl

60. Körperverletzung ohne Waffengebrauch?

Jemand hat Sie absichtlich geschlagen, geprügelt, gestoßen oder gewürgt, ohne dabei eine Waffe oder einen Gegenstand einzusetzen und ohne Ihnen etwas wegzunehmen.

Nein Falls Nein:  Bitte weiter mit Frage Nr. 61!

Ja Falls Ja: Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?

Nein  Bitte weiter mit Frage Nr. 61!

Ja Wenn Ja: Wie oft? |__|__| Anzahl

61. Drohung/Nötigung?

Jemand hat Sie so massiv bedroht, daß Sie richtig Angst hatten und deshalb z. B. das getan haben, was man von Ihnen wollte, ohne Sie dabei aber zu verletzen.

Nein Falls Nein: ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 62!

Ja Falls Ja: Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?

Nein ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 62!

Ja Wenn Ja: Wie oft? |__|__| Anzahl

62. Sexuelle Belästigung?

Jemand hat Sie in sexueller Absicht auf unverschämte Art belästigt, z. B. durch verbale, obszöne „Anmache“ oder durch „Grabschen“, ohne daß es zu weiteren sexuellen Handlungen gekommen ist. Dies kann z. B. auf der Straße, am Strand, am Arbeitsplatz oder im Haus geschehen.

Nein Falls Nein: ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 63!

Ja Falls Ja: Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten widerfahren?

Nein ↪ Bitte weiter mit Frage Nr. 63!

Ja Wenn Ja: Wie oft? |__|__| Anzahl

63. Betrug?

Jemand hat Sie beim Kauf, beim Verkaufen oder bei Bezahlung einer Arbeitsleistung betrogen. Damit ist gemeint, daß Sie von Ihrem Gegenüber absichtlich getäuscht oder belogen wurden und Ihnen dadurch beim Kauf, Verkauf oder Bezahlung ein finanzieller Nachteil entstanden ist.

Nein Falls Nein: ↘ Bitte weiter mit Frage Nr. 64!

Ja Falls Ja: Ist Ihnen das in den letzten 12 Monaten wiederfahren?

Nein ↘ Bitte weiter mit Frage Nr. 64!

Ja Wenn Ja: Wie oft? |__|__| Anzahl

— Fragen zur Gesundheit und zum Alltagsleben —

☞ Bei den folgenden Fragen geht es noch einmal um Ihr allgemeines Befinden: wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

☞ Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft.

64. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
• Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, Staubsaugen, Kegeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Ja	Nein
• Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. **Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?**

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich habe weniger geschafft als ich wollte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich konnte nur bestimmte Dinge tun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | Überhaupt
nicht | Ein bißchen | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

69. **In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.**

!!! Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...

- | | Immer | Meis-
tens | Ziem-
lich oft | Manch-
mal | Selten | Nie |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • ruhig und gelassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • voller Energie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • entmutigt und traurig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

70. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer Meistens Manchmal Selten Nie



Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen an, wie sehr die Aussage auf Sie zutrifft.

71. Ich kann an den meisten unserer heutigen Schwierigkeiten nichts ändern.

Stimme ganz
und gar zu

Stimme eher zu

Stimme eher
nicht zu

Stimme ganz und
gar nicht zu

72. Ich fühle mich oft einsam.

Stimme ganz
und gar zu

Stimme eher zu

Stimme eher
nicht zu

Stimme ganz und
gar nicht zu

73. Die Welt ist heute so kompliziert geworden, daß ich wirklich nicht verstehe, wie alles zusammenhängt.

Stimme ganz
und gar zu

Stimme eher zu

Stimme eher
nicht zu

Stimme ganz und
gar nicht zu



Falls eine der folgenden Aussagen irgendwann in Ihrem Leben zugetroffen hat, kreuzen Sie bitte „selten“, „oft“ oder „immer“ an. Sofern die Aussage niemals zuge- troffen hat, kreuzen Sie bitte „nie“ an.

- 74. Ich neige dazu, Gegenstände in meinem Haushalt oder Teile meines Körpers häufiger zu waschen oder zu reinigen, als dies eigentlich nö- tigt wäre.**

nie

selten

oft

immer

- 75. Ich habe gelegentlich die Neigung zu kontrollieren, ob ich beim Verlas- sen der Wohnung die Haustür auch richtig geschlossen habe, ob ich auch alle Lichtschalter, Herd oder Bügeleisen ausgestellt habe, oder ob ich einfach alles richtig gemacht habe, z. B. auf der Arbeit oder im Haushalt.**

nie

selten

oft

immer

- 76. Manchmal habe ich Gedanken im Kopf, z. B. an ein vergangenes Ge- spräch, eine Verhaltensweise von mir, eine belastende Nachrichten- meldung oder an ein mögliches Unheil, die ich nicht loswerde, obwohl ich mich durch diese Gedanken belästigt fühle.**

nie

selten

oft

immer

- 77. Gelegentlich stelle ich fest, daß ich bestimmte Handlungen mehrfach hintereinander oder in einer bestimmten Reihenfolge wiederhole, weil ich mich sonst angespannt fühlen würde oder etwas Unangenehmes befürchten müßte.**

nie

selten

oft

immer

- 78. Ich bin ein Mensch, der bei bestimmten Dingen großen Wert auf Ord- nung legt. Am liebsten ist es mir, wenn alle Dinge ihren exakten Platz haben und gerade und geordnet liegen, wie z. B. Teppiche, Papiere auf dem Schreibtisch oder Wäsche im Kleiderschrank.**

nie

selten

oft

immer

79. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr gesamtes Leben.

!!! Es ist wichtig für uns, daß Sie jede Frage sorgfältig lesen und mit „Ja“ bzw. „Nein“ beantworten.

	Ja	Nein
Haben Sie jemals mehrere Monate lang unter körperlichen Beschwerden oder Schmerzen gelitten, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall - manche nennen das auch Panikattacke oder Angstattacke -, bei dem Sie ohne Grund plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es in Ihrem Leben schon einmal eine Zeitspanne von einem Monat oder länger, in der Sie sich häufig ängstlich, angespannt und voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie jemals unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen, wie mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer zu stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie jemals in Ihrem Leben unter unbegründet starken Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen, Schlange zu stehen oder aus dem Haus zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie jemals unter einer unbegründet starken Angst vor Situationen, wie z. B. Aufzüge, Tunnels, Flugzeuge benutzen oder vor anderen Dingen, wie Höhen, Unwettern, Tieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Interessenverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie jemals über mehrere Tage hinweg ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so daß sich Freunde und Angehörige Sorgen machten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals im Zusammenhang mit Alkohol irgendwelche Probleme (z. B. Alkohol am Steuer, körperliche oder psychische Probleme, Unfälle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon mehrmals Anregungsmittel, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Verschreibung eingenommen oder in höherer Dosierung als verschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in Ihrem Leben schon mehrmals irgendwelche Drogen, wie z. B. Haschisch, Ecstasy, Kokain oder Heroin genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Im folgenden werden eine Reihe von Beschwerden genannt. Machen Sie bitte bei jeder aufgeführten Beschwerde ein Kreuz in eines der vier Kästchen, je nachdem, ob sie gar nicht, kaum, mäßig oder stark unter diesen Beschwerden leiden.

	Gar nicht	Kaum	Mäßig	Stark
Rücken- oder Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck- oder Völlegefühl im Leib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit, Hörbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsweise Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leibschmerzen (einschließlich Magen- oder Unterleibschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von Frage 80	Gar nicht	Kaum	Mäßig	Stark
Energielosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Gespanntheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wetterfühligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl (Einschlafen, Absterben, Brennen oder Kribbeln) in Händen und/oder Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grübeleien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- und Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe andere Beschwerden und zwar: (Bitte eintragen!)				
.....				

— Fragen zum Alkoholkonsum —

81a. Haben Sie jemals in Ihrem Leben ein alkoholhaltiges Getränk getrunken (z.B. Bier, Wein/Sekt, Schnaps, Cognac, Whisky, Likör, Mixgetränke)?

Ja

Nein



Falls Nein: Bitte weiter bei Frage Nr. 86 auf Seite 39.

81. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mindestens ein alkoholhaltiges Getränk (Bier, Wein/Sekt, Schnaps, Cognac, Whisky, Likör, Mixgetränke) getrunken?

Ja

Nein

Wenn Nein: Geben Sie bitte das Jahr an, in dem Sie aufgehört haben, alkoholhaltige Getränke zu trinken!

Jahr



Bitte weiter bei Frage Nr. 86.

82. Wenn Sie an die letzten 30 Tage (4 Wochen, 1 Monat) denken, an wie vielen Tagen haben Sie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör, Mixgetränke) getrunken?

!!!

Bitte geben Sie es für jede einzelne Getränkeart an. Falls Sie etwas in den letzten 30 Tagen gar nicht getrunken haben, setzen Sie bitte eine **„0“ (Null)** ein!

Habe innerhalb der letzten 30 Tage (4 Wochen / 1 Monat) getrunken:

- Bier an Tagen
- Wein/Sekt an Tagen
- Spirituosen an Tagen

83. Wieder bezogen auf die letzten 30 Tage (4 Wochen / 1 Monat):

An so einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken, wieviel Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen trinken Sie dann im Durchschnitt?

!!! Wenn kein Konsum, bitte wieder die „**0**“ (**Null**) eintragen!

Gläser pro Tag:

- | | | |
|---------------|-----|--|
| • Bier | _ _ | <u>kleine</u> Gläser/Dosen/Flaschen (0.2 bis 0.33 Liter) |
| • Bier | _ _ | <u>große</u> Gläser/Dosen/Flaschen (0.4 bis 0.5 Liter) |
| • Wein/Sekt | _ _ | Gläser (0.2 bis 0.25 Liter) |
| • Spirituosen | _ _ | <u>kleine</u> Gläser („Einfacher“ = 0.02 Liter) |
| • Spirituosen | _ _ | <u>große</u> Gläser („Doppelter“ = 0.04 Liter) |

84. Wenn Sie an die letzten 30 Tage (4 Wochen / 1 Monat) denken, an wie vielen Tagen haben Sie insgesamt mindestens 5 Gläser, egal ob Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen, getrunken?

!!! Falls nicht zutreffend, bitte wieder die „**0**“ (**Null**) eintragen!

an |_|_| Tagen

— Änderungsabsichten —

Es folgen einige Fragen dazu, ob Sie mit einzelnen Gewohnheiten in Ihrem Leben vollkommen einverstanden sind oder aber manchmal etwas ändern möchten. Es geht wieder um Ihre persönlichen Gewohnheiten, alkoholhaltige Getränke zu sich nehmen, zu rauchen, sich zu ernähren und sich zu bewegen.

85. Alkohol



Falls Sie nie Alkohol trinken, gehen Sie bitte zu Frage 86!



Geben Sie bitte zu jeder Aussage an, wie sehr Sie ihr zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Bin unsicher	Stimme zu	Stimme sehr zu
Ich bin mit meiner Art, Alkohol zu trinken, völlig einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, daß ich zuviel Alkohol trinke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, weniger Alkohol zu trinken als früher oder gar nicht mehr zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke gern Alkohol, aber manchmal trinke ich zuviel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal denke ich, daß ich weniger oder gar nicht mehr trinken sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über mein Trinken nachzudenken ist reine Zeitverschwendung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe erst vor kurzem meine Trinkgewohnheiten geändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeder kann darüber reden, daß er wegen des Trinkens etwas tun will, aber ich tue tatsächlich etwas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... Fortsetzung auf der nächsten Seite ...

Fortsetzung von Frage 85	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Bin unsicher	Stimme zu	Stimme sehr zu
Ich bin an dem Punkt ange- langt, wo ich darüber nachden- ken sollte, weniger oder gar keinen Alkohol mehr zu trin- ken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Trinken ist manchmal ein Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde es notwendig für mich, über eine Änderung mei- nes Trinkens nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ändere meine Trinkge- wohnheiten genau jetzt im Moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger Alkohol zu trinken er- gibt für mich einen Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde an einem Kurs teil- nehmen, in dem ich lernen kann, meinen Alkoholkonsum so zu kontrollieren, daß er ge- sundheitlich unbedenklich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Rauchen

Wenn Sie nicht rauchen, gehen Sie bitte zu Frage 87!



Geben Sie bitte zu jeder Aussage an, wie sehr Sie ihr zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Bin unsicher	Stimme zu	Stimme sehr zu
Ich bin mit meiner Art, zu rauchen, völlig einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, daß ich zuviel rauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, weniger zu rauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rauche gern, aber manchmal rauche ich zuviel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal denke ich, daß ich weniger oder gar nicht mehr rauchen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über mein Rauchen nachzudenken ist reine Zeitverschwendung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe erst vor kurzem mein Rauchen eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeder kann darüber reden, daß er wegen des Rauchens etwas tun will, aber ich tue tatsächlich etwas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin an dem Punkt angelangt, wo ich darüber nachdenken sollte, weniger oder gar nicht mehr zu rauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Rauchen ist manchmal ein Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Fortsetzung auf der nächsten Seite ...					

Fortsetzung von Frage 86	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Bin unsicher	Stimme zu	Stimme sehr zu
Ich finde es notwendig für mich, über eine Änderung meines Rauchens nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin gerade dabei, mein Rauchen einzuschränken oder ganz damit aufzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger zu rauchen oder ganz damit aufzuhören ergibt für mich einen Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

87. Ernährung

!!! Geben Sie bitte zu jeder Aussage an, wie sehr Sie ihr zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Bin unsicher	Stimme zu	Stimme sehr zu
Ich bin mit meiner Art, zu essen, völlig einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, daß ich zuviel esse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, weniger zu essen als früher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse gern, aber manchmal zuviel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal denke ich, daß ich weniger essen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über mein Essen nachzudenken, ist reine Zeitverschwendung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe gerade vor kurzem begonnen, weniger zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele reden darüber, ihr Essen zu reduzieren, aber ich tue tatsächlich etwas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin an dem Punkt angekommen, daß ich darüber nachdenken sollte, mein Essen einzuschränken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Essen ist manchmal ein Problem für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde es notwendig, über eine Reduzierung meines Essens nach zudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich reduziere mein Essen genau jetzt im Moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Fortsetzung auf der nächsten Seite ...					

Fortsetzung von Frage 87	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Bin unsicher	Stimme zu	Stimme sehr zu
Weniger zu essen ergibt für mich einen Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde an einem Kurs teilnehmen, in dem ich lernen kann, meine Eßgewohnheiten so zu gestalten, daß sie gesundheitlich besonders verträglich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Körperliche Bewegung

!!! Geben Sie bitte zu jeder Aussage an, wie sehr Sie ihr zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Bin unsicher	Stimme zu	Stimme sehr zu
Ich bin mit meinem Maß an körperlicher Bewegung einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, daß ich mich zu wenig körperlich bewege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, mich mehr zu bewegen als früher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ruhe mich gern aus, aber manchmal bewege ich mich zu wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal denke ich, daß ich mich körperlich mehr bewegen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darüber nachzudenken, wieviel ich mich körperlich bewege, ist reine Zeitverschwendung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe gerade vor kurzem begonnen, mich mehr zu bewegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele reden nur darüber, sich körperlich mehr zu bewegen, aber ich tue tatsächlich etwas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin an dem Punkt angelangt, daß ich darüber nachdenken sollte, mich mehr zu bewegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wenig körperliche Bewegung zu haben, ist manchmal ein Problem für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde es notwendig, über mehr Bewegung für mich nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Fortsetzung auf der nächsten Seite ...					

Fortsetzung von Frage 88	Stimme über- haupt nicht zu	Stimme nicht zu	Bin unsicher	Stimme zu	Stimme sehr zu
Daß ich mich körperlich zu wenig bewege, ändere ich jetzt im Moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mich körperlich mehr zu bewegen ergibt für mich einen Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde an einem Kurs teilnehmen, in dem ich lernen kann, mir mit Spaß mehr Bewegung zu verschaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

— Haushaltseinkommen —


89. Hier noch eine Frage für die Statistik. Wie hoch ist etwa das monatliche Haushaltseinkommen, das heißt das Nettoeinkommen, das Ihnen allen zusammen nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben zur Verfügung steht? Ihre Angabe wird - wie auch alle anderen Angaben in diesem Fragebogen – selbstverständlich vollständig anonym gehalten, so daß keinerlei Rückschlüsse auf Sie selbst oder Ihren Haushalt möglich sind. Dabei genügen Einkommensgruppen. Es würde uns helfen, wenn Sie die Einkommensgruppe nennen könnten, zu der Ihr Haushalt gehört.

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Unter 400 DM | <input type="checkbox"/> |
| 400 bis unter 600 DM | <input type="checkbox"/> |
| 600 bis unter 800 DM | <input type="checkbox"/> |
| 800 bis unter 1.000 DM | <input type="checkbox"/> |
| 1.000 bis unter 1.250 DM | <input type="checkbox"/> |
| 1.250 bis unter 1.500 DM | <input type="checkbox"/> |
| 1.500 bis unter 1.750 DM | <input type="checkbox"/> |
| 1.750 bis unter 2.000 DM | <input type="checkbox"/> |
| 2.000 bis unter 2.250 DM | <input type="checkbox"/> |
| 2.250 bis unter 2.500 DM | <input type="checkbox"/> |
| 2.500 bis unter 2.750 DM | <input type="checkbox"/> |
| 2.750 bis unter 3.000 DM | <input type="checkbox"/> |
| 3.000 bis unter 3.500 DM | <input type="checkbox"/> |
| 3.500 bis unter 4.000 DM | <input type="checkbox"/> |
| 4.000 bis unter 4.500 DM | <input type="checkbox"/> |
| 4.500 bis unter 5.000 DM | <input type="checkbox"/> |
| 5.000 bis unter 5.500 DM | <input type="checkbox"/> |
| 5.500 bis unter 6.000 DM | <input type="checkbox"/> |
| 6.000 bis unter 8.000 DM | <input type="checkbox"/> |
| 8.000 bis unter 10.000 DM | <input type="checkbox"/> |
| 10.000 bis unter 15.000 DM | <input type="checkbox"/> |
| 15.000 DM und mehr | <input type="checkbox"/> |

— Ihre Meinung —

Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Ihre und die Angaben der anderen Untersuchungsteilnehmer werden dazu verwendet, genaue Informationen über die Gesundheit und über Gesundheitsbedingungen der Bevölkerung in Vorpommern zu erhalten. Aufbauend darauf sollen Vorschläge für die Gesundheitsversorgung und die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung erarbeitet werden.

90. Wie kann Ihrer Meinung nach die Gesundheit der Bevölkerung in Vorpommern verbessert werden?

 Geben Sie bitte die 3 wichtigsten Vorschläge an!

1.

.....

2.

.....

.....

3.

.....

.....

.....

