

## Angaben zur Person

1. Wann sind Sie geboren?

**F001KD**

**F001KT**

--	--

Tag

**F001KM**

--	--

Monat

**F001KJ**

19 

--	--

Jahr

2. Welches Geschlecht haben Sie?

**SEX**

Männlich ..... ☐ 1

Weiblich ..... ☐ 2

## Krankheiten

Auf diesen Teil wird im nachfolgenden Arztgespräch noch einmal eingegangen.

3. Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie jemals?

**F003xx**

**Jemals gehabt**

	Ja 1	Nein 2	Weiß nicht 3
<b>xx = 01.</b> Bluthochdruck, Hypertonie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durchblutungsstörungen am Herzen, Verengung der Herzkranzgefäße, Angina pectoris .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herzinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Herzschwäche, Herzinsuffizienz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schlaganfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Durchblutungsstörungen des Gehirns (nur wenn sie bei Ihnen mit Lähmungen, Gefühls- störungen oder Sprachstörungen einhergingen und nicht durch Migräne bedingt waren).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Durchblutungsstörungen an den Beinen, arterielle Verschlußkrankheit, "Schaufensterkrankheit" .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Krampfadern (Varizen, mit oder ohne "offene" Beine, Ulcus cruris) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Venenthrombose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Asthma bronchiale (Bronchialasthma, Lungenasthma, allergisches Asthma) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von Frage 3:

		Jemals gehabt		
		Ja	Nein	Weiß nicht
		1	2	3
<b>XX =</b>	11. Chronische Bronchitis (d. h. Husten nachts ohne Erkältung und mit morgendlichem Auswurf an den meisten Tagen, mindestens 3 Monate im Jahr in 2 aufeinanderfolgenden Jahren) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Magenschleimhautentzündung, Gastritis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Ulcuskrankheit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Gallenblasenentzündung oder Gallensteine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Leberschrumpfung, Leberzirrhose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. Leberentzündung, Hepatitis, ansteckende Gelbsucht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17. Schilddrüsenkrankheiten (z. B. Kropf) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) mit Insulinbehandlung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ohne Insulinbehandlung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20. Erhöhte Blutfette, erhöhtes Cholesterin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21. Gicht oder Harnsäureerhöhung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. Blutarmut, Eisenmangel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23. Nierenbeckenentzündung, Pyelonephritis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24. Nierenkolik, Nierensteine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25. Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Blutkrebs) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26. Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	27. Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (z. B. chronische Polyarthrit, Rheumatoidarthritis, Morbus Bechterew) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	28. Osteoporose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	29. Migräne (d. h. anfallartige Kopfschmerzen, die wiederholt und meist halbseitig auftreten, in den frühen Morgenstunden beginnen und Stunden bis Tage andauern können) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30. Epilepsie (Krampfanfälle, zerebrale Anfälle) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31. Parkinson .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	32. Multiple Sklerose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von Frage 3:

		Jemals gehabt		
		Ja	Nein	Weiß nicht
		1	2	3
<b>xx = 33.</b>	Hirnhautentzündung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Psychische Erkrankung (z. B. Angstzustände, Depression, Psychose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Eßstörung (Bulimie, Anorexia nervosa) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Heuschnupfen, allergische Bindehautentzündung (allergische Rhinitis, allergische Konjunktivitis) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Allergisches Kontaktekzem (Hautausschlag durch Waschmittel, Kosmetika, Nickel, Unverträglichkeit anderer Metalle u. a.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Neurodermitis (juckendes Ekzem, besonders in den Ellenbeugen und Kniekehlen, endogenes Ekzem, atopisches Ekzem) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Nahrungsmittelallergie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Allergische Hautquaddeln (flüchtige, stark juckende, schubweise aufschießende Quaddeln, Nesselsucht, Urtikaria) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Haben Sie sonstige Allergien, die hier nicht genannt wurden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, welche:

**F00342t1, F00342t2, F00342t3**

- 
43. Haben Sie sonstige Krankheiten,  
die hier nicht genannt wurden? .....

Falls ja, welche?

1. weitere Krankheit

**F00343c1 (ICD 9)**

2. weitere Krankheit

**F00343c2**

3. weitere Krankheit

**F00343c3**

---

Nur bei Frauen:

44. Krankheiten von Gebärmutter, Eierstöcken  
oder Eileitern (außer Krebskrankheiten) .....

4. Nun noch einmal zu **Atemwegserkrankungen:**

Wenn Sie unsicher mit einer Antwort sind, wählen Sie bitte "Nein".

**F004x**

	Ja	Nein
	1	2
<b>x = 1.</b> Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein pfeifendes oder brummendes Geräusch in Ihrem Brustkorb? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:		
<b>x = u11 1.1</b> Hatten Sie jemals Atemnot, als dieses pfeifende Geräusch auftrat? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>x = u12 1.2</b> Hatten Sie dieses Pfeifen oder Brummen, wenn Sie nicht erkältet waren? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>x = 2.</b> Sind Sie irgendwann in den letzten 12 Monaten mit einem Engegefühl im Brustkorb aufgewacht? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind Sie irgendwann in den letzten 12 Monaten durch einen Anfall von Atemnot aufgewacht? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Sie irgendwann in den letzten 12 Monaten wegen eines Hustenanfalls aufgewacht? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie irgendwann in den letzten 12 Monaten einen Asthmaanfall gehabt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nehmen Sie derzeit irgendeine Medizin (zum Beispiel Inhalationen, Dosieraerosole (Sprays) oder Tabletten gegen Asthma? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie einen allergischen Schnupfen, z. B. "Heuschnupfen"? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Sind Sie einmal an folgenden Infektionskrankheiten erkrankt?

**F005xx**

	Ja	Nein	Weiß nicht
	1	2	3
<b>xx = 0 1.</b> Diphtherie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Keuchhusten (Pertussis) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Masern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ziegenpeter (Mumps) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Röteln .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Windpocken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Scharlach .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tuberkulose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ruhr .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Typhus oder Paratyphus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Verletzungen, Vergiftungen

6. Erlitten Sie innerhalb der letzten 12 Monate eine Verletzung oder Vergiftung, die ärztlich versorgt werden mußte?

**F006**

Ja ..... ☐ <sup>1</sup>

Nein ..... ☐ <sup>2</sup>

 **Bitte weiter mit Frage 10!**



und zwar:

*Sie können mehreres ankreuzen!*

**F006mx**

- x =**
- 1** • Zu Hause / in häuslicher Umgebung ..... ☐ 1
  - 2** • Auf der Straße ..... ☐ 1
  - 3** • Auf dem Gehweg ..... ☐ 1
  - 4** • Am Arbeitsplatz / auf dem Arbeitsweg ..... ☐ 1
  - 5** • Beim Sport / beim Spiel ..... ☐ 1
  - 6** • Sonstiges ..... ☐ 1

7. Waren Sie wegen der Verletzung / Vergiftung arbeitsunfähig oder unfähig, Ihrer üblichen Tätigkeit nachzugehen?

**F007**

Ja ..... ☐ <sup>1</sup>

Nein ..... ☐ <sup>2</sup>

 **Bitte weiter mit Frage 8!**



Für wie viele Tage (einschließlich normalerweise arbeitsfreier Tage?)

--	--	--

Tage **F007z**

8. Welcher Art war Ihre Verletzung / Vergiftung?

*Sie können mehreres ankreuzen!*

**F008mx**

- x = 1** • Knochenbruch (Fraktur) ..... ☐ 1



und zwar:

- x = 1m1** - Obere Gliedmaßen (z.B. Bruch des Unterarms, Radiusfraktur) ..... ☐ 1
- 1m2** - Untere Gliedmaßen (z.B. Fuß, Knöchel, Tibiafraktur) ..... ☐ 1
- 1m3** - Bruch der Hüfte, Schenkelhalsfraktur ..... ☐ 1
- 1m4** - Andere Knochenbrüche ..... ☐ 1

Fortsetzung von Frage 8:

- x = 2** • Gehirnerschütterung ..... ☐ 1
- 3** • Verrenkung (Luxation), Verstauchung, Zerrung, Bänderriß ..... ☐ 1
- 4** • Offene Wunde, oberflächliche Verletzung, Quetschwunde ..... ☐ 1
- 5** • Innere Verletzung (z. B. des Brustraumes, des Bauches, des Beckens, stumpfes Trauma) ..... ☐ 1
- 6** • Verbrennung, Verätzung, Verbrühung ..... ☐ 1
- 7** • Vergiftung, toxische Wirkungen (z. B. durch Arzneimittel, Drogen, chemische Stoffe, Metalle, Gase) ..... ☐ 1

9. War Ihre Verletzung / Vergiftung die Folge von:

**F009x**

- |   | Ja                            | Nein                          |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>x = 1.</b> Stürzen, Stolpern, Ausgleiten, Hinfallen, Umgang mit Chemikalien? ..... | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> |
| 2. Tötlichem Angriff, Schlägerei, Mißhandlung? .....                                  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| 3. Selbsttötungsversuch? .....  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |

**Schmerzen**

10. A. Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten die folgenden Schmerzen?


B. Hatten Sie diese Schmerzen während der vergangenen 7 Tage (heute eingerechnet)?

- |  | <b>F010Axx</b><br>Frage 10.A.<br>In den letzten<br>12 Monaten |                          |   | <b>F010Bxx</b><br>Frage 10.B.<br>In den letzten<br>7 Tagen |                          |
|--|---|--------------------------|---|--|--------------------------|
|  | Nein  | Ja                       |   | Nein   | Ja                       |
| <b>xx = 0</b> 1. Kopfschmerzen .....   | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | → | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |
|  | 2   | 1                        |   | 2  | 1                        |
| 2. Schmerzen im Gesicht, in den Kaumuskeln, im Kiefergelenk oder im Ohrbereich ..... | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | → | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nackenschmerzen .....   | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | → | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |
| 4. Schmerzen in den Schultern .....  | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | → | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |
| 5. Schmerzen in Oberarmen, Ellenbogen oder Unterarmen .....                          | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | → | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |
| 6. Schmerzen in den Fingern oder Händen .....  | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | → | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |
| 7. Schmerzen im Brustkorb .....  | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | → | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |
| 8. Schmerzen im Bauch oder im Magen .....  | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | → | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |
| 9. Schmerzen im Rücken .....   | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | → | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |

Fortsetzung von Frage 10.A. / 10.B.:

	Frage 10.A. In den letzten 12 Monaten			Frage 10.B. In den letzten 7 Tagen	
	Nein 2	Ja 1		Nein 2	Ja 1
<b>xx = 10.</b> Schmerzen im Unterleib .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schmerzen in den Hüften .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schmerzen in den Oberschenkeln, Knien oder Unterschenkeln .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Schmerzen in den Füßen oder Zehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----					
Nur bei Frauen:					
14. Schmerzen in den Brüsten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgende Frage richtet sich nur an Personen, die während der **vergangenen 7 Tage** (heute eingerechnet) unter Schmerzen litten.

Falls Sie keine Schmerzen hatten:  **Bitte weiter mit Frage 12!**

11. Unter welchen Schmerzen, die Sie unter **10.B.** angegeben haben, haben Sie während der vergangenen 7 Tage **am stärksten** gelitten?

**F011z1**

Bitte tragen Sie die entsprechende Nummer aus Frage 10B in das Kästchen ein:

--	--

Wie stark sind oder waren diese Schmerzen?

→ Bitte kreuzen Sie zur Stärke des Schmerzes eine Zahl auf der folgenden Skala an: **F011z2**

Unerträgliche Schmerzen → 9 ☐

8 ☐

7 ☐

6 ☐

5 ☐

4 ☐

3 ☐

2 ☐

Kaum spürbare Schmerzen → 1 ☐

## Allgemeiner Gesundheitszustand

12. Wie würden Sie ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

**F012**

**Ausgezeichnet**

**Sehr gut**

**Gut**

**Weniger gut**

**Schlecht**

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

13. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie den **derzeitigen** Gesundheitszustand beschreiben?

**F013**

**Derzeit  
viel besser  
als vor  
einem Jahr**

**Derzeit  
etwas  
besser als vor  
einem Jahr**

**Etwa  
so wie vor  
einem Jahr**

**Derzeit  
etwas schlechter  
als vor  
einem Jahr**

**Derzeit viel  
schlechter  
als vor  
einem Jahr**

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

14. 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?

**F014xx**

**Ja, stark eingeschränkt**    **Ja, etwas eingeschränkt**    **Nein, überhaupt nicht eingeschränkt**

**Tätigkeiten:**

**xx = 01. Anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben.....**

1

2

3

☐
☐
☐

**2. Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen .....**

☐
☐
☐

**3. Einkaufstasche heben oder tragen .....**

☐
☐
☐

**4. Mehrere Treppenabsätze steigen .....**

☐
☐
☐

**5. Einen Treppenabsatz steigen .....**

☐
☐
☐

**6. Sich beugen, knien, bücken .....**

☐
☐
☐

**7. Mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen .....**

☐
☐
☐

**8. Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen .....**

☐
☐
☐

**9. Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen .....**

☐
☐
☐

**10. Sich baden oder anziehen .....**

☐
☐
☐



15. 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?

**F015x**

**Schwierigkeiten:**

**Ja      Nein**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | 1                        | 2                        |
| x = 1. Ich konnte nicht <b>so lange</b> wie üblich tätig sein .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich habe <b>weniger geschafft</b> , als ich wollte .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich konnte <b>nur bestimmte</b> Dinge tun .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich hatte <b>Schwierigkeiten</b> bei der Ausführung<br>(z.B. ich mußte mich besonders anstrengen) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. 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)?

**F016x**

**Schwierigkeiten:**

**Ja      Nein**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | 1                        | 2                        |
| x = 1. Ich konnte nicht <b>so lange</b> wie üblich tätig sein ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich habe <b>weniger geschafft</b> , als ich wollte .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich konnte nicht <b>so sorgfältig</b> wie üblich arbeiten .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den **vergangenen 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

**F017**

**Überhaupt  
nicht**

**Etwas**

**Mäßig**

**Ziemlich**

**Sehr**

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

18. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

**F018**

**Ich hatte  
keine  
Schmerzen**

**Sehr  
leicht**

**Leicht**

**Mäßig**

**Stark**

**Sehr  
stark**

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

6

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

**F019**

**Überhaupt  
nicht**

**Ein  
bißchen**

**Mäßig**

**Ziemlich**

**Sehr**

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

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

F020x

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 1	Mei- stens 2	Ziemlich oft 3	Manch- mal 4	Selten 5	Nie 6
x = 1. voller Schwung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. sehr nervös? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern konnte? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ruhig und gelassen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. voller Energie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. entmutigt und traurig? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. erschöpft? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. glücklich? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. müde? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. 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?

F021

Immer

Meistens

Manchmal

Selten

Nie

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

22. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

F022x

	Trifft ganz zu 1	Trifft weit- gehend zu 2	Weiß nicht 3	Trifft weit- gehend nicht zu 4	Trifft über- haupt nicht zu 5
x = 1. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin genauso gesund, wie alle anderen, die ich kenne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich erwarte, daß meine Gesundheit nachläßt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Wie sehr leiden Sie unter den folgenden Beschwerden?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

**F023xx**

	Stark 3	Mäßig 2	Kaum 1	Gar nicht 0
<b>xx = 0</b> 1. Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kurzatmigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schwächegefühl .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schluckbeschwerden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Druck- oder Völlegefühl im Leib .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mattigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Übelkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sodbrennen oder saures Aufstoßen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Reizbarkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Grübeleien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Starkes Schwitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kreuz- oder Rückenschmerzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Innere Unruhe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Unruhe in den Beinen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Überempfindlichkeit gegen Wärme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Überempfindlichkeit gegen Kälte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Übermäßiges Schlafbedürfnis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Schlaflosigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Schwindelgefühl .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Zittern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nacken- oder Schulterschmerzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Gewichtsabnahme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Ist bei Ihnen - **F024x**

	Ja 1	Nein 2
<b>x = 1.</b> die Anerkennung einer Berufskrankheit beantragt worden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. eine Berufskrankheit anerkannt worden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Besteht bei Ihnen eine Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?

**F025**

Ja ..... ☐ 1

Nein ..... ☐ 2

 **Bitte weiter mit Frage 27!**

26. Seit welchem Jahr ist die Behinderung anerkannt? Und wieviel Prozent beträgt der Grad der Behinderung heute?

Seit ..... 19  **F026z1**

Grad der Behinderung  % **F026z2**

27. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

**F027**

Ja ..... ☐ 1

Nein ..... ☐ 2

28. Besteht bei Ihnen ein Sehfehler? **F028**

- Ja, Kurzsichtigkeit ..... ☐ 1 • Kurzsichtigkeit u. anderer Sehfehler ..... ☐ 7
- Ja, Weitsichtigkeit ..... ☐ 2 • Weitsichtigkeit u. anderer Sehfehler ..... ☐ 8
- Ja, gleichzeitige Kurz- und Weitsichtigkeit .. ☐ 3 • Kurz- und Weitsichtigkeit u. a. Sehfehler ..... ☐ 9
- Ja, anderer Sehfehler ..... ☐ 4
- Weiß nicht ..... ☐ 5
- Nein, kein Sehfehler ..... ☐ 6

29. Haben Sie eine Sehhilfe? **F029**

- Ja, eine Brille ..... ☐ 1
- Ja, Kontaktlinsen ..... ☐ 2
- Ja, beides ..... ☐ 3
- Nein ..... ☐ 4

30. Sind Sie schwerhörig?

**F030**

Ja ..... ☐ 1

Nein ..... ☐ 2

31. Haben Sie ein Hörgerät?

**F031**

Ja ..... ☐ 1

Nein ..... ☐ 2



## Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

32. A. Wann haben Sie das **letzte Mal** für sich die Hilfe eines Arztes (ausgenommen Zahnarzt) bzw. dessen Personal in Anspruch genommen?

- F032a**
- Während der letzten 4 Wochen ..... ☐ 1
  - Vor 1 Monat bis zu 3 Monaten ..... ☐ 2
  - Vor 4 bis zu 12 Monaten ..... ☐ 3
  - Vor 1 Jahr bis zu 5 Jahren ..... ☐ 4
  - Vor mehr als 5 Jahren ..... ☐ 5

Die folgenden Fragen 32.B. bis 32.E. beziehen sich auf diese Inanspruchnahme.

32. B. Wo bzw. wie haben Sie in diesem Fall diese Hilfe erhalten?

- F032b**
- Arztpraxis ..... ☐ 1
  - Ambulanz / Gesundheitszentrum / Poliklinik ..... ☐ 2
  - Hausbesuch ..... ☐ 3
  - Erste Hilfe / Notaufnahme / Unfallstelle ..... ☐ 4
  - Habe im Krankenhaus gelegen ..... ☐ 5

32. C. Welcher Arzt (bzw. dessen Personal) hat Sie in diesem konkreten Fall betreut?

- F032c**
1. Praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin ..... ☐ 1
  2. Internist ..... ☐ 2
  3. Frauenarzt / Gynäkologe ..... ☐ 3
  4. Augenarzt ..... ☐ 4
  5. Orthopäde ..... ☐ 5
  6. Hals-Nasen-Ohrenarzt ..... ☐ 6
  7. Nervenarzt, Psychiater ..... ☐ 7
  8. Psychotherapeut ..... ☐ 8
  9. Chirurg ..... ☐ 9
  10. Arzt für Naturheilkunde ..... ☐ 10
  11. Arzt für Homöopathie ..... ☐ 11
  12. Hautarzt ..... ☐ 12
  13. Röntgenarzt, Radiologe ..... ☐ 13
  14. Urologe ..... ☐ 14
  15. Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner ..... ☐ 15
  16. Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Amtsarzt ..... ☐ 16
  17. Sonstiger Arzt, und zwar: ..... ☐ 17

**F032ct1**

32. D. Aus welchem Anlaß hatten Sie diese medizinische Leistung in Anspruch genommen?

*Sie können auch mehreres ankreuzen!*

**F032dmx**

- x = 1**
- Akute Erkrankung  
(z. B. Grippe, Durchfall, Unfall) ..... ☐ 1
  - 2** ● Chronische Krankheit  
(z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Allergie, Rheuma) ..... ☐ 1
  - 3** ● Befindlichkeitsstörung  
(z. B. allgemeines Unwohlsein, Schlafstörungen) ..... ☐ 1
  - 4** ● Beratung ..... ☐ 1
  - 5** ● Praxisbesuch ohne ärztliche Konsultation  
(z.B. Rezeptausstellung, Bestrahlung) ..... ☐ 1
  - 6** ● Vorsorgeuntersuchung / Impfung ..... ☐ 1

32. E. Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung / Beratung? **F032e**

- Sehr zufrieden ..... ☐ 1
- Zufrieden ..... ☐ 2
- Unzufrieden ..... ☐ 3
- Sehr unzufrieden ..... ☐ 4

33. Welchen (welche) der folgenden Ärzte, Zahnarzt eingeschlossen, haben Sie in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen und wie häufig (Hausbesuche mitgerechnet)?

		F033xx In Anspruch genommen		F033Axx Wie oft?		F033Bxx Fühlten Sie sich insgesamt ausreichend behandelt und beraten?	
		Nein 2	Ja 1			Ja 1	Nein 2
xx = 01.	Praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Internist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Frauenarzt / Gynäkologe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Augenarzt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Orthopäde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hals-Nasen-Ohrenarzt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Nervenarzt, Psychiater .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Psychotherapeut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Chirurg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Arzt für Naturheilkunde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Arzt für Homöopathie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Hautarzt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Röntgenarzt, Radiologe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Urologe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Arzt für öffentliches Gesund- heitswesen, Amtsarzt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Sonstiger Arzt, und zwar: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">F03317t1</div>							
18.	Zahnarzt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mal →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Sind Sie bei einem dieser Arztbesuche zu Ihrem Gesundheitsverhalten beraten worden?

**F034**

Ich war in den letzten  
12 Monaten nicht beim Arzt ..... ☐ 3

 Bitte weiter mit Frage 35!

Ja ..... ☐ 1      Nein ..... ☐ 2

 Bitte weiter mit Frage 35!



Wenn ja, betraf das -

**F034Ax**  
Haben Sie dadurch Ihr  
Verhalten geändert?

	<b>F034x</b>		Ja	Nein
			1	2
x = 1. Ihre Ernährung? .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ihr Gewicht? .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ihre sportliche Aktivität? .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ihr Rauchen? .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ihren Impfschutz? .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ihren Alkoholkonsum? .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Streßbewältigung? .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Etwas anderes, und zwar: .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F0348t1, F0348t2**

35. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Heilpraktiker  
in Anspruch genommen?

**F035A**  
Fühlten Sie sich  
insgesamt  
ausreichend  
behandelt  
und beraten?

**F035z0**  
Gar nicht ..... ☐ 1 → (F035z1 = 0)

**F035z1**  
Häufigkeit  
  mal →

Ja      Nein  
1      2  
☐      ☐

36. Haben Sie einen Hausarzt, den Sie im Regelfall zuerst bei gesundheitlichen Problemen  
aufsuchen?

**F036**      Ja ..... ☐ 1      Nein ..... ☐ 2

37. Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen 12 Monaten insgesamt so krank, daß Sie  
Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?

Ungefähr    Tage

**F037z1**

**F037z2**  
Keinen Tag ..... ☐ 1  
(F037z1 = 0)

38. Wie viele Nächte waren Sie in den vergangenen 12 Monaten zur stationären Behandlung  
in einem Krankenhaus aufgenommen?


Ungefähr    Nächte

**F038z1**

**F038z2**  
Keine Nacht ..... ☐ 1  
(F038z1 = 0)



39. Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten einmal oder mehrmals einen grippalen Infekt oder eine Erkältung, so daß Sie nicht arbeiten gehen konnten bzw. Ihren alltäglichen Verpflichtungen nicht nachkommen konnten?

**F039** Nein ..... ☐ 3  **Bitte weiter mit Frage 40!**

Ja, einmal ..... ☐ 2

Ja, mehrmals ..... ☐ 1 → und zwar:   mal



**F039z1**

Wenn ja, wie viele Arbeitstage waren es insgesamt, an denen Sie wegen eines grippalen Infekts oder einer Erkältung in den vergangenen zwölf Monaten nicht arbeiten konnten?

Insgesamt    Arbeitstage **F039z2**


40. Wissen Sie, daß man sich gegen Influenza ("echte" Grippe) impfen lassen kann?

**F040** Ja ..... ☐ 1      Nein ..... ☐ 2

41. Haben Sie sich vor dem letzten Winter gegen Influenza ("echte" Grippe) impfen lassen?

**F041** Ja ..... ☐ 1      Nein ..... ☐ 2

42. Hatten Sie schon einmal eine ärztlich verordnete Kur (nicht gemeint ist eine Anschlußheilbehandlung / eine Anschlußrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt)?

**F042** Ja ..... ☐ 1      Nein ..... ☐ 2  **Bitte weiter mit Frage 43.A.!**



1. Wenn ja, in welchem Jahr zuletzt? → 19   **F0421z**

2. Wie lange? →   Wochen **F0422z**

3. Was waren die gesundheitlichen Gründe?

- F0423**
- Schwerwiegende chronische Krankheit ..... ☐ 1
  - Vorsorge ..... ☐ 2
  - sonstige Gründe ..... ☐ 3

4. Hat Ihnen die Kur geholfen?

- F0424**
- Sehr ..... ☐ 1
  - Etwas ..... ☐ 2
  - Gar nicht ..... ☐ 3

5. Würden Sie wieder eine solche Kur beantragen, auch wenn Sie einen noch höheren Eigenbetrag zahlen müßten?

**F0425** Ja ..... ☐ 1      Nein ..... ☐ 2

43. A. Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die z.B. von Krankenkassen, Volkshochschulen, Gesundheitsämtern, privaten Anbietern oder Selbsthilfegruppen durchgeführt werden und sich beispielsweise mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitneß befassen.

Haben Sie an solchen Maßnahmen (Kurse, Übungen, Beratungen) schon einmal teilgenommen?

Sie können mehrere ankreuzen!

F043ax		F043aBx		F043aCx		
		F043aAx		Hat sich dadurch Ihr Befinden/ Gesundheitszustand verbessert?		
		Ja, vor mehr als 12 Monaten	Ja, in den vergangenen 12 Monaten			
Nein				Ja	Nein	
1		1	1	1	2	
x = 1.	Zur Gewichtsreduktion .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Zu gesunder Ernährung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Zur Rücken- oder Wirbelsäulengymnastik (Rückenschule) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Zur Entspannung oder Streßbewältigung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Zur Raucherentwöhnung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Zur Alkoholentwöhnung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Zur Drogenentwöhnung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Sonstiges, und zwar: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F043a8t1

43. B. Würden Sie an Kursen zur Gesundheitsförderung teilnehmen, auch wenn Sie die Kosten dafür vollständig selber tragen müßten?

F043b Ja ..... ☐ 1      Nein ..... ☐ 2

## Rauchen

44. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?

**F044**

- Habe noch **nie** geraucht  
(bis auf ganz seltenes Probieren) ..... ☐ 5 **Bitte weiter mit Frage 49!**
- **Rauche zur Zeit -**
  - Ja, täglich ..... ☐ 1
  - Ja, gelegentlich ..... ☐ 2 **Bitte weiter mit Frage 45!**
- Habe **früher** geraucht,  
rauche seit mindestens  
einem Jahr nicht mehr ..... ☐ 3 → Habe im Alter von   Jahren  
aufgehört
- Habe **in den letzten 12 Monaten**  
aufgehört zu rauchen ..... ☐ 4

- Wieviel haben Sie **früher**  
durchschnittlich geraucht?

**F044z1**

Zigaretten

**F044z2**

Zigarren,  
Stumpen,  
Zigarillos

**F044z3**

Pfeifen

45. Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, regelmäßig zu rauchen, wenn auch nur in kleineren Mengen?

**F045z**

Habe im Alter von   Jahren **angefangen** zu rauchen!

### Nur von Rauchern zu beantworten

46. Haben Sie während der letzten 12 Monate einen Tag oder mehr nicht geraucht, weil Sie mit dem Rauchen aufhören wollten?

**F046**

Ja ..... ☐ 1

Nein ..... ☐ 2

47. Wieviel rauchen Sie zur Zeit durchschnittlich am Tag?

**F047z1**

Zigaretten

**F047z2**

Zigarren,  
Stumpen,  
Zigarillos

**F047z3**

Pfeifen

## Nur von ehemaligen Rauchern zu beantworten

48. Welches waren Ihre wichtigsten Gründe, mit dem Rauchen aufzuhören?

*Bitte geben Sie die **drei** wichtigsten Gründe an!*

**F048mxx**

- xx = 01** • Nicht mehr nach Rauch riechen / schmecken ..... ☐ 1
- 02** • Schwangerschaft ..... ☐ 1
- 03** • Auf Wunsch des Partners, der Eltern usw. .... ☐ 1
- 04** • Partner / Kollege / jemand aus dem Freundeskreis hat aufgehört ..... ☐ 1
- 05** • Die Abhängigkeit loswerden ..... ☐ 1
- 06** • Das Geld für Sinnvolleres ausgeben ..... ☐ 1
- 07** • Besseres Vorbild für die Kinder ..... ☐ 1
- 08** • Sorge um die eigene Gesundheit ..... ☐ 1
- 09** • Bessere Luft zu Hause / am Arbeitsplatz ..... ☐ 1
- 10** • Wieder fit und leistungsfähig werden ..... ☐ 1
- 11** • Sonstige Gründe, und zwar: ..... ☐ 1

**F04811t1**

## Von allen zu beantworten

49. Halten Sie sich tagsüber oder abends häufiger in Räumen auf, in denen geraucht wird?

*Sie können mehreres ankreuzen!*

		<b>F049x</b>			<b>F049Ax</b>	
		Nein 2	Ja 1		Nein 2	Ja 1
<b>x = 1.</b>	Bei der Arbeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Zu Hause .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. An anderen Orten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Wie viele Personen rauchen in Ihrem Haushalt (Sie selbst eingerechnet)?

**Personen F050z**

51. Haben Sie in Ihrem Leben schon **mehrmals** die nachfolgend genannten Drogen eingenommen?

**F051x**

- |   | Ja<br>1                  | Nein<br>2                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>x = 1.</b> Cannabis, Marihuana oder Haschisch .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ecstasy (XTC, MDM, MDMA, ADAM) .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sonstige Designerdrogen (100X, Love Drug, Eve, STP, DOM) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Drogen natürlichen Ursprungs (PYOTE) .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Ernährung

52. Ernähren Sie sich zur Zeit vegetarisch (kein Fleisch) oder haben Sie sich früher einmal vegetarisch ernährt?

**F052**    Nein, nie ..... ☐ 3     **Bitte weiter mit Frage 53!**

Ja, ausschließlich ..... ☐ 1

Ja, überwiegend ..... ☐ 2



- In welchem Alter haben Sie mit der vegetarischen Ernährung begonnen?

Im Alter von   Jahren    **F052z1**

- Wie viele Jahre haben Sie sich insgesamt (bis heute) vegetarisch ernährt?

Insgesamt   Jahre    **F052z2**

53. Welche der folgenden Mahlzeiten nehmen Sie werktags üblicherweise ein?

*Bitte alle für Sie zutreffenden Mahlzeiten ankreuzen!*

**F053mx**

- x =**
- 1 • Frühstück ..... ☐ 1
  - 2 • Zweites Frühstück ..... ☐ 1
  - 3 • Mittagessen ..... ☐ 1
  - 4 • Zwischenmahlzeit ..... ☐ 1
  - 5 • Abendessen ..... ☐ 1
  - 6 • Spätimbiß ..... ☐ 1
  - 7 • Genaue Angaben sind schwierig, da ich häufig unregelmäßig esse ..... ☐ 1

54. Meinen Sie, daß Ihr Gewicht eher zu hoch, gerade richtig oder eher zu niedrig ist?

**F054**    Eher zu hoch ..... ☐ 1    Gerade richtig ..... ☐ 2    Eher zu niedrig ..... ☐ 3

55. Hat sich Ihr Körpergewicht, insgesamt gesehen, in den letzten 3 Jahren verändert?

**F055**

- Nein, in etwa gleichgeblieben ..... ☐ 2
- Ja, eher zugenommen ..... ☐ 1    → Um wieviel Kilogramm etwa ?   Kg
- Ja, eher abgenommen ..... ☐ 3    →
- Weiß nicht ..... ☐ 4

**F055z**

56. Wie häufig nehmen Sie die einzelnen Nahrungsmittel bzw. Fertigprodukte zu sich? Bitte denken Sie an die letzten 12 Monate.

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

F056xx

	Mehr- mals täglich	Täglich bzw. fast täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Zwei- bis dreimal im Monat	Einmal im Monat oder seltener	(Fast) nie
<b>xx = 01.</b> Fleisch (inkl. Geflügel, ohne Wurst) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
2. Wurstwaren, Schinken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fisch (inkl. Konserven) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fertiggerichte (Komplettmenüs) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frisch- oder Tiefkühl- gemüse (gekocht) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Konservengemüse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Blattsalat, Rohkost- salat, rohes Gemüse (z. B. Tomaten, Möhren, Paprika) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Frisches Obst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haferflocken, Müsli, Cornflakes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nudeln, Reis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gekochte Kartoffeln (Salzkartoffeln, Pell- kartoffeln, Kartoffel- brei, Kartoffelklöße) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gebratene oder fri- tierte Kartoffeln (Brat- kartoffeln, Kroketten, Pommes frites) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vollkornbrot, -bröt- chen, Mehrkornbrot, -brötchen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Graubrot, Mischbrot .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Weißbrot, Brötchen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von Frage 56:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Mehr- mals täglich	Täglich bzw. fast täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Zwei- bis dreimal im Monat	Einmal im Monat oder seltener	(Fast) nie
	1	2	3	4	5	6	7
xx = 16. Eier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quark, Joghurt, Frischkäse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Käse (Schnitt- käse, Weichkäse, Hartkäse) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kuchen, Kekse, Gebäck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Süßwaren (z. B. Bonbons, Pra- linen, Schokolade) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Knabberartikel (z. B. Chips, Erdnüsse) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Bratwurst, Curry- wurst, Hamburger, Döner Kebab, Pizza .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Fettreduzierte Butter (Halbfett-, Light- Butter) als Brotauf- strich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. normale Butter als Brotaufstrich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Fettreduzierte Margarine (Light-Margarine) als Brotaufstrich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Margarine als Brotaufstrich (nicht fettreduziert) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mit Holzkohle gegrillte Speisen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. geräucherte Speisen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Kaugummi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Wie häufig essen oder trinken Sie fett- oder kalorienreduzierte Produkte (Light-Produkte)? Bitte denken Sie an die **letzten 12 Monate**.

**F057x**

	Immer	Häufig	Manch- mal	Selten	Nie
	1	2	3	4	5
x = 1. Fettreduzierte Wurst, Wurstwaren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fettarmen Quark, Joghurt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fettarmen Käse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fettarme Milch (Trinkmilch, 1,5% Fettgehalt) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kalorienarme Fertigmenüs (Light-Menüs) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kalorienarme Säfte, Limonaden (Cola light, Diätlimonade, Frucht- saftgetränke ohne Zuckerzusatz) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Wie häufig nehmen Sie die einzelnen Getränke zu sich? Bitte denken Sie an die letzten 12 Monate.

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz!*

**F058xx**

	Mehr- mals täglich	Täglich bzw. fast täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Zwei- bis drei- mal im Monat	Einmal im Monat oder seltener	(Fast) nie
	1	2	3	4	5	6	7
xx = 01. Milch, Milchgetränke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kaffee mit Koffein (z.B. normaler Bohnenkaffee) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schwarzer Tee .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alkoholfreies Bier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Light-Bier u. alkohol- armes Bier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bier mit normalem oder höherem Alkoholgehalt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wein, Sekt, Obstwein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, Likör, klare Schnäpse u.ä.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Obst- und Gemüsesäfte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mineralwasser, Leitungswasser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Erfrischungsgetränke (Limonade, Fruchtsaft- getränke, Brause, Cola, Tonic Wasser) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sportlergetränke (z.B. "Isostar", "Gatorade") ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



59. Wenn Sie die folgenden Getränke zu sich nehmen, wieviel trinken Sie dann üblicherweise an diesen Tagen?

1. Wein, Sekt oder Obstwein

**F0591**

- Mehr als 0,7 l ..... ☐ 1
- Zwischen 0,4 und 0,7 l ..... ☐ 2
- Zwischen 0,2 und 0,4 l ..... ☐ 3
- Zwischen 0,1 und 0,2 l ..... ☐ 4
- Weniger als 0,1 l ..... ☐ 5
- Trinke (fast) nie Wein, Sekt oder Obstwein ..... ☐ 6

2. Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, Likör, Schnaps u.ä.)

**Kleine Gläser:** Gemeint sind Gläser mit 2 cl.

**F0592**

- 10 kleine Gläser und mehr ..... ☐ 1
- 5 bis 9 kleine Gläser ..... ☐ 2
- 3 bis 4 kleine Gläser ..... ☐ 3
- 2 kleine Gläser ..... ☐ 4
- 1 kleines Glas ..... ☐ 5
- Weniger als 1 kleines Glas ..... ☐ 6
- Trinke (fast) nie hochprozentige alkoholische Getränke ..... ☐ 7

3. Bier

**F0593B**

**F0593A**  
Alkohol-  
frei

Alkohol-  
arm,  
Light-  
Bier

**F0593C**  
Normaler  
Alkohol-  
gehalt

- |                                |                          |                          |                            |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ● Mehr als 2 Liter .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 |
| ● 1 bis 2 Liter .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 |
| ● 1/2 bis 1 Liter .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 |
| ● 1/4 bis 1/2 Liter .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |
| ● Weniger als 1/4 Liter .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |
| ● Trinke (fast) nie Bier ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |

60. Hat sich Ihr Alkoholkonsum gegenüber früher verändert?

**F060**

- Nein, keine Veränderung ..... ☐ 3
- Ja, habe früher viel mehr Alkohol getrunken ..... ☐ 1
- Ja, habe früher etwas mehr Alkohol getrunken ..... ☐ 2
- Ja, habe früher etwas weniger Alkohol getrunken ..... ☐ 4
- Ja, habe früher viel weniger Alkohol getrunken ..... ☐ 5

## Körperliche Aktivität

Bitte denken Sie bei den Fragen zur körperlichen Aktivität nur an die letzten drei Monate.

61. Wie oft treiben Sie Sport?

**F061**

- Regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche ..... ☐ 1
- Regelmäßig, 2 - 4 Stunden in der Woche ..... ☐ 2
- Regelmäßig, 1 - 2 Stunden in der Woche ..... ☐ 3
- Weniger als 1 Stunde in der Woche ..... ☐ 4
- Keine sportliche Betätigung ..... ☐ 5

62. Wieviel Zeit verbringen Sie durchschnittlich an einem Tag (24 Stunden) mit:

*Zeitangaben bitte auf ganze oder halbe Stunden runden,  
z.B. eine halbe Stunde = 0,5 Std.!*

*Es geht hier nur um **körperliche** Tätigkeiten bzw. Anstrengungen. Bitte versuchen Sie,  
alle 24 Stunden auf die 5 Kategorien aufzuteilen.*

	<b>F062Amx</b> Montag bis Freitag ↓	<b>F062Bmx</b> Samstag / Sonntag ↓
<b>x = 1 • Schlafen, Ruhen</b> .....	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Std.	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Std.
<b>2 • Sitzen</b> (z.B. im Büro, im Auto, beim Fernsehen, Essen oder Lesen) .....	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Std.	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Std.
<b>3 • leichten Tätigkeiten</b> (z. B. Kochen, Spaziergehen, Einkaufen, Aufräumen, Körperpflege, Verkaufstätigkeit) .	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Std.	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Std.
<b>4 • mittelschweren Tätigkeiten</b> (z. B. Joggen, Renovieren, Putzen, Radfahren, Schwimmen, Bauarbeit) ....	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Std.	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Std.
<b>5 • anstrengenden Tätigkeiten</b> (z. B. Lasten tragen, schwere Gartenarbeit, Holz hacken, Leistungssport, Ballsport) .....	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Std.	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Std.
<b>Insgesamt:</b> .....	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">4</div> , <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">0</div> Std.	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">4</div> , <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">0</div> Std.

63. Wie häufig treiben Sie in Ihrer Freizeit durchschnittlich Sport oder andere anstrengende Tätigkeiten, durch die Sie ins Schwitzen bzw. außer Atem geraten?

*Sie können mehrere ankreuzen!*

		Ohne Unterbrechung			
F063mx		weniger als 10 Minuten	10 bis unter 20 Minuten	20 bis unter 30 Minuten	30 Minuten und mehr
		1	2	3	4
x = 1	• Täglich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 • 3 bis 6 mal in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 • 1 bis 2 mal in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 • Seltener, ca. 1 mal im Monat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 • Nie .....	<input type="checkbox"/>	1		


64. Geraten Sie (normalerweise) außer Atem bzw. ins Schwitzen, wenn Sie 3 Stockwerke Treppen steigen?

**F064**

- Ja ..... ☐ 1
- Nein ..... ☐ 2
- 3 Stockwerke zu steigen ist mir nicht möglich ..... ☐ 3

## Umwelt

65. Haben Sie schon einmal eine umweltmedizinische Untersuchung oder Beratung in Anspruch genommen?

**F065** Ja ..... ☐ 1    Nein ..... ☐ 2     **Bitte weiter mit Frage 66!**



Wo bzw. bei wem?

**F065mx** Sie können mehrere ankreuzen!

- x = 1
- Universitätsinstitut / -klinik ..... ☐ 1
  - 2 • Klinik / Privatklinik ..... ☐ 1
  - 3 • Gesundheitsamt ..... ☐ 1
  - 4 • Private Beratungsstelle / Umweltlabor ..... ☐ 1
  - 5 • Niedergelassener Arzt ..... ☐ 1
  - 6 • Heilpraktiker ..... ☐ 1
  - 7 • Apotheker ..... ☐ 1

66. Wie wird Ihre Wohnung bzw. Ihr Haus **hauptsächlich** beheizt?


*Bitte nur ein Kreuz!*

**F066**

- Zentral (Fernheizung oder Hauszentralheizung) ..... ☐ 1
- Dezentral mit Kohle oder Holz ..... ☐ 2
- Dezentral, anderes als Kohle oder Holz ..... ☐ 3

67. Werden in Ihrem Haushalt **einzelnen zu bedienende Öfen** (einschließlich Kachelöfen und offene Kamine) benutzt?

**F067**

Ja ..... ☐ 1      Nein ..... ☐ 2       **Bitte weiter mit Frage 68!**



Welche bzw. in welchen Räumen?

*Sie können mehrere ankreuzen!*

**F067mx**

	Holz / Kohle	Öl	Gas	Holz/ Kohle +Öl	Holz/ Kohle +Gas	Öl +Gas
	1	2	3	4	5	6
<b>x = 1</b> • Küche .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 • Wohnzimmer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 • Schlafzimmer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 • Sonstige Räume .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


68. Gibt es einzelne Wände in Ihrer Wohnung, die -

**F068x**

	Ja	Nein
	1	2
<b>x = 1.</b> feucht sind? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. schimmelig sind? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Gibt es in Ihrer Wohnung oder Ihrem Haus normalerweise Lärm von außen?

**F069**

Ja ..... ☐ 1      Nein ..... ☐ 2       **Bitte weiter mit Frage 71!**



70. Wodurch wird der Lärm im allgemeinen **verursacht**, als **wie stark** würden Sie ihn jeweils bezeichnen und **wie häufig** fühlen Sie sich auch **nachts** durch den Lärm **gestört**?

*Sie können mehrere ankreuzen!*

F070x		F070Ax Stärke des Lärms			F070Bx Störung nachts			
		Sehr stark	Mittelstark	Nicht stark	Häufig	Selten	Nie	
Lärm wird verursacht durch:		1	1	2	3	1	2	3
x = 1.	Straßenverkehr .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Schienenverkehr .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Luftverkehr .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Industrie, Gewerbe .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Gaststätten, Diskotheken .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Kinderspielplätze .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Nachbarn .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Liegt Ihre Wohnung an einer durch Kraftfahrzeugverkehr -

*Bei zwei oder drei angrenzenden Straßen bitte nur die **am stärksten** befahrene Straße angeben!*

**F071**

- extrem stark befahrenen Durchgangsstraße? ..... ☐ 1
- stark befahrenen Haupt- oder Durchgangsstraße? ..... ☐ 2
- beträchtlich befahrenen Nebenstraße? ..... ☐ 3
- mäßig befahrenen Nebenstraße? ..... ☐ 4
- sehr wenig befahrenen Straße (Anliegerstraße, verkehrsberuhigte Zone)? ..... ☐ 5

72. Gibt es in Ihrer unmittelbaren Nachbarschaft oder in Ihrem Haus eine Geruchsbelästigung durch Gewerbe, Industrie, landwirtschaftliche Betriebe o. ä.?

**F072**

Ja ..... ☐ 1      Nein ..... ☐ 2

73. Seit wann bewohnen Sie Ihre Wohnung bzw. Ihr Haus?

Seit ..... 19   **F073z**

## Zufriedenheit, Partnerschaft, soziale Kontakte

74. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

**F074xx**

Sehr un-  
zufrieden

Sehr  
zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit -



<p><b>xx = 0</b> 1. Ihrer Arbeitssituation bzw. Ihrer Hauptbeschäftigung? .....</p> <p>2. Ihrer Wohnung? .....</p> <p>3. Ihrem Wohngebiet? .....</p> <p>4. Ihrem Wohnort? .....</p> <p>5. Ihrer finanziellen Lage? .....</p> <p>6. Ihrer Freizeit? .....</p> <p>7. Ihrer Gesundheit? .....</p> <p>8. Ihrer familiären Situation? .....</p> <p>9. Ihren Beziehungen zu Freun- den, Nachbarn, Bekannten? .....</p> <p>Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen:</p> <p>10. Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrem Leben? .....</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	--

Die folgenden beiden Fragen beziehen sich auf das Sexualleben, das eine **wichtige** Einflußgröße für die Gesundheit eines Menschen darstellt.

Falls Sie der Meinung sind, daß die Fragen zu sehr Ihre Intimsphäre berühren **Bitte weiter mit Frage 77!**

75. Leben Sie zur Zeit in einer festen sexuellen Partnerschaft?

**F075**

Ja ..... ☐ <sup>1</sup>      Nein ..... ☐ <sup>2</sup>

76. Wie viele Sexualpartner hatten Sie in Ihrem ganzen Leben?

Partner **F076z**



Davon waren: ..... **F076z1**   männlich      **F076z2**   weiblich

77. Wie viele Personen - einschließlich Ihrer Familie - kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?

**F077**

- Keine Person ..... ☐ 1
- Eine Person ..... ☐ 2
- Zwei bis drei Personen ..... ☐ 3
- Mehr als drei Personen ..... ☐ 4

## Kindheit und Jugend

78. Bei wem bzw. wo lebten Sie vorwiegend bis zum 6. Lebensjahr und im Alter von 7-14 Jahren?

**F078A      F078B**

Bis      Von  
6 Jahre      7 bis 14  
Jahre      Jahren

- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| • Bei beiden Eltern .....                   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> |
| • Bei einem Elternteil .....                | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
| • Bei Großeltern / anderen Verwandten ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> |
| • Bei Adoptiv- / Pflegeeltern .....         | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> |
| • Im Heim / im Internat .....               | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> |
| • Sonstiges .....                           | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> |

79. Mit wie vielen Kindern sind Sie gemeinsam in einem Haushalt aufgewachsen?

Mit   Kind / Kindern **F079z**

**F079z1**

Bin alleine aufgewachsen ..... ☐ → (F079z = 0)

80. Besuchten Sie in Ihrer Kindheit eine Kinderkrippe oder einen Kindergarten?

**F080**      Ja ..... ☐ <sup>1</sup>      Nein ..... ☐ <sup>2</sup>



Und zwar im Alter      von  bis  Jahren

**F080z1   F080z2**

## Ausbildung, Beschäftigung, Arbeitsplatz

81. Welchen Schulabschluß haben Sie?

Wenn Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie nur den **höchsten**!

**F081**

- Hauptschulabschluß / Volksschulabschluß ..... ☐ 1
- Realschulabschluß (Mittlere Reife) ..... ☐ 2
- Abschluß Polytechnische Oberschule 10. Klasse  
(vor 1965: 8. Klasse) ..... ☐ 3
- Fachhochschulreife (Abschluß einer Fachoberschule) ..... ☐ 4
- Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife  
(Gymnasium bzw. EOS) ..... ☐ 5
- Anderen Schulabschluß ..... ☐ 6
- Schule beendet ohne Abschluß ..... ☐ 7
- Noch keinen Schulabschluß ..... ☐ 8

82. Haben Sie eine **abgeschlossene** Berufsausbildung oder Hochschulausbildung?

Wenn ja: welche?

Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie nur den **höchsten**!

**F082**

- Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung) ..... ☐ 1
- Berufsfachschule, Handelsschule  
(beruflich-schulische Ausbildung) ..... ☐ 2
- Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule,  
Berufs- oder Fachakademie) ..... ☐ 3
- Fachhochschule, Ingenieurschule ..... ☐ 4
- Universität, Hochschule ..... ☐ 5
- Anderen Ausbildungsabschluß ..... ☐ 6
- Kein beruflicher Abschluß  
(und nicht in der Ausbildung) ..... ☐ 7
- Noch in beruflicher Ausbildung  
(Auszubildende/r, Student/in) ..... ☐ 8



83. Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu?

**F083**

- Zur Zeit nicht berufstätig ..... ☐ 1
- Teilzeit- oder stundenweise berufstätig  
(mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von unter 15 Stunden) ..... ☐ 2
- Teilzeit-berufstätig  
(mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden) ..... ☐ 3
- Voll berufstätig  
(mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr) ..... ☐ 4
- Vorübergehende Freistellung  
(z.B. öffentlicher Dienst, Erziehungsurlaub) ..... ☐ 5
- Auszubildender (Lehrling) ..... ☐ 6

84. Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?


**F084**

- In Schulausbildung ..... ☐ 1
- In Hochschulausbildung ..... ☐ 2
- Altershalber in Rente / pensioniert ..... ☐ 3
- Vorzeitig in Rente / pensioniert ..... ☐ 4
- Arbeitslos gemeldet ..... ☐ 5
- Ausschließlich Hausfrau / Hausmann ..... ☐ 6
- Wehr- / Zivildienst / freiwilliges soziales Jahr leistend ..... ☐ 7
- Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme ..... ☐ 8
- Nichts davon trifft zu ..... ☐ 9

85. Falls Sie zur Zeit nicht berufstätig sind:

Waren Sie schon einmal berufstätig?

**F085**

Ja ..... ☐ <sup>1</sup>      Nein ..... ☐ <sup>2</sup>       **Bitte weiter mit Frage 90!**



Seit wann sind Sie nicht mehr berufstätig?

Seit .....   19   **F085z2**  
Monat                      Jahr  
**F085z1**

86. Wie viele Monate waren Sie insgesamt in den letzten 5 Jahren arbeitslos gemeldet (oder in einer sogenannten Warteschleife)?

Insgesamt .....   Monate arbeitslos **F086z**

Trifft nicht zu .....  <sup>1</sup> → (F086z = 0)  
**F086z1**

87. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie **zur Zeit** aus bzw. (falls nicht mehr berufstätig) welche berufliche Tätigkeit haben Sie **zuletzt** ausgeübt?

*Bitte geben Sie die genaue Tätigkeitsbezeichnung an, also z.B. nicht kaufmännischer Angestellter, sondern "Lohnbuchhalter".*

*Als Beamter geben Sie bitte Ihre Amtsbezeichnung an, als Auszubildender Ihren Ausbildungsberuf.*

**F087c (StaBu 1975)**

88.. In welcher beruflichen Stellung sind Sie hauptsächlich derzeit bzw. (falls nicht mehr berufstätig) **waren** Sie zuletzt beschäftigt?

**F088**

**ARBEITER**

- Ungelernter Arbeiter ..... ☐ 1
- Angelernter Arbeiter ..... ☐ 2
- Gelernter Arbeiter und Facharbeiter ..... ☐ 3
- Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier ..... ☐ 4

**SELBSTÄNDIGER** (einschl. mithelfender Familienangehöriger)

- Selbständiger Landwirt, Genossenschaftsbauer ..... ☐ 5
- Freier Beruf, selbständiger Akademiker..... ☐ 6
- Sonstiger Selbständiger mit bis zu 9 Mitarbeitern..... ☐ 7
- Sonstiger Selbständiger mit 10 und mehr Mitarbeitern..... ☐ 8
- Mithelfender Familienangehöriger ..... ☐ 9

**ANGESTELLTER**

- Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis ..... ☐ 10
- Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z. B. Verkäufer, Kontorist, Stenotypist) ..... ☐ 11
- Angestellter mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner) ..... ☐ 12
- Angestellter mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Prokurist, Abteilungsleiter) ..... ☐ 13
- Angestellter mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände) ..... ☐ 14

**BEAMTER** (einschl. Richter und Berufssoldat)

- Einfacher Dienst..... ☐ 15
- Mittlerer Dienst ..... ☐ 16
- Gehobener Dienst ..... ☐ 17
- Höherer Dienst ..... ☐ 18

**SONSTIGES**

- (z.B. Auszubildender, Schüler, Student, Wehrpflichtiger, Zivil-dienstleistender, Praktikant) ..... ☐ 19

Die folgende Frage richtet sich nur an derzeit Berufstätige.

Wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind:  **Bitte weiter mit Frage 90!**

89. Ist Ihre jetzige berufliche Tätigkeit gekennzeichnet durch:

**F089Ax**  
Fühlen Sie sich  
dadurch  
gesundheitlich  
beeinträchtigt?

		<b>F089x</b>			<b>F089Ax</b>	
		Nein	Ja		Nein	Ja
		2	1		2	1
<b>x = 1.</b>	anstrengende körperliche Arbeit (wie einseitige Körperhaltung, Tragen schwerer Gegenstände...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b>	Lärm, Staub, Gase, Dämpfe, "schlechte Luft" .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b>	Streß am Arbeitsplatz (wie Zeit- / Leistungsdruck, starke Konzentration, schlechtes Arbeits- klima), Sorge um den Arbeitsplatz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b>	Überstunden, lange Arbeitszeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b>	Schicht- / Nachtarbeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wenn ja:

		<b>F0895mx</b>			<b>F0895Amx</b>	
		Nein	Ja		Nein	Ja
		2	1		2	1
<b>x = 1 ●</b>	Wechselschicht ohne Nachtarbeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 ●</b>	Wechselschicht mit Nachtarbeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3 ●</b>	Ausschließlich Nachtarbeit (nicht in Wechselschicht) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. A. Wie lange üben Sie diese Tätigkeit bereits aus?

<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/>	Monate
<b>F089az1</b>		<b>F089az2</b>	



## Allgemeine Angaben

90. In welcher Krankenversicherung / -kasse sind Sie versichert?

Bitte denken Sie dabei auch an Zusatzversicherungen und Beihilfe. Dann ist mehreres anzugeben.

**F090xx**

**xx =      Gesetzliche Krankenversicherung**

- 01 ● Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) ..... ☐ 1
- 02 ● Ersatzkrankenkasse, wie Barmer, DAK usw. .... ☐ 1
- 03 ● Betriebskrankenkasse ..... ☐ 1
- 04 ● Innungskrankenkasse ..... ☐ 1
- 05 ● Andere gesetzliche Krankenkasse, wie z.B. See-,  
Landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft..... ☐ 1

**Private Krankenversicherung**

- 06 ● Als Vollversicherung ..... ☐ 1
- 07 ● Als Zusatzversicherung ..... ☐ 1

**Andere Krankenversorgung**

- 08 ● Beihilfe ..... ☐ 1
- 09 ● Ausländische Krankenkasse ..... ☐ 1
- 10 ● Sonstiger Anspruch auf Krankenversorgung  
(z. B. Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner,  
☐ Lastenausgleich, freie Heilfürsorge) ..... ☐ 1

**F090** Keine Krankenversicherung ..... ☐ **Bitte weiter mit Frage 92!**

Die folgende Frage richtet sich nur an Personen, die in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

91. Wie sind Sie persönlich versichert?

**F09101** Als beitrags-  
zahlendes Mitglied ..... ☐ 1 → und zwar:

**F09101A**

- Pflichtversichert ..... ☐ 1
- Freiwillig versichert .... ☐ 2
- Rentner ..... ☐ 3

**F09102** Als mitversicherter  
Familienangehöriger ..... ☐ 1 → und zwar:

**F09102A**

- Pflichtversichert ..... ☐ 1
- Freiwillig versichert .... ☐ 2
- Rentner ..... ☐ 3



## Allgemeine Angaben

92. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

- Deutsche ..... **F09201** ..... ☐ 1
- Andere ..... **F09202** ..... ☐ 1

93. In welchem Land sind Sie geboren? **F093**

- In Deutschland ..... ☐ 1
- In einem anderen Land und zwar: → **F093t**


94. Seit wann leben Sie in Deutschland?

- Seit meiner Geburt ..... **F094z1** ..... ☐ 1
- Seit 19   **F094z2**

95. Wo haben Sie im Jahre 1988 gewohnt? **F095**

- Auf dem Gebiet der damaligen DDR ..... ☐ 1
- Auf dem alten Gebiet der Bundesrepublik Deutschland ..... ☐ 2
- Weder / noch ..... ☐ 3

96. Ihr Familienstand: **F096**

- Verheiratet, mit Ehepartner  
zusammenlebend ..... ☐ 1  **Bitte weiter mit Frage 97A!**
- Verheiratet, vom Ehepartner  
getrenntlebend ..... ☐ 2
- Ledig ..... ☐ 3
- Geschieden ..... ☐ 4
- Verwitwet ..... ☐ 5

97. Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?

**F097** ☐ Ja ..... <sup>1</sup> ☐ ☐ Nein ..... <sup>2</sup> ☐  **Bitte weiter mit Frage 99!**



97. A. Seit wann leben Sie zusammen?

Seit 19   **F097az**

98. In welcher beruflichen Stellung ist Ihr Partner **derzeit** bzw. (falls nicht mehr berufstätig) war Ihr Partner **zuletzt** beschäftigt?

### F098

#### ARBEITER

- Ungelernter Arbeiter ..... ☐ 1
- Angelernter Arbeiter ..... ☐ 2
- Gelernter Arbeiter und Facharbeiter ..... ☐ 3
- Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier ..... ☐ 4

#### SELBSTÄNDIGER (einschl. mithelfender Familienangehöriger)

- Selbständiger Landwirt, Genossenschaftsbauer ..... ☐ 5
- Freier Beruf, selbständiger Akademiker ..... ☐ 6
- Sonstiger Selbständiger mit bis zu 9 Mitarbeitern ..... ☐ 7
- Sonstiger Selbständiger mit 10 und mehr Mitarbeitern ..... ☐ 8
- Mithelfender Familienangehöriger ..... ☐ 9

#### ANGESTELLTER

- Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis ..... ☐ 10
- Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z. B. Verkäufer, Kontorist, Stenotypist) ..... ☐ 11
- Angestellter mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner) ..... ☐ 12
- Angestellter mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Prokurist, Abteilungsleiter) ..... ☐ 13
- Angestellter mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände) ..... ☐ 14

#### BEAMTER (einschl. Richter und Berufssoldat)

- Einfacher Dienst ..... ☐ 15
- Mittlerer Dienst ..... ☐ 16
- Gehobener Dienst ..... ☐ 17
- Höherer Dienst ..... ☐ 18

#### SONSTIGES

- (z.B. Auszubildender, Schüler, Student, Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Praktikant) ..... ☐ 19

99. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mitgerechnet?  
Zählen Sie dabei bitte auch Kinder mit.

Insgesamt   Personen **F099z**



- davon • unter 6 Jahre alt .....   **F099z1**  
 • von 6 bis unter 15 Jahre alt .....   **F099z2**  
 • von 15 bis unter 18 Jahre alt .....   **F099z3**  
 • über 18 Jahre alt .....   **F099z4**

100. Wie hoch etwa ist das monatliche Haushaltseinkommen, d.h. das Nettoeinkommen, das Sie (alle zusammen) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben?

**F100**

- Unter 1.000 DM ..... ☐ 1
- 1.000 bis unter 1.500 DM ..... ☐ 2
- 1.500 bis unter 2.000 DM ..... ☐ 3
- 2.000 bis unter 2.500 DM ..... ☐ 4
- 2.500 bis unter 3.000 DM ..... ☐ 5
- 3.000 bis unter 3.500 DM ..... ☐ 6
- 3.500 bis unter 4.000 DM ..... ☐ 7
- 4.000 bis unter 4.500 DM ..... ☐ 8
- 4.500 bis unter 5.000 DM ..... ☐ 9
- 5.000 bis unter 6.000 DM ..... ☐ 10
- 6.000 bis unter 8.000 DM ..... ☐ 11
- 8.000 bis unter 10.000 DM ..... ☐ 12
- 10.000 DM und mehr ..... ☐ 13

101. Sind Sie der Hauptverdiener? **F101**

Ja ..... ☐ <sup>1</sup>      Nein ..... ☐ <sup>2</sup>

102. Abschließend noch eine Frage zu Fernreisen.

Haben Sie in den letzten 3 Jahren eine Fernreise nach Asien, Afrika, Mittel- oder Südamerika unternommen?

**F102**

- Ja, einmal ..... ☐ 2
- Ja, mehrmals ..... ☐ 1 → Wie oft?   **F102z** mal
- Nein ..... ☐ 3 ☞ Bitte auf die letzte Seite blättern!

## Fernreisen

Die folgenden Fragen richten sich nur an Personen, die in den **letzten 3 Jahren** eine **Fernreise** unternommen haben.

103. Welche Länder / Gebiete haben Sie bei Ihrer Reise / Ihren Reisen besucht?

1.

6.

2.

7.

3.

8.

4.

9.

5.

10.

104. Wohin ging Ihre **letzte** Reise?

Bitte tragen Sie das entsprechende Land aus Frage 103 ein:



105. Welche Vorsorgemaßnahmen haben Sie vor Ihrer letzten Fernreise ergriffen?

Sie können mehreres ankreuzen!

**F105mxx**

		Ja	Nicht nötig, da Impfschutz bestand	Nein
	<b>Impfungen:</b>	1	3	2
xx = 01	• Hepatitis A .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	• Hepatitis B .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	• Gelbfieber .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	• Cholera .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	• Typhus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	• Tetanus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	• Polio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	• Diphtherie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	• Tollwut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	• Sonstiges, und zwar: .....	<input type="checkbox"/>		

**F10510t1**

	Ja	Nein
<b>Malariaprophylaxe:</b>		
11 • Haben Sie vorbeugend Medikamente gegen Malaria eingenommen? .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
12 • Haben Sie diese Einnahme bis nach der Reise weitergeführt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 • Falls nicht, was war der Grund dafür:		

**F10513t1**

	Ja	Nein
<b>Mitnahme bzw. Verwendung von:</b>		
14 • Moskitonetz .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
15 • Anderen Insektenabwehrmitteln .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 • Wunddesinfektionsmitteln .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 • Kondomen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 • Sterilen Einwegspritzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 • Sonstigem: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F10519t1, F10519t2, F10519t3**

Habe keinerlei Vorsichtsmaßnahmen ergriffen ..... ☐ 1

**F105m20**

106. Welche der folgenden Angaben charakterisieren Ihre letzte Fernreise?

*Sie können mehrere ankreuzen!*

**F106xx**

	Ja	Nein
<b>xx = 0</b> 1. Ich habe die Unterkunft bereits vor Reiseantritt im Reisebüro gebucht .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. Ich war in einer nach europäischem Standard geführten Hotelanlage bzw. in einem Club untergebracht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich war überwiegend in einfachen Unterkünften untergebracht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich bin viel auf eigene Faust im Land herumgereist (mit landeseigenen Transportmitteln wie Bus, Bahn oder Mietwagen) bzw. bin weitere Strecken getrampt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe überwiegend im Hotel oder in westlich orientierten Restaurants gegessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe bestimmte Regeln beim Essen befolgt, z.B. nur durchgegartes Fleisch, geschältes oder gewaschenes Obst zu essen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe auf Märkten oder an Straßenständen gegessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe nur abgefülltes (Mineral-)Wasser oder abgekochtes Wasser getrunken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe in Flüssen, Seen oder Teichen gebadet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich hatte eine sexuelle Beziehung mit einem / einer Einheimischen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe aus einem gemeinsamen Gefäß nach Sitte der Einheimischen gegessen oder getrunken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich habe mich nach Sonnenuntergang in spärlicher Bekleidung im Freien aufgehalten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich hatte Kontakt mit handzahmen Wildtieren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich hatte Kontakt mit einheimischen Haustieren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

107. Hatten Sie im Zusammenhang mit einem Fernreiseaufenthalt gesundheitliche Probleme?

**F107** Ja ..... <sup>1</sup>☐ Nein ..... <sup>2</sup>☐  **Bitte weiter auf Seite 44!**



und zwar:

*Sie können mehrere ankreuzen!*

**F107xx**

		Nur leicht erkrankt	Bett- lägerig	Arzt- besuch war nötig	Kranken- hausauf- enthalt war nötig
		<sup>1</sup>	<sup>2</sup>	<sup>3</sup>	<sup>4</sup>
<b>xx = 01.</b>	Durchfallerkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Grippaler Infekt / Erkältung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Fieber (unspezifisch) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Malaria .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Sonnenbrand .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	"Sonnenstich" .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Hautausschlag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Hepatitis A / Hepatitis B .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Typhus / Paratyphus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ruhr .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Cholera .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Geschlechtskrankheit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Unfall oder Verletzung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F10714c1**

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**  
**Bitte prüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit.**

Datum des Ausfülltages:  
**F108KD**

**F108KT**

Tag

**F108KM**

Monat

**F108KJ**

19

Jahr



## 6 Variablenübersicht: Gültige und fehlende Werte, Formate

**BGS981: Anzahl Datensätze: 7124**

**Anzahl Variablen: 366**

Variable	N	Missing	Format	Variable	N	Missing	Format
IDNR	7124	0	F6	F00323	6962	162	F1
SEX	7124	0	F1	F00324	6960	164	F1
ALTER	7124	0	F2	F00325	6964	160	F1
AGE5	7124	0	F2	F00326	6961	163	F1
AGE10	7124	0	F1	F00327	6940	184	F1
OW	7124	0	F1	F00328	6922	202	F1
W98	7124	0	F7.5	F00329	6957	167	F1
W9198	5583	1541	F7.5	F00330	6966	158	F1
BIK	7124	0	F1	F00331	6965	159	F1
GKLASSEP	7124	0	F1	F00332	6965	159	F1
F001KM	6974	150	F2	F00333	6968	156	F1
F001KJ	6974	150	F4	F00334	6962	162	F1
F00301	6968	156	F1	F00335	6950	174	F1
F00302	6962	162	F1	F00336	6961	163	F1
F00303	6966	158	F1	F00337	6961	163	F1
F00304	6954	170	F1	F00338	6961	163	F1
F00305	6960	164	F1	F00339	6961	163	F1
F00306	6964	160	F1	F00340	6956	168	F1
F00307	6958	166	F1	F00341	6953	171	F1
F00308	6961	163	F1	F00342	6940	184	F1
F00309	6963	161	F1	F00343	6856	268	F1
F00310	6965	159	F1	F00344	3551	3573	F1
F00311	6956	168	F1	F0041	6946	178	F1
F00312	6956	168	F1	F004U11	709	6415	F1
F00313	6955	169	F1	F004U12	708	6416	F1
F00314	6965	159	F1	F0042	6873	251	F1
F00315	6950	174	F1	F0043	6874	250	F1
F00316	6959	165	F1	F0044	6874	250	F1
F00317	6958	166	F1	F0045	6873	251	F1
F00318	6965	159	F1	F0046	6882	242	F1
F00319	6959	165	F1	F0047	6859	265	F1
F00320	6957	167	F1	F00501	6925	199	F1
F00321	6954	170	F1	F00502	6928	196	F1
F00322	6957	167	F1	F00503	6940	184	F1

Variable	N	Missing	Format	Variable	N	Missing	Format
F00504	6935	189	F1	F010A05	6938	186	F1
F00505	6923	201	F1	F010B05	1498	5626	F1
F00506	6941	183	F1	F010A06	6926	198	F1
F00507	6925	199	F1	F010B06	1229	5895	F1
F00508	6935	189	F1	F010A07	6917	207	F1
F00509	6934	190	F1	F010B07	888	6236	F1
F00510	6936	188	F1	F010A08	6931	193	F1
F006	6964	160	F1	F010B08	1780	5344	F1
F006M1	256	6868	F1	F010A09	6954	170	F1
F006M2	121	7003	F1	F010B09	3947	3177	F1
F006M3	49	7075	F1	F010A10	6939	185	F1
F006M4	220	6904	F1	F010B10	1061	6063	F1
F006M5	208	6916	F1	F010A11	6940	184	F1
F006M6	70	7054	F1	F010B11	1144	5980	F1
F007	856	6268	F1	F010A12	6939	185	F1
F007Z	533	6591	F3	F010B12	2192	4932	F1
F008M1	224	6900	F1	F010A13	6920	204	F1
F0081M1	64	7060	F1	F010B13	1302	5822	F1
F0081M2	94	7030	F1	F010A14	3495	3629	F1
F0081M3	10	7114	F1	F010B14	494	6630	F1
F0081M4	62	7062	F1	F011Z1	4656	2468	F2
F008M2	58	7066	F1	F011Z2	4810	2314	F1
F008M3	394	6730	F1	F012	6966	158	F1
F008M4	266	6858	F1	F013	6962	162	F1
F008M5	38	7086	F1	F01401	6944	180	F1
F008M6	32	7092	F1	F01402	6939	185	F1
F008M7	26	7098	F1	F01403	6942	182	F1
F0091	820	6304	F1	F01404	6945	179	F1
F0092	701	6423	F1	F01405	6925	199	F1
F0093	693	6431	F1	F01406	6943	181	F1
F010A01	6956	168	F1	F01407	6945	179	F1
F010B01	4201	2923	F1	F01408	6943	181	F1
F010A02	6908	216	F1	F01409	6942	182	F1
F010B02	1057	6067	F1	F01410	6944	180	F1
F010A03	6935	189	F1	F0151	6915	209	F1
F010B03	2999	4125	F1	F0152	6923	201	F1
F010A04	6927	197	F1	F0153	6909	215	F1
F010B04	2676	4448	F1	F0154	6906	218	F1

Variable	N	Missing	Format	Variable	N	Missing	Format
F0161	6919	205	F1	F02319	6930	194	F1
F0162	6931	193	F1	F02320	6955	169	F1
F0163	6914	210	F1	F02321	6951	173	F1
F017	6953	171	F1	F02322	6942	182	F1
F018	6914	210	F1	F02323	6950	174	F1
F019	6912	212	F1	F02324	6946	178	F1
F0201	6928	196	F1	ZERS	5719	1405	F2
F0202	6941	183	F1	F0241	6950	174	F1
F0203	6938	186	F1	F0242	6925	199	F1
F0204	6928	196	F1	F025	6933	191	F1
F0205	6921	203	F1	F026Z1	757	6367	F4
F0206	6931	193	F1	F026Z2	767	6357	F3
F0207	6930	194	F1	F027	6865	259	F1
F0208	6913	211	F1	F028	6905	219	F1
F0209	6931	193	F1	F029	6951	173	F1
F021	6906	218	F1	F030	6956	168	F1
F0221	6931	193	F1	F031	6959	165	F1
F0222	6922	202	F1	F032A	6964	160	F1
F0223	6918	206	F1	F032B	6933	191	F1
F0224	6931	193	F1	F032C	6943	181	F2
F02301	6954	170	F1	F032CT1	156	6968	F2
F02302	6953	171	F1	F032DM1	2757	4367	F1
F02303	6950	174	F1	F032DM2	1745	5379	F1
F02304	6942	182	F1	F032DM3	702	6422	F1
F02305	6954	170	F1	F032DM4	1052	6072	F1
F02306	6956	168	F1	F032DM5	796	6328	F1
F02307	6952	172	F1	F032DM6	1568	5556	F1
F02308	6948	176	F1	F032E	6909	215	F1
F02309	6954	170	F1	F03301	6921	203	F1
F02310	6946	178	F1	F033A01	4841	2283	F2
F02311	6940	184	F1	F033B01	4833	2291	F1
F02312	6949	175	F1	F03302	6836	288	F1
F02313	6955	169	F1	F033A02	1351	5773	F2
F02314	6946	178	F1	F033B02	1344	5780	F1
F02315	6950	174	F1	F03303	6732	392	F1
F02316	6941	183	F1	F033A03	2368	4756	F2
F02317	6951	173	F1	F033B03	2353	4771	F1
F02318	6951	173	F1	F03304	6854	270	F1

Variable	N	Missing	Format	Variable	N	Missing	Format
F033A04	1803	5321	F2	F03317	6679	445	F1
F033B04	1792	5332	F1	F033A17	242	6882	F2
F03305	6839	285	F1	F033B17	238	6886	F1
F033A05	1291	5833	F2	F03317T1	251	6873	F2
F033B05	1286	5838	F1	F03318	6890	234	F1
F03306	6844	280	F1	F033A18	5257	1867	F2
F033A06	905	6219	F2	F033B18	5171	1953	F1
F033B06	897	6227	F1	F034	6649	475	F1
F03307	6836	288	F1	F0341	1036	6088	F1
F033A07	365	6759	F2	F034A1	1025	6099	F1
F033B07	359	6765	F1	F0342	665	6459	F1
F03308	6825	299	F1	F034A2	659	6465	F1
F033A08	189	6935	F2	F0343	614	6510	F1
F033B08	186	6938	F1	F034A3	608	6516	F1
F03309	6831	293	F1	F0344	403	6721	F1
F033A09	728	6396	F2	F034A4	401	6723	F1
F033B09	719	6405	F1	F0345	524	6600	F1
F03310	6823	301	F1	F034A5	505	6619	F1
F033A10	105	7019	F2	F0346	167	6957	F1
F033B10	104	7020	F1	F034A6	166	6958	F1
F03311	6820	3044	F1	F0347	446	6678	F1
F033A11	93	7031	F2	F034A7	441	6683	F1
F033B11	92	7032	F1	F0348	566	6558	F1
F03312	6832	292	F1	F034A8	509	6615	F1
F033A12	1024	6100	F2	F035Z0	6661	463	F1
F033B12	1013	6111	F1	F035Z1	6896	228	F2
F03313	6840	2844	F1	F035A	265	6859	F1
F033A13	1181	5943	F2	F036	6952	172	F1
F033B13	1171	5953	F1	F037Z1	6946	178	F3
F03314	6828	296	F1	F037Z2	3522	3602	F1
F033A14	516	6608	F2	F038Z1	6956	168	F3
F033B14	512	6612	F1	F038Z2	6101	1023	F1
F03315	6820	304	F1	F039	6945	179	F1
F033A15	288	6836	F2	F039Z1	6907	217	F2
F033B15	292	6832	F1	F039Z2	1993	5131	F3
F03316	6818	306	F1	F040	6957	167	F1
F033A16	139	6985	F2	F041	6956	168	F1
F033B16	135	6989	F1	F042	6948	176	F1



Variable	N	Missing	Format	Variable	N	Missing	Format
F0421Z	1550	5574	F4	F044	6963	161	F1
F0422Z	1552	5572	F2	F044Z	1357	5767	F2
F0423	1533	5591	F1	F044Z1	1351	5773	F3
F0424	1559	5565	F1	F044Z2	245	6879	F2
F0425	1552	5572	F1	F044Z3	230	6894	F2
F043A1	6578	546	F1	F045Z	3744	3380	F2
F043AA1	221	6903	F1	F046	2271	4853	F1
F043AB1	102	7022	F1	F047Z1	2181	4943	F3
F043AC1	306	6818	F2	F047Z2	348	6776	F2
F043A2	6505	619	F1	F047Z3	322	6802	F2
F043AA2	262	6862	F1	F048M01	345	6779	F1
F043AB2	133	6991	F1	F048M02	174	6950	F1
F043AC2	363	6761	F1	F048M03	195	6929	F1
F043A3	5843	1281	F1	F048M04	84	7040	F1
F043AA3	654	6470	F1	F048M05	578	6546	F1
F043AB3	438	6686	F1	F048M06	386	6738	F1
F043AC3	1021	6103	F1	F048M07	277	6847	F1
F043A4	6439	685	F1	F048M08	1131	5993	F1
F043AA4	290	6834	F1	F048M09	277	6847	F1
F043AB4	171	6953	F1	F048M10	448	6676	F1
F043AC4	426	6698	F1	F048M11	202	6922	F1
F043A5	6831	293	F1	F0491	6562	562	F1
F043AA5	20	7104	F1	F049A1	1939	5185	F1
F043AB5	15	7109	F1	F0492	6798	326	F1
F043AC5	31	7093	F1	F049A2	1987	5137	F1
F043A6	6829	295	F1	F0493	6646	478	F1
F043AA6	24	7100	F1	F049A3	3381	3743	F1
F043AB6	18	7106	F1	F050Z	6842	282	F2
F043AC6	35	7089	F1	F0511	6930	194	F1
F043A7	6855	269	F1	F0512	6918	206	F1
F043AA7	4	7120	F1	F0513	6919	205	F1
F043AB7	4	7120	F1	F0514	6919	205	F1
F043AC7	7	7117	F1				
F043A8	6303	821	F1				
F043AA8	83	7041	F1				
F043AB8	119	7005	F1				
F043AC8	182	6942	F1				
F043B	6876	248	F1				

**BGS982: Anzahl Datensätze: 7124****Anzahl Variablen: 217**

Variable	N	Missing	Format	Variable	N	Missing	Format
IDNR	7124	150	F6	F05624	6937	187	F1
F052	6949	325	F1	F05625	6908	216	F1
F052Z1	307	6817	F2	F05626	6887	237	F1
F052Z2	296	6828	F2	F05627	6904	220	F1
F053M1	6044	1080	F1	F05628	6907	217	F1
F053M2	1700	5424	F1	F05629	6921	203	F1
F053M3	5594	1530	F1	F0571	6920	204	F1
F053M4	2889	4235	F1	F0572	6920	204	F1
F053M5	6264	860	F1	F0573	6877	247	F1
F053M6	789	6335	F1	F0574	6922	202	F1
F053M7	986	6138	F1	F0575	6911	213	F1
F054	6928	196	F1	F0576	6921	203	F1
F055	6928	196	F1	F05801	6927	197	F1
F055Z	3192	3932	F2	F05802	6937	187	F1
F05601	6946	178	F1	F05803	6921	203	F1
F05602	6945	179	F1	F05804	6925	199	F1
F05603	6940	184	F1	F05805	6917	207	F1
F05604	6900	224	F1	F05806	6931	193	F1
F05605	6921	203	F1	F05807	6925	199	F1
F05606	6906	218	F1	F05808	6933	191	F1
F05607	6936	188	F1	F05809	6908	216	F1
F05608	6939	185	F1	F05810	6937	187	F1
F05609	6896	228	F1	F05811	6935	189	F1
F05610	6930	194	F1	F05812	6931	193	F1
F05611	6945	179	F1	F0591	6899	225	F1
F05612	6941	183	F1	F0592	6893	231	F1
F05613	6909	215	F1	F0593A	6099	1025	F1
F05614	6900	224	F1	F0593B	6053	1071	F1
F05615	6925	199	F1	F0593C	6829	295	F1
F05616	6936	188	F1	F060	6905	219	F1
F05617	6931	193	F1	F061	6929	195	F1
F05618	6936	188	F1	F062AM1	6925	199	F4.1
F05619	6943	181	F1	F062BM1	6917	207	F4.1
F05620	6941	183	F1	F062AM2	6925	199	F4.1
F05621	6935	189	F1	F062BM2	6917	207	F4.1
F05622	6937	187	F1	F062AM3	6925	199	F4.1
F05623	6905	219	F1	F062BM3	6917	207	F4.1

Variable	N	Missing	Format	Variable	N	Missing	Format
F062AM4	6925	199	F4.1	F070B4	277	6847	F1
F062BM4	6917	207	F4.1	F0705	293	6831	F1
F062AM5	6925	199	F4.1	F070A5	269	6855	F1
F062BM5	6917	207	F4.1	F070B5	279	6845	F1
F063M1	1324	5800	F1	F0706	381	6743	F1
F063M2	1071	6053	F1	F070A6	365	6759	F1
F063M3	2305	4819	F1	F070B6	353	6771	F1
F063M4	851	6273	F1	F0707	785	6339	F1
F063M5	2104	5020	F1	F070A7	753	6371	F1
F064	6926	198	F1	F070B7	760	6364	F1
F065	6939	185	F1	F0708	257	6867	F1
F065M1	13	7111	F1	F070A8	238	6886	F1
F065M2	6	7118	F1	F070B8	237	6887	F1
F065M3	19	7105	F1	F071	6896	228	F1
F065M4	9	7115	F1	F072	6926	198	F1
F065M5	18	7106	F1	F073Z	6935	189	F4
F065M6	5	7119	F1	F07401	6741	383	F1
F065M7	5	7119	F1	F07402	6909	215	F1
F066	6932	192	F1	F07403	6900	224	F1
F067	6923	201	F1	F07404	6895	229	F1
F067M1	636	6488	F1	F07405	6890	234	F1
F067M2	1171	5953	F1	F07406	6889	235	F1
F067M3	203	6921	F1	F07407	6893	231	F1
F067M4	421	6703	F1	F07408	6887	237	F1
F0681	6861	263	F1	F07409	6895	229	F1
F0682	6688	436	F1	F07410	6864	260	F1
F069	6939	185	F1	F075	5302	1822	F1
F0701	2214	4910	F1	F076Z	4112	3012	F2
F070A1	2205	4919	F1	F076Z1	2252	4872	F2
F070B1	2166	4958	F1	F076Z2	2072	5052	F2
F0702	524	6600	F1	F077	6913	211	F1
F070A2	506	6618	F1	F078A	6867	257	F1
F070B2	504	6620	F1	F078B	6907	217	F1
F0703	536	6588	F1	F079Z	6924	200	F2
F070A3	511	6613	F1	F079Z1	1009	6115	F8
F070B3	505	6619	F1	F080	6919	205	F1
F0704	293	6831	F1	F080Z1	3301	3823	F1
F070A4	270	6854	F1	F080Z2	3332	3792	F1

Variable	N	Missing	Format	Variable	N	Missing	Format
F081	6927	197	F1	F090	9	7115	F1
F082	6896	228	F1	F09101	5613	1511	F1
F083	6916	208	F1	F09101A	5598	1526	F1
F084	6809	315	F1	F09102	852	6272	F1
F085	2997	4127	F1	F09102A	840	6284	F1
F085Z1	1976	5148	F2	F09201	6822	302	F1
F085Z2	2499	4625	F4	F09202	334	6790	F1
F086Z	6218	906	F2	F093	6934	190	F1
F086Z1	4921	2203	F1	F094Z1	6247	877	F1
F088	6698	426	F2	F094Z2	685	6439	F4
F0891	3876	3248	F1	F095	6904	220	F1
F089A1	1523	5601	F1	F096	6931	193	F1
F0892	3852	3272	F1	F097	2476	4648	F1
F089A2	1189	5935	F1	F097AZ	5050	2074	F4
F0893	3864	3260	F1	F098	5010	2114	F2
F089A3	2170	4954	F1	F099Z	6921	203	F2
F0894	3839	3285	F1	F099Z1	6921	203	F2
F089A4	1689	5435	F1	F099Z2	6921	203	F2
F0895	3770	3354	F1	F099Z3	6921	203	F2
F089A5	510	6614	F1	F099Z4	6921	203	F2
F0895M1	372	6752	F1	F100	5567	1557	F2
F0895AM1	186	6938	F1	F101	6819	305	F1
F0895M2	416	6708	F1	SCHICHTN	6896	228	F1
F0895AM2	287	6837	F1	WINDEXN	6896	228	F2
F0895M3	261	6863	F1	F108KM	6974	150	F2
F0895AM3	42	7082	F1	F108KJ	6974	150	F4
F089AZ1	3903	3221	F2	GROE	7084	40	F5.1
F089AZ2	3903	3221	F2	GEWI	7077	47	F5.1
F09001	2391	4733	F1	BMI	7072	52	F5.2
F09002	2501	4623	F1				
F09003	720	6404	F1				
F09004	367	6757	F1				
F09005	256	6868	F1				
F09006	325	6799	F1				
F09007	652	6472	F1				
F09008	307	6817	F1				
F09009	15	7109	F1				
F09010	62	7062	F1				



## 7 Codeplan zu den Freitextvariablen F032CT1 und F03317T1

- 1 ALLGEMEINARZT (HAUSARZT, PRAKTIKER)
- 2 INTERNIST (KARDIOLOGE, HERZSPEZIALIST, ARZT F. NIEREN, MAGEN, HERZ, LUNGE)
- 3 ZAHNARZT
- 4 FRAUENARZT (GEBURTSHELFER, GYNAEKOLOGE)
- 5 AUGENARZT
- 6 ORTHOPAEDE (RUECKEN UND BEINE, KNOCHENARZT)
- 7 HALS-NASEN-OHREN-ARZT (PHONIATER)
- 8 NEUROLOGE
- 9 CHIRURG (NEUROCHIRURG, UNFALLCHIRURG, GESICHTSCHIRURG)
- 10 DERMATOLOGE (HAUTARZT)
- 11 PROFESSOR FUER COMPUTERTOMOGRAFIE
- 12 UROLOGE (NEPHROLOGE)
- 13 BRONCHIEN, LUNGEN (ASTHMA-/LUNGEN-/LUNGENFACHARZT, PULMOLOGE, ATEMTHERAPIE)
- 14 ARBEITSMEDIZINER (EINSTELLUNGS-/BERUFSGENOSSENSCHAFTS-UNTERSUCHUNG)
- 14 BETRIEBS-/PERSONAL-/POLIZEI-/WERKSARZT (ARZT VOM ARBEITSAMT)
- 15 BUNDESWEHRARZT, TRUPPENARZT
- 16 SPORTARZT, UNFALLARZT
- 17 KINDERARZT (PAEDIATER)
- 18 HEILPRAKTIKER
- 19 HOMOEOPATH
- 20 BADEARZT (KURARZT, HEIMARZT)
- 21 PROKTOLOGE (ENDDARMARZT)
- 22 KRANKENHAUSARZT (SCHMERZAMBULANZ, LVK-ARZT, POLI-/VENENKLINIK, HERZZENTRUM)
- 24 IMPFARZT (TROPENIMPfung)
- 25 LABORARZT
- 26 PSYCHIATER, PSYCHOTHERAPEUT, PSYCHOLOGE
- 27 RHEUMASPEZIALIST, RHEUMATOLOGE
- 28 GASTROENTEROLOGE (MAGEN-DARM)
- 29 VERTRAUENSARZT (VERSORGUNGSAMT-ARZT, LVA-ARZT)
- 30 DRK-ARZT, GRUPPENARZT, BLUTSPENDEARZT
- 31 GEFAESSCHIRURG, VENENCHIRURG
- 32 HAEMATOLOGE
- 33 ARZT F. STRAHLENTHERAPIE
- 34 NOTARZT
- 35 ALLERGOLOGE
- 36 TROPENARZT
- 37 KIEFERCHIRURG, KIEFERORTHOPAEDE
- 38 ENDOKRINOLOGE, SCHILDDRUESENFACHARZT
- 40 CHIROPRAKTIKER
- 41 AKUPUNKTUR-ARZT, TCM (TRADITIONELLE CHINESISCHE MEDIZIN)
- 42 HUMANGENETIKER
- 43 AMTSARZT
- 44 ONKOLOGE
- 45 STRAHLENSCHUTZARZT
- 46 ARZT FUER GEFAESSERKRANKUNGEN, ANGIOLOGE

- 47 ARZT F. STOFFWECHSELKRANKHEITEN
- 48 ANÄSTHESIST
- 49 NUKLEARMEDIZINER
- 50 LIPIDAMBULANZ
- 51 NATURHEILKUNDE
- 52 ANDROLOGE
- 53 SCHULARZT
- 54 HORMONSPRECHSTUNDE
- 55 DIALYSEZENTRUM
- 56 SOZIALMEDIZINISCHER DIENST
- 57 GESPRÄCHSTHERAPIE
- 58 DIABETOLOGE (DIABETIKER SPRECHSTUNDE)
- 59 DURCHGANGSARZT
- 60 CHIROTHERAPEUT
- 61 PHLEBOLOGE, VENENARZT
- 62 PHYSIOTHERAPEUT
- 63 SCHIFFSARZT
- 64 ASTHMASPRECHSTUNDE
- 65 GENFORSCHUNG
- 66 AUGENDIAGNOSTIKER
- 67 SCHULZAHNARZT
- 68 KRANKENSCHWESTER, MEDIZINISCHES PERSONAL,  
MEDIZINISCHER DIENST, HEBAMME
- 69 PFLEGEVERSICHERUNGSSARZT
- 70 FLUGARZT
- 71 SCHMERZTHERAPEUT
- 72 KERNSPINTOMOGRAPHIE
- 73 ENDOSKOPIE, ULTRASCHALL
- 74 MASSEUR, BEHANDLUNGSTHERAPEUT
- 99 UNBEKANNT

## 8 Technisches zum Datensatz

Der Public Use File BGS98 wird in komprimierter Form auf zwei 3.5"-HD-Disketten ausgeliefert. Er wird in 3 Versionen angeboten:

- als SPSS-Portable File (für alle SPSS-Plattformen)
- als SAS-Transport File (für alle SAS-Plattformen)
- als SAS für Windows 6.X und höher.

Die Statistikpakete SPSS und SAS erlauben nach Einlesen der jeweiligen Files die Datensätze in weitere Formate zu überführen. Insbesondere für solche Umsetzungen hat sich auch das Utility DBMS/COPY 6 (Conceptual Software, Inc. Houston) bewährt, das verschiedene Formate (Datenbanken, Statistik- und Tabellenkalkulations-Programme usw.) unterstützt. Ebenso empfehlenswert ist das Programm STAT/TRANSFER 5 (Circle Systems, Inc. Seattle).

Die vorliegenden Datensätze enthalten 7124 gültige Fälle und 366 bzw. 217 Variablen. Die Aufspaltung in zwei Archivdateien war notwendig, weil ein BGS98-Gesamtarchiv nicht mehr auf 1 HD-Diskette (1,44 MB) paßt. Außerdem sollte eine Backup-Lösung vermieden werden, um die Datenrückgewinnung aus den Archivfiles nicht unnötig zu erschweren. Da es sich bei BGS981/BGS982 letztlich um Exportfiles handelt, die neben den Daten auch die entsprechenden Labels enthalten, wurde mit Ausnahme der unter Kap. III.6 abgedruckten Variablenübersicht auf einen Codeplanausdruck (Dictionary) verzichtet, zumal die Variablenformate je nach System unterschiedlich ausfallen können. Die Nomenklatur hat sich gegenüber den früheren Public Use Files geändert; sie ist im BGS98-Fragebogen (vgl. III.5) abgedruckt.

### *SPSS Portable File:*

Diese Files wurden mit Hilfe der SPSS-Schnittstelle von SIR2000 erstellt und mit SPSS für Windows 9 nachbearbeitet. Als "portable File" können die Daten innerhalb der SPSS-Welt auch auf verschiedene Computer-Plattformen sowie Betriebssysteme portiert werden, eine geeignete File-Transfer-Möglichkeit vorausgesetzt.

Auf den Disketten befinden sich die archivierten Files PSPSS981.exe (974.318 Bytes) und PSPSS982.exe (885.760 Bytes), die jeweils auf die Festplatte zu kopieren sind. Nach Eingabe von PSPSS981 bzw. PSPSS982 und Drücken der Enter/Return-Taste beginnt eine automatische Extraktion des jeweiligen Archivs, wobei die Exportfiles BGS981.por (5.513.434 Bytes) bzw. BGS982.por (3.393.160 Bytes) entstehen. Diese Files können z. B. direkt in SPSS für Windows importiert werden. Als Systemfile (\*.sav) im komprimierten Format abgespeichert belegen beide zusammen nur noch ca. 4.6 MB. Für den Transfer bzw. Import in andere SPSS-Umgebungen (UNIX, OS/2 usw.) sind die entsprechenden Manuals zu Rate zu ziehen. Da beide Systemfiles dieselben Fälle in identischer Reihenfolge enthalten (eindeutige Fallkennung IDNR, aufsteigend sortiert), lassen sie sich mit Hilfe folgender Syntax zusammenführen [*Lw* = Laufwerk (z.B. C:); *Pfad* = Ordner/Verzeichnis]:

```
IMPORT
  FILE='Lw:\Pfad\BGS982.por'.
EXECUTE.
SAVE OUTFILE='Lw:\Pfad\BGS982.sav'
/COMPRESSED.
IMPORT
  FILE='Lw:\Pfad\BGS981.por'.
EXECUTE.
SAVE OUTFILE='Lw:\Pfad\BGS981.sav'
```

```

/COMPRESSED.
MATCH FILES /FILE=*
/FILE=Lw:\Pfad\BGS982.sav'
/BY IDNR.
EXECUTE.
SAVE OUTFILE='Lw:\Pfad\BGS98.sav'
/COMPRESSED.

```

### ***SAS-Transport File:***

Diese Exporte wurden mit Hilfe von STAT/TRANSFER 5 direkt aus den entsprechenden SPSS9-Systemdateien erstellt. In diesem Format können die Daten innerhalb der SAS-Welt auf verschiedene Computer-Plattformen sowie Betriebssysteme portiert werden, eine geeignete File-Transfer-Möglichkeit vorausgesetzt.

Auf den Disketten befinden sich die Archivfiles PSAST981.exe (1.381.556 Bytes) bzw. PSAST982.exe (1.317.584 Bytes), die jeweils auf die Festplatte zu kopieren sind. Nach Eingabe von PSAST981 bzw. PSAST982 und Drücken der Enter/Return-Taste beginnt eine automatische Extraktion des jeweiligen Archivs, wobei die folgenden Transport Files entstehen:

BGS981.tpt (20.911.120 Bytes) und BGS981.sas (38.788 Bytes)  
bzw. BGS982.tpt (12.398.400 Bytes) und BGS982.sas (35.339 Bytes).

Hierbei ist wichtig, daß auf der entsprechenden Partition genügend „freier Platz“ zur Verfügung steht. Für Anwender von SAS für Windows 6.XX lassen sich die Files direkt mit Hilfe von entsprechenden DATA oder PROC steps einlesen; üblich ist hier PROC COPY. SAS 6.03 User müssen hierbei die SASV5XPT engine benutzen, indem sie diese bei dem LIBNAME Statement deklarieren, das die Bibliotheksreferenz für den Transport File definiert. Für SAS 6.06 oder größer wird die XPORT engine empfohlen (Die Angaben in *italic* sind Platzhalter):

```

/* read transport file 'bgs981.tpt' - write system file 'pub.sd2' */
libname trans xport 'Lw:\Pfad\bgs981.tpt' ;
libname pubuse 'Lw:\Pfad\pub.sd2' ;
proc copy in=trans out=pubuse;
run ;

```

SAS für UNIX User benutzen natürlich die ihrem System angemessene Dateierweiterung (HP/SUN/IBM: \*.Sssd01; DEC: \*.ssd04). Ihnen wird zudem empfohlen, was den Umgang mit Transportfiles betrifft, im SAS Technical Report „Transporting SAS Files between Host Systems“ nachzulesen sowie in der SAS Dokumentation zum jeweiligen Betriebssystem. Auch von der Homepage von SAS können entsprechende Informationen abgerufen werden. Weiteres zur Vorgehensweise (Value Labels einfügen) findet sich im folgenden Abschnitt.

### ***SAS DATA File:***

Diese Files wurden mit Hilfe von STAT/TRANSFER 5 direkt aus den entsprechenden SPSS9-Systemdateien erstellt. In diesem Format können die Daten direkt mit SAS für Windows bzw. für OS/2 bearbeitet werden; die entsprechenden Formate (Label) können mit der jeweils beigefügten .sas-Datei erzeugt werden.



Auf den Disketten befinden sich die Archivfiles PSASW981.exe (1.293.396 Bytes) bzw. PSASW982.exe (1.141.210 Bytes), die jeweils auf die Festplatte zu kopieren sind. Nach Eingabe von PSASW981 bzw. PSASW982 und Drücken der Enter/Return-Taste beginnt eine automatische Extraktion des jeweiligen Archivs, wobei die folgenden Transport Files entstehen:

BGS981.sd2 (21.203.200 Bytes) und BGS981.sas (38.788 Bytes)  
bzw. BGS982.tpt (12.602.624 Bytes) und BGS982.sas (35.339 Bytes).

Um daraus einen Systemfile BGS98 mit allen Labels zu erzeugen, sind die \*.sas-Dateien noch zu ergänzen. Im folgenden ist eine Beispielsyntax aufgeführt:

a) BGS981.sas

```
libname library 'c:\survey\format' /* Pfad für Formate */ ;
libname survey 'c:\survey' /* Pfad für Daten */ ;
```

```
proc format library = library ;
    value SEX /* Geschlecht */
```

(Labels)

```
    format      F0514 F051E.;
run;
quit;
```

```
data survey.bgs981 (compress=yes) ;
set survey.bgs981;
run;
```

b) BGS982.sas

```
libname library 'c:\survey\format' /* Pfad für Formate */ ;
libname survey 'c:\survey' /* Pfad für Daten */ ;
```

```
proc format library = library ;
    value F05C /* Vegetarische Ernährung */
```

(Labels)

```
    format      SCHICHTN SCHICHTN.;
run;
quit;
```

```
data survey.bgs982 (compress=yes) ;
set survey.bgs982;
run;
```

```
data survey.bgs98 (compress=yes);
merge survey.bgs981 survey.bgs982;
by idnr;
run;
```

Ein so unter SAS für Windows erstellter SAS-Systemfile incl. Formatkatalog bedarf trotz der komprimierten Form relativ viel Plattenspeicher (ca. 20 MB). Eine weitere Reduktion ist möglich durch geschickte Anwendung des LENGTH-Statements, da die geschriebenen Formate, insbesondere bei Integer-Variablen, überdimensioniert vergeben werden. Die in der Datenbank benutzten Formate pro Variable sind in Kap. III.6 aufgeführt.