



EHIS



UMFRAGE ZUR GESUNDHEIT DER EINWOHNER



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale
Direction de la santé



LUXEMBOURG
INSTITUTE
OF HEALTH

UMFRAGE ZUR GESUNDHEIT DER EINWOHNER

Sehr geehrte Damen und Herren,

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an der Umfrage zur Gesundheit der Einwohner (auch bekannt als Europäische Gesundheitsbefragung)¹ teilzunehmen.

Diese Umfrage wird von der Gesundheitsbehörde in Zusammenarbeit mit dem Luxembourg Institute of Health (LIH) organisiert. Ziel ist es, Informationen über die Gesundheit der Einwohner Luxemburgs zu sammeln, um:

- Das derzeitige Gesundheitssystem an die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung anzupassen,
- Die Auswirkungen der Gesundheitspolitik zu bewerten,
- Nationale Gesundheitsdaten im Laufe der Zeit zu analysieren und die Ergebnisse mit anderen europäischen Ländern zu vergleichen.

Eine ähnliche Umfrage wurde 2014 und 2019 in Luxemburg durchgeführt. Die Ergebnisse finden Sie auf **sante.lu**².

Die Zielgruppe dieser Umfrage sind Personen **ab 15 Jahren**, die in **Privathaushalten leben**. **Wenn Sie in einer Institution oder einem Gemeinschaftshaushalt leben** (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim oder Wohnheim, Gefängnis, Kaserne, religiöse Einrichtung, Internat oder Herberge), bedauern wir, Ihnen mitteilen zu müssen, dass Sie nicht berechtigt sind, an der Umfrage teilzunehmen.

Die vorliegende Gesundheitsbefragung umfasst vier Module: Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, gesundheitliche Einflussfaktoren und sozioökonomischer Hintergrund.

Dieser Fragebogen enthält weder Ihren Namen, Ihr Geburtsdatum noch Ihre Adresse. Die erhobenen Informationen (Geschlecht, Geburtsjahr, Wohngemeinde und Geburtsland) ermöglichen keine Identifizierung Ihrer Person.

Die Umfragedaten werden gemäß der DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG DER KOMMISSION (EU) 2023/2529 vom 17. November 2023 an Eurostat, das Statistische Amt der Europäischen Union, übermittelt. Diese Verordnung legt die technischen Elemente des Datensatzes, die Formate für die Übermittlung von Informationen sowie die detaillierten Bestimmungen und den Inhalt der Qualitätsberichte zur Durchführung einer Stichproben-

¹ Commission Implementing Regulation (EU) 2023/2529 of 17 November 2023

² <https://sante.public.lu/fr/espace-professionnel/informations-donnees/ehis.html>

Gesundheitsumfrage fest, in Übereinstimmung mit der Verordnung (EU) 2019/1700 des Europäischen Parlaments und des Rates über die Europäische Gesundheitsbefragung (EHIS).

Vollständig ausgefüllte Papier- oder Online-Fragebögen werden nach der Validierung der Daten durch Eurostat vernichtet. Die aus den Fragebögen gewonnenen Daten werden jedoch für die Dauer der von der Europäischen Union geforderten EHIS-Wellen aufbewahrt.

Obwohl Ihre Teilnahme an dieser Umfrage freiwillig ist, ist Ihre Mitwirkung äußerst wichtig, um ein genaues und repräsentatives Bild der Gesundheit der Bevölkerung Luxemburgs zu gewährleisten. Je mehr Menschen teilnehmen, desto größer wird der Datensatz und desto repräsentativer werden die Ergebnisse für den tatsächlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung sein.

Für weitere Informationen oder bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten der Gesundheitsbehörde:

info_donnees@ms.etat.lu

oder

Service protection des données

13a Rue de Bitbourg

L-1273 Luxemburg

ZUSTIMMUNG DES GESETZLICHEN VERTRETERS FÜR MINDERJÄHRIGE ZUR TEILNAHME AN DER UMFRAGE

☐ **Hiermit stimme ich zu**, dass die Person, für die ich die Rolle des gesetzlichen Vertreters ausübe, an der Gesundheitsbefragung der Einwohner teilnimmt

☐ **Hiermit lehne ich es ab**, dass die Person, für die ich die Rolle des gesetzlichen Vertreters ausübe, an der Gesundheitsbefragung der Einwohner teilnimmt

HINWEISE ZUR BEANTWORTUNG DES FRAGEBOGENS

Die folgenden Hinweise sollen Ihnen bei der Beantwortung der Fragen im Rahmen dieser Umfrage helfen.

Die Zuverlässigkeit dieser Studie hängt mit der Qualität und der Ehrlichkeit ihrer Antworten zusammen. Daher ist es notwendig, dass Sie bei jeder Frage sorgfältig überlegen und die am besten geeignete Antwort geben. Lesen Sie die Fragen und die verschiedenen Antwortmöglichkeiten aufmerksam durch, bevor Sie antworten.

1) Multiple-Choice Fragen: kreuzen Sie das Kästchen an, das am besten Ihrer Antwort auf die entsprechende Frage entspricht. Kreuzen Sie pro Frage nur ein einziges Kästchen an, es sei denn, Sie werden darauf hingewiesen, dass „mehrere Antworten möglich“ sind.

Beispiel: Was ist Ihr Geschlecht?

☐ Männlich

☒ Weiblich

2) Die Antwort ist eine Zahl oder ein Text: tragen Sie Ihre Antwort in das dafür vorgesehene Kästchen ein.

Beispiel: Wie groß sind Sie, ohne Schuhe?

1	6	5
---	---	---

 cm

3) Treffen Sie nach einer Antwort auf dieses Pfeilzeichen **→** führt es Sie zu Ihrer nächsten Frage.

Beispiel: 4.18 Rauchen Sie irgendwelche Tabakwaren (elektronische Zigaretten oder ähnliche elektronische Geräte sind nicht zu berücksichtigen)?

☐ Ja, täglich

☐ Ja, gelegentlich

☒ Nein, überhaupt nicht **→ Gehen Sie zur Frage 4.21**

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

1.01. Was ist Ihr Geschlecht (bei der Geburt zugewiesen)?

☐ Männlich

☐ Weiblich

1.02. Was ist Ihre Geschlechtsidentität?

☐ Mann

☐ Frau

☐ Nicht-binär

☐ Anderes

☐ Bevorzuge keine Antwort

1.03. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

--	--	--	--

Hatten Sie 2025 schon Geburtstag?

☐ Ja

☐ Nein

1.04. In welcher Gemeinde wohnen Sie?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.05. In welchem Land sind Sie geboren?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.06. Welche Nationalität/Nationalitäten besitzen Sie?

1.07. In welchem Land wurde Ihr Vater geboren?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.08. In welchem Land wurde Ihre Mutter geboren?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.09. Leben Sie mit einem Partner im selben Haushalt (Ehemann, Ehefrau, Lebensgefährte/in, eingetragene/r Partner/in)?

- ☐ Ja
☐ Nein

1.10. Wie viele Person(en) leben in Ihrem Haushalt, **einschließlich Ihrer selbst**?

Beispiel: Wenn Sie mit Ihrem Partner zusammenleben, geben Sie 2 an; wenn Sie allein leben, geben Sie 1 an.

Wenn Sie jedoch eine Wohnung oder ein Haus mit anderen (die keine Familienmitglieder sind) teilen, zählen Sie bitte in dieser Frage nur sich selbst

--	--

 Person(en)

1.11. Wie viele Person(en) im Alter von 13 Jahren oder jünger leben in Ihrem Haushalt?

--	--

 Person(en)

1.12. In welcher Art von Haushalt leben Sie?

- ☐ Einpersonenhaushalt
☐ Alleinerziehende(r) mit mindestens einem Kind unter 25 Jahren
☐ Alleinerziehende(r) mit Kindern, alle 25 Jahren oder älter
☐ Kinderloses Paar
☐ Paar mit mindestens einem Kind unter 25 Jahren
☐ Paar mit allen Kindern im Alter von 25 Jahren oder älter
☐ Andere Haushaltsart

1.13. Wie würden Sie Ihre derzeitige berufliche Situation beschreiben?

- ☐ Erwerbstätig
☐ Erwerbslos (arbeitslos)
☐ Rentner, im Ruhestand
☐ Nicht erwerbsfähig aufgrund langjähriger Gesundheitsprobleme
☐ Student, Schüler
☐ Ausübung häuslicher Arbeiten (unbezahlt)
☐ Wehrdienst/Zivildienst
☐ Andere

**Gehen Sie zur
Frage 1.18**

1.14. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie derzeit aus? Geben Sie eine genaue Beschreibung Ihres Berufes und erklären Sie präzise, was dabei ihre Hauptaufgabe ist.

Diese Frage bezieht sich auf eine entgeltliche Tätigkeit. Im Falle mehrerer Tätigkeiten geben Sie bitte die Tätigkeit an, mit der Sie am meisten Zeit verbringen.

Seien Sie in der Bezeichnung Ihres Berufes bitte so präzise wie möglich, so wie in den nachfolgenden Beispielen aufgeführt:

- Nicht Elektriker, sondern Elektroinstallateur
- Nicht Beamter/Angestellter, sondern Automechaniker, Schalterbeamter bei der Post, Lehrer
- Nicht Informatiker, sondern Software-Entwickler, Netzwerkadministrator oder Helpdesk-Betreiber
- Nicht Sekretär, sondern medizinischer Sekretär oder juristischer Sekretär

1.15. Welchem **Wirtschaftssektor** gehört der Betrieb an, in dem Sie arbeiten?

Im Falle eines Zeitarbeitsvertrages mit einer Zeitarbeitsfirma, geben Sie nicht die Zeitarbeitsfirma an, sondern die wirtschaftliche Tätigkeit des Betriebes, für den Sie arbeiten.

*Bitte kreuzen Sie das Feld an, das Ihrer Situation am besten entspricht. **Es ist nur eine einzige Antwort möglich.***

- ☐ Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
- ☐ Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (zum Beispiel: Stein- und Sandgewinnung)
- ☐ Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren (zum Beispiel: Herstellung von Nahrungsmitteln, chemischen Erzeugnissen, Kunststoffwaren, Metallerzeugnissen)
- ☐ Energieversorgung (Elektrizität-, Gas-, Wärme -und Kälteversorgung)
- ☐ Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
- ☐ Baugewerbe/Bau
- ☐ Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (Groß- und Einzelhandel mit Waren aller Art, Autowerkstatt)
- ☐ Verkehr und Lager (zum Beispiel: Transport, Lager, Post-, Kurier- und Expressdienste)
- ☐ Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie (zum Beispiel: Hotels, Restaurants, Bars)
- ☐ Information und Kommunikation (zum Beispiel: Verlagswesen, Telekommunikation, Programmierung)
- ☐ Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
- ☐ Grundstücks- und Wohnungswesen (zum Beispiel: Verkauf und Vermietung von Immobilien)
- ☐ Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (zum Beispiel: Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung, Architekturbüro, Forschung, Werbeagentur, Tierarztpraxis)
- ☐ Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (zum Beispiel: Vermietung und Leasing (z. B. PKW), Zeitarbeitsagentur, Reisebüro, privater Sicherheitsdienst, Reinigung, Call Center)
- ☐ Öffentliche Verwaltung (zum Beispiel: Ministerien, Kommunalverwaltungen, Krankenkasse (CNS), Polizei, Armee)
- ☐ Erziehung und Unterricht (zum Beispiel: Schulen, Universitäten, Fahrschulen, Tanz-/Musikschulen)
- ☐ Gesundheits- und Sozialwesen (zum Beispiel: Krankenhaus, Pflege-/Altersheim, Sozialarbeit)
- ☐ Kunst, Unterhaltung und Erholung (zum Beispiel: künstlerische Tätigkeiten, Bibliotheken, Museen, Casinos, Sportdienstleistungen)
- ☐ Erbringung von sonstigen Dienstleistungen (zum Beispiel: Gewerkschaften, religiöse Vereinigungen, Reparatur von Gebrauchsgütern wie Computer, Wäscherei / chemische Reinigung, Friseur, Bestattungswesen)
- ☐ Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt (zum Beispiel: Haushaltsangestellter, wie zum Beispiel Koch, Gärtner, Butler)
- ☐ Exterritoriale Organisationen und Körperschaften (zum Beispiel: Aktivitäten internationaler Organisationen: Europäische Kommission, NATO)

1.16. Arbeiten Sie derzeit Voll- oder Teilzeit?

- ☐ Vollzeit
- ☐ Teilzeit

1.17. Sind Sie selbständig oder als angestellter Arbeitnehmer?

- ☐ Selbständig mit Angestellten
- ☐ Selbständig ohne Angestellte
- ☐ Angestellter Arbeitnehmer
- ☐ Mithelfender Familienangehöriger (unbezahlt)

Die nächste Frage bezieht sich auf das höchste, erfolgreich abgeschlossene Bildungs- oder Ausbildungsniveau.

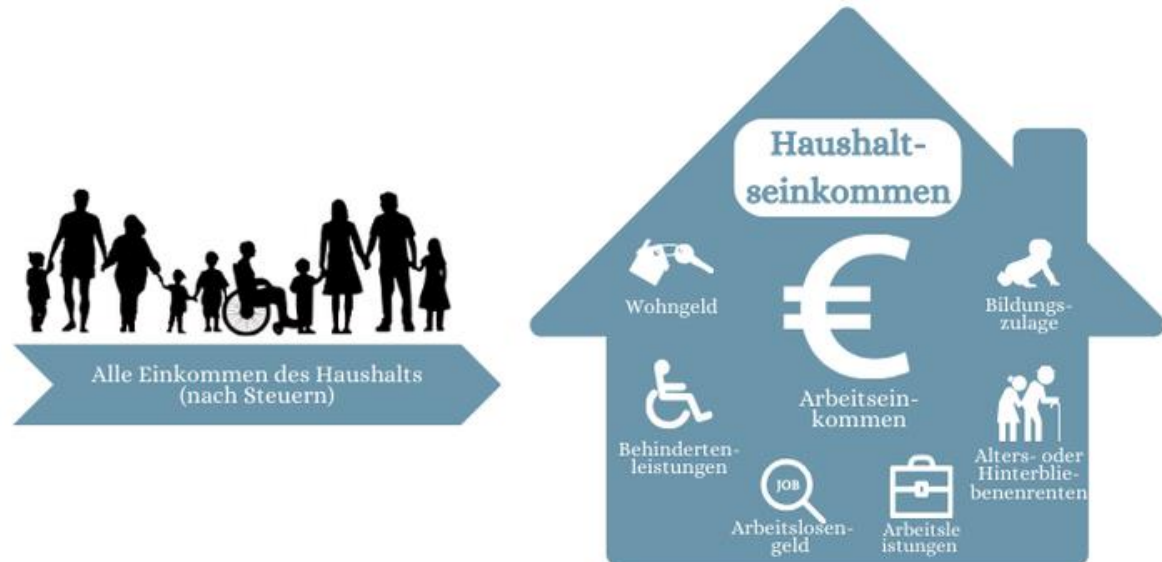
1.18. Welches ist das **höchste** Ausbildungsniveau /Abschluss , den Sie **erfolgreich** abgeschlossen haben?

Sofern Sie noch Schüler, Student oder Lehrling sind, bezieht sich diese Frage demnach nicht auf das Niveau der derzeitigen Ausbildung, sondern vielmehr auf das höchste, derzeit von Ihnen bereits erfolgreich abgeschlossene Ausbildungsniveau.

- ☐ **Frühkindliche Entwicklung**, Vorschulbildung
- ☐ **Primarbereich**, Grundschule
- ☐ **Sekundarbereich I** (z.B. 5. Klasse Sekundarschule, 9. Klasse technische Sekundarschule, 9. Klasse des modularen Vorbereitungsunterrichts, 9. Klasse der Schule der 2. Chance)
- ☐ **Sekundarbereich II** (z.B. allgemeiner Sekundarunterricht (Abitur / „Première“), technisches Abitur, Technikerdiplom (DT), Abschlussdiplom der Berufsausbildung (CATP-CCM-CITP-DAP-CCP))
- ☐ **Nichttertiäre Bildung nach dem Sekundarbereich** (z.B. Meisterprüfung)
- ☐ Tertiäre Bildung nach dem Sekundarbereich; an die Sekundarschule anschließender **Kurzstudiengang** der tertiären Bildung mit praktischer, technischer oder beruflicher Orientierung (z.B. BTS, 2 erfolgreich abgeschlossene Jahre)
- ☐ **Bachelor Niveau** oder gleichwertig (fortgeschrittene berufliche/technische Hochschule oder Universität, 3-4 erfolgreich abgeschlossene Jahre)
- ☐ **Master Niveau** oder gleichwertig (fortgeschrittene berufliche/technische Hochschule oder Universität, mindestens 4 erfolgreich abgeschlossene Jahre)
- ☐ **Doktorat** oder gleichwertig (PhD)

1.19. Wie hoch ist Ihr **Netto**-Haushaltseinkommen pro Monat?

Bei Ihrem Haushaltseinkommen sind folgende Einkommenskomponenten mit zu berücksichtigen: Arbeitseinkommen, Arbeitslosengeld, garantiertes Mindesteinkommen, Alters- oder Witwenrenten, Rente/Ruhegehalt, Krankengeld, Invaliditätsrenten, familien-/kinderbezogene Zuwendungen, Wohngeld, bildungsbezogene Zuwendungen und sonstige Sozialleistungen. Geleistete Steuerzahlungen sind von diesen Beträgen abzuziehen.



Euros pro Monat

Wenn Sie den genauen Betrag nicht kennen und ihn nicht schätzen können, wählen Sie bitte eine Spanne

- ☐ Weniger als 1 000 Euro
- ☐ Von 1 000 bis 1 499 Euro
- ☐ Von 1 500 bis 1 999 Euro
- ☐ Von 2 000 bis 2 499 Euro
- ☐ Von 2 500 bis 2 999 Euro
- ☐ Von 3 000 bis 3 499 Euro
- ☐ Von 3 500 bis 3 999 Euro
- ☐ Von 4 000 bis 4 499 Euro
- ☐ Von 4 500 bis 4 999 Euro
- ☐ Von 5 000 bis 5 999 Euro
- ☐ Von 6 000 bis 6 999 Euro
- ☐ Von 7 000 bis 7 999 Euro
- ☐ Von 8 000 bis 8 999 Euro
- ☐ Von 9 000 bis 9 999 Euro
- ☐ Von 10 000 bis 12 500 Euro
- ☐ Mehr als 12 500 Euro
- ☐ Ich möchte diese Frage nicht beantworten

1.20. Sind Sie der Eigentümer oder Mieter Ihrer Unterkunft?

- ☐ Eigentümer
- ☐ Mieter
- ☐ Sonstiges

1.21. Wie lange leben Sie bereits an Ihrer aktuellen Adresse?

Wählen Sie den passendsten Zeitraum aus

Tage

Monat(e)

Jahr(e)

☐ Mein ganzes Leben

1.22. Haben Sie einen Grünbereich (Park, Garten oder Grünfläche) in 5 Minuten Gehentfernung von Ihrem Zuhause?

- ☐ Ja
- ☐ Nein



Gehen Sie zur Frage 1.25

1.23. Wie würden Sie die Qualität der Grünflächen in Ihrer Nachbarschaft/Ihrem Dorf bewerten?

- ☐ Sehr gut
- ☐ Gut
- ☐ Weder gut noch schlecht
- ☐ Schlecht
- ☐ Sehr schlecht

1.24. Wie viele Tage und Stunden haben Sie in der letzten Woche in Ihrer Freizeit in einem Park, Garten, grünen Spazierweg oder einer anderen Grünfläche verbracht?

Tag(e)

Stunde(n) pro Woche

1.25. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ihre Nachbarschaft/Ihr Dorf hat sehr starken Verkehr	☐	☐	☐	☐	☐
In Ihrer Nachbarschaft/Ihrem Dorf gibt es viel Lärm	☐	☐	☐	☐	☐
Gewalt ist ein Problem in Ihrer Nachbarschaft/Ihrem Dorf	☐	☐	☐	☐	☐
In Ihrer Nachbarschaft/Ihrem Dorf gibt es eine große Auswahl an Obst- und Gemüseläden	☐	☐	☐	☐	☐
Menschen unterschiedlicher Herkunft und Kultur vermischen sich gut in Ihrer Nachbarschaft/Ihrem Dorf	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist sicher, nachts in Ihrer Nachbarschaft/Ihrem Dorf spazieren zu gehen	☐	☐	☐	☐	☐
Sie können Entscheidungen beeinflussen, die Ihre Nachbarschaft/Ihr Dorf betreffen	☐	☐	☐	☐	☐

1.26. In den **letzten 12 Monaten**, auf einer Skala von 0 bis 10, wie sehr haben Sie folgende Geräusche gestört, wenn Sie zu Hause waren?

Von 0 = "überhaupt nicht gestört" bis 10 = "extrem gestört"

	Während des Tages											Während der Nacht , während Ihrer üblichen Schlafenszeiten										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Straßenverkehr (Autos, Busse, Lastwagen, Motorräder usw.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Flugzeugverkehr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zug- oder Straßenbahnverkehr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bauarbeiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Industrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere Lärmquelle Bitte spezifizieren Sie:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.27. Wie viele Nächte **pro Monat** wachen Sie typischerweise aufgrund von Lärm auf?

Geben Sie 0 an, falls sie nachts nie von Lärm aufwachen.

Nächte

1.28. Inwieweit fühlen Sie sich durch die folgenden Umweltfaktoren an Ihrem Wohnort belastet oder nicht belastet?

	Überhaupt nicht belastet	Leicht belastet	Mäßig belastet	Stark belastet	Sehr stark belastet
Schlechter Geruch von Industrien oder anderen Quellen (Kanalisation, Abfall, Gülle)	☐	☐	☐	☐	☐
Feinpartikel oder Staub aus der Industrie	☐	☐	☐	☐	☐
Feinpartikel oder Staub von einer Baustelle	☐	☐	☐	☐	☐
Feinpartikel oder Gerüche aus dem Schornstein eines Nachbarn	☐	☐	☐	☐	☐
Abgase aus dem Straßenverkehr	☐	☐	☐	☐	☐
Pestizide aus intensiver Landwirtschaft oder Weinbau	☐	☐	☐	☐	☐

1.29. Wie würden Sie Ihr Risiko für gesundheitliche Probleme während Hitzewellen einschätzen?

- ☐ Sehr niedrig
- ☐ Niedrig
- ☐ Mäßig
- ☐ Hoch
- ☐ Sehr hoch

1.30. Haben Sie Schimmel in Ihrem Zuhause?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja, wo befindet er sich? (Mehrere Antworten möglich)

- ☐ Keller
- ☐ Badezimmer (an der Wand, nicht nur an den Fugen)
- ☐ Küche
- ☐ Schlafzimmer
- ☐ Wohnzimmer
- ☐ Sonstige, bitte spezifizieren: _____

1.31. Haben Sie Symptome in Ihrem Zuhause erlebt, die Sie in anderen Gebäuden nicht verspüren?

Zum Beispiel Kopfschmerzen, verstopfte oder laufende Nase, trockene oder juckende Haut, trockene oder gereizte Augen oder Hals, Husten oder Keuchen, Hautausschläge, Müdigkeit und Schwierigkeiten beim Konzentrieren

- ☐ Ja
- ☐ Nein

2. GESUNDHEITZUSTAND

Das folgende Kapitel betrifft Ihren Gesundheitszustand.

2.01. Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand?

- ☐ Sehr gut
- ☐ Gut
- ☐ Weder gut noch schlecht
- ☐ Schlecht
- ☐ Sehr schlecht

2.02. Haben Sie eine oder mehrere **lang andauernde** Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?

Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.

- ☐ Ja
- ☐ Nein

2.03. Sind Sie durch gesundheitliche Probleme bei Tätigkeiten eingeschränkt, die andere Personen normalerweise problemlos durchführen können?

- ☐ Stark eingeschränkt
 - ☐ Eingeschränkt, aber nicht stark
 - ☐ Überhaupt nicht eingeschränkt
- **Gehen Sie zur Frage 2.05**

2.04. Waren Sie in den gesamten zurückliegenden 6 Monaten in Ihren Tätigkeiten gesundheitsbedingt eingeschränkt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

2.05. In den letzten zwei Wochen...

	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
War ich froh und guter Laune	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
War mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Krankheiten und chronische Erkrankungen

2.06. Wie würden Sie den Zustand Ihrer Zähne und Ihres Zahnfleischs beschreiben?

- ☐ Sehr gut
- ☐ Gut
- ☐ Mittelmäßig (weder gut noch schlecht)
- ☐ Schlecht
- ☐ Sehr schlecht

2.07. Hatten Sie in den **letzten 12 Monaten** eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?

Asthma (einschließlich allergischen Asthmas)	☐ Ja	☐ Nein
Chronische Bronchitis, Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder Lungenemphysem	☐ Ja	☐ Nein
Herzinfarkt (Herzanfall) oder chronische Beschwerden nach einem Herzinfarkt	☐ Ja	☐ Nein
Koronare Herzerkrankung oder Angina pectoris	☐ Ja	☐ Nein
Bluthochdruck	☐ Ja	☐ Nein
Schlaganfall (Gehirnblutung, Hirnthrombose) oder chronische Beschwerden nach einem Schlaganfall	☐ Ja	☐ Nein
Arthrose (Arthritis ausgenommen)	☐ Ja	☐ Nein
Gesundheitsproblem im unteren Rückenbereich oder ein anderes chronisches Rückenleiden	☐ Ja	☐ Nein
Gesundheitsproblem an der Halswirbelsäule oder eine andere chronische Schädigung in diesem Bereich	☐ Ja	☐ Nein
Diabetes	☐ Ja	☐ Nein
Allergien (außer allergischem Asthma) <i>Beispiele: allergische Rhinitis, Heuschnupfen, allergische Konjunktivitis, Hautallergie, Nahrungsmittelallergie</i>	☐ Ja	☐ Nein
Harninkontinenz, Störung der Blasenkontrolle	☐ Ja	☐ Nein
Nierenprobleme	☐ Ja	☐ Nein
Depression	☐ Ja	☐ Nein
Hohe Cholesterin- oder Blutfettwerte	☐ Ja	☐ Nein
Krebs <i>Berücksichtigen Sie neu diagnostizierte Fälle, ob Sie eine Krebsbehandlung erhalten haben (wie Operation, Strahlentherapie, Chemotherapie, Immuntherapie...) oder ob Sie Untersuchungen zur Krebsüberwachung durchgeführt haben</i>	☐ Ja	☐ Nein

Unfälle und Verletzungen

- 2.08. Hatten Sie während der **letzten 12 Monate** einen der folgenden Unfälle, der zu einer Verletzung führte?

Berücksichtigen Sie auch Verletzungen, die durch Vergiftungen oder durch Tiere oder Insekten hervorgerufen wurden. Verletzungen durch vorsätzliche Handlungen von Drittpersonen (Aggressionen) sind ausgenommen.

Verkehrsunfall	☐ Ja ☐ Nein
Haushaltsunfall	☐ Ja ☐ Nein
Freizeitunfall (Haushaltsunfälle ausgenommen)	☐ Ja ☐ Nein
Arbeitsunfall	☐ Ja ☐ Nein

Abwesenheit vom Arbeitsplatz (aufgrund von Gesundheitsproblemen)

- 2.09. Haben Sie während der **letzten 12 Monate** aufgrund von Gesundheitsproblemen an Ihrem Arbeitsplatz gefehlt?

Berücksichtigen Sie bitte alle Arten von Krankheiten, Verletzungen oder anderen Gesundheitsproblemen, die Sie hatten und die zu einer Abwesenheit vom Arbeitsplatz geführt haben.

Ausgenommen: Mutterschaftsurlaub, Elternzeit, unbezahlter Urlaub, usw.

- ☐ Ja
- ☐ Nein → Gehen Sie zur Frage 2.11
- ☐ Ich arbeite nicht → Gehen Sie zur Frage 2.12

- 2.10. An wie vielen Tagen konnten Sie während der **letzten 12 Monate**, aufgrund von Gesundheitsproblemen, nicht Ihrer Arbeit nachgehen?

 Tag(e)

- 2.11. Sind Sie während der **letzten 12 Monate** zur Arbeit gegangen, obwohl Sie krank waren?

- ☐ Ja
- Falls ja, an wie vielen Tagen während der letzten 12 Monate? Tag(e)
- ☐ Nein

Funktionelle Einschränkungen

Der nächste Fragenkomplex betrifft Ihre allgemeine körperliche und geistige Gesundheit. Diese Fragen beziehen sich auf Ihre Fähigkeiten, verschiedene Grundaktivitäten durchzuführen. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden gesundheitliche Probleme außer Acht.

2.12. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin blind oder ich kann überhaupt nicht sehen

→ Gehen Sie zur Frage 2.14

2.13. Haben Sie Schwierigkeiten zu sehen?

Sogar wenn Sie Ihre Brille oder Kontaktlinsen tragen, falls zutreffend.

- ☐ Keine Schwierigkeiten
- ☐ Einige Schwierigkeiten
- ☐ Große Schwierigkeiten
- ☐ Es ist mir nicht möglich / Ich bin dazu nicht in der Lage

2.14. Tragen Sie ein Hörgerät?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin völlig taub

→ Gehen Sie zur Frage 2.16

2.15. Haben Sie Schwierigkeiten das Gesagte bei einem Gespräch mit einer einzelnen Person zu verstehen....

Sogar wenn Sie Ihr Hörgerät tragen, falls zutreffend.

	Keine Schwierigkeiten	Einige Schwierigkeiten	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich / Ich bin dazu nicht in der Lage
...in einem ruhigen Raum?	☐	☐	☐	☐
...in einem lauteren Raum?	☐	☐	☐	☐

2.16. Haben Sie Schwierigkeiten ...

	Keine Schwierigkeiten	Einige Schwierigkeiten	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich / Ich bin dazu nicht in der Lage
... einen halben Kilometer (500m) auf ebener Strecke ohne Hilfe zu gehen? <i>(Dies entspricht der Länge von 5 Fußballfeldern)</i>	☐	☐	☐	☐
...12 Treppenstufen hinauf oder hinab zu gehen? <i>(das wäre dann eine Treppe)</i>	☐	☐	☐	☐
... sich zu erinnern oder zu konzentrieren?	☐	☐	☐	☐
... in Ihrer gewohnten Sprache zu kommunizieren <i>(Einschließlich Verstehen oder Verstanden werden, ausgenommen Schwierigkeiten beim Verstehen oder Verstanden werden aufgrund einer nicht-muttersprachlichen oder unbekannten Sprache)</i>	☐	☐	☐	☐
... beim Beißen und Kauen fester Nahrungsmittel, wie zum Beispiel eines knackigen Apfels?	☐	☐	☐	☐

Persönliche Pflege

Jetzt geht es um Ihre alltägliche, persönliche Pflege. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

2.17. Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, eine dieser Tätigkeiten ohne Hilfe durchzuführen?

	Keine Schwierigkeiten	Einige Schwierigkeiten	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich / Ich bin dazu nicht in der Lage
Essen oder Trinken	☐	☐	☐	☐
Sich von einem Bett oder Sessel erheben oder sich darauf niederlassen	☐	☐	☐	☐
Sich an- und ausziehen	☐	☐	☐	☐
Die Toilette benutzen	☐	☐	☐	☐
Baden oder duschen	☐	☐	☐	☐



Falls Sie ALLE Fragen mit KEINE SCHWIERIGKEITEN beantwortet haben, gehen Sie zur Frage 2.20 (Häusliche Tätigkeiten)

Denken Sie nun an alle Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege bei denen Sie Schwierigkeiten haben, sie ohne Hilfe auszuführen.

2.18. Werden Sie in der Regel bei einer oder mehrerer dieser Tätigkeiten unterstützt?

- ☐ Ja, bei mindestens einer Tätigkeit
- ☐ Nein

2.19. Würden Sie mehr Hilfe benötigen oder überhaupt Hilfe benötigen, falls Sie noch keine Hilfe haben?

- ☐ Ja, bei mindestens einer Tätigkeit
- ☐ Nein

Häusliche Tätigkeiten

Jetzt geht es um häusliche Tätigkeiten. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

2.20. Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, eine dieser Tätigkeiten ohne Hilfe durchzuführen?

	Habe es nie versucht / muss es nicht tun	Keine Schwierigkeiten	Einige Schwierigkeiten	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich / Ich bin dazu nicht in der Lage
Mahlzeiten zubereiten	☐	☐	☐	☐	☐
Telefonieren	☐	☐	☐	☐	☐
Einkaufen	☐	☐	☐	☐	☐
Umgang mit der Medikamenteneinnahme	☐	☐	☐	☐	☐
Leichte Hausarbeit (das Bett machen, Geschirr spülen...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gelegentliche schwere Hausarbeiten (Fenster putzen, schwere Einkäufe tragen...)	☐	☐	☐	☐	☐
Erledigung finanzieller und alltäglicher administrativer Angelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐

Falls Sie ALLE Fragen mit KEINE SCHWIERIGKEITEN oder HABE ES NIE VERSUCHT / MUSS ES NICHT TUN beantwortet haben, gehen Sie zur Frage 2.23 (Hindernisse in Bezug auf die Beteiligung an bestimmten Lebensbereichen)

Denken Sie an alle täglichen Haushaltstätigkeiten, bei denen Sie Schwierigkeiten haben, sie ohne Hilfe durchzuführen.

2.21. Werden Sie in der Regel bei einer oder mehrerer dieser Tätigkeiten unterstützt?

- ☐ Ja, bei mindestens einer Tätigkeit
- ☐ Nein

2.22. Würden Sie mehr Hilfe benötigen oder überhaupt Hilfe benötigen, falls Sie noch keine Hilfe haben?

- ☐ Ja, bei mindestens einer Tätigkeit
- ☐ Nein

Hindernisse in Bezug auf die Beteiligung an bestimmten Lebensbereichen

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Teilnahmebeschränkungen aufgrund eines seit langem bestehenden Gesundheitsproblems (d. h. körperlicher oder geistiger Gesundheitszustand, Krankheit oder Erkrankung seit mindestens 6 Monaten)

2.23. Haben Sie aufgrund eines seit langem bestehenden Gesundheitsproblems normalerweise Schwierigkeiten...

	Kein Interesse/Ich möchte das nicht tun	Keine Schwierigkeiten	Einige Schwierigkeiten	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage
... beim verlassen der Wohnung (die auf die Straße hinausgeht)	☐	☐	☐	☐	☐
...bei der Benutzung verschiedener Verkehrsmittel (z. B. Auto, Bus, Bahn, Reisebus, Taxi)	☐	☐	☐	☐	☐
... beim Zugang zu den Gebäuden, die Sie nutzen wollen oder müssen, einschließlich der Fortbewegung im Gebäude und der Nutzung der Inneneinrichtungen	☐	☐	☐	☐	☐
... bei der Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten, z. B. Treffen mit Familie oder Freunden, Abendessen, Teilnahme an gesellschaftlichen Veranstaltungen (allein oder in Begleitung)	☐	☐	☐	☐	☐
... bei der Nutzung des Internets	☐	☐	☐	☐	☐

Schmerzen

Die nächsten Fragen betreffen körperliche Schmerzen, die Sie während der letzten 4 Wochen hatten.

2.24. Wie stark waren Ihre körperlichen Schmerzen in **den letzten 4 Wochen**?

- ☐ Keine
- ☐ Sehr leicht
- ☐ Leicht
- ☐ Mäßig
- ☐ Stark
- ☐ Sehr stark

2.25. Inwiefern hat Schmerz während **der letzten 4 Wochen** Ihre normale Arbeit beeinträchtigt (betreffend sowohl die Arbeit innerhalb als auch außerhalb des Hauses)?

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Leicht
- ☐ Mäßig
- ☐ Ziemlich stark
- ☐ Äußerst stark

Psychische Gesundheit

In den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie sich gefühlt haben und wie es Ihnen in den letzten 2 Wochen ergangen ist.

Geben Sie bitte für jede Aussage die Antwort an, die Ihren Gemütszustand am besten beschreibt.

2.26. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf **der letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	☐	☐	☐	☐
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐	☐	☐	☐
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐	☐	☐	☐
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	☐	☐	☐	☐
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch Anderen hätte auffallen können? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☐	☐	☐	☐

2.27. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

☐ Ja, innerhalb der letzten 12 Monate

☐ Ja, vor mehr als 12 Monaten

☐ Nein



Gehen Sie zur Frage 3.01

2.28. Falls Sie jemals einen Suizidversuch unternommen haben, waren Sie deswegen schon einmal in einem Krankenhaus (mit oder ohne stationären Aufenthalt)?

☐ Ja



Gehen Sie zur Frage 3.01

☐ Nein

2.29. Haben Sie einen Gesundheitsfachmann wegen dieses Problems konsultiert?

☐ Ja

☐ Nein

3. GESUNDHEITSVERSORGUNG

Krankenhausaufenthalt und Tagespflege

Das nächste Kapitel betrifft die Dauer der Aufenthalte im Krankenhaus. Alle Arten von Krankenhäusern oder Kliniken sollen berücksichtigt werden.

Falls Sie **entbunden haben**, sollte die im Krankenhaus verbrachte Zeit für die Geburt Ihres Kindes nicht mitgerechnet werden.

- 3.01. Haben Sie sich in den **letzten 12 Monaten** als stationärer Patient für die Dauer einer Nacht oder länger in einem Krankenhaus aufgehalten?

Besuche in Notaufnahmen oder ambulante Behandlungen dürfen nicht miteinbezogen werden (wenn Sie zum Beispiel nur für eine medizinische Beratung ins Krankenhaus gehen).

☐ Ja

Wenn ja, für wie viele Nächte in den **vergangenen 12 Monaten**?

Nächte

☐ Nein

- 3.02. Wurden Sie während der **letzten 12 Monate** als Tagespatient(in) in ein Krankenhaus aufgenommen? Damit gemeint sind Aufnahmen in ein Krankenhaus für Untersuchungen, Behandlungen oder andere medizinische Maßnahmen ohne Übernachtung.

☐ Ja

Wenn ja wie oft in den **letzten 12 Monaten**?

Mal

☐ Nein

Inanspruchnahme ambulanter und häuslicher Versorgung

- 3.03. Wann haben Sie **zuletzt** einen Zahnarzt oder Kieferorthopäden aufgesucht, um sich persönlich einer Behandlung zu unterziehen?

Dies gilt nicht für die Begleitung eines Kindes, des/der Ehegattens/in, usw.

☐ Vor weniger als 6 Monaten

☐ Vor mehr als 6 Monaten, aber weniger als 12 Monaten

☐ Vor mehr als 12 Monaten

☐ Noch nie

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Arztbesuche beim **Allgemeinmediziner** oder bei Ihrem **Hausarzt**. Bitte berücksichtigen Sie Besuche in der Praxis, Hausbesuche und ärztliche Telefonberatung.

3.04. Wann haben Sie **das letzte Mal**, zwecks persönlicher Behandlung, einen Allgemeinmediziner oder Ihren Hausarzt konsultiert?

- ☐ Vor weniger als 12 Monaten
- ☐ Vor mehr als 12 Monaten
- ☐ Noch nie

3.05. Wie oft haben Sie innerhalb **der letzten 4 Wochen**, zwecks persönlicher Behandlung, einen Allgemeinmediziner oder Ihren Hausarzt aufgesucht?

Mal

☐ Nie

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Konsultationen bei **einem Facharzt** oder **Chirurgen**. Berücksichtigen Sie auch Krankenhausbesuche als ambulanter Patient oder in der Notaufnahme, nicht aber Kontakte zu Ärzten, die Sie als stationärer Patient oder Tagespatient hatten.

Berücksichtigen: Kieferchirurg, Stomatologe, Betriebsarzt.

Nicht berücksichtigen: Zahnarzt oder Kieferorthopäde.

3.06. Wann haben Sie **zuletzt** einen Facharzt zwecks persönlicher Behandlung aufgesucht?

- ☐ Vor weniger als 12 Monaten
- ☐ Vor 12 Monaten oder länger
- ☐ Noch nie

3.07. Wie oft haben Sie innerhalb **der letzten 4 Wochen**, zwecks persönlicher Behandlung, einen Facharzt aufgesucht?

Mal

☐ Nie

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den **Zeitpunkt an dem Sie zuletzt eine Beratung bei einem Arzt hatten** (egal welcher Arzt: Allgemeinmediziner oder Facharzt)

3.08. Hat sich der Arzt bei Ihrem **letzten Arztbesuch** genug Zeit genommen?

- ☐ Ja, auf jeden Fall
- ☐ Ja, in einem gewissen Maße
- ☐ Nein, nicht wirklich
- ☐ Nein, auf keinen Fall
- ☐ Bin nicht sicher

3.09. Hat der Arzt Ihnen bei Ihrem **letzten Arztbesuch** die Dinge auf verständliche Art und Weise erklärt?

- ☐ Ja, auf jeden Fall
- ☐ Ja, in einem gewissen Maße
- ☐ Nein, nicht wirklich
- ☐ Nein, auf keinen Fall
- ☐ Bin nicht sicher

3.10. Hat der Arzt Ihnen bei Ihrem **letzten Arztbesuch** die Gelegenheit gegeben, zu der empfohlenen Behandlung Fragen zu stellen oder Bedenken zu äußern?

- ☐ Ja, auf jeden Fall
- ☐ Ja, in einem gewissen Maße
- ☐ Nein, nicht wirklich
- ☐ Nein, auf keinen Fall
- ☐ Bin nicht sicher

3.11. Hat der Arzt Sie bei Ihrem **letzten Arztbesuch** an Entscheidungen über Ihre Pflege und Behandlung einbezogen, so wie Sie es sich gewünscht hätten?

- ☐ Ja, auf jeden Fall
- ☐ Ja, in einem gewissen Maße
- ☐ Nein, nicht wirklich
- ☐ Nein, auf keinen Fall
- ☐ Nein, ich wollte nicht einbezogen werden
- ☐ Nein, es wurden keine Entscheidungen betreffend einer Behandlung getroffen
- ☐ Bin nicht sicher

3.12. Haben Sie während der **letzten 12 Monate** einen der folgenden Therapeuten zwecks persönlicher Behandlung besucht?

Physiotherapeut, Kinesitherapeut, Chiropraktiker oder Osteopath	☐ Ja ☐ Nein
---	---

Logopäde	☐ Ja ☐ Nein
----------	---

Psychologe, Psychotherapeut oder Psychiater	☐ Ja ☐ Nein
---	---

Die nächste Frage bezieht sich auf **informelle Pflege oder Unterstützung**.

- 3.13. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** mindestens einmal pro Woche unentgeltliche Pflege oder Unterstützung von einem Familienmitglied, Partner, Freund oder Nachbarn aufgrund eines langanhaltenden Gesundheitsproblems oder Alters erhalten?

Bitte berücksichtigen Sie jede Hilfe oder Unterstützung bei der persönlichen Pflege und bei Haushaltsaktivitäten sowie Gesellschaft und emotionale Unterstützung.

- ☐ Ja, in erster Linie durch einen Familienangehörigen
☐ Ja, in erster Linie durch einen Nicht- Familienangehörigen
☐ Nein

Die nächste Frage betrifft häusliche Pflegedienste, die eine breite Palette von Gesundheits- und Sozialdiensten abdecken, die Menschen mit gesundheitlichen Problemen zu Hause angeboten werden. Diese Dienste umfassen zum Beispiel: häusliche Pflege durch eine Krankenschwester oder Hebamme, Hilfe im Haushalt oder für ältere Menschen, Mahlzeitendienste oder Transportdienste.

Nur von professionellen Gesundheits- oder Sozialarbeitern erbrachte Dienste sollten berücksichtigt werden.

- 3.14. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** mindestens einmal pro Woche für sich selbst häusliche Pflegedienste in Anspruch genommen, die von professionellen Gesundheits- oder Pflegekräften geleistet wurden?

- ☐ Ja
☐ Nein ➔ **Gehen Sie zur Frage 3.16 (Einnahme von Medikamenten)**

- 3.15. Wie viele Stunden pro Woche erhalten Sie Pflege oder Unterstützung von einer professionellen Gesundheits- oder Pflegekraft?

- ☐ Weniger als 5 Stunden pro Woche
☐ 5 Stunden bis weniger als 10 Stunden pro Woche
☐ 10 Stunden bis weniger als 20 Stunden pro Woche
☐ 20 Stunden bis weniger als 30 Stunden pro Woche
☐ 30 Stunden bis weniger als 40 Stunden pro Woche
☐ 40 Stunden pro Woche oder mehr

Einnahme von Medikamenten

- 3.16. Haben Sie in **den letzten 2 Wochen** irgendwelche Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?

Schließen Sie bitte die Verhütungspille/Antibabypille oder Verhütungshormone aus.

- ☐ Ja
☐ Nein

- 3.17. Haben Sie in **den letzten 2 Wochen** Medikamente, pflanzliche Heilmittel oder Vitamine eingenommen, die Ihnen **nicht** von einem Arzt verschrieben wurden?

Schließen Sie bitte die Verhütungspille/Antibabypille oder Verhütungshormone aus.

- ☐ Ja
☐ Nein

Präventionsleistungen

- 3.18. Wann wurden Sie **zuletzt** gegen die Grippe geimpft?

		/				
--	--	---	--	--	--	--

Monat Jahr

- ☐ Es ist zu lange her (Keine Impfung im vergangenen Jahr)
☐ Nie

- 3.19. Wann wurde **zuletzt** durch qualifiziertes Gesundheitspersonal folgendes gemessen...

	Innerhalb der letzten 12 Monate	Vor 1 bis weniger als 3 Jahren	Vor 3 bis weniger als 5 Jahren	Vor über 5 Jahren	Noch nie
...Ihr Blutdruck?	☐	☐	☐	☐	☐
...Ihr Cholesterin?	☐	☐	☐	☐	☐
...Ihr Blutzucker?	☐	☐	☐	☐	☐

3.20. Wann wurde **zuletzt** eine Stuhluntersuchung auf okkultes Blut (nicht sichtbares Blut) bei Ihnen durchgeführt?

Ziel dieses Tests ist der Nachweis eines geringen Blutverlustes im Magen-Darm-Trakt, irgendwo zwischen Mund und Dickdarm.

- ☐ Innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Vor 1 bis weniger als 2 Jahren
- ☐ Vor 2 bis weniger als 3 Jahren
- ☐ Vor über 3 Jahren
- ☐ Noch nie

3.21. Wann wurde **zuletzt** eine Darmspiegelung (Koloskopie) bei Ihnen durchgeführt?

Es handelt sich hierbei um ein bildgebendes Verfahren zur Untersuchung des Dickdarms (mit Hilfe eines Koloskops), vom Rectum bis zum Caecum.

- ☐ Innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Vor 1 bis weniger als 5 Jahren
- ☐ Vor 5 bis weniger als 10 Jahren
- ☐ Vor über 10 Jahren
- ☐ Noch nie

Die nächste Frage betrifft die Gesundheit von **Frauen**



3.22. Wann hatten Sie **zuletzt** ...

	Innerhalb der letzten 12 Monate	Vor 1 bis weniger als 2 Jahren	Vor 2 bis weniger als 3 Jahren	Vor mehr als 3 Jahren	Noch nie
... eine Mammographie (Röntgenaufnahme der Brust) ?	☐	☐	☐	☐	☐
... einen Gebärmutterhalsabstrich?	☐	☐	☐	☐	☐

Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen

Es gibt viele Gründe warum Menschen nur verzögert oder gar keine medizinische Betreuung erhalten. Mit den folgenden Fragen möchten wir herausfinden, ob Sie mit solchen Problemen während der letzten 12 Monate konfrontiert waren.

3.23. Konnten Sie in den **letzten 12 Monaten** Gesundheitsleistungen nur verspätet erhalten, weil...

	Ja	Nein	Kein Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen
Die Zeit um einen Termin zu bekommen sehr lange war	☐	☐	☐
Die Entfernung oder der Transport problematisch waren	☐	☐	☐

3.24. Kam es in den **letzten 12 Monaten** vor, dass Sie eine der folgenden Untersuchungen oder Behandlungen benötigt hätten, sich diese aber nicht leisten konnten?

	Ja	Nein	Kein Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen
Medizinische Untersuchung oder Behandlung	☐	☐	☐
Zahnärztliche Untersuchung oder Behandlung	☐	☐	☐
Ärztlich verschriebene Medikamente	☐	☐	☐

3.25. Haben Sie in **den letzten 12 Monaten** jemals eine Beratung oder Behandlung im Bereich der psychischen Gesundheit (z. B. durch einen Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater) für sich selbst benötigt?

☐ Ja (wirklich notwendig)

☐ Nein (nicht erforderlich)



Gehen Sie zur Frage 4.01

3.26. Hatten Sie jedes Mal, wenn Sie eine Beratung oder Behandlung im Bereich der psychischen Gesundheit benötigten, eine solche?

☐ Ja (jedes Mal, wenn ich es brauchte)



Gehen Sie zur Frage 4.01

☐ Nein (mindestens ein Mal)

3.27. Was war der Hauptgrund dafür, dass keine Beratung oder Behandlung wegen Ihrer psychischen Gesundheit stattgefunden hat?

☐ Es war nicht erschwinglich (zu teuer oder nicht von der Krankenkasse übernommen)

☐ Warteliste (lange Wartezeiten), kein Überweisungsschein

☐ Ich hatte aus beruflichen Gründen oder wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen keine Zeit

☐ Anreise zu weit/kein Beförderungsmittel verfügbar

☐ Bedenken in Bezug auf Vertraulichkeit und Vertrauen

☐ Angst vor negativen Reaktionen oder Kommentaren von Familienangehörigen, Freunden oder Kollegen

☐ Angst vor der Konsultation oder Behandlung (z. B. Angst vor einem negativen Ergebnis oder Angst vor den Nebenwirkungen von Medikamenten)

☐ Mangelndes Wissen darüber, wo man Hilfe suchen kann

☐ Sonstige Gründe

4. GESUNDHEITSAKTOREN

Körpergewicht und -größe

4.01. Wie groß sind Sie (**ohne Schuhe**)?

 cm

4.02. Wie viel wiegen Sie (**ohne Kleidung und ohne Schuhe**)?

Wenn Sie zurzeit schwanger sind, geben Sie bitte Ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an.

 kg

Körperliche Aktivität / Training

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Zeit, die Sie in einer **typischen Woche** mit verschiedenen Arten von körperlicher Aktivität verbringen.

Für die folgende Frage denken Sie bitte an die Zeit, die Sie mit Ihrer Haupttätigkeit (Arbeit) verbringen

4.03. Was beschreibt am besten die körperlichen Anstrengungen während Ihrer **Haupttätigkeit** (Arbeit, häusliche Tätigkeit oder Studium)?

- ☐ Vorwiegend im Sitzen oder Stehen
- ☐ Vorwiegend Gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten
- ☐ Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten
- ☐ Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus

Die nächsten Fragen **schließen die körperlichen Aktivitäten während Ihrer Haupttätigkeit** (Arbeit, Hausarbeit oder Ausbildung) **aus**, die Sie bereits in Frage 4.03 erwähnt haben.

Jetzt möchten wir Sie fragen, wie Sie normalerweise zu verschiedenen Orten gelangen und von dort zurückkommen. Zum Beispiel: zur Arbeit, zur Schule, zum Einkaufen oder zum Markt.

4.04. Im Laufe einer normalen **Woche**, an wie vielen Tagen **gehen** Sie mindestens 10 Minuten ununterbrochen **zu Fuß**, um sich an verschiedene Orte zu begeben?

 Tag(e)

Falls 0 Tag, Gehen Sie zur Frage 4.06

- 4.05. Wie viel Zeit verbringen Sie an einem typischen **Tag** mit **Gehen**, um zu verschiedenen Orten zu gelangen und von dort zurückzukommen?

Zählen Sie alle Gehzeiten/Spaziergänge zusammen, die mindestens 10 Minuten dauern, ohne dass Sie dabei eine Pause machen

- ☐ 10 - 29 Minuten pro Tag
☐ 30 - 59 Minuten pro Tag
☐ 1 Stunde bis weniger als 2 Stunden pro Tag
☐ 2 Stunden bis weniger als 3 Stunden pro Tag
☐ 3 Stunden oder mehr pro Tag

- 4.06. Im Laufe einer normalen **Woche**, an wie vielen Tagen **fahren** Sie mindestens 10 Minuten ununterbrochen **Fahrrad**, um sich an verschiedene Orte zu begeben?

*Berücksichtigen Sie auch die Verwendung anderer **nicht motorisierter** Verkehrsmittel, wie Tretroller, Rollschuhe, Skateboard, E-Bikes usw.*

Tag(e) $\longrightarrow$ Falls 0 Tag, Gehen Sie zur Frage 4.08

- 4.07. Wie viel Zeit verbringen Sie an einem typischen **Tag** mit **Radfahren**, um zu verschiedenen Orten zu gelangen und von dort zurückzukommen?

Zählen Sie alle Gehzeiten/Spaziergänge zusammen, die mindestens 10 Minuten dauern, ohne dass Sie dabei eine Pause machen

- ☐ 10 - 29 Minuten pro Tag
☐ 30 - 59 Minuten pro Tag
☐ 1 Stunde bis weniger als 2 Stunden pro Tag
☐ 2 Stunden bis weniger als 3 Stunden pro Tag
☐ 3 Stunden oder mehr pro Tag

Die nächsten **Fragen schließen Aktivitäten in Ihrer Haupttätigkeit** (Arbeit, Hausarbeit oder Ausbildung) **sowie den Transport aus, die Sie bereits in Frage 4.03 erwähnt haben aus.**

Jetzt möchten wir Sie fragen, welche Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten Sie ausüben, die mindestens zu einem leichten Anstieg der Atmung oder der Herzfrequenz führen, wie z.B. zügiges Gehen, Ballspiele, Joggen, Radfahren oder Schwimmen usw

- 4.08. Im Laufe einer normalen **Woche**, an wie vielen Tagen betreiben Sie mindestens 10 Minuten am Stück **Sport, Fitness oder Freizeitaktivitäten**?

Tag(e) $\longrightarrow$ Falls 0 Tag, Gehen Sie zur Frage 4.10

- 4.09. Im Laufe einer normalen **Woche**, wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt mit **Sport, Fitness oder Freizeitaktivitäten**?

: pro Woche
Stunde(n) Minute(n)

- 4.10. Im Laufe einer normalen **Woche**, an wie vielen Tagen üben Sie körperliche Aktivitäten aus, die speziell zur Stärkung Ihrer Muskeln gedacht sind, beispielsweise **Widerstands-** oder **Krafttraining**?

Diese Frage umfasst alle körperlichen Aktivitäten, die speziell darauf ausgelegt sind, Ihre Muskeln zu stärken, wie z.B. Widerstandstraining oder Kraftübungen (zum Beispiel Übungen mit Gewichten, elastischen Bändern, dem eigenen Körpergewicht, Kniebeugen (Squats), Liegestützen (Push-ups), Sit-ups usw.).

Beziehen Sie alle derartigen Aktivitäten mit ein, selbst wenn Sie diese zuvor bereits erwähnt haben.

Tag(e)

- 4.11. Wie viel Zeit verbringen Sie üblicherweise im Sitzen und Liegen an einem normalen **Tag**?

*Diese Frage betrifft das Sitzen bei der Arbeit, zu Hause, beim Kommen und Gehen oder mit Freunden, einschließlich der Zeit, die Sie am Schreibtisch, im Sitzen mit Freunden, im Auto, im Bus, im Zug, beim Lesen, beim Karten spielen oder beim Fernsehen an einem typischen Tag verbringen; **die Zeit, die Sie mit Schlafen verbringen, sollte hier jedoch nicht einbezogen werden.***

- ☐ Weniger als 4 Stunden
- ☐ 4 Stunden bis weniger als 6 Stunden
- ☐ 6 Stunden bis weniger als 8 Stunden
- ☐ 8 Stunden bis weniger als 10 Stunden
- ☐ 10 Stunden bis weniger als 12 Stunden
- ☐ 12 Stunden oder mehr

Ernährungsgewohnheiten

4.12. Wie oft essen Sie Früchte (einschließlich gefrorener, getrockneter, eingelegter usw.), ohne frisch gepressten Saft oder Saft aus Konzentrat?

- ☐ Nie
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ 1- bis 3-mal pro Woche
- ☐ 4- bis 6-mal pro Woche
- ☐ Ein- oder mehrmals pro Tag → **Geben Sie die Anzahl der Portionen an**

Portionen / Tag

Eine Portion Obst:



1 APFEL



3 APRIKOSEN



7 ERDBEEREN



1 EIN KLEINER
FRUCHTSALAT



1/2 GRAPEFRUIT



1 FRÜCHTEKOPOTT



1 BANANE

4.13. Wie oft essen Sie Salat oder Gemüse (einschließlich gefrorenem, getrocknetem, eingelegtem usw.), ohne Suppen, Kartoffeln, frisch gepressten Saft oder Saft aus Konzentrat?

- ☐ Nie
☐ Weniger als einmal pro Woche
☐ 1- bis 3-mal pro Woche
☐ 4- bis 6-mal pro Woche
☐ Ein- oder mehrmals pro Tag

→ Geben Sie die Anzahl der Portionen an

Portionen / Tag

Eine Portion Gemüse:



1/3 TELLER
GRÜNER BOHNEN



1/3 TELLER
GARTENBOHNEN



1 TOMATE



1 SCHÜSSEL SALAT

4.14. Wie oft haben Sie ...

	Nie	Weniger als einmal pro Woche	1- bis 3-mal pro Woche	4- bis 6-mal pro Woche	Ein- oder mehrmals pro Tag
... 100% reinen Obst- oder Gemüsesaft getrunken, ausgenommen Saft aus Konzentrat oder gesüßten Saft?	☐	☐	☐	☐	☐
... zuckerhaltige Erfrischungsgetränke, z. B. Limonade oder Cola, getrunken (ausgenommen Light-, Diät- oder künstlich gesüßte Erfrischungsgetränke)	☐	☐	☐	☐	☐
... rotes Fleisch wie Rind-, Kalb-, Schwein- oder Lammfleisch gegessen? (Bitte berücksichtigen Sie Hackfleisch und die Fleischzubereitung)	☐	☐	☐	☐	☐
... verarbeitete Fleischprodukte wie Salami, Würstchen, Hot Dogs gegessen?	☐	☐	☐	☐	☐

Rauchen

Die folgenden Fragen betreffen Ihre Rauchgewohnheiten und die Häufigkeit, mit der Sie Tabakrauch ausgesetzt sind.

4.15. Rauchen Sie irgendwelche Tabakwaren (elektronische Zigaretten oder ähnliche elektronische Geräte sind nicht zu berücksichtigen)?

☐ Ja, täglich

☐ Ja, gelegentlich

☐ Nein, überhaupt nicht



Gehen Sie zur Frage 4.18

4.16. Rauchen Sie **täglich** industriell hergestellte oder selbstgedrehte Zigaretten?

☐ Ja

☐ Nein



Gehen Sie zur Frage 4.19

4.17. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt **täglich**?

Zigarette(n) (Industriell hergestellte oder selbstgedrehte)



Gehen Sie zur Frage 4.19

4.18. Haben Sie irgendwann mindestens ein Jahr lang täglich, oder fast täglich, tabakhaltige Produkte (Zigaretten, Zigarren, Tabakpfeifen, Shishas ...) geraucht?

☐ Ja

☐ Nein



Gehen Sie zur Frage 4.20

4.19. Wie viele Jahre lang haben Sie täglich tabakhaltige Produkte geraucht?

Addieren Sie alle Zeiten an denen Sie täglich geraucht haben. Sollten Sie sich nicht an die exakte Zahl der Jahre erinnern, geben Sie eine Schätzung ab.

Jahr(e)

4.20. Wie oft sind Sie Tabakrauch in **geschlossenen** Räumen ausgesetzt? (zu Hause, bei der Arbeit, an öffentlichen Orten, in Restaurants usw.)?

Nur Rauch, der von anderen Personen herbeigeführt wird, sollte berücksichtigt werden.

☐ Täglich, 1 Stunde pro Tag oder länger

☐ Täglich, weniger als 1 Stunde pro Tag

☐ Mindestens einmal pro Woche (aber nicht täglich)

☐ Weniger als einmal pro Woche

☐ Nie oder fast nie

4.21. Verwenden Sie derzeit erhitzte Tabakprodukte (z.B. Tabaksticks oder Produkte, die lose Tabakblätter verwenden)?

- ☐ Ja, täglich
- ☐ Ja, gelegentlich
- ☐ Nein, aber früher
- ☐ Niemals

4.22. Rauchen Sie zurzeit elektronische Zigaretten oder ähnliche elektronische Vaporisierungsgeräte (z.B. E-Shisha, E-Pipe)?

- ☐ Ja, täglich
- ☐ Ja, gelegentlich
- ☐ Nein, aber früher
- ☐ Niemals

4.23. Rauchen Sie zurzeit Shisha (E-Shisha ausgeschlossen)?

- ☐ Täglich oder fast täglich
- ☐ Mindestens einmal pro Woche
- ☐ Mindestens einmal im Monat
- ☐ Weniger als einmal im Monat
- ☐ Nein, aber früher
- ☐ Niemals

Alkoholkonsum

Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrem Konsum alkoholischer Getränke jeglicher Art, d.h. Bier, Wein, Apfelwein (Cider), Cocktails, Longdrinks, vorgemixte Getränke (Alkohol + Soda), Alkopops, Spirituosen, Schnaps, Liköre, selbstgebrannter Alkohol, usw.

4.24. Haben Sie **im Laufe Ihres Lebens** bereits alkoholische Getränke konsumiert (mehr als einige Schlucke oder Kostproben)?

☐ Ja

☐ Nein, in meinem ganzen Leben noch nicht



Gehen Sie zur Frage 4.33

(Nicht medizinischer Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten)

4.25. Wie alt waren Sie, als Sie **zum ersten Mal** ein alkoholisches Getränk konsumiert haben (mehr als einige Schlucke oder Kostproben)?

Jahre

4.26. Haben Sie...

... jemals daran gedacht, dass Sie weniger alkoholische Getränke konsumieren sollten?

☐ Ja ☐ Nein

... sich schon einmal darüber geärgert, dass Sie von Anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?

☐ Ja ☐ Nein

... sich jemals wegen Ihres Trinkens schlecht oder schuldig gefühlt?

☐ Ja ☐ Nein

... jemals morgens als erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen, oder einen Kater loszuwerden?

☐ Ja ☐ Nein

4.27. Wie oft haben Sie in den **letzten 12 Monaten** irgendwelche alkoholische Getränke getrunken?

☐ Täglich oder fast täglich

☐ 5 - 6 Tage pro Woche

☐ 3 - 4 Tage pro Woche

☐ 1 - 2 Tage pro Woche

☐ 2 - 3 Tage pro Monat

☐ 1 Mal pro Monat

☐ Weniger als 1 Mal pro Monat

☐ Nicht in den letzten 12 Monaten, da ich keinen Alkohol mehr trinke

☐ Nie, oder nur einige Schlucke oder Kostproben in meinem ganzen Leben

4.28. Von **Montag bis Donnerstag**, an wie vielen dieser 4 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?

- ☐ An allen 4 Tagen
- ☐ An 3 der 4 Tage
- ☐ An 2 der 4 Tage
- ☐ An 1 der 4 Tage
- ☐ An keinem der 4 Tage



4.29. Von **Montag bis Donnerstag**, wie viele alkoholische Getränke (siehe Abbildung oben) trinken Sie im Durchschnitt an einem der Tage, an denen Sie Alkohol trinken?

- ☐ 16 oder mehr Getränke pro Tag
- ☐ 10 -15 Getränke pro Tag
- ☐ 6 - 9 Getränke pro Tag
- ☐ 4 - 5 Getränke pro Tag
- ☐ 3 Getränke pro Tag
- ☐ 2 Getränke pro Tag
- ☐ 1 Getränk pro Tag
- ☐ 0 Getränke pro Tag

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

- ☐ An allen 3 Tagen
- ☐ An 2 der 3 Tage
- ☐ An 1 der 3 Tage
- ☐ An keinem der 3 Tage

4.31. Von **Freitag bis Sonntag**, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem der Tage, an denen Sie Alkohol trinken?

- ☐ 16 oder mehr Getränke pro Tag
- ☐ 10 - 15 Getränke pro Tag
- ☐ 6 - 9 Getränke pro Tag
- ☐ 4 - 5 Getränke pro Tag
- ☐ 3 Getränke pro Tag
- ☐ 2 Getränke pro Tag
- ☐ 1 Getränk pro Tag
- ☐ 0 Getränke pro Tag

4.32. Während der **letzten 12 Monate**, wie oft haben Sie mindestens 5 alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken?

Das heißt während einer Party, eines Essens, eines Abends mit Freunden, usw.

- ☐ Täglich oder fast täglich
- ☐ 5 - 6 Tage pro Woche
- ☐ 3 - 4 Tage pro Woche
- ☐ 1 - 2 Tage pro Woche
- ☐ 2 - 3 Tage pro Monat
- ☐ 1 Mal pro Monat
- ☐ Weniger als 1 Mal pro Monat
- ☐ Nicht in den letzten 12 Monaten
- ☐ Nie in meinem Leben

Nicht medizinischer Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Arzneimittel/verschreibungspflichtige Medikamente, die ausschließlich in Apotheken auf ärztliche Verschreibung abgegeben werden. Ein nicht medizinischer Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten bezieht sich auf:

- den Gebrauch, der ohne persönliche ärztliche Verschreibung erfolgt (z. B. durch einen Freund, ein Familienmitglied oder eine andere Person);
- den Gebrauch mit einer persönlichen ärztlichen Verschreibung, für den es aber nicht unbedingt oder nicht mehr eine medizinische Indikation gibt, die den Gebrauch rechtfertigt;
- die Verwendung, die nicht der ärztlichen Verschreibung entspricht (z. B. in größeren Dosen, über einen längeren Zeitraum oder für andere Zwecke als vorgeschrieben).

Die folgenden Fragen betreffen den nicht-medizinischen Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten mit psychoaktiven Wirkungen (wie Benzodiazepine, Opioide, Psychostimulanzien, Antiepileptika oder Medizinisches Cannabis). Verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne psychoaktive Wirkungen (z. B. Diabetes- oder Cholesterinmedikamente) sind nicht zu berücksichtigen.

4.33. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten**, eines der folgenden verschreibungspflichtigen Medikamente nicht-medizinisch verwendet?

☐ Ja

☐ Nein



Gehen Sie zur Frage 4.36 (Legale/illegale Substanzen)

Falls ja, bitte geben Sie aus der folgenden Liste an, welche rezeptpflichtigen Medikamente Sie in den letzten 12 Monaten für nicht medizinische Zwecke verwendet haben. Kreuzen Sie alle an, die zutreffen.

Verschreibungspflichtige Medikamente	Benutzt während letzten 12 Monate
Benzodiazepine und verwandte Arzneimittel: werden zur Behandlung von Schlafstörungen und zur Behandlung von Angstzuständen eingesetzt. Beispiele: - Anxiolytika z.B.: Diazepam (Valium®), Lorazepam (Temesta®), Bromazepam (Lexotan®), Alprazolam (Xanax®), Clorazepat (Tranxene®), Clonazepam (Rivotril®), Nordazepam (Calmday®), Oxazepam (Oxazepam EG®), ... - Hypnotika und Sedativa, z. B.: Zopiclon (Imovane®), Zolpidem (Stilnoct®), Lormetazepam (Loramet®), ...	☐
Opioide: starke Schmerzmittel. Beispiele: - Oxycodon (Oxycontin®, OxyNorm®), Oxycodon/Naloxon (Targinact®), Fentanyl (Matrifen®, Durogesic®), ... - Tramadol (Tradonal®, Tramal®), tramadol/paracetamol (Zaldiar®), ... - Codein/paracetamol (Algisedal®, Dafalgan codeine®), codein/ibuprofen (Brufen codeine®), ... - Buprenorphin (Subutex®), methadone (Mephenon®), ...	☐
Opioide: zur Linderung von Husten. Beispiele: - Codeinhaltige Hustensäfte (Bronchosedal codeine®, Neo-codion®, Toularinx codeine®), ... - Codeinhaltige Hustentabletten (Neo-codion®), ...	☐
Psychostimulanzien: werden z. B. bei Aufmerksamkeitsstörungen, zur Gewichtsabnahme oder zum Wachbleiben eingesetzt. Beispiele: - Methylphenidat (Concerta®, Rilatine®, Medikinet®), ...	☐
Antiepileptika: werden zur Vorbeugung oder Behandlung von Anfällen oder Krämpfen eingesetzt, indem sie abnormale elektrische Aktivitäten im Gehirn kontrollieren (z. B. im Zusammenhang mit Epilepsie). Beispiel: - Pregabalin (Lyrica®), ...	☐
Medizinisches Cannabis: wird z. B. zur Linderung chronischer starker Schmerzen aufgrund von Krebs oder Multipler Sklerose verwendet. Beispiele: - Orale Lösung/Flüssigkeit und/oder Mundspray mit CBD oder CBD + THC (Sativex®, Epidyolex®)	☐

4.34. Warum haben Sie die oben genannten verschreibungspflichtigen Arzneimittel für nichtmedizinische Zwecke verwendet?

Mehrere Antworten möglich: Zutreffendes ankreuzen

- ☐ Zur Linderung von Schmerzen/Entzündungen/Husten
- ☐ Zur Verbesserung des Schlafs
- ☐ Zur Bewältigung von Depressionen oder Angstzuständen
- ☐ Zur Stressbewältigung
- ☐ Zur Bewältigung von Entzugerscheinungen und/oder Verlangensgefühlen
- ☐ Um die Wirkung anderer Substanzen zu behandeln oder auszugleichen
- ☐ Um die Wirkung eines verschriebenen Medikamentes zu verstärken (durch Einnahme einer höheren als der empfohlenen Dosis), weil die vom Arzt verordnete Dosis nicht angemessen/ausreichend erscheint
- ☐ Um den Geistes- oder Bewusstseinszustand zu verändern/um high zu werden
- ☐ Um zu experimentieren
- ☐ Um den Alltag zu bewältigen
- ☐ Um die Produktivität bei der Arbeit und/oder im Studium zu steigern
- ☐ Um die soziale Interaktion zu erleichtern
- ☐ Sonstiges (bitte angeben): _____

4.35. Haben Sie in den **letzten 30 Tagen**, eines der folgenden verschreibungspflichtigen Medikamente für nichtmedizinische Zwecke eingenommen?

☐ Ja

☐ Nein



Gehen Sie zur Frage 4.36 (Legale/illegale Substanzen)

Falls ja, geben Sie bitte in der nachstehenden Liste an, welche verschreibungspflichtigen Arzneimittel und an wie vielen Tagen Sie diese in den letzten 30 Tagen eingenommen haben. Kreuzen Sie alles an, was zutrifft.

Verschreibungspflichtige Medikamente	1-3 Tage	4-9 Tage	10-19 Tage	20 Tage oder mehr
Benzodiazepine und verwandte Arzneimittel: werden zur Behandlung von Schlafstörungen und zur Behandlung von Angstzuständen eingesetzt. Beispiele:				
- Anxiolytika z.B.: Diazepam (Valium®), Lorazepam (Temesta®), Bromazepam (Lexotan®), Alprazolam (Xanax®), Clorazepat (Tranxene®), Clonazepam (Rivotril®), Nordazepam (Calmday®), Oxazepam (Oxazepam EG®), ...	☐	☐	☐	☐
- Hypnotika und Sedativa, z. B.: Zopiclon (Imovane®), Zolpidem (Stilnoct®), Lormetazepam (Loramet®), ...				
Opiode: starke Schmerzmittel. Beispiele:				
- Oxycodon (Oxycontin®, OxyNorm®), Oxycodon/Naloxon (Targinact®), Fentanyl (Matrifen®, Durogesic®), ...				
- Tramadol (Tradonal®, Tramal®), tramadol/paracetamol (Zaldiar®), ...	☐	☐	☐	☐
- Codein/paracetamol (Algisedal®, Dafalgan codeine®), codein/ibuprofen (Brufen codeine®), ...				
- Buprenorphin (Subutex®), methadone (Mephenon®), ...				
Opiode: zur Linderung von Husten. Beispiele:				
- Codeinhaltige Hustensäfte (Bronchosedal codeine®, Neo-codion®, Toularinx codeine®), ...	☐	☐	☐	☐
- Codeinhaltige Hustentabletten (Neo-codion®), ...				
Psychostimulanzien: werden z. B. bei Aufmerksamkeitsstörungen, zur Gewichtsabnahme oder zum Wachbleiben eingesetzt. Beispiele:				
- Methylphenidat (Concerta®, Rilatine®, Medikinet®), ...	☐	☐	☐	☐
Antiepileptika: werden zur Vorbeugung oder Behandlung von Anfällen oder Krämpfen eingesetzt, indem sie abnormale elektrische Aktivitäten im Gehirn kontrollieren (z. B. im Zusammenhang mit Epilepsie). Beispiel:				
- Pregabalin (Lyrica®), ...	☐	☐	☐	☐
Medizinisches Cannabis: wird z. B. zur Linderung chronischer starker Schmerzen aufgrund von Krebs oder Multipler Sklerose verwendet. Beispiele:				
- Orale Lösung/Flüssigkeit und/oder Mundspray mit CBD oder CBD + THC (Sativex®, Epidyolex®)	☐	☐	☐	☐

Legale/illegale Substanzen

Dieses Kapitel behandelt ausschließlich den Konsum von Cannabis, legalen/illegalen Substanzen und/oder neuen psychoaktiven Substanzen (NPS, Definition in der untenstehenden Tabelle). Bitte beachten Sie, dass der Konsum von Cannabis oder cannabisbasierten Produkten/Arzneimitteln, **die von einem Arzt verschrieben wurden** (zur therapeutischen Anwendung), sowie der Konsum von CBD/niedrig THC-Produkten (THC <1) hier **nicht aufgeführt werden soll**.

Die Tabelle unten enthält Synonyme und Slang-Namen für verschiedene Substanzen sowie die Definition von NPS

Tabak	Fertigzigaretten, selbst gedrehte Zigaretten, Pfeife, Zigarren, erhitzte Tabakprodukte, Wasserpfeife (Shisha), Schnupftabak, Snus, Kautabak
Cannabis – Pflanzlich	Marijuana, Weed, Gras, Pot, Dope, Joint, Tüte, Kraut
Cannabis – Harz	Hashish, Hash, Shit, Braunes
Ecstasy/MDMA	X, XTC, E, Adam, Eve, MDMA, MD, Pille, Emma, Druffis, Teile, andere Namen, die sich auf das auf den Pillen aufgedruckte Logo beziehen
Amphetamine	Speed, Pep, Uppers, Aufputschmittel
Methamphetamine	Meth, Crystal, Crystal Meth, Krystal Glass, Christina, Tina, Cris, (Chalk) Ice, Yaba
Kokain	K, Koks, Schnee, White Lady, Coke, Weißen, (Weißes) Puder, Cola, Smack, Yayo
Heroin	Diamorphine, H (englisch ausgesprochen „äitsch“), Hero, Schmack, Shore, Horse, Braunen, Braunes Puder, Gülle, Shore
Halluzinogene Pilze	Psilos, Pilze, Wunderpilze, Zauberpilze, Magic Mushrooms
LSD	Acid, Trip, Blotter, Deep Purple, Lady, Ticket, Lucy, Pappe, Pink, Ticket
Distickstoffoxid	Lachgas, Ballons, N2O
Schnüffelstoffe und Inhalationsmittel	Lösungsmittel, Klebstoff, Feuerzeuggas, Poppers
Ketamin	K, Keta, Vitamin K, Kate, Special K
Neue psychoaktive Substanzen (NPS) / Drogen	Substanzen/Produkte (die legal und/oder illegal verkauft werden), die die Wirkung verschiedener Arten von kontrollierten/illegalen Drogen imitieren sollen. Neue psychoaktive Substanzen gibt es in verschiedenen Formen (z.B. Pulver, Pillen, Tabletten, Flüssigkeiten, Kräuter usw.) und sind auch bekannt als: NPS, Legal Highs, Designerdrogen, Smart Drugs, Herbal Highs, Badesalze, Forschungschemikalien... Beispiele für Arten von NPS: Synthetische Cannabinoide (z.B. Spice), Synthetische Cathinone (z.B. Mephedron, 3-MMC, 3-CMC, Badesalze, Synthetische Opioide (z.B. Fentanyl...)

4.36. Haben Sie jemals Cannabis, legale/illegale Substanzen oder neue psychoaktive Substanzen (NPS) in **Ihrem Leben** verwendet, auch wenn nur einmal?

☐ Ja

☐ Nein → **Gehen Sie zur Frage 4.40 (Soziale Unterstützung)**

Falls ja, bitte geben Sie aus der folgenden Liste an, welche Substanzen Sie jemals verwendet haben und wie alt Sie waren, als Sie sie zum ersten Mal verwendet haben. Wenn Sie sich nicht an das genaue Alter erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung ab.

Substanzen	Haben Sie sie je genommen?	In welchem Alter haben Sie sie zum ersten Mal genommen?
Tabak	☐	_____ Jahre
Cannabis – Pflanzlich	☐	_____ Jahre
Cannabis – Harz	☐	_____ Jahre
Ecstasy/MDMA	☐	_____ Jahre
Amphetamine	☐	_____ Jahre
Methamphetamine	☐	_____ Jahre
Kokain	☐	_____ Jahre
Heroin	☐	_____ Jahre
Halluzinogene Pilze	☐	_____ Jahre
LSD	☐	_____ Jahre
Distickstoffoxid	☐	_____ Jahre
Schnüffelfstoffe und Inhalationsmittel	☐	_____ Jahre
Ketamin	☐	_____ Jahre
Neue psychoaktive Substanzen (NPS) / Drogen	☐	_____ Jahre
Andere (bitte präzisieren): _____	☐	_____ Jahre
Ich weiß nicht/ bin nicht sicher, welche Art von Droge(n) ich genommen habe	☐	_____ Jahre

4.37. Haben Sie im Laufe der **letzten 12 Monate** Cannabis, legale/illegale Substanzen oder neue psychoaktive Substanzen (NPS) genommen?

☐ Ja

☐ Nein → **Gehen Sie zur Frage 4.40 (Soziale Unterstützung)**

Falls ja, geben Sie bitte an, welche unerlaubten Substanzen/Drogen oder NPS aus der untenstehenden Liste Sie in den letzten 12 Monaten genommen haben. Kreuzen Sie alle zutreffenden Punkte an.

Substanzen	Letzte 12 Monate
Tabak	☐
Cannabis – Pflanzlich	☐
Cannabis – Harz	☐
Ecstasy/MDMA	☐
Amphetamine	☐
Methamphetamine	☐
Kokain	☐
Heroin	☐
Halluzinogene Pilze	☐
LSD	☐
Distickstoffoxid	☐
Schnüffelfstoffe und Inhalationsmittel	☐
Ketamin	☐
Neue psychoaktive Substanzen (NPS) / Drogen	☐
Andere (bitte präzisieren): _____	☐
Ich weiß nicht/bin nicht sicher, welche Art von Droge(n) ich genommen habe	☐

4.38. Haben Sie in den **letzten 30 Tagen** Cannabis, legale/illegale Substanzen oder neue psychoaktive Substanzen (NPS) genommen?

☐ Ja

☐ Nein

→ Gehen Sie zur Frage 4.40 (Soziale Unterstützung)

Substanzen	1-3 Tage	4-9 Tage	10-19 Tage	20 Tage oder mehr
Tabak	☐	☐	☐	☐
Cannabis – Pflanzlich	☐	☐	☐	☐
Cannabis – Harz	☐	☐	☐	☐
Ecstasy/MDMA	☐	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐	☐
Methamphetamine	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐	☐
Halluzinogene Pilze	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐
Distickstoffoxid	☐	☐	☐	☐
Schnüffelstoffe und Inhalationsmittel	☐	☐	☐	☐
Ketamin	☐	☐	☐	☐
Neue psychoaktive Substanzen (NPS) / Drogen	☐	☐	☐	☐
Andere (bitte präzisieren): _____	☐	☐	☐	☐
Ich weiß nicht/ bin nicht sicher, welche Art von Droge(n) ich genommen habe	☐	☐	☐	☐

4.39. Haben Sie jemals Cannabis, eine illegale Substanz oder eine NSP **zusammen** mit einer anderen legalen/illegalen Substanz (z. B. Alkohol, verschreibungspflichtige Medikamente) gleichzeitig oder innerhalb weniger Stunden verwendet, um deren Wirkungen zu überlagern (z. B. zu verstärken, zu modulieren oder zu reduzieren)?

Mit verschreibungspflichtigen Medikamenten meinen wir Medikamente, die nur mit einem ärztlichen Rezept in Apotheken abgegeben werden und eine psychoaktive Wirkung haben (z. B. Benzodiazepine, Opioide, Psychostimulanzien, Antiepileptika)

☐ Ja

☐ Nein

→ Gehen Sie zur Frage 4.40 (Soziale Unterstützung)

Falls ja, bitte geben Sie aus der folgenden Liste an, welche Kombinationen von Substanzen Sie in Ihrem Leben, in den letzten 12 Monaten und in den letzten 30 Tagen verwendet haben

Substanzen	Während der Lebensdauer verwendet	In den letzten 12 Monaten verwendet	In den letzten 30 Tagen verwendet
Cannabis (Kräuter, Harz oder andere) und Alkohol	☐	☐	☐
Cannabis (pflanzlich, Harz oder andere) und illegale Drogen	☐	☐	☐
Cannabis (pflanzlich, Harz oder andere) und verschreibungspflichtige Medikamente	☐	☐	☐
Illegale Drogen und Alkohol	☐	☐	☐
Illegale Drogen und verschreibungspflichtige Medikamente	☐	☐	☐
Andere Kombinationen: _____ und _____	☐	☐	☐

Soziale Unterstützung

Die nächsten drei Fragen beziehen sich auf Ihre sozialen Beziehungen.

4.40. Wie viele Personen stehen Ihnen so nahe, dass Sie bei ernststen persönlichen Problemen auf Sie zählen können?

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

4.41. Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

- ☐ Viel Anteilnahme und Interesse
- ☐ Etwas Anteilnahme und Interesse
- ☐ Weder viel noch wenig
- ☐ Wenig Anteilnahme und Interesse
- ☐ Keinerlei Anteilnahme und Interesse

4.42. Wie einfach ist es für Sie, von Ihren Nachbarn tatkräftige Hilfe zu bekommen, wenn Sie diese bräuchten?

- ☐ Sehr einfach
- ☐ Einfach
- ☐ Möglich
- ☐ Schwierig
- ☐ Sehr schwierig

Informelle Pflege- oder Unterstützungsleistungen

Dieser Abschnitt behandelt die Bereitstellung informeller Pflege oder Unterstützung für andere Menschen mit gesundheitlichen Problemen.

4.43. Bieten Sie **mindestens einmal pro Woche** Pflege oder Unterstützung für eine oder mehrere Personen an, die unter Altersproblemen, chronischen Gesundheitszuständen oder Gebrechlichkeit leiden (ausgenommen jegliche Pflege, die im Rahmen Ihres Berufs geleistet wird)?

☐ Ja

☐ Nein → **Ende des Fragebogens**

4.44. Diese Person(en) ist/sind ...

*Wählen Sie die Person aus, für die Sie den **größten** Pflege- und Betreuungsaufwand erbringen.*

☐ Mitglied der Familie

☐ Andere Person (kein Mitglied der Familie)

4.45. Wie viele Stunden pro Woche leisten Sie Pflege oder Betreuung?

☐ Weniger als 5 Stunden pro Woche

☐ 5 Stunden bis weniger als 10 Stunden pro Woche

☐ 10 Stunden bis weniger als 20 Stunden pro Woche

☐ 20 Stunden bis weniger als 30 Stunden pro Woche

☐ 30 Stunden bis weniger als 40 Stunden pro Woche

☐ 40 Stunden pro Woche oder mehr

ENDE DES FRAGEBOGENS

VIELEN DANK

für Ihre Teilnahme

So folgen Sie den nächsten Schritten der Umfrage:
www.ehis.lu