

Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007

Die österreichische Gesundheitsbefragung wird im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführt. Sie soll Auskunft über den Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung liefern sowie über die Lebensumstände und Lebensgewohnheiten, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben können. Das Interview wird rund eine halbe Stunde dauern.

Darf ich Ihnen zunächst eine Frage zu Ihrem Lebensunterhalt stellen?

B6 Lebensunterhalt, Beruf

B6.1 **Wenn Sie sich selbst zuordnen: Welcher der folgenden Gruppen würden Sie sich vorwiegend zurechnen?** (LFS L1) [Bitte Liste B6 vorzeigen!]

Alle Ausprägungen vorlesen!

- 1 *Erwerbstätig (auch Lehrling)*
- 2 *Arbeitslos*
- 3 *Pensionist(in)*
- 4 *Haushaltsführend*
- 5 *Schüler(in)/Student(in)*
- 6 *Dauerhaft arbeitsunfähig*
- 7 *Präsenz-/Zivildienstler*
- 8 *In Elternkarenz*
- 9 *Anderes, nämlich(Nennung)*

Modul EHSM – European Health Status Module

Einleitung

Wir werden jetzt über Ihre Gesundheit sprechen. Ich werde mit drei allgemeinen Fragen beginnen, bevor ich Sie genauer zu Ihrer Gesundheit befragen werde.

S1 **Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?**

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

- Gefragt ist nach dem allgemeinen, nicht nach dem momentanen Gesundheitszustand, da die Frage nicht darauf abzielt, vorübergehende Gesundheitsprobleme zu erfassen.
- Befragte sollen keinesfalls aufgefordert werden, ihre Gesundheit mit der anderer Altersgenossen oder mit ihrer eigenen zurückliegenden oder zukünftigen Gesundheit zu vergleichen.

S2 **Haben Sie eine chronische, also dauerhafte Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes gesundheitliches Problem?**

- 1 *Ja*
- 2 *Nein*

- Dauerhafte (oder chronische) Krankheit: Vorübergehende gesundheitliche Probleme sind nicht von Interesse.

S3 **Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?**

- 1 *Stark eingeschränkt*
- 2 *Etwas eingeschränkt*
- 3 *Nicht eingeschränkt*

- *Seit zumindest einem halben Jahr:* bedeutet, dass der Respondent zumindest das gesamte letzte halbe Jahr eingeschränkt war, also nicht nur einen Zeitabschnitt davon. Ziel der Frage ist es, dauerhafte Einschränkungen zu messen. Die Zeitspanne bezieht sich auf die Dauer der Einschränkung bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens, nicht auf den Gesundheitszustand.
- *Wie sehr (Wie oft) waren Sie durch ein gesundheitliches Problem eingeschränkt:* Dies bezieht sich ausschließlich auf gesundheitsbezogene Probleme als Grund für die Einschränkungen und nicht auf solche, die auf finanzielle, kulturelle oder andere nicht gesundheitsbezogene Gründe zurückzuführen sind.
- *Bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens:* Menschen mit dauerhaften Behinderungen aufgrund von Gesundheitsproblemen haben einen Anpassungsprozess durchlaufen, der möglicherweise zu einer Einschränkung ihrer Aktivitäten geführt hat. Um bestehende Einschränkungen identifizieren zu können, ist eine Bezugsgröße notwendig. Deshalb werden die Einschränkungen bei Aktivitäten im Vergleich zu einem allgemein akzeptierten Bevölkerungsstandard bewertet, indem auf Tätigkeiten, die man üblicherweise durchführt, Bezug genommen wird, d.h. im Vergleich zu dem, was aus kulturellen und sozialen Gründen erwartet wird.

S4 Chronische Krankheit/Gesundheitsproblem

Es folgt nun eine Aufstellung von chronischen, also dauerhaften Krankheiten bzw. Gesundheitsproblemen. Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme.

[Bitte Liste S4 vorzeigen!]

- *Dauerhafte (oder chronische) Krankheit:* Vorübergehende gesundheitliche Probleme sind nicht von Interesse. Die Beantwortung ist vom Befragten selbst vorzunehmen, es ist nicht Ihre Aufgabe, auf Grund von angegebenen Schmerzen und Beschwerden eine Diagnose zu erstellen.
- Bei den *sonstigen Gesundheitsproblemen* können bis zu drei weitere angegeben werden.
- *Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme:* Die in Kursiv geschriebenen Erklärungen sind nicht vorzulesen, dienen nur zur Erklärung, falls der Respondent den medizinischen Begriff nicht versteht.

S4.1a Hatten Sie jemals allergisches Asthma?

- 1 Ja
2 Nein * weiter mit S4.1b

S4.2a Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten dieses Gesundheitsproblem?

- 1 Ja
2 Nein

S4.3a Hat ein Arzt dieses Gesundheitsproblem diagnostiziert?

- 1 Ja
2 Nein

S4.4a Haben Sie aufgrund dieses Gesundheitsproblems in den letzten zwölf Monaten Medikamente eingenommen oder wurden Sie deshalb behandelt?

- 1 Ja
2 Nein

Anleitung: Für Fragen S4.1b bis S4.1t bei **Ja** Fragen S4.2 bis S4.4 wiederholen.

S4.1b Hatten Sie jemals eine andere Form von Asthma?

S4.1c Hatten Sie jemals Allergien (ausgenommen allergisches Asthma)(z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergie, Nesselsucht, allergisches Kontaktekzem)?

S4.1d Hatten Sie jemals Diabetes (Zuckerkrankheit)?

S4.1e Hatten Sie jemals Grauen Star (Katarakt)?

S4.1f Hatten Sie jemals Tinnitus (Ohrensausen)?

S4.1g Hatten Sie jemals Bluthochdruck?

S4.1h Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?

S4.1i Hatten Sie jemals einen Schlaganfall oder eine Gehirnblutung?

- S4.1j **Hatten Sie jemals chronische Bronchitis oder ein Emphysem (Lungenblähung)?**
- S4.1k **Hatten Sie jemals Arthrose (Gelenksabnutzung, Gelenksschäden), Arthritis (Gelenksentzündung) oder Gelenkrheumatismus?**
- S4.1l **Hatten Sie jemals Wirbelsäulenbeschwerden (Beschwerden im Kreuz-, Nacken- oder Brustwirbelbereich)?**
- S4.1m **Hatten Sie jemals Osteoporose (Knochenschwund)?**
- S4.1n **Hatten Sie jemals eine Harninkontinenz (Blasenschwäche, unfreiwilliger Harnverlust)?**
- S4.1o **Hatten Sie jemals ein Magen- oder Darmgeschwür?**
- S4.1p **Hatten Sie jemals Krebs (Bösartiger Tumor einschließlich Leukämie (Blutkrebs) und Lymphome (Lymphdrüsenkrebs))?**
- S4.1q **Hatten Sie jemals Migräne oder häufige Kopfschmerzen?**
- S4.1r **Hatten Sie jemals chronische Angstzustände oder Depression?**
- S4.1s,t,u **Hatten Sie jemals sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsprobleme? (Bis zu drei können angegeben werden.)**

S5 Schmerzen

Die folgenden Fragen betreffen das Thema Schmerzen.

- S5.1 **Hatten Sie während der letzten zwölf Monate erhebliche Schmerzen in einer oder mehreren Körperregionen?**
- 1 Ja
- 2 Nein *weiter mit S6.1

Nur erhebliche Schmerzen, die eine Beeinträchtigung des Respondenten zur Folge haben, sind hier von Interesse.

Hier sehen Sie eine Darstellung des menschlichen Körpers (Bild S5 vorlegen).

- S5.2 **Bitte zeigen Sie mir, an welcher Stelle des Körpers die Schmerzen aufgetreten sind.**
- Region Nr.

Bei mehreren Regionen alle Regionen in Reihenfolge der Nennung einzeln bearbeiten.

Einstufung: Frage S5.3 und S5.4 nur wenn B6.1 (Modul EBM) erwerbstätig:

- S5.3 **Waren Sie wegen dieser Schmerzen in den letzten zwölf Monaten im Krankenstand?**
- 1 Ja
- 2 Nein *weiter mit S5.5
- S5.4 **Wie viele Tage?**
- Tage
- S5.5 **Hatten Sie während der letzten sieben Tage auch Schmerzen in dieser Region?**
- 1 Ja
- 2 Nein *weiter mit S5.8
- S5.6 **Bitte geben Sie die durchschnittliche Stärke Ihrer Schmerzen der letzten sieben Tage mit einer Zahl zwischen 1 und 10 an. 1 bedeutet geringe Schmerzen, 10 bezeichnet den stärksten vorstellbaren Schmerz.**
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- S5.7 **Bestehen diese Schmerzen schon länger als drei Monate?**
- 1 Ja
- 2 Nein

S6 Physische Einschränkungen oder Störungen der Sinneswahrnehmung

Denken Sie nun bitte an Situationen, denen Sie möglicherweise im Alltag begegnen. Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme.

- **Denken Sie an Situationen:** Eine physische Einschränkung bzw. eine Einschränkung der Sinneswahrnehmung kann gemessen werden, indem auf vielerlei Tätigkeiten oder Situationen Bezug genommen wird. Die beschriebene Tätigkeit/Situation soll Befragtem und Fragendem helfen, den Grad der Behinderung zu beurteilen. Die Angabe von Entfernungen (4 Meter, 500 Meter), die Anzahl der Stufen und das Gewicht einer Einkaufstasche (5 kg) sollten nicht wörtlich genommen werden, sondern die Einstufung anzeigen, an der wir interessiert sind.
- **Denen Sie möglicherweise im Alltag begegnen:** Der Befragte begegnet der beschriebenen Situation möglicherweise nicht. Die funktionelle Einschränkung wird daher im Sinne der Fähigkeit, die Tätigkeit auszuführen, gemessen (*können Sie/könnten Sie*) – nicht im Sinne der tatsächlichen Ausführung (erledigen Sie das selbst).
- **Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme:** Ziel ist es, anhaltende (chronische) Einschränkungen zu messen. Diese Umschreibung wurde gewählt, um die explizite Angabe von zeitlichen Fristen zu vermeiden.
- **Ohne Brille oder andere Sehhilfen:** Ziel ist sicherzustellen, dass die Einschränkung nicht nur aufgrund finanzieller Gründe besteht. Analog bei den Fragen zum Gehen entsprechend „ohne Stock oder andere Gehhilfen“ etc.

S6.1 Können Sie ohne Brille, Kontaktlinsen oder andere Sehhilfen problemlos Zeitung lesen?

- 1 *Ja* * weiter zu Frage S6.2
 2 *Nein*
 3 *Ich bin blind* * weiter zu Frage S6.3

S6.1a Können Sie mit Brille, Kontaktlinsen oder anderen Sehhilfen problemlos Zeitung lesen?

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Keine Brille, Kontaktlinsen oder andere Sehhilfe vorhanden*

S6.2 Können Sie ohne Brille, Kontaktlinsen oder andere Sehhilfen ein Gesicht von jemandem in vier Meter Entfernung (auf der anderen Straßenseite) scharf sehen?

- 1 *Ja* * weiter zu Frage S6.3
 2 *Nein*

S6.2a Können Sie mit Brille, Kontaktlinsen oder anderen Sehhilfen ein Gesicht von jemandem in vier Meter Entfernung (auf der anderen Straßenseite) scharf sehen?

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Keine Brille, Kontaktlinsen oder andere Sehhilfe vorhanden*

S6.3 Können Sie ohne Hörgerät oder andere Hörhilfen klar hören, was in einer Unterhaltung mit mehreren Personen gesprochen wird?

- 1 *Ja* * weiter zu Frage S6.5
 2 *Nein*

S6.3a Können Sie mit Hörgerät oder anderen Hörhilfen klar hören, was in einer Unterhaltung mit mehreren Personen gesprochen wird?

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Kein Hörgerät oder andere Hörhilfe vorhanden*

S6.4 Können Sie ohne Hörgerät oder andere Hörhilfen klar hören, was in einer Unterhaltung mit einer anderen Person gesprochen wird?

- 1 *Ja* * weiter zu Frage S6.5
 2 *Nein*

S6.4a Können Sie mit Hörgerät oder anderen Hörhilfen klar hören, was in einer Unterhaltung mit einer anderen Person gesprochen wird?

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Kein Hörgerät oder andere Hörhilfe vorhanden*

Einstufung: Fragen S6.5 – S6.12, Block S7 und Block S8 nur bei Personen im Alter von 60 Jahren und mehr sowie bei Personen unter 60 Jahren, aber mit S2=1 und/oder S3=1 oder 2.

S6.13 für alle Respondenten ausfüllen.

S6.5 Können Sie ohne Stock oder andere Gehhilfen ohne Probleme 500 Meter gehen?

- 1 *Ja* * weiter zu Frage S6.6
 2 *Nein*

Gehhilfen sind: orthopädische Schuhe, Gehstöcke, Gehwagen, Beinschienen, Krücken oder Prothesen. Wenn es notwendig ist, von jemandem am Arm geführt zu werden, dann sollte ein Problem beim Gehen angegeben werden (Nein kodieren).

S6.5a Können Sie mit Stock oder anderen Gehhilfen ohne Probleme 500 Meter gehen?

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Kein Stock oder andere Gehhilfe vorhanden*

S6.6 Können Sie ohne Stock oder andere Gehhilfen ohne Probleme eine Treppe hinauf und hinunter steigen?

- 1 *Ja* * weiter zu Frage S6.7
 2 *Nein*

Wenn ein Handlauf notwendig ist, um eine Treppe hinaufzugehen, sollte ein Problem beim Treppensteigen angegeben werden (Nein kodieren). Die Anzahl der Stufen ist nicht ausschlaggebend (ein Treppenabsatz kann zur Verdeutlichung angeführt werden)!

S6.6a Können Sie mit Stock oder anderen Gehhilfen ohne Probleme eine Treppe hinauf und hinunter steigen?

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Kein Stock oder andere Gehhilfe vorhanden*

S6.7 Können Sie ohne Probleme und ohne Hilfsmittel die Finger verwenden, um kleine Dinge, z.B. einen Stift, zu greifen und zu benutzen?

- 1 *Ja* * weiter zu Frage S6.8
 2 *Nein*

Das Interesse liegt nicht an Personen, die geübt sind, mit speziellem Werkzeug umzugehen, sondern mit im täglichen Leben verwendeten Hilfsmitteln.

S6.7a Können Sie mit Hilfsmitteln die Finger verwenden, um kleine Dinge, z.B. einen Stift, zu greifen und zu benutzen?

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Keine Hilfsmittel vorhanden*

S6.8 Können Sie ohne Probleme und ohne Hilfsmittel einen Wasserhahn aufdrehen oder den Deckel einer Dose Löskaffee aufschrauben?

- 1 *Ja* * weiter zu Frage S6.9
 2 *Nein*

Das Interesse liegt nicht an Personen, die geübt sind, mit speziellem Werkzeug umzugehen, sondern mit im täglichen Leben verwendeten Hilfsmitteln. Beeinträchtigte Personen können spezielle Wasserhähne haben, gefragt ist aber nach normalen Wasserhähnen.

S6.8a Können Sie mit Hilfsmitteln einen Wasserhahn aufdrehen oder den Deckel einer Dose Löskaffee aufschrauben?

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Keine Hilfsmittel vorhanden*

S6.9 Können Sie ohne Probleme in feste Nahrung beißen und diese kauen, z.B. in einen knackigen (harten) Apfel beißen und kauen?

- 1 *Ja*
 2 *Nein*

- 2 *Nein - ich habe keine Unterstützung* * weiter mit S7.4a
 Keine Angabe * weiter mit S7.1b

„Ja, ich habe Unterstützung“ inkludiert, wenn die Tätigkeit von jemand anderem erledigt wird, wenn man z.B. gefüttert wird.

S7.3a Ist die Unterstützung für Ihre Bedürfnisse ausreichend?

- 1 *Ja* * weiter mit S7.1b
 2 *Nein* * weiter mit S7.1b
 Keine Angabe * weiter mit S7.1b

S7.4a Benötigen Sie Unterstützung?

- 1 *Ja* * weiter mit S7.1b
 2 *Nein* * weiter mit S7.1b
 Keine Angabe * weiter mit S7.1b

Anleitung: Für Fragen S7.1b bis S7.1e bei **Ja** oder **Unsicher** Fragen S7.2 bis S7.4 wiederholen.

S7.1b Haben Sie normalerweise Probleme, sich selbst aufs Bett oder in einen Sessel zu setzen und aufzustehen?

- 1 *Ja*
 2 *Nein* * weiter mit S7.1c
 3 *Unsicher*

S7.1c Haben Sie normalerweise Probleme, sich an- und auszuziehen?

- 1 *Ja*
 2 *Nein* * weiter mit S7.1d
 3 *Unsicher*

S7.1d Haben Sie normalerweise Probleme, auf die Toilette zu gehen?

- 1 *Ja*
 2 *Nein* * weiter mit S7.1e
 3 *Unsicher*

„Auf die Toilette gehen“ inkludiert Aus- und Anziehen, auf die Toilette setzen und aufstehen, sich rein halten oder mit einem Katheter oder künstlichen Darmausgang umgehen zu können.
 Der Begriff „Normalerweise“ wird verwendet, um vorübergehende Gesundheitsprobleme auszuschließen.

S7.1e Haben Sie normalerweise Probleme, zu baden oder zu duschen?

- 1 *Ja*
 2 *Nein* * weiter mit S8.1a
 3 *Unsicher*

S8 Tätigkeiten bei der Führung des Haushalts

Denken Sie nun an alltägliche Tätigkeiten im Haushalt. Bitte berücksichtigen Sie dabei wieder keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme.

- *Denken Sie nun an alltägliche Tätigkeiten im Haushalt:* das sind notwendige Tätigkeiten, um in einem normalen/gewöhnlichen Haushalt selbständig zu leben oder diesen zu führen.
- *Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme:* Ziel ist es, anhaltende (chronische) Einschränkungen zu messen. Diese Umschreibung wurde gewählt, um die explizite Angabe von zeitlichen Fristen zu vermeiden.
- Wie bei den Tätigkeiten bei der persönlichen Pflege ist hier nach der tatsächlichen Durchführung, nicht nach einer Selbsteinschätzung (können Sie) gefragt. Allerdings ist es möglich, dass der Befragte dazu in der Lage ist, aber bevorzugt, die Tätigkeit einer anderen Person ausführen zu lassen (z. B.: angestellte Reinigungskraft). Dem wird später in Frage S8.4 Rechnung getragen, nämlich:
- *Könnten Sie diese Tätigkeit ohne Probleme erledigen, falls dies erforderlich wäre oder Sie dies wünschen:* Man will damit sicherstellen, dass Respondenten, die die Tätigkeit nicht erledigen, obwohl sie keine Einschränkungen haben, hier erfasst werden.

- *Selbst zu.....*: Ohne Hilfe einer anderen Person. Ziel ist es, sicherzustellen, dass die Einschränkung nicht durch finanzielle oder andere Gründe verursacht ist (zum Beispiel, weil kein Pflegepersonal verfügbar ist).
- *Benötigen Sie Unterstützung sowie Ist die Unterstützung ausreichend*: falls Unterstützung benötigt wird oder die erhaltene Unterstützung nicht ausreicht, dann werden hierbei die Bedürfnisse bestimmt, denen nicht entsprochen wird.

Es folgt nun eine Aufstellung von Tätigkeiten.

[Bitte Liste S8 vorzeigen!]

S8.1a Haben Sie normalerweise Probleme, selbst Ihr Essen zuzubereiten?

- 1 *Ja*
 2 *Nein* * weiter mit S8.1b
 3 *Unsicher*

Der Begriff „Normalerweise“ wird verwendet, um vorübergehende Gesundheitsprobleme auszuschließen. Wenn der Respondent angibt, diese Tätigkeit nie auszuführen, dann kodieren Sie „Unsicher“ und weiter mit Frage S8.2.

S8.2a Haben Sie normalerweise Unterstützung bei dieser Tätigkeit?

- 1 *Ja, manchmal oder immer Unterstützung.* * weiter mit S8.4a
 2 *Nein, Tätigkeit wird immer selbst erledigt.*
 Keine Angabe * weiter mit S8.1b

„Ja, Tätigkeit wird manchmal oder immer mit Unterstützung erledigt“ inkludiert die Aufteilung der Tätigkeit innerhalb des Haushalts (mit dem Partner oder einem anderen Mitglied des Haushalts), z.B. Tätigkeit wird zu einem Teil erledigt bzw. Tätigkeit wird manchmal ganz von einem anderen Haushaltsmitglied erledigt.

S8.3a Benötigen Sie Unterstützung?

- 1 *Ja* * weiter mit S8.1b
 2 *Nein* * weiter mit S8.1b
 Keine Angabe * weiter mit S8.1b

S8.4a Könnten Sie ohne Probleme diese Tätigkeit ausführen, falls dies erforderlich wäre oder Sie dies wüschen?

- 1 *Ja* * weiter mit S8.1b
 2 *Nein*
 Keine Angabe * weiter mit S8.1b

Nein nur dann kodieren, wenn Respondent aus gesundheitlichen Gründen die Tätigkeit nicht alleine bzw. selbst nur mit Schwierigkeiten erledigen kann.

S8.5a Ist die Unterstützung, die Sie bei dieser Tätigkeit bekommen, für Ihre Bedürfnisse ausreichend?

- 1 *Ja* * weiter mit S8.1b
 2 *Nein* * weiter mit S8.1b
 Keine Angabe * weiter mit S8.1b

Mit dieser Frage soll eruiert werden, ob es unzureichende Unterstützung gibt bzw. ob mehr Unterstützung notwendig wäre, um die Tätigkeit zur Zufriedenheit des Respondenten zu erledigen.

Anleitung: Für Fragen S8.1b bis S8.1g bei **Ja** oder **Unsicher** Fragen S8.2 bis S8.5 wiederholen.

S8.1b Haben Sie normalerweise Probleme, selbst zu telefonieren?

- 1 *Ja*
 2 *Nein* * weiter mit S8.1c
 3 *Unsicher*

S8.1c Haben Sie normalerweise Probleme, selbst Ihre Einkäufe zu erledigen?

- 1 *Ja*
 2 *Nein* * weiter mit S8.1d
 3 *Unsicher*

S8.1d **Haben Sie normalerweise Probleme, selbst Ihre Wäsche zu waschen?**

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Unsicher*

* weiter mit S8.1e

S8.1e **Haben Sie normalerweise Probleme, selbst regelmäßige, leichte Hausarbeit durchzuführen?**

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Unsicher*

* weiter mit S8.1e

S8.1f **Haben Sie normalerweise Probleme, selbst gelegentliche, schwere Hausarbeit durchzuführen?**

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Unsicher*

* weiter mit S8.1g

Beispiele für „*Gelegentliche, schwere Hausarbeit*“: eine schwere Einkaufstasche mehr als 5 Minuten tragen, schwere Möbel verschieben, Frühjahrsputz, Boden aufwaschen, Fensterputz.

S8.1g **Haben Sie normalerweise Probleme, selbst finanzielle Angelegenheiten zu erledigen?**

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 3 *Unsicher*

* weiter mit S9.1

Beispiele für „*Erledigen finanzieller Angelegenheiten*“: Erlagschein aufgeben, Geld abheben.

S9 Psychische Gesundheit

Nun möchte ich Sie zu Ihrem Befinden und Ihrer Stimmungslage während des letzten Monats befragen.

Bitte stufen Sie Ihr Befinden und Ihre Stimmungslage während des letzten Monats der Häufigkeit nach mit Hilfe der vorliegenden Skala ein.

[Bitte Liste S9 vorzeigen!]

S9.1 **Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen sehr nervös?**

S9.2 **Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?**

S9.3 **Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen ruhig und gelassen?**

S9.4 **Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen bedrückt und traurig?**

S9.5 **Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen glücklich?**

S9.6 **Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen voller Schwung?**

S9.7 **Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen voller Energie?**

S9.8 **Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen erschöpft?**

S9.9 **Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen müde?**

Liste S9 Antwortkategorien

- 1 *Immer*
 2 *Meistens*
 3 *Ziemlich oft*
 4 *Manchmal*
 5 *Nie*

Modul EHDM – European Health Determinants Module

D1 Größe und Gewicht (WHO, Übersetzung ST.AT)

Erlauben Sie mir bitte zwei Fragen zu Ihrer Größe und Ihrem Gewicht.

D1.1 **Wie groß sind Sie ohne Schuhe?**

.... cm

D1.2 **Wie viel wiegen Sie ohne Kleidung und Schuhe?**

.... kg

Frauen mit Alter unter 45 Jahren sollen gefragt werden, ob sie schwanger sind und wenn ja, welches Gewicht sie vor der Schwangerschaft hatten.

D2 Rauchen (European Health Risk Monitoring Project, EHRM, D2.6 Prof. Neuberger, D2.5 Antwortkategorie 5 geändert, Übersetzung: Belgien, Schweiz, ST.AT)

Die nächsten Fragen betreffen das Rauchen.

D2.1 **Haben Sie in Ihrem Leben bereits mehr als 100 Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder andere Tabakwaren geraucht?**

1 Ja

2 Nein

*weiter mit D2.10 (ausgenommen Personen im Alter von 15 bis unter 20 Jahren, hier weiter mit D2.2)

D2.2 **Haben Sie jemals täglich geraucht?**

1 Ja

2 Nein

*weiter mit D2.10

D2.3 **Mit welchem Alter haben Sie angefangen, täglich zu rauchen?**

Mit Jahren

Bei mehreren Rauchepisoden, Lebensjahr der ersten Episode angeben.

D2.4 **Rauchen Sie zur Zeit?**

1 Ja, täglich

*weiter mit D2.7

2 Ja, gelegentlich

3 Nein

D2.5 **Wann haben Sie aufgehört, täglich zu rauchen?**

1 Vor weniger als einem Monat

2 Vor einem Monat bis weniger als einem Jahr

3 Wenn vor mehr als 1 Jahr, dann Angabe der Jahre: Jahre

D2.6 **Haben Sie Hilfe beansprucht, um mit dem Rauchen aufzuhören?**

1 Keine Hilfe

*weiter mit D2.10

2 Hilfe eines Arztes bzw. Therapeuten

*weiter mit D2.10

3 Hilfe eines Medikaments (einschließlich Nikotinpflaster, Kaugummi, Inhalator)

*weiter mit D2.10

4 Sonstiges

*weiter mit D2.10

D2.7 **Wie viele Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder andere Tabakwaren rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?**

..... /Tag

In einer Zigarettschachtel sind 20 Zigaretten enthalten.

D2.8 **Welche der folgenden Produkte rauchen Sie häufig?**

A **Zigaretten aus der Schachtel**

1 Ja

2 Nein

B **Selbstgedrehte Zigaretten**

1 Ja

2 Nein

C **Pfeife**

1 Ja

2 Nein

- D Zigarren/Zigarillos 1 Ja 2 Nein
- E Andere Produkte 1 Ja 2 Nein
- D2.9 Hat Ihnen im letzten Jahr, also seit dem TAG MONAT JAHR ein Arzt oder ein Angehöriger eines Gesundheitsberufes geraten, mit dem Rauchen aufzuhören?
- 1 Ja *weiter mit D3.1
- 2 Nein *weiter mit D3.1
- D2.10 Sind Sie bei sich zu Hause Tabakrauch ausgesetzt?
- 1 Ja
- 2 Nein

Einstufung: Wenn Frage B6.1=1 (erwerbstätig), dann

- D2.11 Wie viele Stunden pro Tag sind Sie an Ihrer Arbeitsstelle Tabakrauch ausgesetzt?
- 1 Ich arbeite zu Hause.
- 2 Nie oder fast nie
- 3 Weniger als eine Stunde am Tag
- 4 1 bis 5 Stunden am Tag
- 5 Mehr als 5 Stunden am Tag

D3 Alkohol (EUROHIS, CAGE)

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zum Alkoholkonsum stellen.

- D3.1 Haben Sie während der letzten zwölf Monate Alkohol getrunken (Bier, Wein, Spirituosen, andere alkoholhaltige Getränke)?
- 1 Ich habe in den letzten 12 Monaten nie Alkohol getrunken.
- 2 Ich habe in den letzten 12 Monaten maximal viermal Alkohol getrunken. *weiter mit D3.3
- 3 Ich habe in den letzten 12 Monaten öfter als viermal Alkohol getrunken. *weiter mit D3.4
- D3.2 Hat es je eine Zeit gegeben, in der Sie Alkohol getrunken haben?
- 1 Nein, nie. *weiter mit D4.1
- 2 Ja, aber maximal viermal im Jahr. *weiter mit D4.1
- 3 Ja, auch öfter als viermal im Jahr *weiter mit D4.1
- D3.3 Hat es je eine Zeit gegeben, in der Sie auch öfter als viermal im Jahr Alkohol getrunken haben?
- 1 Ja *weiter mit D4.1
- 2 Nein. *weiter mit D4.1
- D3.4 An wie vielen Tagen während der letzten vier Wochen haben Sie Alkohol getrunken?
- 1 An Tagen *wenn 0, weiter mit D3.7
- 2 Weiß nicht

Während der letzten vier Wochen, also während der letzten 28 Tage. Anzahl der Tage mit Alkoholkonsum eintragen.

- D3.5 Haben Sie gestern Alkohol getrunken?
- 1 Ja
- 2 Nein. *weiter mit D3.6
- Wie viele Gläser Bier oder vergorenen Most haben Sie getrunken?
- Seidel (0,3l)
- Krügerl/Halbe(0,5l)
- Nichts

Angabe der Anzahl der konsumierten Getränke.

Bier oder vergorener Most: Flaschen je nach Maß zu Seidel (bei kleiner Flasche) oder Krügerl (bei großer Flasche) eingeben.

- Wein oder Sekt?**
- Achtel
 - Viertel
 - Bouteille (0,75l)
 - Literflasche (1l)
 - Nichts
- Schnaps oder starker Likör (40 Vol.-%)?**
- kleines Stamperl (20ml)
 - großes Stamperl (40ml)
 - Nichts
- Schwacher Likör (20 Vol.-%)?**
- kleines Stamperl (20ml)
 - großes Stamperl (40ml)
 - Nichts
- Alkopops?**
- Flasche
 - Nichts

Alkopops sind alkoholhaltige Mischgetränke, abgefüllt in Flaschen (z.B. Bacardi Breezer, Desperado, Smirnoff Ice, Eristoff Ice etc.). Radler, die in Flaschen vorgefüllt sind, sind hier anzugeben.

D3.6 Haben Sie letzten Freitag ODER Samstag Alkohol getrunken?

- 1 Ja
 2 Nein. *weiter mit D3.7

PROGRAMMIERANLEITUNG: Bei Frage D3.6 Freitag bei geradem Geburtsdatum oder Samstag bei ungeradem Geburtsdatum verwenden.

Wie viele Gläser Bier oder vergorenen Most haben Sie getrunken?

- Seidel (0,3l)
- Krügerl/Halbe(0,5l)
- Nichts

Angabe der Anzahl der konsumierten Getränke.

Bier oder vergorener Most: Flaschen je nach Maß zu Seidel (bei kleiner Flasche) oder Krügerl (bei großer Flasche) eingeben.

- Wein oder Sekt?**
- Achtel
 - Viertel
 - Bouteille (0,75l)
 - Literflasche (1l)
 - Nichts
- Schnaps oder starker Likör (40 Vol.-%)?**
- kleines Stamperl (20ml)
 - großes Stamperl (40ml)
 - Nichts
- Schwacher Likör (20 Vol.-%)?**
- kleines Stamperl (20ml)
 - großes Stamperl (40ml)
 - Nichts
- Alkopops?**
- Flasche
 - Nichts

Flaschen Alkopops (z.B. Bacardi Breezer, Desperado, Smirnoff Ice, Eristoff Ice etc.)

Alkopops sind alkoholhaltige Mischgetränke, abgefüllt in Flaschen. Radler, die in Flaschen vorgefüllt sind, sind hier anzugeben.

D3.7 Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?

- 1 Ja
 2 Nein

D3.8 Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholkonsums ärgerlich gemacht?

- 1 Ja

2 *Nein*

D3.9 **Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?**

1 *Ja*

2 *Nein*

D3.10 **Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?**

1 *Ja*

2 *Nein*

D4 Drogen (D4.1 Finnland, EMCDDA, Übersetzung: ST.AT)

Einstufung: Nur an Personen unter 70 Jahren.

Lassen Sie uns nun über den Drogenkonsum reden.

D4.1 **Kennen Sie jemanden, der Haschisch oder Marihuana konsumiert?**

1 *Ja*

2 *Nein*

D4.2 **Wurde Ihnen jemals Haschisch oder Marihuana angeboten?**

1 *Ja*

2 *Nein*

D4.3 **Haben Sie jemals in Ihrem Leben Haschisch oder Marihuana konsumiert?**

1 *Ja*

2 *Nein* *weiter mit D5.1

D4.4 **Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Haschisch oder Marihuana konsumiert haben?**

....Jahre

D4.5 **Haben Sie in den letzten 12 Monaten Haschisch oder Marihuana konsumiert?**

1 *Ja*

2 *Nein* *weiter mit D5.1

D4.6 **Haben Sie in den letzten 30 Tagen Haschisch oder Marihuana konsumiert?**

1 *Ja*

2 *Nein* *weiter mit D5.1

D4.7 **An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage Haschisch oder Marihuana konsumiert?**

..... Tage

D5 Körperliche Betätigung (Fragen D 5.1 bis D5.6: IPAQ-short version, Länge k, Version 7, usual, Übersetzung Belgien/Schweiz gemischt, Fragen D5.7 und D5.9: WHO, Übersetzung von Belgien (D5.7) Schweiz (D5.8 und 5.9))

Folgende Fragen beziehen sich auf körperliche Betätigungen während der letzten sieben Tage. Versuchen Sie, auf alle Fragen zu antworten, auch wenn Sie der Meinung sind, nicht sehr aktiv zu sein. Die Fragen beziehen sich auf Ihre körperlichen Betätigungen bei der Arbeit, bei der Haus- und Gartenarbeit, in der Freizeit, zum Sport oder um von einem Ort zum anderen zu gelangen.

Denken Sie nun an alle intensiven körperlichen Betätigungen, die mit größerer Anstrengung verbunden sind und Ihre Atmung verstärken. Berücksichtigen Sie nur die Betätigungen, die Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt haben.

D5.1 **An wie vielen der letzten sieben Tage haben Sie intensive körperliche Betätigungen ausgeführt, wie z.B. schwere Gegenstände heben, Graben, Aerobic oder Jogging?**

... Tag(e) pro Woche

*wenn 0, weiter mit D5.3

Nur körperliche Betätigungen, die mindestens zehn Minuten oder länger gedauert haben, hier angeben. Die Aktivitäten während der Arbeitszeit zählen auch dazu.

Weitere Beispiele für intensive körperliche Betätigungen sind: größere Pakete oder Gepäckstücke die Treppe hoch tragen, schnelles oder ausdauerndes Radfahren, schnelles Schwimmen, Bergwandern oder Tätigkeiten mit Laufen, wie zum Beispiel Fußballspielen.

D5.2 Wie viel Zeit nahmen diese intensiven körperlichen Betätigungen an solchen Tagen durchschnittlich in Anspruch?

... Stunden Minuten/Tag *weiter mit D5.3

weiß nicht

Eine durchschnittliche Zeitangabe pro Tag ist erwünscht. Falls der Befragte diese nicht angeben kann, weil sich die Dauer der Aktivitäten von Tag zu Tag stark unterscheidet oder weil er verschiedene berufliche Tätigkeiten nachgeht, weiter mit Frage D5.2a:

D5.2a Wie lange sind Sie insgesamt während einer üblichen Woche körperlich intensiv tätig?

... Stunden Minuten/Woche

Denken Sie jetzt an körperliche Betätigungen, die mäßig anstrengend sind und Sie leicht stärker atmen lassen. Berücksichtigen Sie nur die Betätigungen, die Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt haben.

D5.3 An wie vielen der letzten sieben Tage haben Sie mäßig intensive körperliche Betätigungen ausgeführt, wie z.B. leichte Gegenstände heben oder gewöhnliches Radfahren?

... Tag(e) pro Woche *wenn 0, weiter mit D5.5

Nur körperliche Betätigungen, die mindestens zehn Minuten oder länger gedauert haben, hier angeben. Die Aktivitäten während der Arbeitszeit zählen auch dazu.

Weitere Beispiele für mäßig intensive körperliche Betätigungen sind: Tragen von leichten Gewichten, Treppen steigen, gewöhnliches Radfahren, gewöhnliches Schwimmen oder ein Tennis-Doppel-Spiel. Nicht hinzuzuzählen ist der Spaziergang.

D5.4 Wie viel Zeit nahmen diese mäßig intensiven körperlichen Tätigkeiten an solchen Tagen durchschnittlich in Anspruch?

... Stunden Minuten/Tag *weiter mit D5.5

weiß nicht

Eine durchschnittliche Zeitangabe pro Tag ist erwünscht. Falls der Befragte diese nicht angeben kann, weil sich die Dauer der Aktivitäten von Tag zu Tag stark unterscheidet oder weil er verschiedene berufliche Tätigkeiten nachgeht, weiter mit D5.4a.

D5.4a Wie lange sind Sie insgesamt während einer üblichen Woche körperlich mäßig intensiv tätig?

... Stunden Minuten/Woche

Denken Sie an die Zeit, die Sie während der letzten sieben Tage für das Gehen aufgewendet haben. Dazu zählen das Gehen während der Arbeit, in der Schule, zu Hause, um von einem Ort an den anderen zu gelangen, das Spazierengehen oder das Gehen in der Freizeit.

D5.5 An wie vielen der letzten sieben Tage sind Sie für mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung gegangen?

... Tag(e) pro Woche *wenn 0, weiter mit D5.7

Es ist das Gehen von mindestens 10 Minuten oder länger ohne Unterbrechung gemeint.

D5.6 Wie lange sind Sie insgesamt an so einem Tag gegangen?

... Stunden Minuten/Tag *weiter mit D5

weiß nicht

Eine durchschnittliche Zeitangabe pro Tag ist erwünscht. Falls der Befragte diese nicht angeben kann, weil sich die Dauer der Aktivitäten von Tag zu Tag stark unterscheidet oder weil er verschiedenen beruflichen Tätigkeiten nachgeht, weiter mit D5.6a.

D5.6a Wie lange gehen Sie insgesamt während einer üblichen Woche?

... Stunden Minuten/Woche

- D5.7 **Welcher Satz kennzeichnet am besten Ihre körperlichen Aktivitäten während des letzten Jahres?** (Liste D5 vorlegen)
- 1 *Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche*
 - 2 *Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, mindestens 4 Stunden pro Woche*
 - 3 *Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche*
 - 4 *Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4 Stunden pro Woche*
 - 5 *Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Stunden pro Woche*
 - 6 *Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten*
- D5.8 **Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen? z.B.: durch schnelles Laufen, Radfahren, Aerobics usw.**
- 1 *Ja*
 - 2 *Nein* *weiter mit D6.1
- D5.9 **An wie vielen Tagen pro Woche im Durchschnitt?**
An Tag(en) pro Woche (von 1 bis 7 Tagen)

D6 Schlaf (Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001)

Ich möchte Sie nun zum Thema Schlaf befragen.

- D6.1 **Waren Sie während der vergangenen zwei Wochen von Schlafstörungen betroffen?**
- 1 *Ja*
 - 2 *Nein* *weiter mit D7.1
- D6.2 **Waren Sie davon stark oder gering betroffen?**
- 1 *Stark*
 - 2 *Gering*

D7 Ernährung (Fragenvorschlag von Prof. Elmadfa, Departement für Ernährungswissenschaften, Uni Wien)

Folgende Fragen betreffen Ihre Ernährung.

- D7.1 **Wie würden Sie Ihre Essgewohnheiten beschreiben?** (Liste D7.A vorlegen)
- 1 *Mischkost mit viel Obst und Gemüse*
 - 2 *Mischkost mit viel Fleisch*
 - 3 *Mischkost mit wenig Fleisch*
 - 4 *Vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern*
 - 5 *Vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern*
 - 6 *Vegetarisch und keine tierischen Produkte*
- D7.2 **Wie würden Sie Ihre Trinkgewohnheiten beschreiben?** (Liste D7.B vorlegen)
- 1 *Trinke vorwiegend Wasser/Mineralwasser/Tee, ungezuckert*
 - 2 *Trinke vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden (Cola, Fanta, Eistee, Tee, gezuckert etc.)*
 - 3 *Trinke vorwiegend alkoholische Getränke (Bier, Wein etc.)*

Modul EHCM – European Health Care Module

C1 Stationäre Aufenthalte (EUROHIS, Übersetzung ST.AT)

Die nächsten Fragen beziehen sich auf stationäre Aufenthalte. Alle Arten von Krankenanstalten sollen dabei berücksichtigt werden.

Einstufung: Bei Frauen bis 50 Jahre bitte hinzufügen: **Stationäre Aufenthalte wegen einer Entbindung sollen ebenfalls bedacht werden.**

C1.1 **Waren Sie in den letzten 12 Monaten, also seit dem TAG MONAT JAHR für eine Nacht oder länger in einem Krankenhaus?**

1 Ja

2 Nein *weiter mit C1.4

C1.2 **Wie viele separate Aufenthalte, bei denen Sie über Nacht bleiben mussten, hatten Sie in diesem Zeitraum?**

Zählen Sie alle Aufenthalte, die während dieser Zeit beendet wurden.

.....Aufenthalte

C1.3 **Während dieses Aufenthaltes/dieser Aufenthalte - wie viele Nächte verbrachten Sie insgesamt im Krankenhaus?**

.... Nächte

C1.4 **Waren Sie in den letzten 12 Monaten, also seit dem TAG MONAT JAHR als Tagespatient (d.h. ohne Übernachtung) in einem Krankenhaus?**

1 Ja

2 Nein *weiter mit C1.6

Tagespatient: Stationäre Aufnahme im Krankenhaus, jedoch ohne Übernachtung. Behandlungen in einer Krankenhausambulanz sind nicht zu zählen!

C1.5 **Wie viele Male waren Sie in diesem Zeitraum als Tagespatient (d.h. ohne Übernachtung) im Krankenhaus?**

....mal (=Anzahl der Tage)

Wartelisten (Ergänzungswunsch BMGF)

Die nächsten Fragen betreffen geplante Operationen.

C1.6 **Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit dem TAG MONAT JAHR eine geplante Operation?**

1 Ja

2 Nein *weiter mit C2.A

Wenn ja, bitte Liste C1 vorlegen und für jede Position in Liste C1 fragen:

1 Ja

2 Nein *weiter mit nächster Operation aus Liste C1

C1.7 **Wie lange mussten Sie auf Ihre Operation warten?**

..... Tage Wochen.....Monate

C1.8 **Wurde Ihre Operation im Rahmen der sozialen (Krankenkasse) oder einer privaten Krankenversicherung abgerechnet?**

1 Soziale Krankenversicherung

2 Private Krankenversicherung

Liste C1

- Linsenoperation am Auge (bei grauem Star)
- Hüftgelenkersatz
- Kniegelenkersatz
- Operation an den Herzkranzgefäßen (Bypass)

- Herzkatheteruntersuchungen
- Sonstiges, nämlich (Klartextangabe)

C2 Ambulante Behandlung (EUROHIS, Übersetzung ST.AT)

Die nächsten Fragen betreffen Arztbesuche. Bitte inkludieren Sie Besuche in der Ordination, Hausbesuche sowie telefonische Beratungen. Inkludieren Sie bitte auch Besuche in Spitals- oder Unfallambulanzen, jedoch nicht Spitalsaufenthalte.

Bitte Liste C2.A vorlegen.

Kontakte, die ausschließlich getätigt wurden, um einen Termin auszumachen, sollen nicht gezählt werden. Es sollen nur Arztbesuche wegen eines eigenen Gesundheitsproblems gezählt werden. Begleitung eines Kindes, Ehepartners etc. ist nicht zu inkludieren.

C2.1 Wann haben Sie das letzte Mal eine(n) (Arzt aus Liste C2.A) aufgesucht?

- 1 *Vor weniger als 12 Monaten, also nach dem TAGMONATJAHR*
- 2 *Vor mehr als 12 Monaten, also vor dem TAGMONATJAHR oder nie* *weiter mit
nächstem Arzt aus Liste C2.A

Antwortmöglichkeiten vorlesen.

C2.2 Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen, also seit dem TAGMONATJAHR, eine(n) (Arzt aus Liste C2.A) konsultiert?

..... *Mal*

C2.3 Berücksichtigen Sie bitte nur den letzten Arztbesuch. Was war der Hauptgrund für den letzten Arztbesuch? Bitte Liste C2.B vorlegen.

- 1 Unfall oder Verletzung
- 2 Krankheit oder Gesundheitsbeschwerde
- 3 Nachuntersuchung, Kontrolle
- 4 Vorsorgeuntersuchung
- 5 Rezept (Verschreibung eines oder mehrerer Medikamente)
- 6 Aus administrativen Gründen (Überweisung, Attest etc.)
- 7 Aus anderen Gründen (z.B. kleine Operation)

Liste C2.A

- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin (praktischer Arzt/Ärztin)
- Spitals- oder Unfallambulanz
- Betriebsarzt/ärztin (nur an Erwerbstätige)
- Gynäkologe/in (nur bei Frauen)
- Urologe/in
- Hautarzt/ärztin
- Augenarzt/ärztin
- Internist/in
- Orthopäde/in
- HNO-Arzt/Ärztin
- Sonstiger Facharzt/ärztin (ausgenommen Zahnarzt/ärztin)

Die nächsten Fragen betreffen Besuche beim Zahnarzt/bei der Zahnärztin. Zunächst möchte ich Ihnen eine allgemeine Frage zu Ihren Zähnen stellen.

C2.4 Haben Sie eine Voll- oder Teilprothese? (Finnland)

- 1 *Vollprothese*
- 2 *Teilprothese*
- 3 *Keine Prothese, noch eigene Zähne*
- 4 *Keine Prothese, keine eigenen Zähne*

C2.5 Wann haben Sie das letzte Mal einen Zahnarzt/eine Zahnärztin aufgesucht?

- 1 *Vor weniger als 12 Monaten, also nach dem TAGMONATJAHR*
 2 *Vor mehr als 12 Monaten, also vor dem TAGMONATJAHR oder nie* *weiter mit C2.8

Antwortmöglichkeiten vorlesen.

C2.6 Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen, also seit dem TAGMONATJAHR, einen Zahnarzt/eine Zahnärztin konsultiert?

..... Mal

C2.7 Berücksichtigen Sie bitte nur den letzten Zahnarztbesuch. Was war der Hauptgrund für diesen Arztbesuch? Bitte Liste C2.C vorlegen.

- 1 *Schmerzen oder Beschwerden*
 2 *Kontrolluntersuchung*
 3 *Behandlung nach Kontrolluntersuchung*
 4 *Fortsetzung einer Behandlung*
 5 *Zahnspange*
 6 *Zahnprothese*
 7 *Mundhygiene*
 8 *Aus anderen Gründen*

Die nächsten Fragen betreffen sonstige Gesundheitsdienstleistungen.**C2.8 Haben Sie in den letzten 12 Monaten, also seit dem TAG MONAT JAHR sonstige Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen?**

- 1 *Ja*
 2 *Nein* *weiter mit C2.10

C2.9 Welche sonstigen Gesundheitsdienstleistungen haben Sie in Anspruch genommen? (Mehrfachantworten möglich)

- 1 *Physiotherapie*
 2 *Ergotherapie*
 3 *Logopädie*
 4 *Homöopathie*
 5 *Akupunktur*
 6 *Psychotherapie*
 7 *Ernährungsberatung*
 8 *Hauskrankenpflege*
 9 *Komplementäre Behandlungsmethoden (z.B. Kinesiologie, Phytotherapie, Traditionelle Chinesische Medizin etc.)*
 10 *Sonstige Gesundheitsdienstleistungen*

Gesundheitsdienstleistungen im Ausland (Ergänzungswunsch BMGF)**Die nächsten Fragen betreffen Gesundheitsdienstleistungen, die Sie im Ausland in Anspruch genommen haben.****C2.10 Wie oft haben Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit dem TAG MONAT JAHR Gesundheitsdienstleistungen im Ausland in Anspruch genommen?**

..... Mal * bei 0 weiter mit C2.16

Einstufung: Einleitungssatz nur dann vorlesen, wenn bei C2.10 2 oder mehr angegeben wurde.**Bei den folgenden Fragen berücksichtigen Sie bitte nur die letzte Gesundheitsdienstleistung, die Sie im Ausland in Anspruch genommen haben.****C2.11 War das ein stationärer Aufenthalt (Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt) oder eine ambulante Behandlung (z.B. Arztordination)?**

- 1 *Stationär*

- 2 *Ambulant*
3 *Beides*
- C2.12 **Wurde diese Gesundheitsdienstleistung auf Grund einer akuten Erkrankung oder eines Unfalls während eines Auslandsaufenthaltes in Anspruch genommen?**
1 *Ja*
2 *Nein*
- C2.13 **In welchem Land wurde die Gesundheitsdienstleistung in Anspruch genommen?**
..... *Thesaurus*
- C2.14 **Welche Gesundheitsdienstleistung wurde in Anspruch genommen?**
1 *Zahnbehandlung*
2 *Chirurgischer Eingriff*
3 *Andere medizinische Behandlung*
4 *Sonstige (z.B. Kuraufenthalte)*
- C2.15 **Wie viel haben Sie insgesamt privat dafür ausgegeben, abzüglich etwaiger Refundierung durch die Krankenkasse? (Liste C2.D vorlegen)**
1 *Behandlung noch nicht abgeschlossen*
2 *Behandlung noch nicht abgerechnet*
3 *bis 250 Euro*
4 *251 bis 500 Euro*
5 *501 bis 1.000 Euro*
6 *1.001 bis 2.000 Euro*
7 *2.001 bis 3.000 Euro*
8 *3.001 bis 4.000 Euro*
9 *4.001 bis 5.000 Euro*
10 *über 5.000 Euro*

Betreuung im Krankheitsfall/bei Pflegebedürftigkeit (Ergänzungswunsch AG ATHIS)

Ich möchte Ihnen nun eine Frage zur Betreuung im Krankheitsfall stellen.

- C2.16 **Wenn Sie häusliche Pflege benötigen, wer betreut Sie vorwiegend, wenn Sie bis zu einer Woche krank sind? (Liste C2.E vorlegen)**
1 *Ehegatte(in), Lebensgefährte(in)*
2 *(Schwieger-)Tochter*
3 *(Schwieger-)Sohn*
4 *Eltern*
5 *Sonstige Verwandte*
6 *Freunde, Bekannte, Nachbarn*
7 *Soziale Dienste*
8 *Sonstige bezahlte Hilfe*
9 *Niemand*
- C2.17 **Wenn Sie häusliche Pflege benötigen, wer betreut Sie vorwiegend bei längerer Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit? (Liste C2.E vorlegen)**
1 *Ehegatte(in), Lebensgefährte(in)*
2 *(Schwieger-)Tochter*
3 *(Schwieger-)Sohn*
4 *Eltern*
5 *Sonstige Verwandte*
6 *Freunde, Bekannte, Nachbarn*
7 *Soziale Dienste*
8 *Sonstige bezahlte Hilfe*

9 *Niemand*

C3 Gesundheitsvorsorge (C3.1a- h Ergänzungswunsch AG ATHIS, C3.2 – C3.11 EUROHIS, Übersetzung ST.AT, C3.12 – C3.17 Arbeitsgruppe ATHIS)

Jetzt möchte ich Ihnen einige Fragen zur Gesundheitsvorsorge stellen.

C3.1 **Haben Sie einen aufrechten Impfschutz gegen** (Impfung aus Liste C3)?

- 1 *Ja*
 2 *Nein*
 Weiß nicht

Liste C3

- Grippe (Influenza) (Auffrischung jährlich)
- Tetanus (Auffrischung alle 10 Jahre, über 60 alle 5 Jahre)
- Diphtherie (Auffrischung alle 10 Jahre, über 60 alle 5 Jahre)
- Polio (Kinderlähmung) (Auffrischung alle 10 Jahre)
- Zeckenkrankheit (FSME) (Auffrischung alle 5 Jahre (nach der 4. Einzeldosis), über 60 alle 3 Jahre)
- Pneumokokken (Lungenschutzimpfung) (Auffrischung alle 5 Jahre nur bei besonderem Risiko)
Einstufung: nur bei Alter >= 60+
- Hepatitis B (Gelbsucht) (Auffrischung entsprechend dem Antikörpertiter)
- Hepatitis A (Auffrischung entsprechend alle 10 Jahre)

C3.2 **Wann wurde Ihr Blutdruck zum letzten Mal von einem/r Angehörigen eines Gesundheitsberufes gemessen?**

- 1 *Innerhalb der letzten 12 Monate*
 2 *Vor ein bis 5 Jahren* *weiter mit C3.5
 3 *Nicht innerhalb der letzten 5 Jahre* *weiter mit C3.5
 4 *Noch nie* *weiter mit C3.5
 Weiß nicht *weiter mit C3.5

C3.3 **Wurde Ihnen innerhalb des letzten Jahres von einem/r Angehörigen eines Gesundheitsberufes einmal gesagt, dass Sie erhöhten Blutdruck haben?**

- 1 *Ja*
 2 *Nein* *weiter mit C3.5

C3.4 **Haben Sie Ihren Lebensstil geändert, um den Blutdruck zu senken?**

- 1 *Ja*
 2 *Nein*

C3.5 **Wann wurde Ihr Cholesterin zum letzten Mal gemessen?**

- 1 *Innerhalb der letzten 12 Monate*
 2 *Vor ein bis 5 Jahren* *weiter mit C3.8
 3 *Nicht innerhalb der letzten 5 Jahre* *weiter mit C3.8
 4 *Noch nie* *weiter mit C3.8
 Weiß nicht *weiter mit C3.8

C3.6 **Wurde Ihnen innerhalb des letzten Jahres einmal von einem/r Angehörigen eines Gesundheitsberufes gesagt, dass Sie erhöhtes Cholesterin haben?**

- 1 *Ja*
 2 *Nein* *weiter mit C3.8

C3.7 **Haben Sie Ihren Lebensstil geändert, um ihr Cholesterin zu senken?**

- 1 *Ja*
 2 *Nein*

Einstufung: Fragen C3.8 bis C3.11 nur bei Geschlecht = weiblich. Fragen C3.8 bis C3.9 wenn Alter >=40.

- C3.8 **Wurde bei Ihnen jemals eine Mammographie durchgeführt (das ist eine spezielle Röntgenuntersuchung einer oder beider Brüste)?**
- 1 Ja
- 2 Nein *weiter mit C3.10
- Weiß nicht *weiter mit C3.10
- C3.9 **Wann wurde bei Ihnen das letzte Mal eine Mammographie durchgeführt?**
- 1 Innerhalb der letzten 12 Monate
- 2 Vor ein bis 3 Jahren
- 3 Nicht innerhalb der letzten 3 Jahre
- Weiß nicht
- C3.10 **Wurde bei Ihnen jemals ein Krebsabstrich (Gebärmutterhalsabstrich) durchgeführt (das ist ein Abstrich, der vom Frauenarzt/von der Frauenärztin zur Krebsfrüherkennung genommen wird)?**
- 1 Ja
- 2 Nein *weiter mit C3.14
- Weiß nicht *weiter mit C3.14
- C3.11 **Wann wurde bei Ihnen das letzte Mal ein Krebsabstrich vorgenommen?**
- 1 Innerhalb der letzten 12 Monate
- 2 Vor ein bis 3 Jahren
- 3 Nicht innerhalb der letzten 3 Jahre

Einstufung: Fragen C3.12 bis C3.13 nur bei Geschlecht = männlich, Alter >=40.

- C3.12 **Wurde bei Ihnen jemals eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Prostatakrebs mittels PSA-Test durchgeführt?**
- 1 Ja
- 2 Nein *weiter mit C3.14
- Weiß nicht *weiter mit C3.14
- C3.13 **Wann wurde bei Ihnen das letzte Mal ein PSA-Test durchgeführt?**
- 1 Innerhalb der letzten 12 Monate
- 2 Vor ein bis 3 Jahren
- 3 Nicht innerhalb der letzten 3 Jahre
- Weiß nicht

Einstufung: Fragen C3.14 bis C3.15 nur bei Alter >=40.

- C3.14 **Wurde bei Ihnen jemals eine Darmspiegelung (Koloskopie) zur Darmkrebsvorsorge durchgeführt?**
- 1 Ja
- 2 Nein *weiter mit C3.16
- Weiß nicht *weiter mit C3.16
- C3.15 **Wann wurde bei Ihnen das letzte Mal eine Darmspiegelung durchgeführt?**
- 1 Innerhalb der letzten 12 Monate
- 2 Vor ein bis 3 Jahren
- 3 Nicht innerhalb der letzten 3 Jahre
- Weiß nicht
- C3.16 **Waren Sie jemals bei einer kostenlosen Gesundenuntersuchung (Vorsorgeuntersuchung)?**

- 1 Ja
 2 Nein *weiter mit C4.1
 Weiß nicht *weiter mit C4.1

C3.17 Wann waren Sie das letzte Mal bei einer kostenlosen Gesundenuntersuchung?

- 1 Innerhalb der letzten 12 Monate
 2 Vor ein bis 3 Jahren
 3 Nicht innerhalb der letzten 3 Jahre

C4 Medikamente (EUROHIS, Übersetzung ST.AT)

Nun folgen einige Fragen zum Medikamentenkonsum.

Es handelt sich um alle Arten von Medikamenten, einschließlich der homöopathischen Produkte, der Produkte auf pflanzlicher Basis, der pharmazeutisch hergestellten Produkte, Vitamine und Mineralien, Schlaf- und Beruhigungsmittel, die Pille, Salben, Injektionen, Hustensäften, Pastillen.....

C4.1 Haben Sie in den letzten beiden Wochen von einem Arzt/einer Ärztin verordnete Medikamente eingenommen?

- 1 Ja
 2 Nein *weiter mit C4.3

C4.2 Ich gehe mit Ihnen die Liste durch, bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie solche Medikamente innerhalb der letzten beiden Wochen eingenommen haben. (Liste C4.A vorlegen)

- | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| a) Bluthochdruck? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Andere Herzkrankheiten? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| c) Erhöhten Cholesterinspiegel? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| d) Diabetes? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Gelenksschmerzen (Arthrose, Arthritis)? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| f) Kopfschmerzen oder Migräne? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| g) Andere Schmerzen? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| h) Asthma? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| i) Chronische Bronchitis oder Emphysem? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| j) Allergische Symptome (z.B. Ausschlag oder Schnupfen)? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| k) Depression? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| l) Anspannung oder Angstgefühl | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| m) Verdauungsbeschwerden? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| n) Schlaftabletten? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| o) Antibiotika wie z.B. Penicillin? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| p) Die Pille? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| q) Hormone gegen Menopause/Andropause oder Osteoporose? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| r) Andere, vom Arzt verordnete Medikamente? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |

C4.3 Haben Sie in den letzten beiden Wochen Medikamente eingenommen, die nicht von einem Arzt verordnet waren (rezeptfreie Medikamente)?

- 1 Ja
 2 Nein *weiter mit B7.1

C4.4 Ich gehe mit Ihnen die Liste durch, bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie solche Medikamente innerhalb der letzten beiden Wochen eingenommen haben. (Liste C4.B vorlegen)

- | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| a) Gelenksschmerzen (Arthrose, Arthritis)? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Kopfschmerzen oder Migräne? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |
| c) Andere Schmerzen? | 1 <input type="checkbox"/> Ja | 2 <input type="checkbox"/> Nein |

- d) Erkältung, Erkältungskrankheit oder Halsschmerzen? 1 Ja 2 Nein
- e) Allergische Symptome (z.B. Ausschlag oder Schnupfen)? 1 Ja 2 Nein
- f) Verdauungsbeschwerden? 1 Ja 2 Nein
- g) Vitamine, Mineralstoffe oder Tonikum? 1 Ja 2 Nein
- h) Andere Medikamente, die nicht vom Arzt verordnet wurden? 1 Ja 2 Nein

Modul EBM – European Background Module

Wir sind jetzt mit dem Gesundheitsteil fertig. Darf ich Ihnen zum Schluss noch einige allgemeine Fragen zur Lebenssituation stellen?

B8 Haushaltsgröße (SILC)

B8.2 **Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?**

.....Anzahl

B8.3 **Davon Kinder (unter 14 Jahren)?**

.....Anzahl

B3 Familienstand, Lebensform

B3.1 **Was ist Ihr gegenwärtiger Familienstand?** (SILC, PERS 114)

- 1 Ledig
- 2 Verheiratet, zusammenlebend *weiter mit B4.3
- 3 Verheiratet, getrennt lebend
- 4 Verwitwet
- 5 Geschieden

B3.2 **Leben Sie in einer Lebensgemeinschaft?** (SILC, PERS 115)

- 1 Ja
- 2 Nein

B4 Staatsbürgerschaft, Geburtsland

B4.3 **Welche Staatsbürgerschaft besitzen Sie?** (LFS B5)

- 1 Österreichische Staatsbürgerschaft
- 2 Andere Staatsbürgerschaft (inkl. Staatenlose), nämlich..... (Codes Lt. Liste A „Staatenliste“ von LFS)

B4.4 **In welchem Land sind Sie geboren (heutige Staatsgrenze)? Wenn nicht in Österreich, geben Sie bitte das Land an.** (LFS B6)

- 1 Österreich *weiter mit B5.1
- 2 In anderem Land, nämlich..... (Thesaurus hinterlegt)

B4.6 **Seit welchem Jahr leben Sie ohne Unterbrechung in Österreich?** (LFS B7)

Seit dem Jahr _____ YYYY

B5 Schulbildung (LFS K9)

B5.1 **Was ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung?**

Liste B5 vorlegen.

- 1 Pflichtschule
- 1 abgeschlossen (ISCED 2)
- 2 nicht abgeschlossen (ISCED 1)
- 2 Lehre mit Berufsschule
- 3 Fach- oder Handelsschule ohne Matura
- 1 kürzer als 2 Jahre (ISCED 2)

- 2 2 Jahre und länger (ISCED 3)
- 2 Diplomkrankenpflege (ISCED 4)
- 4 Höhere Schule mit Matura
 - 1 AHS (z.B. Gymnasium) (ISCED 3)
 - 2 BHS (z.B. HAK, HTL) (ISCED 4)
- 5 Studium an Universität, Fachhochschule
 - 1 Universität (ISCED 5a)
 - 2 Fachhochschule (ISCED 5a)
 - 5a Zusätzlich Doktorat nach akad. Erstabschluss
 - 1 Ja (ISCED 6)
 - 2 Nein
- 6 Andere Ausbildung nach der Matura
 - 1 Kolleg, Abiturientenlehrgang (ISCED 5b)
 - 2 Akademie (Pädak, SozAK, Med.-Tech. Akademie) (ISCED 5b)
 - 3 Universitätslehrgang (ohne vorangegangenes Studium) (ISCED 5b)

Einstufung: Frage B5.2, wenn bei B5.1 Position 1 bis 4 angegeben wurde.

B5.2 Haben Sie sonst noch eine Ausbildung abgeschlossen, wie z.B. Meister- oder Werkmeisterprüfung, MBA oder Berufsreifeprüfung? (LFS K11)

- 1 Meister- oder Werkmeisterprüfung (ISCED 5b)
- 2 MBA, MAS, anderer Postgraduate-Lehrgang (ISCED 5a)
- 3 Anderes (ISCED 5a)
- 4 Keine weitere Ausbildung

B6 Lebensunterhalt, Beruf

Einstufung: Fragen B6.2 bis B6.8, wenn B6.1=1.

B6.2 Welchen Beruf üben Sie aus (Hauptberuf, genaue Bezeichnung)? (LFS D1)

.... (offene Nennung, Thesaurus hinterlegt analog LFS, ISCO-Codierung)

B6.3 Welche berufliche Stellung haben Sie (Hauptberuf)? (LFS D2)

Antwort zuordnen – wenn keine Antwort kommt, die Ausprägungen vorlesen.

- 1 Angestellte(r)
- 2 Arbeiter(in)
- 3 Beamter(-/in)
- 4 Vertragsbedienstete(r)
- 5 Freie(r) Dienstnehmer(in)
- 6 Selbständig ohne Arbeitnehmer
- 7 Selbständig mit Arbeitnehmern
- 8 Mithelfende(r) Familienangehörige(r)

B6.4 Können Sie diese Tätigkeit näher definieren? (LFS D3)

Eintragung in Matrix, nur eine Eintragung möglich. Nur in grau hinterlegten Feldern kann eingetragen werden.

	Berufsklassifikationsmatrix	Angestellte/ Beamte/VB	Freie Dienst- nehmer	Arbeiter	Selb- ständige	Mit- helfende
M a n u e	Lehrvertrag (Lehrling)					
	Hilfstätigkeit (manuell)					
	Angelernte Tätigkeit					
	Facharbeiter(in)					

I I	Vorarbeiter(in)/Meister(in)					
A n d e r e s	Lehrvertrag (Lehrling)					
	Hilfstätigkeit (sonstige)					
	Mittlere Tätigkeit					
	Höhere Tätigkeit					
	Hochqualifizierte Tätigkeit					
	Führende Tätigkeit					
S e l b s t ä n d i g e	Landwirtschaft					
	LW klein					
	LW mittel					
	LW groß					
	Freiberufler					
	Sonstige Selbständige					
	Neue Selbständige					
	Gewerbescheinbesitzer					

B6.5 **Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen in der Nacht** (zwischen 22 und 6 Uhr) gearbeitet? (LFS D11)

- 1 *An mindestens der Hälfte der Arbeitstage*
 2 *Seltener*
 3 *Nie*

B6.6 **Arbeiten Sie derzeit in Schichtarbeit oder Turnus- oder Wechseldienst?** (LFS D28)

- 1 *Ja*
 2 *Nein*

B6.7 **Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche, einschließlich regelmäßig geleisteter Überstunden und Mehrstunden?** (LFS D18)

- ____, _ Stunden *wenn 30-35 Stunden, weiter mit B6.8, sonst B7.1
 1 *sehr stark schwankend*

Lehrer geben bei voller Lehrverpflichtung 40 Stunden an!

B6.8 **Wenn Sie sich selbst einschätzen: Arbeiten Sie Teilzeit oder Vollzeit?** (LFS D14)

- 1 *Teilzeit* *weiter mit B7.1
 2 *Vollzeit* *weiter mit B7.1

B6.9 **Waren Sie jemals berufstätig, kurze Gelegenheitsjobs ausgenommen?** (LFS J1)

- 1 *Ja*
 2 *Nein* *weiter mit B7.1

Einstufung: Fragen B6.9 bis B6.12, wenn 2 ≤ B6.1 = 9.

B6.10 **Als was haben Sie zuletzt gearbeitet? Waren Sie zuletzt...** (LFS J2)

Antwort zuordnen – wenn keine Antwort kommt, die Ausprägungen vorlesen.

- 1 *Angestellte(r)*
 2 *Arbeiter(in)*
 3 *Beamter(-/in)*
 4 *Vertragsbedienstete(r)*
 5 *Freie(r) Dienstnehmer(in)*
 6 *Selbständig ohne Arbeitnehmer*
 7 *Selbständig mit Arbeitnehmern*
 8 *Mithelfende(r) Familienangehörige(r)*

B6.11 **Welchen Beruf übten Sie zuletzt aus?** (LFS J6)

..... (offene Nennung, Thesaurus hinterlegt analog LFS, ISCO-Codierung)

B6.12 Können Sie diese Tätigkeit näher definieren? (LFS D3)

Eintragung in Matrix, nur eine Eintragung möglich. Nur in grau hinterlegten Feldern kann eingetragen werden.

	Berufsklassifikationsmatrix	Angestellte/ Beamte/VB	Freie Dienst- nehmer	Arbeiter	Selb- ständige	Mit- helfende
M a n u e l l	Lehrvertrag (Lehrling)					
	Hilfstätigkeit (manuell)					
	Angelernte Tätigkeit					
	Facharbeiter(in)					
	Vorarbeiter(in)/Meister(in)					
A n d e r e s	Lehrvertrag (Lehrling)					
	Hilfstätigkeit (sonstige)					
	Mittlere Tätigkeit					
	Höhere Tätigkeit					
	Hochqualifizierte Tätigkeit					
Führende Tätigkeit						
S e l b s t ä n d i g e	Landwirtschaft					
	LW klein					
	LW mittel					
	LW groß					
	Freiberufler					
	Sonstige Selbständige					
	Neue Selbständige					
Gewerbescheinbesitzer						

B7 Einkommen (SILC 39a+b kombiniert)

B7.1 Was würden Sie sagen, wie viel Einkommen Ihrem Haushalt netto pro Monat zur Verfügung steht? Denken Sie bitte an alle Einkünfte: Erwerbseinkommen, Pensionen, Sozialleistungen (z.B.: Familienbeihilfe, Pflegegeld), regelmäßige private Geldleistungen (z.B. Alimente) usw. und sagen Sie mir, in welche Stufe der Betrag fällt. (VOR Abzug allfälliger Ausgaben wie Miete etc).

Liste B7 vorlegen

- 1 1 - 600
- 2 601 - 900
- 3 901 - 1.200
- 4 1.201 - 1.500
- 5 1.501 - 1.800
- 6 1.801 - 2.200
- 7 2.201 - 2.600
- 8 2.601 - 3.000
- 9 3.001 - 3.500
- 10 3.501 - 4.000
- 11 4.001 - 4.500
- 12 4.501 - 5.000
- 13 5.001 - 6.000

- 14 7.001 - 8.000
- 15 8.001 - und darüber
- Keine Angabe
- Weiß nicht

Jetzt sind wir am Ende der mündlichen Befragung. Es gibt noch einige ergänzende Fragen zur Lebensqualität. Dafür ersuche ich Sie, diesen schriftlichen Fragebogen auszufüllen. In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen.

Schriftlichen Fragebogen übergeben. Erfahrungsbericht ausfüllen.

Ich danke Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich Zeit für die Befragung genommen haben.