
Dezember 2015

Instrumentendokumentation PREFER I
Personale Ressourcen von älteren Menschen mit
Mehrfacherkrankungen: Stärkung effektiven
Gesundheitsverhaltens

*Susanne Wurm, Benjamin Schüz, Clemens Tesch-Römer,
Jochen Ziegelmann, Lisa Warner & Ralf Schwarzer*

DOI: 10.5156/PREFER.2009.D.001

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
Forschungsdatenzentrum (FDZ-DZA)
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Telefon +49 (0)30 – 26 07 40-0
Telefax +49 (0)30 – 78 54 350
E-Mail fdz@dza.de
Internet www.dza.de

Instrumentendokumentation PREFER I

Personale Ressourcen von älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen: Stärkung effektiven Gesundheitsverhaltens

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. Stichprobe.....	2
3. Befragungsmethoden	3
4. Beteiligte Personen und Kontakt	4
5. Nutzung der Daten.....	4
6. Erhebungsunterlagen	4
7. Allgemeine Anmerkungen.....	4
8. Erhebungsunterlagen: Computer Assisted Personal Interview (CAPI).....	5
10. Zusatzmaterial CAPI: Bogen 37 T3	52
11. Zusatzmaterial CAPI: Zahlen und Zeichen Test T1	53
12. Erhebungsunterlagen: Schriftlicher Fragebogen T1 und T3.....	54
13. Erhebungsunterlagen: Schriftlicher Fragebogen T2	78

1. Einleitung

PREFER I war ein Kooperationsprojekt des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) und der Freien Universität Berlin, Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie. Das Projekt war Teil des multizentrischen Berliner Forschungsverbundes AMA (Autonomie trotz Multimorbidität im Alter). PREFER I wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), Kennzeichen 01ET0702, gefördert. Der Zeitraum der ersten Förderphase war Januar 2008 bis Dezember 2012.

Das Projekt PREFER I erforschte, welche psychosozialen Ressourcen bei älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) Autonomie und Lebensqualität ermöglichen und aufrechterhalten. Im Rahmen des Projektes wurde vor allem untersucht, ob individuelle Vorstellungen über das eigene Älterwerden sowie Überzeugungen und Einstellungen mit Gesundheitsverhalten wie Ernährung, Bewegung und regelmäßiger Medikamenteneinnahme zusammenhängen. Diese Gesundheitsverhaltensweisen stellen eine wichtige Einflussgröße für Lebensqualität und Autonomie im Alter dar. Besonderes Augenmerk richtete PREFER I auch auf das Phänomen, dass ältere Menschen häufig fest beabsichtigen, sich gesund zu verhalten, dies allerdings im Alltag oft nicht in aktives Handeln umsetzen können.

2. Stichprobe

Die Befragung im Rahmen der 1. Förderphase von PREFER war eine Folgebefragung des Deutschen Alterssurvey (DEAS), der vom Deutschen Zentrum für Altersfragen durchgeführt wurde. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer von PREFER I hatten zuvor an der dritten Welle des DEAS teilgenommen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Studie PREFER I wurden nach den folgenden Einschlusskriterien ausgewählt:

- Alter: 65 Jahre oder älter
- Gesundheitszustand: mindestens zwei Erkrankungen aus einer Liste von Erkrankungen (DEAS)
- Befragungsbereitschaft: schriftlich erklärte Bereitschaft, an weiteren Befragungen mitzuwirken

Nach der Datenerhebung des Deutschen Alterssurvey wurden Personen, die diese Einschlusskriterien erfüllten, im Februar 2009 angeschrieben, mit dem Ziel, im Rahmen von PREFER I rund 300 Personen vertiefend befragen zu können.

Insgesamt nahmen 309 Personen an PREFER I teil und wurden im März 2009 von einem Interviewer oder einer Interviewerin des Feldforschungsinstituts infas, Institut für angewandte Sozialwissenschaft, besucht. Bei diesem Termin wurde ein computergestütztes persönliches Interview (CAPI), verschiedene Gesundheitsmessungen (Lungenfunktionstest, Sit-to-stand-Test) und eine Vollerfassung aller Medikamente, die die Person einnimmt, durchgeführt. Außerdem wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Im Juni 2009 wurde eine erste Wiederholungsbefragung durchgeführt, bei der erneut ein Fragebogen eingesetzt wurde. Im September 2009 wurde eine abschließende dritte Befragung durchgeführt, bei der nochmals ein CAPI, Gesundheitsmessungen sowie ein Fragebogen zum Einsatz kamen.

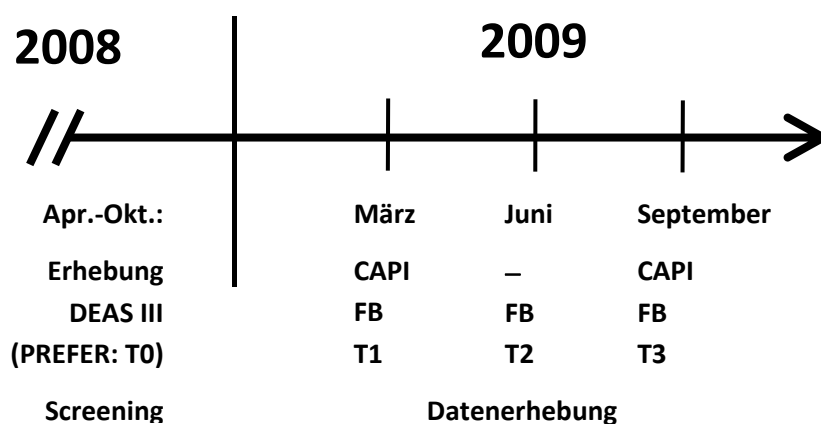


Abbildung 1: Studiendesign PREFER I

3. Befragungsmethoden

Die Datenerhebung erfolgte in mehreren Teilen. Sie umfasste einerseits ein mündliches Interview vor Ort (d.h. in der Regel zuhause bei den Befragten). Diese persönlichen Interviews wurden durch geschulte Interviewer und Interviewerinnen anhand eines standardisierten Fragebogens durchgeführt.

Zusätzlich erhielten die Befragten einen von Ihnen selbst auszufüllenden schriftlichen Fragebogen. Personen, die den Fragebogen nicht selbstständig bearbeiten konnten, erhielten das Angebot, diesen ebenfalls gemeinsam mit den Interviewern auszufüllen.

An das mündliche Interview schlossen sich je nach Messzeitpunkt Kurztests der kognitiven Leistungsfähigkeit, der Lungenfunktionsfähigkeit und körperlichen Funktionsfähigkeit an.

4. Beteiligte Personen und Kontakt

Folgende Personen waren am Projekt PREFER beteiligt:

- Dr. Susanne Wurm, DZA (Projektleitung), jetzt: Professur für Psychogerontologie, Universität Erlangen-Nürnberg. Kontakt: susanne.wurm@fau.de
- Dr. Benjamin Schüz, DZA, jetzt: Senior Lecturer, University of Tasmania, Australien
- Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer, DZA
- Dr. Jochen P. Ziegelmann, DZA
- Dr. Lisa M. Warner, DZA und Freie Universität Berlin
- Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Freie Universität Berlin

5. Nutzung der Daten

Die anonymisierten Daten des Projekts PREFER I sind für Sekundäranalysen verfügbar. Die Daten werden anderen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern an Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken zur Verfügung gestellt. Bitte kontaktieren Sie bei Interesse an der Datennutzung das Forschungsdatenzentrum des DZA (www.dza.de/fdz.html).

6. Erhebungsunterlagen

Nachstehend sind folgende Erhebungsunterlagen für die drei Messzeitpunkte des PREFER I Projekts zu finden:

- CAPI-Vorlage für das mündliche Interview zu T1 und T3
- Schriftlicher Fragebogen (drop-off) zu T1, T2 und T3

7. Allgemeine Anmerkungen

Die Variablennamen wurden nach diesem Schema vergeben:

- av: T1 Interview
 - af: T1 Fragebogen
 - bf: T2 Fragebogen (zu T2 gab es kein Interview)
 - cv: T3 Interview
 - cf: T3 Fragebogen
- Sprünge in der Benummerung sind geplant (es fehlen hier keine Variablen)

- Nummern in Klammern bei den Interviewvariablen signalisieren, dass diese Items auch im Deutschen Alterssurvey 2008 erfasst wurden
- Ein Großteil der Items aus den Fragebögen muss umkodiert werden

8. Erhebungsunterlagen: Computer Assisted Personal Interview (CAPI)

Anmerkungen:

- CAPI fand statt zu T1 und T3 (zu T2 fand kein CAPI statt)
- Zeitbezug „letztes Interviewdatum“ (Vermerk auf KP) bei T1 ist es das Interview im Rahmen des Alterssurveys 2008, bei T3 ist es T1
- Bei Vermerk „Liste vorlegen“ wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein Blatt mit den Auswahlmöglichkeiten in großer Schrift vorgelegt

Variablen-name	<i>Progr: Zeitstempel</i>	Weiter mit
lfdnr	<p>Aufnahme Interviewnummer (6stellig)</p> <p>Aufnahme Interviewdatum</p> <p>Aufnahme Laufende Nummer (8stellig)</p> <p><i>Progr: Für die Hauptstudie: Gültigkeitsbereich beschränken auf Laufende Nummern, die in der Stichprobe vorhanden sind. Möglichkeit vorsehen, dass (im Notfall) trotz Abweichung der eingegebenen Nummer das Interview geführt werden kann.</i></p> <p><i>Progr: Datum des letzten Interviews über hinterlegter Liste über lfd einblenden. Kein Verweis aus das KP mehr notwendig.</i></p> <p><i>Progr: Bei Datumsangabe Jahr 2009 einblenden, muss nicht eingegeben werden</i></p>	
intdat_t intdat_m intdat_j	<p><i>Progr: Zweite Eingabeschleife vorsehen und Abgleich der Eingaben vornehmen</i></p> <p><i>Interviewnummer:</i></p> <p>Um Fehleingaben zu vermeiden geben Sie bitte erneut Ihre</p>	

<p>Interviewnummer ein</p> <p><i>laufende Nummern:</i></p> <p>Bitte wiederholen Sie die laufende Nummer (vgl. Angabe auf dem Kontaktprotokoll)</p> <p><i>Interviewdatum</i></p> <p>Bitte geben Sie auch noch einmal das Interviewdatum ein</p> <p><i>Progr: nach jeder Zweiteingabe...</i></p> <p>a) <i>Abgleich Interviewnummer vornehmen</i></p> <p>b) <i>Abgleich laufende Nummer vornehmen</i></p> <p>c) <i>Abgleich Interviewdatum vornehmen</i></p> <p><i>Wenn Erst- und Zweiteingabe nicht übereinstimmen, dann einblenden:</i></p> <p>zu a)</p> <p><i>Sie haben zwei unterschiedliche Interviewnummern eingegeben. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe. Welche der Nummern ist richtig?</i></p> <p>1: <i>Interviewnummer <Progr: Ersteingabe einblenden> ist richtig</i></p> <p>2: <i>Interviewnummer <Progr: Zweiteingabe einblenden> ist richtig</i></p> <p>3: <i>beide Nummern sind fehlerhaft</i></p> <p><i>Progr: Bei Code 1 und 2 geht es weiter, richtige Nummer gesondert abspeichern. Bei Code 3 wieder zurück zur Zweiteingabe (vgl. Alterssurvey)</i></p> <p>zu b)</p> <p><i>Sie haben zwei unterschiedliche laufende Nummern (lfd) eingegeben. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe und</i></p>	
--	--

	<p><i>vergleichen Ihre Angabe mit der lfd auf dem Kontaktprotokoll. Welche der Nummern ist richtig?</i></p> <p><i>1: laufende Nummer <Progr: Ersteingabe einblenden> ist richtig</i></p> <p><i>2: laufende Nummer <Progr: Zweiteingabe einblenden> ist richtig</i></p> <p><i>3: beide Nummern sind fehlerhaft</i></p> <p><i>Progr: Bei Code 1 und 2 geht es weiter, richtige Nummer gesondert abspeichern. Bei Code 3 wieder zurück zur Zweiteingabe</i></p> <p><i>zu c)</i></p> <p><i>Sie haben zwei unterschiedliche Datumsangaben eingegeben. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe. Welches Datum entspricht dem heutigen Tag?</i></p> <p><i>1: Datum <Progr: Ersteingabe einblenden> entspricht dem Interviewtag</i></p> <p><i>2: Datum <Progr: Zweiteingabe einblenden> entspricht dem Interviewtag</i></p> <p><i>3: beide Angaben sind fehlerhaft</i></p> <p><i>Progr: Bei Code 1 und 2 geht es weiter, richtiges Datum gesondert abspeichern. Bei Code 3 wieder zurück zur Zweiteingabe Datum</i></p>	
	<p>Liebe/r Frau / Herr _____ <INT: Namen der ZP vom KP nennen>, vielen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben, an dieser erneuten Befragung teilzunehmen.</p> <p>Wie bereits angekündigt, geht es in dieser Befragung vor allem um Ihre Gesundheit. Im Folgenden werde ich Ihnen zunächst einige <u>Fragen</u> zu Ihrer Gesundheit stellen. Anschließend möchte ich mit Ihnen einige <u>Gesundheitsmessungen</u> durchführen. Abschließend möchte ich Ihnen noch einen Fragebogen mit vertiefenden Fragen geben und Sie bitten, diesen gleich heute oder in den nächsten Tagen auszufüllen.</p>	

	Bei manchen der folgenden Fragen interessiert uns, ob und was sich bei Ihnen in der Zeit seit dem letzten Gespräch, das Sie mit einem unserer Infas-Interviewer geführt haben, verändert hat. Bitte denken Sie bei diesen Fragen an den Zeitraum seit dem letzten Gespräch, also seit < Progr: Monat und Jahr des letzten Interviews einblenden>.	
av1	Geschlecht der Zielperson	
cv1	INT: Frage nicht stellen! 1: Männlich 2: Weiblich	
av2_1	Nennen Sie mir doch bitte zunächst Ihr Geburtsdatum.	
av2_2		
av2_3	Tag: __ Monat: __ Jahr: _ _ _ _	
cv2_1	97: Verweigert 97: Verweigert 9997:	
cv2_2	Verweigert	
cv2_3	98: Weiß nicht 98: Weiß nicht 9998:	
	Weiß nicht	
	<i>Progr.: Kreiere eine Variable <Vollendetes Alter zum Interviewdatum>: Vom Interviewer eingegebenes Interviewdatum Monat&Jahr - Frage 2 Monat&Jahr.</i>	
	<i>Wenn in Fr.2 nur Jahr vorhanden: Interview-Jahr – Geburtsjahr.</i>	
	<i>Wenn in Fr.2 keine Jahresangabe vorhanden: Vollendetes Alter = sysmis.</i>	

	<p><i>Prog: Wenn berechnetes Alter in Frage 2 <64 Jahre ist, dann folgenden Text für Interviewer einblenden (informeller Filter)</i></p> <p>INT: Zielperson ist laut Altersberechnung jünger als 64 Jahre. Bitte Geburtsjahr und Eingabe des Interviewdatums prüfen.</p> <p>Als Interviewdatum ist erfasst: <Interviewdatum einblenden></p> <p>Als Geburtsjahr ist erfasst <Geburtsjahr der ZP einblenden></p> <p>1: Nur das Interviewdatum ist nicht korrekt, muss korrigiert werden</p> <p>2: Nur das Geburtsdatum ist nicht korrekt, muss korrigiert werden</p> <p>3: beide Angaben (Interview- und Geburtsdatum) sind nicht korrekt, müssen korrigiert werden</p> <p>4: beide Angaben sind korrekt erfasst</p>	
	<p><i>Prog: Wenn 2a = 1 oder 3</i></p> <p><i>INT: Das korrekte Interviewdatum ist: TT MM JJJJ</i></p>	
	<p><i>Prog: Wenn 2a = 2 oder 3</i></p> <p><i>INT: Das korrekte Geburtsdatum der Zielperson ist:</i></p> <p>Tag: __ __ Monat: __ __ Jahr: __ __ __</p> <p>97: Verweigert 97: Verweigert 9997: Verweigert</p> <p>98: Weiß nicht 98: Weiß nicht 9998: Weiß nicht</p> <p><i>Prog.: Kreiere eine Variable <Vollendetes Alter zum Interviewdatum>: Vom Interviewer eingegebenes Interviewdatum Monat&Jahr - Frage 2 Monat&Jahr.</i></p> <p><i>Wenn in Fr.2b nur Jahr vorhanden: Interview-Jahr – Geburtsjahr.</i></p>	

	<p><i>Wenn in Fr.2b keine Jahresangabe vorhanden: Vollendetes Alter = sysmis.</i></p>	
	<p><i>Prog: Wenn 2a = 4</i></p> <p>Wir befragen in dieser Studie leider nur Personen, die mindestens 64 Jahre alt sind. Ich bedanke mich für das Gespräch und wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.</p> <p><i>1: Interview beenden</i></p> <p><i>Progr: ordentlicher Ausstieg aus Interview</i></p>	
<p>av3</p> <p>cv3</p> <p>(2a)</p>	<p><i>Progr: nur wenn Altersprüfung ergeben hat, dass ZP 64 Jahre oder älter ist, dann weiter mit F3</i></p> <p>Einmal abgesehen von Ihrem tatsächlichen Alter: Wenn Sie es in Jahren ausdrücken sollen, wie alt fühlen Sie sich?</p> <p>___ Jahre</p> <p>997: Verweigert</p> <p>998: Weiß nicht</p>	
<p>av3a</p> <p>cv3a</p> <p>(501.)</p>	<p>Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?</p> <p>INT: Liste 3a vorlegen!</p> <p>1: Sehr gut</p> <p>2: Gut</p> <p>3: Mittel</p> <p>4: Schlecht</p> <p>5: Sehr schlecht</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	

<p>av4</p> <p>cv4</p> <p>(200)</p>	<p>Da sich der Familienstand verändern kann, möchte ich Sie heute noch einmal fragen: Welchen Familienstand haben Sie?</p> <p>INT: Liste 4 vorlegen.</p> <p>1: Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend</p> <p>2: Verheiratet, vom Ehepartner getrennt lebend</p> <p>3: Geschieden</p> <p>4: Verwitwet</p> <p>5: Ledig</p> <p>-----</p> <p>6: Eingetragene Lebenspartnerschaft</p> <p>-----</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>5</p> <p>4a</p> <p>4a</p> <p>4a</p> <p>4a</p> <p>-----</p> <p>5</p> <p>-----</p> <p>4a</p> <p>4a</p>
<p>av4a</p> <p>cv4a</p> <p>(200o)</p>	<p>Haben Sie derzeit einen festen Partner oder eine feste Partnerin?</p> <p>1: Ja</p> <p>2: Nein</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	

<p>av5</p> <p>cv5</p>	<p>Mussten Sie innerhalb der letzten Jahre aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen eine körperliche oder soziale Aktivität aufgeben? Mussten Sie zum Beispiel Sport, Gartenarbeiten, eine Vereinsaktivität oder eine ehrenamtliche Tätigkeit aufgeben?</p> <p>1: Ja</p> <hr/> <p>2: Nein</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>5a</p> <hr/> <p>6</p>
<p>av5a</p> <p>cv5a</p>	<p>Was für eine Aktivität mussten Sie aufgeben?</p> <p>INT: Falls ZP nicht nur eine, sondern mehrere Aktivitäten nennt , bitte nachfragen: „Bei welcher dieser Aktivitäten fiel es Ihnen am Schwersten, sie aufzugeben?“.</p> <p>INT: Notieren Sie nur diese eine Aktivität. Als Aktivität gilt alles, was die ZP darunter versteht.</p> <p>Aktivität: _____ (open 200)</p> <hr/> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>5c.</p> <hr/> <p>6</p>

<p>av5c</p> <p>cv5c</p>	<p>Wann mussten Sie [Progr.: Nennung aus 5a einblenden] aufgeben?</p> <p>INT: Liste 5c vorlegen.</p> <p>1: Innerhalb der letzten 3 Monate</p> <p>2: Innerhalb der letzten 12 Monate</p> <p>3: Innerhalb der letzten 1-2 Jahre</p> <p>4: Innerhalb der letzten 3-4 Jahre</p> <p>5: Vor mehr als 4 Jahren</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	
<p>av5d</p> <p>cv5d</p>	<p>Haben Sie einen Ersatz für diese Aktivität gefunden?</p> <p>1: Ja</p> <hr/> <p>2: Nein</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>5e.</p> <hr/> <p>6</p>

<p>av5e</p> <p>cv5e</p>	<p>Was ist das für eine Aktivität?</p> <p>INT: Falls ZP nicht nur eine, sondern mehrere Aktivitäten nennt, bitte nachfragen: „Welche Aktivität würden Sie am Ehesten als Ersatz ansehen?“ AAls Aktivität gilt alles, was die ZP darunter versteht.</p> <p>Ersatz-Aktivität: _____(open 200)</p> <p>-----</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>5f</p> <p>-----</p> <p>6</p>
<p>av5f</p> <p>cv5f</p>	<p>Wie zufrieden sind Sie mit [<i>Aktivität aus Frage 5e einfügen</i>] als Ersatz-Aktivität?</p> <p>INT: Liste 5f vorlegen.</p> <p>1: Sehr zufrieden</p> <p>2: Einigermaßen zufrieden</p> <p>3: Wenig zufrieden</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>6</p>

<p>av6</p> <p>cv6</p>	<p>Haben Sie in den letzten 7 Tagen Hausarbeiten oder Gartenarbeiten ausgeübt, z.B. Staubsaugen, Putzen, Rasenmähen oder Unkraut jäten?</p> <p>1: Ja</p> <p>-----</p> <p>2: Nein</p> <p>-----</p> <p>7: verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>6a</p> <p>-----</p> <p>6e</p> <p>-----</p> <p>7</p>
<p>av6a</p> <p>cv6a</p>	<p>An wie vielen der letzten 7 Tage haben Sie Haus- oder Gartenarbeiten ausgeübt?</p> <p>[Progr.: max. 7 Tage; bei 0 Tagen →weiter mit Frage 7]</p> <p>_ Tage</p> <p>-----</p> <p>97: Verweigert</p> <p>-----</p> <p>98: Weiß nicht</p>	<p>6b</p> <p>-----</p> <p>7</p> <p>-----</p> <p>6b</p>

av6b_1 av6b_2 cv6b_1 cv6b_2	<p>Und wie lange hat dies pro Tag in etwa gedauert?</p> <p>_ Stunden_ _ _ Minuten pro Tag</p> <p>97: Verweigert 98: Weiß nicht</p> <p><i>Programmierer: Max. 24 Stunden, max. 60 Minuten</i></p>	6c
av6c cv6c	<p>Sind Sie dabei ins Schwitzen oder außer Atem gekommen?</p> <p>1: Ja 2: Nein 7: verweigert 8: Weiß nicht</p>	6d
av6d_1 av6d_2 av6d_3 av6d_v av6d_w cv6d_1 cv6d_2 cv6d_3 cv6d_v cv6d_w	<p>Aus welchem Grund haben Sie diese Aktivitäten ausgeübt?</p> <p>[Mehrfachnennungen möglich]</p> <p>INT: Liste 6 vorlegen.</p> <p>1: Weil es Spaß macht 2: Aus gesundheitlichen Gründen 3: Weil es getan werden musste 7: Verweigert 8: Weiß nicht</p>	7

av6e	Hat dies gesundheitliche Gründe?	
cv6e	1: Ja 2: Nein 7: verweigert 8: Weiß nicht	7
av7	Haben Sie in den letzten 7 Tagen längere Strecken zu Fuß zurückgelegt, sind Sie z.B. spazieren gegangen, zu Fuß einkaufen gegangen oder zu Fuß gegangen, um irgendwo hinzugelangen?	
cv7		7a
(427)	1: Ja ----- 2: Nein ----- 7: verweigert 8: Weiß nicht	----- 7e ----- 7f
av7a	An wie vielen der letzten 7 Tage haben Sie längere Strecken zu Fuß zurückgelegt?	
cv7a	[Progr.: max. 7 Tage; bei 0 Tagen →weiter mit Frage 7f] _ Tage ----- 97: Verweigert ----- 98: Weiß nicht	7b ----- 7f ----- 7b

av7b_1	Und wie lange hat dies pro Tag in etwa gedauert?	
av7b_2		
cv7b_1	_ Stunden_ _ _ Minuten pro Tag	
cv7b_2	97: Verweigert 98: Weiß nicht	7c
	<i>Programmierer: Max. 24 Stunden, max. 60 Minuten</i>	
av7c	Sind Sie dabei ins Schwitzen oder außer Atem gekommen?	
cv7c	1: Ja 2: Nein 7: Verweigert 8: Weiß nicht	7d
av7d_1	Aus welchem Grund haben Sie diese Aktivitäten ausgeübt?	
av7d_2		
av7d_3	[Mehrfachnennungen möglich]	
av7d_v		
av7d_w	INT: Liste 6 vorlegen.	7f
cv7d_1	1: Weil es Spaß macht	
cv7d_2	2: Aus gesundheitlichen Gründen	
cv7d_3	3: Weil es getan werden musste	

cv7d_v		
cv7d_w	7: Verweigert 8: Weiß nicht	
av7e	Hat dies gesundheitliche Gründe?	
cv7e	1: Ja 2: Nein 7: Verweigert 8: Weiß nicht	7f
av7f	Haben Sie in den letzten 7 Tagen Sport getrieben, z.B. Wandern, Fußball, Gymnastik oder Schwimmen?	
cv7f	1: Ja ----- 2: Nein ----- 7: Verweigert 8: Weiß nicht	7g ----- 7l ----- 7m

av7g	An wie vielen der letzten 7 Tage haben Sie Sport gemacht?	
cv7g	[Progr.: max. 7 Tage, bei 0 Tagen →weiter zu Frage 7m] _ Tage ----- 97: Verweigert ----- 98: Weiß nicht	7h 7m 7h
av7h_1 av7h_2	Und wie lange hat dies pro Tag in etwa gedauert? _ Stunden_ _ _ Minuten pro Tag	
cv7h_1 cv7h_2	97: Verweigert 98: Weiß nicht <i>Programmierer: Max. 24 Stunden, max. 60 Minuten</i>	7i
av7i	Sind Sie dabei ins Schwitzen oder außer Atem gekommen?	
cv7i	1: Ja 2: Nein 7: Verweigert 8: Weiß nicht	7j

av7j_1	Welche Sportart oder welche Sportarten haben Sie in den letzten 7 Tagen ausgeübt? Bitte nennen Sie mir die entsprechenden Ziffern von der Liste.	
av7j_2		
av7j_3		
av7j_4	[Mehrfachnennungen möglich]	
av7j_5		
av7j_6	INT: Liste 7j vorlegen.	
av7j_7	1 Schnelles Gehen	
av7j_8	2 Wandern oder Nordic Walking	
av7j_9	3 Schnelles Laufen / Jogging	
av7j_10	4 Schwimmen	
av7j_11	5 Fahrradfahren	
av7j_12	6 Dehnübungen / Yoga	
av7j_13	7 Rücken-, Bauchmuskel- oder sonstige	
av7j_14	Kräftigungsübungen	
av7j_v	8 Aerobic / Wasseraerobic	
av7j_w	9 Tennis	
	10 Tanzen	
cv7j_1	11 Kegeln / Bowling / Boccia	
cv7j_2	12 Golf (zu Fuß von Loch zu Loch gehen)	
cv7j_3	13 Fitness-Studio	
cv7j_4	-----	7k
cv7j_5	14 Andere Sportarten (z.B. Rudern, Badminton, Fußball, Handball): bitte eintragen.	
cv7j_6	-----	-----
cv7j_7	97: Verweigert	7j1
cv7j_8	98: Weiß nicht	-----
cv7j_9		

cv7j_10 cv7j_11 cv7j_12 cv7j_13 cv7j_14 cv7j_v cv7j_w		7k
av7j_o1 av7j_o2 cv7j_o1 cv7j_o2	<p>Progr: Nur, wenn 7j = 14 (andere Sportarten)</p> <p>Welche andere Sportart oder Sportarten haben Sie ausgeübt?</p> <p>_____ (open 400)</p>	
av7k_1 av7k_2 av7k_3 av7k_v av7k_w cv7k_1 cv7k_2 cv7k_3 cv7k_v cv7k_w	<p>Aus welchem Grund haben Sie diese Aktivitäten ausgeübt?</p> <p>[Mehrfachnennungen möglich]</p> <p>INT: Liste 6 vorlegen.</p> <p>1: Weil es Spaß macht</p> <p>2: Aus gesundheitlichen Gründen</p> <p>3: Weil es getan werden musste</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	7m

av7l	Hat dies gesundheitliche Gründe?	
cv7l	<p>1: Ja</p> <p>2: Nein</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	7m
av7m	Wenn Sie an die letzten 7 Tage denken, wie viele Stunden haben Sie <u>pro Tag</u> in etwa mit Sitzen zugebracht?	
cv7m	<p>Berücksichtigen Sie dabei die sitzend verbrachte Zeit zu Hause, z.B. am Esstisch, beim Lesen oder beim Fernsehen sowie sitzende Aktivitäten außer Haus, z.B. während des Besuchs bei Freunden, im Kino oder auch im Auto.</p> <p>INT: Liste 7m vorlegen.</p> <p>1: Weniger als 3 Stunden</p> <p>2: 3 bis weniger als 6 Stunden</p> <p>3: 6 bis weniger als 9 Stunden</p> <p>4: 9 bis weniger als 12 Stunden</p> <p>5: 12 Stunden oder mehr</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	
av7n	Waren die letzten 7 Tagen eine normale Woche oder waren Sie deutlich weniger oder mehr körperlich aktiv als sonst?	
cv7n		

	<p>INT: Liste 7n vorlegen.</p> <p>INT: Normaler Tag bedeutet: Ein Tag, der so wie die meisten anderen verläuft</p> <p>Die letzten 7 Tage...</p> <p>1: waren eine normale Woche</p> <p>2: war ich körperlich viel aktiver als sonst</p> <p>3: war ich körperlich viel weniger aktiv als sonst</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	
<p>av8</p> <p>cv8</p> <p>(512a)</p>	<p>Wenn Sie an Ihren Gesundheitszustand im <Progr: Monat und Jahr des letzten Interviews einblenden> denken: Wie war Ihr damaliger Gesundheitszustand?</p> <p>INT: Liste 8 vorlegen!</p> <p>1: Sehr gut</p> <p>2: Gut</p> <p>3: Mittel</p> <p>4: Schlecht</p> <p>5: Sehr schlecht</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	

<p>av9</p> <p>cv9</p> <p>(502)</p>	<p>Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand seit < Progr: Monat und Jahr des letzten Interviews einblenden> verändert?</p> <p>INT: Liste 9 vorlegen!</p> <p>1: Ist viel besser geworden</p> <p>2: Ist etwas besser geworden</p> <p>3: Ist gleich geblieben</p> <p>4: Ist etwas schlechter geworden</p> <p>5: Ist viel schlechter geworden</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	
<p>av10</p> <p>cv10</p> <p>(503)</p>	<p>Was erwarten Sie, wie wird sich Ihr Gesundheitszustand in Zukunft verändern?</p> <p>INT: Liste 10 vorlegen!</p> <p>1: Wird viel besser werden</p> <p>2: Wird etwas besser werden</p> <p>3: Wird gleich bleiben</p> <p>4: Wird etwas schlechter werden</p> <p>5: Wird viel schlechter werden</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	

<p>av11</p> <p>cv11</p> <p>(503a)</p>	<p>Wie bewerten Sie Ihren Gesundheitszustand im Vergleich zur Gesundheit von anderen Menschen Ihres Alters?</p> <p>INT: Liste 11 vorlegen!</p> <p>1: Viel besser</p> <p>2: Etwas besser</p> <p>3: Gleich</p> <p>4: Etwas schlechter</p> <p>5: Viel schlechter</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	
<p>av12</p> <p>cv12</p> <p>(513)</p>	<p>Die vorübergehende oder dauerhafte Einschränkung der eigenen Gesundheit durch eine schwere Krankheit oder einen Unfall ist für viele Menschen ein einschneidendes Ereignis. Wenn Sie sich an den Zeitpunkt < Progr: Monat und Jahr des letzten Interviews einblenden> zurückerinnern: Hatten Sie selbst seitdem eine schwere Krankheit oder einen Unfall?</p> <p>1: Ja, eine schwere Krankheit</p> <p>2: Ja, einen Unfall</p> <p>3: Ja, beides (schwere Krankheit und Unfall)</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>4: Nein</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>14</p> <p>16</p> <p>13</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>20b</p>

	<p><i>Progr.: Falls in Fr. 12 – „ja, beides“ geantwortet:</i></p> <p>Frage 13 stellen</p>	
<p>av13</p> <p>cv13</p> <p>(513a)</p>	<p>Was war für Sie das schwerwiegendste Ereignis: Eine Krankheit oder ein Unfall?</p> <p>1: Krankheit</p> <p>-----</p> <p>2: Unfall</p> <p>-----</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>14</p> <p>-----</p> <p>16</p> <p>-----</p> <p>20b</p>
<p>av14_1</p> <p>av14_2</p> <p>cv14_1</p> <p>cv14_2</p> <p>(514)</p>	<p>Können Sie mir sagen, wann diese Krankheit war (bzw. begonnen hat)? Bitte nennen Sie mir möglichst den Monat und das Jahr.</p> <p>[<i>Progr.: Angabe darf nicht vor Geburtsjahr liegen.</i>]</p> <p>Monat _ _</p> <p>97: Verweigert</p> <p>98: Weiß nicht</p> <p>Jahr _ _ _ _</p>	

	<p>9997: Verweigert</p> <p>9998: Weiß nicht</p> <p><i>Progr: gültiger Wertebereich auch Missings zulassen</i></p>	
<p>av15</p> <p>cv15</p> <p>(514.1)</p>	<p>Besteht diese Krankheit bis heute?</p> <p>1: Ja</p> <p>2: Nein</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>17</p>
<p>av16_1</p> <p>av16_2</p> <p>cv16_1</p> <p>cv16_2</p> <p>(514a)</p>	<p>Können Sie mir sagen, wann Sie diesen Unfall hatten? Bitte nennen Sie mir möglichst den Monat und das Jahr.</p> <p>[Progr.: Angabe darf nicht vor Geburtsjahr liegen]</p> <p>Monat _ _ _ _</p> <p>97: Verweigert</p> <p>98: Weiß nicht</p> <p>Jahr _ _ _ _</p> <p>9997: Verweigert</p> <p>9998: Weiß nicht</p> <p><i>Progr: gültiger Wertebereich auch Missings zulassen</i></p>	<p>18</p>

<p>av17</p> <p>cv17</p> <p>(515)</p>	<p>Was war das für eine Krankheit? Bitte beschreiben Sie diese in wenigen Worten.</p> <p>INT: Wenn die erste Zeile nicht ausreicht, schreiben Sie in der zweiten Zeile weiter.</p> <hr/> <hr/>	<p>19</p>
<p>av18</p> <p>cv18</p> <p>(515a)</p>	<p>Was war das für eine Verletzung? Bitte beschreiben Sie diese in wenigen Worten.</p> <p>INT: Wenn die erste Zeile nicht ausreicht, schreiben Sie in der zweiten Zeile weiter.</p> <hr/> <hr/>	<p>20</p>
<p>av19</p> <p>cv19</p> <p>(516)</p>	<p>Wenn Sie sich an diese Krankheit zurückerinnern: Was würden Sie sagen, in welchem Ausmaß hat Sie diese Krankheit belastet?</p> <p>INT: Liste 19 vorlegen!</p> <p>1: Sehr belastet</p> <p>2: Ziemlich belastet</p> <p>3: Etwas belastet</p> <p>4: Kaum belastet</p> <p>5: Überhaupt nicht belastet</p>	<p>20b</p>

	<p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	
<p>av20</p> <p>cv20</p> <p>(516a)</p>	<p>Wenn Sie sich an diesen Unfall zurückerinnern: Was würden Sie sagen, in welchem Ausmaß hat Sie diese Verletzung belastet?</p> <p>INT: Liste 19 vorlegen!</p> <p>1: Sehr belastet</p> <p>2: Ziemlich belastet</p> <p>3: Etwas belastet</p> <p>4: Kaum belastet</p> <p>5: Überhaupt nicht belastet</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>20b</p>
<p>av20b</p> <p>cv20b</p>	<p>Hatten Sie während der <u>vergangenen 4 Wochen</u> dauerhafte oder wiederkehrende Schmerzen und wenn ja, wie stark waren diese?</p> <p>INT: Liste 20b vorlegen</p> <p>1: Ich hatte keine Schmerzen</p> <p>Ich hatte Schmerzen, und zwar:</p> <p>2: sehr leichte</p> <p>3: leichte</p> <p>4: mäßige</p> <p>5: starke</p> <p>6: sehr starke</p>	<p>23</p>

	7: Verweigert 8: Weiß nicht	
av23 cv23	Wenn Sie an den <u>vergangenen 4 Wochen</u> denken: Wie würden Sie Ihre Schlafqualität insgesamt beurteilen? INT: Liste 23 vorlegen! 1: Sehr gut 2: Eher gut 3: Eher schlecht 4: Sehr schlecht 7: Verweigert 8: Weiß nicht	
av24 cv24 (521)	Wenn Sie sich an die Zeit seit < Progr: Monat und Jahr des letzten Interviews einblenden> zurückerinnern: Wie viele Nächte waren Sie seitdem zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen? INT: ZP gibt die Dauer an in ... 1: Tagen/Nächte ----- 2: Wochen ----- 3: Monaten -----	24a ----- 24b ----- 24c -----

	<p>5: Keine Nacht</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	26
<p>av24a</p> <p>cv24a</p>	<p><i>Progr: Wenn F24 = 1</i></p> <p>INT: Anzahl Nächte eintragen</p> <p>Ungefähr ___ Nächte</p> <p>997 verweigert</p> <p>998 weiß nicht</p> <p>[Progr.: Maximalwert 366]</p>	25
<p>av24b</p> <p>cv24b</p>	<p><i>Progr: Wenn F24 = 2</i></p> <p>INT: Anzahl Wochen eintragen</p> <p>Ungefähr __ Wochen</p> <p>97 verweigert</p> <p>98 weiß nicht</p> <p>[Progr.: Maximalwert 52]</p>	25

<p>av24c</p> <p>cv24c</p>	<p><i>Progr: Wenn F24 = 3</i></p> <p>INT: Anzahl Monate eintragen</p> <p>Ungefähr __ Monate</p> <p>97 verweigert</p> <p>98 weiß nicht</p> <p><i>[Progr.: Maximalwert 12]</i></p>	<p>25</p>
<p>av25</p> <p>av25o</p> <p>cv25</p> <p>cv25o</p> <p>(521a)</p>	<p>Aus welchem Grund wurden Sie stationär im Krankenhaus aufgenommen?</p> <p>1: Wegen der Krankheit oder der Verletzung, über die wir vorhin gesprochen haben</p> <p>2: Aus einem anderen Grund, und zwar: _____ (open 240)</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	
<p>av26</p> <p>cv26</p>	<p>Nehmen Sie an einem normalen Tag Medikamente ein? Denken Sie dabei bitte auch an Insulin, Hormonersatzpräparate, Salben oder länger wirkende Depotmittel!</p> <p>INT: Normaler Tag bedeutet: Ein Tag, der so wie die meisten anderen verläuft</p> <p>1: Ja</p> <p>-----</p> <p>2: Nein</p> <p>7: Verweigert</p> <p>8: Weiß nicht</p>	<p>27 [T1]</p> <p>27a [T3]</p> <p>-----</p> <p>29</p>

<p>av27</p> <p>Variable Zu T3 nicht erhoben</p>	<p>Bitte holen Sie doch einmal alle Medikamente, die Sie einnehmen. Ich würde gerne die Namen dieser Medikamente notieren und Sie fragen, wie oft Sie diese Medikamente einnehmen.</p> <p>1: Zielperson holt Medikamente</p> <p>-----</p> <p>2: ZP ist nicht in der Lage, die Medikamente zu holen</p> <p>3: ZP hat die Medikamente nicht</p> <p>7: Verweigert</p>	<p>[Fragen 27 – 28nf NUR T1]</p> <p>28_na</p> <p>-----</p> <p>29</p>
<p>Variable zu T1 nicht erhoben</p> <p>cv27a</p>	<p>Wie viele verschiedene Medikamente nehmen Sie an einem normalen Tag ein? Denken Sie bitte auch an Insulin, Salben, Hormonersatzpräparate oder länger wirkende Depotmittel.</p> <p>INT: Bitte die Anzahl <u>aller</u> Medikamente zusammenzählen, d.h. auch Insulin, Salben, Hormonersatzpräparate und Depotmittel dazu rechnen.</p> <p>INT: Bitte Anzahl unterschiedlicher Medikamente notieren, nicht Anzahl der pro Tag eingenommenen Tabletten (ggf. nachfragen)</p> <p>[Progr.: Maximalwert 994]</p> <p>___ Medikamente pro Tag.</p> <p>995: Keine Medikamente</p> <p>997: Verweigert</p> <p>998: Weiß nicht</p> <p><i>Progr: Eingabe von 0 sperren, da entsprechender Button „keine Medikamente“ genutzt werden soll.</i></p>	<p>Frage 27a: NUR T3</p> <p>29</p>

<p>av28a_1 av28a_2 usw. bis 20</p> <p>Variable Zu T3 nicht erhoben</p>	<p><i>[Programmierer: Bitte jedesmal neues Erfassungsfeld (28_1a bis 28_20a; 1<=n<21; also insgesamt maximal 20 Durchgänge), bis in 28nf „keine weiteren Medikamente“ angekreuzt wurde (n Durchnumerieren). Bitte Felder 28_na – 28_nf zusammen einblenden]</i></p> <p><i>Progr: Erfassungsfelder durchnummerieren, sodass Interviewer erkennen kann, das wievielte Medikament er erfasst.</i></p> <p>INT: Notieren Sie die Pharmazentralnummer (PZN).</p> <p>INT: Bitte alle Medikamente erfassen (siehe Interviewerhandbuch), und zwar:</p> <p>PZN – Nummer (Diese steht meist unter dem Strichcode auf einer der 6 Seiten der Schachtel, die Buchstabenfolge PZN steht immer vor der 7-stelligen Nummer).</p> <p>Wenn keine Medikamentenverpackung vorhanden ist, bitte Button „Keine PZN“ in der oberen Zeile benutzen</p> <p>PZN: _ _ _ _ _</p> <p><i>[Progr.: Bitte 7-stelliges Feld zur Eingabe der PZN vorsehen]</i></p> <p>-----</p> <p>9999995: Keine PZN (<i>Progr: als Button vorsehen</i>)</p> <p><i>Progr: Bei Eingabe PZN nur Zahlen erlauben, keine Buchstaben</i></p> <p><i>Progr: Doppeleingabe der PZN vorsehen und abgleichen.</i></p> <p><i>Progr: gültige Eingabe nur bis 9999994 vorsehen.</i></p>	<p>28_nc</p> <p>-----</p> <p>28_nb</p>
--	---	--

<p>av28b_1 1 av28b_1 2 av28b_1 3</p> <p>av28b_2 1 av28b_2 2 av28b_2 3</p> <p>usw. bis 20</p> <p>Variable Zu T3 nicht erhoben</p>	<p>INT: Notieren Sie bitte Namen, Wirkstoffstärke und Darreichungsform des Medikaments.</p> <p>Name des Medikaments: _____</p> <p>Wirkstoffstärke: _____</p> <p>Darreichungsform: _____</p>	
<p>av28c_1 av28c_2</p> <p>usw. bis 20</p> <p>Variable Zu T3 nicht erhoben</p>	<p>Ist Ihnen dieses Medikament von einem Arzt verordnet worden?</p> <p>1: Ja 2: Nein</p> <p>7: verweigert 8: Weiß nicht</p>	

<p>av28d_1 av28d_2 usw. bis 20</p> <p>Variable Zu T3 nicht erhoben</p>	<p>Wie oft nehmen Sie dieses Medikament ein?</p> <p>INT: Liste 28_nd vorlegen</p> <p>1: (Mehrmals) täglich 2: Mehrmals in der Woche 3: Einmal in der Woche 4: 1- bis 3-mal im Monat 5: Seltener</p> <hr/> <p>6: Nie</p> <hr/> <p>7: Verweigert 8: Weiß nicht</p>	<p>28_ne</p> <hr/> <p>28_nf</p> <hr/> <p>28_ne</p>
<p>av28e_1 av28e_2 usw. bis 20</p> <p>Variable Zu T3 nicht erhoben</p>	<p>Nehmen Sie dieses Medikament regelmäßig oder nur bei Bedarf ein?</p> <p>INT: Liste 28_ne vorlegen</p> <p>1: Regelmäßig 2: Bei Bedarf 7: Verweigert 8: Weiß nicht</p>	

<p>av28f_1 av28f_2</p> <p>usw. bis 20</p>	<p>INT: Hat die Zielperson noch weitere Medikamente gebracht?</p> <p>1: Weitere Medikamente</p> <p>-----</p> <p>2: Keine weiteren Medikamente</p>	<p>28_na (n+1)</p> <p>-----</p> <p>29</p>
	<p><i>Progr: Zeitstempel</i></p> <p>Wie zu Beginn unseres Gesprächs bereits angekündigt, möchte ich Sie nun bitten, an einigen Tests teilzunehmen.</p> <p>Beginnen möchte ich mit einem Test Ihrer Lungenfunktion.</p>	
<p>av29</p> <p>cv29</p>	<p>Lungenfunktionstest</p> <p>INT: Halten Sie das Messgerät für den Lungenfunktionstest bereit (mit dem Aufsatz, mit dem Sie selbst jeweils die Messung demonstrieren und dem eingepackten Mundstück und einem Desinfektionstuch).</p> <p>Mit diesem Test wird gemessen, wie schnell Sie Luft aus Ihrer Lunge ausatmen können.</p> <p>Es ist wichtig, dass Sie so fest und so schnell blasen wie Sie können.</p> <p>Ich möchte, dass Sie diesen Test zweimal durchführen. Wenn wir startfertig sind, werde ich Sie bitten aufzustehen. Atmen Sie so tief wie möglich ein.</p> <p>Öffnen Sie Ihren Mund und legen Sie Ihre Lippen außen fest um das Mundstück. Achten Sie darauf, dass Ihre Zähne nicht den Weg versperren (am besten mit den Zähnen leicht auf das Mundstück beißen). Dann blasen Sie so fest und schnell wie Sie können in das Mundstück, und zwar so..</p> <p>INT: Demonstrieren Sie den Test, nehmen Sie Ihren Demonstrationsaufsatz ab und reinigen Sie die Aufsatzstelle mit dem Desinfektionstuch. Geben Sie dem Teilnehmer das</p>	<p>30/31</p>

	<p>Instrument und ein Einwegmundstück. Lassen Sie den Teilnehmer das Mundstück selbst auspacken und fest auf das Instrument setzen. Der Teilnehmer soll das Instrument leicht in der Hand halten, sodass der Schlitz von der Hand des Teilnehmers abgewandt ist. Dadurch wird verhindert, dass die Finger den Schlitz verdecken.</p> <p>Bitte stehen Sie auf. Atmen Sie so tief ein wie möglich. Öffnen Sie Ihren Mund und legen Sie Ihre Lippen außen fest um das Mundstück.</p> <p>Bitte blasen Sie nun so fest wie Sie können in das Mundstück hinein.</p> <p>INT: Bitte angezeigten Wert eingeben.</p> <p>Wert unter 60 = 960 eingeben.</p> <p>Wert über 880 = 990 eingeben.</p> <p>Aus gesundheitlichen Gründen nicht durchgeführt = 992 eingeben.</p> <p>Durchführung wurde versucht, aber nicht in der Lage = 993 eingeben.</p> <p>Durchführung verweigert = 997 eingeben.</p> <p>Wert: _ _ _</p> <p>[Progr.: Wenn Wert zwischen 60 und 990, weiter 30, sonst weiter T1: 32, T3: 31]</p>	
<p>av30</p> <p>cv30</p>	<p>INT: Stellen Sie den Wert wieder auf Null und wiederholen Sie den Test.</p> <p>INT: Zwischen den einzelnen Testversuchen soll 30 Sekunden pausiert werden.</p> <p>Bitte stehen Sie auf. Atmen Sie so tief ein wie möglich. Öffnen Sie Ihren Mund und legen Sie Ihre Lippen außen fest um das Mundstück.</p>	<p>31 [T3]</p> <p>32 [T1]</p>

	<p>Nun blasen Sie bitte noch einmal so fest wie Sie können in das Mundstück hinein.</p> <p>INT: Bitte angezeigten Wert eingeben.</p> <p>Wert unter 60 = 960 eingeben.</p> <p>Wert über 880 = 990 eingeben.</p> <p>Aus gesundheitlichen Gründen nicht durchgeführt = 992 eingeben.</p> <p>Durchführung wurde versucht, aber nicht in der Lage = 993 eingeben.</p> <p>Durchführung verweigert = 997 eingeben.</p> <p>Wert: _ _ _</p>	
<p>Test zu T1 nicht durchgeführt</p> <p>cv31_1</p> <p>cv31_2</p> <p>cv31_3</p> <p>cv31_4</p> <p>cv31_1</p> <p>cv31_2</p> <p>cv31_3</p> <p>cv31_4</p>	<p>INT: Bitte lassen Sie die ZP nun wieder Ihren ursprünglichen Sitzplatz einnehmen.</p> <p>Und noch eine kleine Aufgabe möchte ich mit Ihnen durchführen. Ich lese Ihnen gleich einige Wortpaare vor, und Sie wiederholen diese Wortpaare.</p> <p>Sie merken sich aber bitte immer nur das zweite Wort dieser Wortpaare – später werde ich abfragen, welche dieser Wörter Sie noch erinnern können. Bitte schreiben Sie sich die Wörter nicht auf.</p> <p>Bitte hören Sie jetzt genau zu und wiederholen Sie:</p> <p>Möbel Stuhl</p> <p>cv31_1 Gemüse Tomate</p> <p>cv31_2 Tier Katze</p> <p>cv31_3 Stadt Bremen</p> <p>cv31_4 <i>Progr: Button für „Zielperson verweigert Test“ einfügen, Code 7</i></p>	<p>[Test nur zu T3]</p>

<p>av32</p>	<p>Mit dem nächsten Test werden wir die Kraft in Ihren Beinen messen. Dazu benötigen wir einen Stuhl ohne Armlehne mit einer geraden Rückenlehne, z.B. einen Küchenstuhl. Haben Sie einen solchen Stuhl in der Wohnung?</p>	
<p>cv32</p>	<p>INT: Wählen Sie einen für die Durchführung des Tests geeigneten Stuhl aus. Geeignet sind Stühle ohne Armlehnen mit einer geraden Lehne, wie z.B. ein Küchenstuhl. Ist ein idealer Stuhl nicht vorhanden, wenden Sie bei der Auswahl folgende Kriterien in der gegebenen Reihenfolge an:</p> <p>ohne Armlehnen ist besser als mit Armlehnen</p> <p>je stabiler, desto besser</p> <p>benutzen sie keine Betten, Klappstühle, Gartenstühle, Stühle mit Rollen oder Stühle die wackeln, weil die Sicherheit der Zielperson sonst gefährdet sein kann.</p> <p>INT: Bitte eintragen:</p> <p>Der verwendete Stuhl ist ein ...</p> <p>1: Stuhl ohne Armlehne mit gerader Rückenlehne</p> <p>2: Stuhl ohne Armlehne mit anderer Rückenlehne</p> <p>3: Hocker</p> <p>4: Sessel</p> <p>5: Anderer</p> <p>-----</p> <p>997: Verweigert</p> <p>998: kein geeigneter Stuhl im Haushalt</p>	<p>33</p> <p>-----</p> <p>38 [T1]</p> <p>35a-d [T3]</p>

<p>av33</p> <p>cv33</p>	<p>Bei diesem Test möchte ich Sie bitten, sich auf diesen Stuhl zu setzen, die Füße in Schulterbreite parallel auf den Boden zu stellen, die Arme vor der Brust zu verschränken und dann ohne die Hilfe Ihrer Arme aufzustehen und sich wieder hinzusetzen. Versuchen Sie, Ihre Beine beim Aufstehen soweit durchzudrücken, wie es Ihnen möglich ist.</p> <p>Ich möchte Ihnen den Test einmal demonstrieren</p> <p>INT: Test auf dem ausgewählten Stuhl demonstrieren, danach bitte den Stuhl für ZP frei machen.</p> <p>Meinen Sie, Sie können diesen Test fünfmal hintereinander durchführen? Ich werde bei der gesamten Durchführung des Tests hinter Ihnen stehen und Sie notfalls stützen.</p> <p>Sie sollen sich auf keinen Fall überanstrengen oder Ihre Sicherheit aufs Spiel setzen. Stimmen Sie deshalb nur zu, wenn Sie sich sicher dabei fühlen.</p> <p>1: ZP stimmt zu</p> <p>-----</p> <p>2: Aus gesundheitlichen Gründen nicht durchgeführt</p> <p>7: Durchführung verweigert</p>	<p>34</p> <p>-----</p> <p>35a-d (NUR T3)</p> <p>38 (NUR T1)</p>
<p>av34</p> <p>cv34</p>	<p>Nun möchte ich Sie bitten, den Test fünfmal hintereinander auszuführen. Setzen Sie sich jetzt auf den Stuhl und stehen Sie fünfmal hintereinander auf und setzen sich wieder hin, ohne die Arme zu benutzen. Versuchen Sie, die Aufgabe so schnell und gleichzeitig so sicher wie möglich durchzuführen. Beginnen Sie, wenn ich „Los“ sage.</p> <p>INT: Messen Sie mit einer Stoppuhr oder einer Uhr mit Sekundenzeiger die Zeit, bis die Person das fünfte Mal wieder die Sitzfläche berührt. Zählen Sie während der Untersuchung laut mit, wie oft die ZP aufsteht. Nach 60 Sekunden Test abbrechen.</p>	

	<p>92: ZP hat den Test ordnungsgemäß durchgeführt</p> <p>-----</p> <p>93: ZP kann Test nicht durchführen</p> <p>-----</p> <p>94: ZP hat Test <u>vor</u> Ablauf von 60 Sekunden abgebrochen</p> <p>-----</p> <p>95: Test wurde <u>nach</u> Erreichen von 60 Sekunden abgebrochen</p> <p>-----</p> <p>97: Test verweigert</p>	<p>34c</p> <p>-----</p> <p>38 [T1] 35a-d [T3]</p> <p>-----</p> <p>34a</p> <p>-----</p> <p>34b</p> <p>-----</p> <p>38 [T1] 35a-d [T3]</p>
<p>av34a</p> <p>cv34a</p>	<p>INT: Bei Abbruch vor Ablauf von 60 Sekunden Anzahl von Wiederholungen notieren:</p> <p>_ Wiederholungen</p> <p><i>Progr: Wertebereich 0-5</i></p>	<p>38 [T1] 35a-d [T3]</p>
<p>av34b</p> <p>cv34b</p>	<p>INT: Bei Abbruch nach Erreichen von 60 Sekunden Anzahl von Wiederholungen notieren:</p> <p>_ Wiederholungen</p> <p><i>Progr: Wertebereich 0-5</i></p>	<p>38 [T1] 35a-d [T3]</p>
<p>av34c</p> <p>cv34c</p>	<p>INT: Notieren Sie hier die Zeit, in der die ZP fünfmal den Test durchgeführt hat - d.h. fünfmal Aufstehen und Hinsetzen</p> <p>Dauer __ sec</p> <p><i>Progr: Wertebereich 1-60</i></p>	<p>T3: 35a-d</p> <p>T1: 38</p>

<p>Test zu T1 nicht durchgeführt</p> <p>cv35_1</p> <p>cv35_2</p> <p>cv35_3</p> <p>cv35_4</p>	<p><i>Progr: Wenn Frage 31 = 7, dann weiter mit F37</i></p> <p>Vor einigen Minuten habe ich Ihnen einige Wortpaare genannt. Sie sollten sich immer den zweiten Begriff merken.</p> <p>An welche Worte können Sie sich noch erinnern?</p> <p>INT: Tragen Sie in die vier Felder eine 2 ein, wenn der Begriff genannt wurde. Wenn ZP keine Begriffe mehr einfallen, in die restlichen Felder 1 eintragen.</p> <p>2: genannt</p> <p>Anzahl Code 2 in 35a-d = 4</p> <p>-----</p> <p>1: nicht genannt</p> <p>Anzahl Code 1 in 35a-d < 4</p> <p><i>[Prog.: Darbietung von vier Feldern: 35a: Stuhl, 35b: Tomate, 35c: Katze, 35d: Bremen.]</i></p> <p><i>Progr: Button für „Zielperson verweigert Test“ einfügen, Code 7</i></p>	<p>[Test NUR zu T3]</p> <p>37</p> <p>-----</p> <p>36a-d</p>
<p>Test zu T1 nicht durchgeführt</p> <p>cv36_1</p> <p>cv36_2</p> <p>cv36_3</p> <p>cv36_4</p>	<p><i>Progr: Wenn F35a-d verweigert, dann weiter mit F37</i></p> <p><i>[Prog.: Aufblenden 36a-d nur für die Kategorien, die in 35a-d mit „1“ beantwortet wurden.]</i></p> <p>Da gab es noch...</p> <p>36a: Ein Möbel</p> <p>36b: Ein Gemüse</p> <p>36c: Ein Tier</p> <p>36d: Eine Stadt</p> <p>INT: Kategorien ÜBER den Feldern vorlesen. Wenn die korrekte Lösung (steht UNTER dem Feld) genannt wird, „2“ eintragen, ansonsten „1“.</p>	

	<p>2: genannt</p> <p>1: nicht genannt</p> <p><i>[Prog.: Fett gedruckte Attribute von 36a – 36d über die Felder schreiben, unter die Felder: 36a: Stuhl, 36b: Tomate, 36c: Katze, 36d: Bremen]</i></p> <p><i>Progr: Button für „Zielperson verweigert Test“ einfügen, Code 7</i></p>	
<p>Test zu T1 nicht durchgeführt</p> <p>Page</p>	<p><i>INT: Für die folgende Aufgabe benötigen Sie den Bogen 37. Bitte erst fortfahren, wenn Bogen 37 zur Hand.</i></p> <p><i>1: weiter</i></p>	
<p>Test zu T1 nicht durchgeführt</p> <p>cv37</p>	<p>Nun möchte ich mit Ihnen eine andere kleine Aufgabe durchführen. Ich nenne Ihnen gleich einen Begriff und Sie sollen so viele Unterbegriffe nennen, wie Ihnen einfallen. Wenn ich zum Beispiel Kleidung sage, dann könnten Sie Hemd, Hose, Strümpfe und so weiter sagen.</p> <p>Bitte nennen Sie so viele Begriffe wie Ihnen einfallen bis ich STOPP sage. Nennen Sie mir jetzt bitte so viele <u>Tiere</u>, wie Ihnen einfallen, und zwar ab jetzt <INT Code 1 eingeben und Eingabetaste drücken>.</p> <p>INT: Zum Start Code 1 eingeben und Eingabetaste drücken</p> <p>[Prog: Bitte ggf. „Eingabetaste“ durch andere geeignete Taste ersetzen]</p> <p>INT: Auf Bogen 37 Nennungen mitschreiben, beginnen Sie in Abschnitt 1 und wechseln Sie mit jedem Signalton in den nächsten Abschnitt</p> <p>INT: Nach 60 Sekunden, also nach dem vierten Signalton: STOPP</p> <p>[Prog.: Nach Drücken der Eingabetaste (oder geeigneter anderer Taste) im Abstand von 15 Sec optisches und akustisches Signal]</p>	<p>[Test 37 – 37d NUR zu T3]</p> <p>39</p>

	<p>1: Test starten</p> <p>7: ZP verweigert Test</p>	
<p>av38</p> <p>zz_g</p> <p>zz_f</p> <p>zz_zuv</p> <p>zz_anm</p> <p>Test zu T3 nicht durchgeführt</p>	<p>INT: Aufgabenblatt "Zahlen und Zeichen" zur Hand nehmen!</p> <p>Ich möchte Sie nun bitten, an einer letzten Aufgabe mitzumachen. Diese Aufgabe dauert ebenfalls nur etwa zwei Minuten. Es geht dabei um die Schnelligkeit von Wahrnehmung und Zuordnung. Sie kennen diese Aufgabe vielleicht bereits aus unserer letzten Befragung.</p> <p>INT: Benötigt werden für die Aufgabe</p> <p>(1) eine Stoppuhr oder eine Uhr mit Sekundenzeiger,</p> <p>(2) ein gut schreibender Stift für den Interviewpartner (weicher Bleistift oder Kugelschreiber) sowie</p> <p>(3) das Aufgabenblatt (in das Aufgabenblatt unbedingt die Lfd. der Person eintragen!).</p> <p>Ziel dieser Aufgabe ist es, den Ziffern von 1 bis 9 ein bestimmtes Zeichen zuzuordnen.</p> <p>Die Zuordnung der Ziffern zu den Zeichen ist oben auf dem Aufgabenblatt zu sehen.</p> <p>Die jeweiligen <u>Zeichen</u> müssen von der Person in die leeren Felder unter den Ziffern eingetragen werden.</p> <p>Die Aufgabe wird anhand der ersten sieben Beispielziffern erklärt, die sich vor dem dicken Strich in der obersten Bearbeitungszeile befinden.</p> <p>Die Person bearbeitet das Aufgabenblatt eigenständig. Dabei ist darauf zu achten, dass die Person ein Feld nach</p>	<p>[Test 38 NUR T1]</p>

dem anderen abarbeitet („der Reihe nach“) und nicht erst alle der Ziffer 1 zugeordneten Zeichen einträgt, dann alle der Ziffer 2 zugeordneten Zeichen usw. Die Aufgabenzeit beträgt 90 Sekunden (bzw. anderthalb Minuten). Bitte betonen Sie, dass es bei dieser Aufgabe auch um die Geschwindigkeit der Bearbeitung geht.

INT: Auf den Schlüssel im oberen Teil des Aufgabenblattes weisen.

Sehen Sie bitte diese abgeteilten Kästchen oder Vierecke an. Beachten Sie, dass jedes im oberen Teil eine Ziffer enthält und im unteren ein kleines Zeichen. Zu jeder Ziffer gehört also ein bestimmtes Zeichen.

INT: Auf die Beispielfelder hinweisen.

Nun sehen Sie hier, wo wir nur Kästchen mit Ziffern haben, während die unteren Fächer leer sind. Bitte setzen Sie in jedes dieser Vierecke das kleine Zeichen ein, das dazu gehören würde; zum Beispiel hier eine "2" – also setzen wir dieses Zeichen ein.

INT: Zeichnen Sie selbst das entsprechende Symbol in das erste Beispielmäxchen ein (also das auf dem Kopf stehende "T")

Hier ist eine "1", also setzen wir dieses Zeichen ein; hier ist eine "3", also setzen wir dieses Zeichen ein.

INT: Tragen Sie die entsprechenden Zeichen ein. Nach Vorführung von vier Beispielen

stellen Sie die folgende Frage, wobei Sie auf das nächste leere Viereck hinweisen:

Was müssen Sie nun einsetzen?

	<p>INT: Wenn die Person eine falsche Antwort gibt, berichtigen Sie sie. Die Frage "Was müssen Sie hier einsetzen?" wiederholen Sie bei den nächsten Beispielen.</p> <p>Nach Beendigung der sieben Beispiele sagen Sie:</p> <p>Nun fangen Sie hier an und füllen Sie der Reihe nach, ohne eines auszulassen, so viele Vierecke aus, wie Sie können, bis ich "halt" sage.</p> <p>Die Stopp-Uhr einschalten bzw. auf die Uhr mit Sekundenzeiger schauen und der Person 90 Sekunden Zeit zur Bearbeitung der Aufgabe geben! Nach 90 Sekunden sagen:</p> <p>Halt, bitte aufhören!</p> <p>1: ZP hat Aufgabenblatt ausgefüllt</p> <p>2: ZP hat Aufgabenblatt nicht ausgefüllt</p>	
cv39	<p><i>Progr: Zeitstempel</i></p> <p>Ganz herzlichen Dank, dass Sie am Interview und den verschiedenen Tests teilgenommen haben!</p> <p>Zur Studie gehört wieder ein Fragebogen, in dem vertiefende Fragen rund um Ihre Gesundheit gestellt werden.</p> <p>INT: Sie können auf Wunsch der Zielperson beim Ausfüllen des schriftlichen Fragebogens behilflich sein oder einen Termin zum Abholen des Fragebogens vereinbaren.</p> <p>INT: An dieser Stelle das Programm nicht abbrechen.</p> <p>INT: Die Folgefragen noch beachten!</p> <p>1: Zielperson wünscht gemeinsames Ausfüllen</p> <p>2: Zielperson möchte Fragebogen alleine ausfüllen</p> <p>3: Zielperson kann aus gesundheitlichen Gründen den Fragebogen nicht ausfüllen</p>	

	7: Zielperson verweigert Ausfüllen des schriftlichen Fragebogens	
	INT: WICHTIG - Bitte den Rechner erst ausschalten, wenn alle Fragen - auch die folgenden 6 Interviewerfragen beantwortet sind! 1: weiter	
	INTERVIEWERFRAGEN	
ai1_1	<i>Progr: Zeitstempel</i>	
ai1_2		
ai1_3	INT: Ab hier ohne Zielperson ausfüllen!	
ai1_4		
ai1_5	Wurde das Interview mit der Zielperson alleine durchgeführt oder waren während des Interviews dritte Personen anwesend? Wenn ja, welche?	
ai1o		
ci1_1	INT: Mehrfachantworten möglich.	
ci1_2	A: Interview mit Zielperson alleine durchgeführt	
ci1_3	-----	3
ci1_4	B: Ehegatte/Partner anwesend	
ci1_5	C: Kind(er) anwesend	2
ci1o	D: Andere Familienangehörige anwesend E: Sonstige Personen anwesend (bitte notieren): _____	

ai2	Hat jemand von den anwesenden Personen in das Interview eingegriffen?	
ci2	1: Ja, manchmal 2: Ja, häufig 3: Nein	
ai3	Wie war die Bereitschaft der Zielperson, die Fragen zu beantworten?	
ci3	1: Gut 2: Mittelmäßig 3: Schlecht 4: Anfangs gut, später schlechter 5: Anfangs schlecht, später besser	
ai4	Wie sind die Angaben der Zielperson einzuschätzen?	
ci4	1: Insgesamt zuverlässig 2: Insgesamt weniger zuverlässig 3: Bei einigen Fragen weniger zuverlässig	
ai5	Wurde das Interview unterbrochen oder wurden während der Befragung Pausen eingelegt?	
ci5	1: Ja 2: Nein	

ai6_1	Welche Fragen bzw. Aufgaben bereiteten der Zielperson besondere Schwierigkeiten?	
ai6_2		
ai6_3		
ai6_4	INT: Mehrfachnennungen möglich.	
ai6_5		
ai6_6	A: Gesundheitsfragen (Frage 1 – 26) B: Frage(n) zur Medikamenteneinnahme	
ci6_1	C: Lungenfunktionsmessung	
ci6_2	D: Aufstehen vom Stuhl	
ci6_3		
ci6_4	Nur zu T3:	
ci6_5	E: Aufgabe „Worte erinnern“ (Möbel – Stuhl usw)	
ci6_6	F: Aufgabe „Tiere nennen“	
ci6_8	G: Zahlen-und-Zeichen – Test	
	H: Keine	
	<i>Progr.: für CAPI Programmierung von Befragung zu T1 nur die Antwortangaben zu A – D und G+H einblenden; für Programmierung von T3 die Angaben zu A – F und H einblenden</i>	

10. Zusatzmaterial CAPI: Bogen 37 T3

0-15 Sekunden	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
16-30 Sekunden	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
31-45 Sekunden	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
46-60 Sekunden	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

0-15 Sekunden	Anzahl der Nennungen	_____
16-30 Sekunden	Anzahl der Nennungen	_____
31-45 Sekunden	Anzahl der Nennungen	_____
46-60 Sekunden	Anzahl der Nennungen	_____
	Gesamtnennungen	_____

Vom Kontaktprotokoll übertragen:

Lfd:

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

11. Zusatzmaterial CAPI: Zahlen und Zeichen Test T1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
—	└	┘	└	┘	○	^	×	=

Beispielziffern																								
2	1	3	7	2	4	8	2	1	3	2	1	4	2	3										
														5	2	3	1	4	5	6	3	1	4	
1				7	6					8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
5	4	2			3	5	7	2																
6				9	2					6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
2	5	1			8	3	7	4																
9				7	9					9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6
2	8	1			4	6	8	5																

12. Erhebungsunterlagen: Schriftlicher Fragebogen T1 und T3

**Die zweite Lebenshälfte
Vertiefende Befragung zu Ihrer Gesundheit**

vom Kontaktprotokoll übertragen:

Lfd.-Nr.:

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

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit an unserem Forschungsprojekt!

Worum wir Sie bitten...

Im Interviewgespräch haben Sie uns bereits einige Fragen beantwortet. Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihnen einige vertiefende Fragen rund um Ihre Gesundheit stellen.

In dieser Studie möchten wir das wichtige Thema „Altern und Gesundheit“ sehr gründlich erforschen. Aus diesem Grund gibt es einige Fragen, die Ihnen vielleicht auf den ersten Blick sehr ähnlich vorkommen können. Diese Fragen sind für die Forschung aber sehr wichtig, weil sie verschiedene Aspekte der Gesundheit erfassen.

Wir möchten Sie deshalb herzlich bitten, alle Fragen vollständig zu beantworten.

Was mit Ihren Angaben geschieht...

Das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft und das Deutsche Zentrum für Altersfragen tragen die volle datenschutzrechtliche Verantwortung für dieses Forschungsprojekt. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Person welche Angaben gemacht hat.

Mit anderen Worten: Der Datenschutz ist voll und ganz gewährleistet.

Wie der Fragebogen auszufüllen ist ...


- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, und es ist zum Ausfüllen kein besonderes Wissen notwendig.
- Beantworten Sie jede Frage so, wie diese auf Sie persönlich zutrifft.
- Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kästchen an.
- Bitte beantworten Sie die Fragen nacheinander in der vorgegebenen Reihenfolge.
- Achten Sie bitte beim Ausfüllen jeweils auf die Hinweise bei den einzelnen Fragen.
- Wir möchten Sie bitten, den gesamten Fragebogen zu beantworten.
- Sie können natürlich Pausen machen (z.B. nach einem Abschnitt) und den Fragebogen später weiter ausfüllen.

Für Ihre Mühe bedanken wir uns herzlich:

Ihr infas Institut und das Deutsche Zentrum für Altersfragen


Zuerst möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem Befinden stellen.

1. Im Folgenden finden Sie Begriffe, die die Gefühle von Menschen beschreiben. Bitte geben Sie an, wie Sie sich in den letzten Monaten gefühlt haben.

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


	Sehr häufig	Häufig	Manchmal	Eher selten	Nie
	1	2	3	4	5
Angeregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feindselig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufmerksam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. In den nachstehenden Aussagen geht es darum, wie Sie Ihr Leben insgesamt beurteilen.

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


	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Weder noch	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5
In den meisten Dingen ist mein Leben nahezu ideal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Lebensbedingungen sind hervorragend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit meinem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die wichtigsten Dinge, die ich im Leben will, habe ich weitestgehend erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas anders machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Alle Menschen werden älter. Was Älterwerden für den Einzelnen jedoch bedeutet, kann sehr unterschiedlich sein. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Veränderungen, die mit dem Älterwerden einhergehen können.

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


	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weiterhin viele Ideen realisieren kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass sich meine Fähigkeiten erweitern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weniger respektiert werde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass mein Gesundheitszustand schlechter wird.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich mich häufiger einsam fühle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich genauer weiß, was ich will.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich besser mit meinen körperlichen Schwächen umgehen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weiterhin viele Pläne mache.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Im Folgenden geht es um die Beziehungen zu anderen Menschen.

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt genügend Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich häufig im Stich gelassen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermisse Geborgenheit und Wärme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt genügend Menschen, denen ich mich eng verbunden fühle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nun geht es nochmals um Ihr Bild vom Älterwerden. Wir sprechen wiederum einige Veränderungen an, die mit dem Älterwerden einhergehen können.


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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich nicht mehr so belastbar bin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich nicht mehr so recht gebraucht werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weiterhin in der Lage bin, neue Dinge zu lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich mich mit der Zeit häufiger langweile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich körperliche Einbußen schlechter ausgleichen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich mich selbst genauer kennen und besser einschätzen lerne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, weniger vital und fit zu sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich vielen Dingen gegenüber gelassener werde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe noch genauso viel Schwung wie letztes Jahr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je älter ich werde, desto schlimmer wird alles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je älter ich werde, desto weniger nützlich bin ich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit zunehmendem Alter ist mein Leben besser, als ich erwartet habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin jetzt genauso glücklich, wie ich es in jungen Jahren war.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich blicke mit Zuversicht in die Zukunft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zukunft ist für mich voller Hoffnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


6. Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie unter einer der folgenden Erkrankungen leiden?

Bitte kreuzen Sie bei jeder Krankheit an, ob Sie diese haben oder nicht.

Wenn ja, kreuzen Sie bitte ergänzend an, wie sehr Ihnen diese Krankheit Beschwerden bereitet.

 Bitte füllen Sie **jede Zeile** aus!

	Habe ich...		Beschwerden zurzeit			
	Nein	Ja	keine	leichte	mittlere	große
Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterinwerte).....	2 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Diabetes/Hohe Blutzuckerwerte.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Herzinsuffizienz).....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen im Gehirn	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen in den Beinen.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkverschleiß (Arthrose) der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (Arthritis oder Rheuma).....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Lungenerkrankung (z.B. chronische Bronchitis, Lungenemphysem)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Bitte füllen Sie jede Zeile aus!

Habe ich...

Beschwerden zurzeit

	2	1	1	2	3	4
Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Leukämie)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>

Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Inkontinenz	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
-------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Seelische Erkrankung (z.B. Angstzustände, Depression, Psychose)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Parkinson-Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Glaukom (grüner Star) oder Makuladegeneration	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Andere Augenleiden, Sehstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Gallen-, Leber- oder Nierenleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Blasenleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
--------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Schlafstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
-----------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Ohrenleiden, Schwerhörigkeit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------


Andere Krankheiten (bitte angeben):	Ja	keine	leichte	mittlere	große
<input style="width: 350px; height: 25px;" type="text"/>	1	1	2	3	4
.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input style="width: 350px; height: 25px;" type="text"/>	Ja	keine	leichte	mittlere	große
.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Auf den beiden folgenden Seiten möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihren Krankheiten stellen.


Bitte schauen Sie noch einmal auf die letzten beiden Seiten, wo Sie angekreuzt haben, welche Krankheiten Sie haben.

Welche der Krankheiten, die Sie angekreuzt haben, belastet Sie zurzeit am meisten?

 Bitte tragen Sie hier den Namen der Krankheit ein, die Sie zurzeit am meisten belastet:

(Auf der nächsten Seite fragen wir Sie noch nach einer zweiten Krankheit).

Bitte denken Sie im Folgenden nur an diese eine Krankheit.

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Diese Krankheit beeinträchtigt mein Leben sehr stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit wird mein ganzes weiteres Leben andauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe diese Krankheit unter Kontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Behandlung oder meine Medikamente helfen bei dieser Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe starke Beschwerden durch diese Krankheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir große Sorgen wegen dieser Krankheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit ist für mich ein Rätsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit belastet mich gefühlsmäßig sehr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Bitte nennen Sie die wichtigsten Ursachen, die Ihrer Meinung nach diese Krankheit verursacht haben:

1.	_____
2.	_____
3.	_____


8. Wir möchten Sie nun bitten, eine zweite Krankheit, die Sie ebenfalls belastet, anzugeben und einige Fragen dazu zu beantworten.

Schauen Sie dazu noch einmal in der Liste auf den Seiten 6 und 7 nach, welche Krankheiten Sie angegeben haben.

Welche Krankheit belastet Sie zurzeit neben der bereits genannten am meisten?

 Bitte tragen Sie hier den Namen der zweiten Krankheit ein, die Sie zurzeit sehr belastet:

Bitte denken Sie im Folgenden nur an diese eine Krankheit.

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Diese Krankheit beeinträchtigt mein Leben sehr stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit wird mein ganzes weiteres Leben andauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe diese Krankheit unter Kontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Behandlung oder meine Medikamente helfen bei dieser Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe starke Beschwerden durch diese Krankheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir große Sorgen wegen dieser Krankheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit ist für mich ein Rätsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit belastet mich gefühlsmäßig sehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Bitte nennen Sie die wichtigsten Ursachen, die Ihrer Meinung nach diese Krankheit verursacht haben:

1.	_____
2.	_____
3.	_____

9. Die folgende Liste enthält einige gesundheitliche Veränderungen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Veränderung an, ob Sie diese von sich selbst kennen.

Wenn ja, kreuzen Sie bitte ergänzend an, ob Sie meinen, dass diese Veränderungen eher durch das Altern oder durch eine Krankheit verursacht wurden.

 Bitte füllen Sie **jede Zeile** aus!

Haben oder hatten Sie dieses gesundheitliche Problem in den letzten 10 Jahren?

Ist dieses Problem eher durch das Altern oder durch eine Krankheit verursacht worden?

	Nein 2	Ja 1		Eher durch Altern 1	Eher durch Krankheit 2
Gewichtsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenprobleme oder Bandscheibenvorfall.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbeweglichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichgewichtsprobleme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langsamer werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochen- oder Gelenkbeschwerden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohren- oder Hörprobleme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen- oder Sehprobleme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußprobleme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergesslichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, wie gesund Sie sich heute fühlen.
Bitte kreuzen Sie in jedem Block die Antwort an, die Sie am besten beschreibt.

10. Beweglichkeit/Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen ₁
Ich habe einige Probleme herumzugehen ₂
Ich bin ans Bett gebunden ₃

11. Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen ₁
Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen ₂
Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ₃

12. Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ₁
Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ₂
Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ₃


13. Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden ₁
Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden ₂
Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden ₃

14. Angst/Niedergeschlagenheit


- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert ₁
Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert ₂
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert ₃

15. In den folgenden Fragen geht es um unfreiwilliges Stürzen und Fallen.

 Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz.


- | | Ja
1 | Nein
2 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie in den letzten 12 Monaten hingefallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst,
dass Sie hinfallen könnten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie schon einmal Ihre Aktivitäten zu Hause
oder draußen eingeschränkt, weil Sie Angst hatten hinzufallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. Im Folgenden möchten wir Sie noch etwas näher zu alltäglichen Tätigkeiten befragen. Wie stark sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei den folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?

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

	Überhaupt nicht einge- schränkt	Etwas einge- schränkt	Stark einge- schränkt
	1	2	3
Sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeiten und Getränke zu sich nehmen (z.B. Zerkleinern Ihrer Speisen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Wohnung umhergehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubettgehen und/oder Aufstehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen des Telefons.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Verkehrsmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente einnehmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geldangelegenheiten erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beugen, knien, bücken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anstrengende Tätigkeit, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

	Beinahe jeden Tag	An mehr als der Hälfte der Tage	An einzelnen Tagen	Über- haupt nicht
	1	2	3	4
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass sich Ihr Gesundheitszustand in nächster Zeit verschlechtert?

- Sehr wahrscheinlich 1
- Eher wahrscheinlich 2
- Mittelmäßig wahrscheinlich 3
- Eher unwahrscheinlich 4
- Sehr unwahrscheinlich 5


19. Denken Sie nun an Personen Ihres Alters und Geschlechts.

Wie hoch schätzen Sie im Vergleich zu diesen Personen das Risiko ein, dass sich Ihr Gesundheitszustand in nächster Zeit verschlechtert?

- Deutlich höheres Risiko 1
- Etwas höheres Risiko 2
- Gleiches Risiko 3
- Etwas geringeres Risiko 4
- Deutlich geringeres Risiko 5


Nun möchten wir Ihnen einige Fragen zu Verhaltensweisen stellen, die sich auf die Gesundheit auswirken können.

20. Im Folgenden geht es um Ihre persönlichen Überzeugungen in Bezug auf Medikamente.

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


	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Weder noch 3	Trifft eher nicht zu 4	Trifft gar nicht zu 5
Meine derzeitige Gesundheit hängt von meinen Medikamenten ab.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne meine Medikamente wäre ich sehr krank..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal mache ich mir Sorgen, von meinen Medikamenten zu abhängig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Medikamente stören mein Leben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Im Folgenden geht es um die Einnahme von Medikamenten.

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


	(Fast) immer 1	Oft 2	Manchmal 3	Selten 4	(Fast) nie 5
Manche Leute vergessen, ihre Medikamente zu nehmen. Wie oft passiert Ihnen das?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manche Leute sagen, sie unterbrechen die Einnahme ihrer Medikamente oder passen die Dosierung an ihre Bedürfnisse an. Wie oft machen Sie das?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken: Was haben Ihnen nahe stehende Personen (z.B. Partner, Kinder, Freunde, Bekannte) in Bezug auf Medikamente gemacht?

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

	(Fast) immer 1	Oft 2	Manchmal 3	Selten 4	(Fast) nie 5
Mir nahe stehende Personen...					
...haben mich daran erinnert, meine Medikamente regelmäßig einzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben sich um meine Medikamente gekümmert (z.B. haben sie besorgt oder zusammengestellt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Im Folgenden geht es um Ihre Einstellung zu Medikamenten im Allgemeinen.
Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach zutreffen.**

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Weder noch 3	Trifft eher nicht zu 4	Trifft gar nicht zu 5
Ärzte vertrauen zu sehr auf Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle Medikamente sind Gift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Medikamente machen süchtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte verwenden zu viele Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ärzte mehr Zeit für Patienten hätten, würden sie weniger Medikamente verschreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Wie viel trinken Sie am Tag?

Bitte denken Sie an alle alkoholfreien Getränke, die Sie normalerweise trinken
(z.B. Wasser, Tee, Saft, Kaffee, Limonade, Milch).

Wie viele Gläser/Tassen (ca. 200ml) alkoholfreier Getränke trinken Sie pro Tag?

Weniger als drei Gläser (weniger als 0,6l) ₁

Drei bis fünf Gläser (0,6 bis 1l) ₂

Sechs bis neun Gläser (1,2 bis 1,8l) ₃

Zehn und mehr Gläser (2l und mehr) ₄

**25. Denken Sie nun an alkoholische Getränke: Kommt es vor, dass Sie sechs oder mehr Gläser
alkoholischer Getränke bei einem Anlass trinken (z.B. beim Abendessen, bei einer Veranstaltung
oder Feier)? (ein Glas entspricht 0,33l Bier, einem Glas Wein/Sekt oder einem Schnapsglas
Spirituosen/Branntwein)**

Nie..... ₁


Seltener als einmal im Monat..... ₂

Ungefähr einmal im Monat..... ₃

Ungefähr einmal pro Woche ₄

Jeden Tag oder fast jeden Tag..... ₅

26. Nun geht es um Ihre Ernährung. Wie häufig essen Sie die folgenden Lebensmittel?

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Ich esse oft Produkte aus Weißmehl (z.B. Weißbrot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse oft frisches Obst und Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich salze meine Speisen oft nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse oft Fleischgerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse oft fettreiche Nahrungsmittel (z.B. Milch, Käse oder Quark mit hohem Fettanteil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse oft Süßigkeiten oder Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Rauchen Sie zurzeit?

Nein.....²


Ja¹ ➔ ungefähr Zigaretten/Zigarren/Pfeifen am Tag

28. Es wird empfohlen, mehrmals pro Woche körperliche Aktivitäten auszuüben, die zumindest etwas anstrengend sind.

Im Folgenden geht es darum, wie häufig Sie es schaffen, regelmäßig körperlich aktiv zu sein.


	Sehr oft/ Immer 1	Eher oft 2	Eher selten 3	Sehr selten/ Nie 4
Wie häufig schaffen Sie es in einer <u>normalen</u> Woche, körperlich aktiv zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie es in den <u>letzten drei Monaten</u> geschafft, regelmäßig körperlich aktiv zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Welche Absichten haben Sie in den nächsten Wochen?

 Bitte machen Sie *in jede Zeile* ein Kreuz!


	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Ich habe die feste Absicht, mehrmals pro Woche körperlich aktiv zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die feste Absicht, regelmäßig körperlich aktiv zu sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie bereits ganz genau geplant haben, regelmäßig körperlich aktiv zu sein.

 Bitte machen Sie *in jede Zeile* ein Kreuz!

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Ich habe bereits <u>ganz genau geplant</u> ...				
...wann, wo und wie ich regelmäßig körperlich aktiv sein werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie ich trotz möglicher Schwierigkeiten und Hindernisse regelmäßig körperlich aktiv sein kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


31. Wie sicher sind Sie sich, dass Sie es schaffen, in den nächsten Wochen regelmäßig körperlich aktiv zu sein?

 Bitte machen Sie *in jede Zeile* ein Kreuz!

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Ich bin mir sehr sicher,...				
...dass ich regelmäßig körperlich aktiv sein kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass ich dauerhaft regelmäßig körperlich aktiv sein kann, auch wenn es Situationen gibt, in denen mir das schwer fällt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass ich auch dann regelmäßig körperlich aktiv sein kann, wenn ich dabei auf mich allein gestellt bin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


32. Bitte denken Sie an die Folgen Ihrer körperlichen Aktivitäten.

Wenn Sie nicht körperlich aktiv sind, denken Sie bitte daran, welche Folgen körperliche Aktivitäten für Sie haben könnten.

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


	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Wenn ich regelmäßig körperlich aktiv bin,...				
...dann fühle ich mich sehr zufrieden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dann bekomme ich sicher Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fördert das sicher meine Beweglichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dann habe ich Angst, mich zu verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken, was hat Ihre Familie (z.B. Partner, Kinder, Geschwister, Enkelkinder) in Bezug auf körperliche Aktivität gemacht?

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

Mitglieder meiner Familie...	(Fast) immer	Oft	Manchmal	Selten	(Fast) nie
	1	2	3	4	5
... haben mich dazu ermutigt, mich zu bewegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... waren mit mir gemeinsam körperlich aktiv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben mir dabei geholfen, meine körperliche Aktivität zu organisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken, was haben Ihre Freunde, Bekannten oder Nachbarn in Bezug auf körperliche Aktivität gemacht?

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


Freunde, Bekannte oder Nachbarn...	(Fast) Immer	Oft	Manchmal	Selten	(Fast) Nie
	1	2	3	4	5
... haben mich dazu ermutigt, mich zu bewegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... waren mit mir gemeinsam körperlich aktiv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben mir dabei geholfen, meine körperliche Aktivität zu organisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Wurde Ihnen in den letzten 3 Monaten von einem Arzt oder Physiotherapeuten von körperlicher Aktivität abgeraten?

Ja ₁


Nein..... ₂

36. Wie verhalten Sie sich, wenn es um einen gesunden Lebensstil geht (z.B. gesunde Ernährung, körperliche Aktivität und Medikamenteneinnahme)?

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Ich setze alles daran, meinen Plan zu verwirklichen, gesund zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Hinblick auf einen gesunden Lebensstil habe ich meine Ziele genau abgesteckt und halte mich daran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn es mal schwieriger wird, gesund zu leben, dann gebe ich mir erst recht Mühe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn es mal schwieriger wird, gesund zu leben, dann überlege ich, welche Aktivitäten ich beibehalten kann und welche nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Bitte denken Sie bei den folgenden Sätzen an Ihr Leben im Alltag.

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Ich komme im Alter gut allein zurecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich treffe meine eigenen Entscheidungen und lasse mich nicht von anderen Menschen bevormunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gestalte mein Leben nach meinen eigenen Vorstellungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bewältige meinen Alltag ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen aus meinem Familien- und Bekanntenkreis lassen mich Dinge, die ich selber tun könnte, nicht mehr machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal behandeln mich andere wie ein kleines Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen aus meinem Familien- und Bekanntenkreis wollen, dass ich von ihnen abhängig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen aus meinem Familien- und Bekanntenkreis halten mich von Dingen ab, die mich frustrieren könnten ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


38. Im Folgenden finden Sie eine Liste von Dingen und Themen, mit denen sich Menschen oft beschäftigen, an die sie in ihrem täglichen Leben denken oder für die sie etwas tun.

So kann man zum Beispiel an seine Gesundheit denken oder etwas dafür tun, um gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Bitte kreuzen Sie auf der Liste an, wie sehr die genannten Themen Sie beschäftigen.


Ich denke gegenwärtig viel an diesen Bereich/ tue viel dafür:	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Weder noch	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5
Gesundheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeglichenheit, Gelassenheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weisheit, ein reifes Verständnis des Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genuss, Spaß, Vergnügen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstachtung, positive Selbsteinschätzung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziales Ansehen, gesellschaftliche Anerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Tüchtigkeit, beruflicher Erfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbehauptung, Durchsetzungsfähigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harmonische Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufregung, Abenteuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfühlungsvermögen, mitfühlendes Verständnis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unabhängigkeit, persönliche Freiheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit der Familie, Sorge für die Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohlstand, hoher Lebensstandard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistige Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zärtlichkeit, Sexualität.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstentwicklung, Ausschöpfung eigener Fähigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Leistungsfähigkeit, Fitness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befriedigende Freundschafts- beziehungen, soziales Eingebundensein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engagement für gesellschaftliche Ideale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaube, innere Ruhe, Erlösung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Im Leben gibt es immer wieder einmal Schwierigkeiten.
Wie gehen Sie normalerweise damit um?**

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


	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Weder noch 3	Trifft eher nicht zu 4	Trifft gar nicht zu 5
Selbst wenn mir etwas gründlich schiefeht, sehe ich doch irgendwo einen kleinen Fortschritt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann auch dem Verzicht etwas abgewinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in Schwierigkeiten stecke, frage ich mich sofort, wie ich das Beste daraus machen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann auch den unangenehmen Dingen des Lebens leicht eine gute Seite abgewinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch im größten Unglück finde ich oft noch einen Sinn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Leben ist viel angenehmer, wenn ich mir keine hohen Ziele stecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verzichte auch mal auf einen Wunsch, wenn er mir schwer erreichbar scheint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich lange vergeblich mit einem Problem auseinandersetze, merke ich oft, dass ich im Grunde auch ohne eine Lösung ganz gut zurechtkomme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn sich mir Schwierigkeiten in den Weg stellen, verstärke ich gewöhnlich meine Anstrengungen erheblich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mir einmal etwas in den Kopf gesetzt habe, lasse ich mich auch durch große Schwierigkeiten nicht davon abbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Manchmal ist es schwierig, die verschiedenen Anforderungen des Alltags zu bewältigen. Dann kann es besonders wichtig sein, andere Menschen um sich zu haben. Wie ist das bei Ihnen?

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

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Wenn ich Sorgen habe, suche ich das Gespräch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Hilfe brauche, bitte ich andere darum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken: Was haben Ihnen nahe stehende Personen gemacht (z.B. Partner, Kinder, Freunde, Bekannte)?

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

Mir nahe stehende Personen haben...	(Fast) immer	Oft	Manch- mal	(Fast) nie
	1	2	3	4
... mir wichtige Informationen oder Ratschläge gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich geärgert, weil ich ihren Rat nicht annahm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir das Gefühl gegeben, dass ich mich auf sie verlassen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es schwierig gefunden zu verstehen, wie ich mich fühle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wichtige Entscheidungen mit mir besprochen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... viel für mich erledigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mehr von mir erwartet, als ich leisten kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich um Angelegenheiten gekümmert, die ich nicht allein erledigen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir das Gefühl gegeben, dass ich mich nicht um mich selbst kümmern kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir das Gefühl gegeben, wertvoll und wichtig zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Ab und zu macht man sich Gedanken über sich selbst. Manche dieser Gedanken sind positiv, manche eher negativ. Hier geht es um positive Gedanken, die Sie sich vielleicht über sich selbst machen.

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Positive Gedanken über mich selbst...				
... sind etwas, das für mich typisch ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlen sich ganz natürlich für mich an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mache ich mir schon lange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Manchmal beginnt man auch, sich im Angesicht von Herausforderungen oder Problemen Gedanken über die eigene Person zu machen. Wie ist das bei Ihnen?

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Wenn ich mich bedroht oder verunsichert fühle, dann...				
...denke ich an die Dinge, die ich an mir wertschätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...denke ich an die Dinge, bei denen ich erfolgreich war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...denke ich an das, wofür ich stehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...denke ich an Dinge, die mir wichtig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Bitte tragen Sie abschließend noch ein:

Mein Alter: Jahre

45. Sie sind:

Ein Mann..... ₁
 Eine Frau ₂

46. Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt oder hat Ihnen jemand geholfen?

Ja, ganz alleine ausgefüllt..... ₁

Nein, es hat mir jemand geholfen ... ₂



Wer hat Ihnen beim Ausfüllen geholfen?

Der Interviewer..... ₁

Eine andere Person

Herzlichen Dank für Ihre gute und geduldige Mitarbeit an der Studie!
 Stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte in den beigefügten Rückumschlag.

13. Erhebungsunterlagen: Schriftlicher Fragebogen T2

**Die zweite Lebenshälfte
Vertiefende Befragung zu Ihrer Gesundheit**

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit an unserem Forschungsprojekt!

Worum wir Sie bitten...

Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihnen einige vertiefende Fragen rund um Ihre Gesundheit stellen.

In dieser Studie möchten wir das wichtige Thema „Altern und Gesundheit“ sehr gründlich erforschen. Aus diesem Grund gibt es einige Fragen, die Ihnen vielleicht auf den ersten Blick sehr ähnlich vorkommen können. Diese Fragen sind für die Forschung aber sehr wichtig, weil sie verschiedene Aspekte der Gesundheit erfassen.

Wir möchten Sie deshalb herzlich bitten, alle Fragen vollständig zu beantworten.

Was mit Ihren Angaben geschieht...

Das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft und das Deutsche Zentrum für Altersfragen tragen die volle datenschutzrechtliche Verantwortung für dieses Forschungsprojekt. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Person welche Angaben gemacht hat.

Mit anderen Worten: Der Datenschutz ist voll und ganz gewährleistet.

Wie der Fragebogen auszufüllen ist ...


- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, und es ist zum Ausfüllen kein besonderes Wissen notwendig.
- Beantworten Sie jede Frage so, wie diese auf Sie persönlich zutrifft.
- Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kästchen an.
- Bitte beantworten Sie die Fragen nacheinander in der vorgegebenen Reihenfolge.
- Achten Sie bitte beim Ausfüllen jeweils auf die Hinweise bei den einzelnen Fragen.
- Wir möchten Sie bitten, den gesamten Fragebogen zu beantworten.
- Sie können natürlich Pausen machen (z.B. nach einem Abschnitt) und den Fragebogen später weiter ausfüllen.

Für Ihre Mühe bedanken wir uns herzlich:

Ihr infas Institut und das Deutsche Zentrum für Altersfragen


Zuerst möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem Befinden stellen.

1. Im Folgenden finden Sie Begriffe, die die Gefühle von Menschen beschreiben. Bitte geben Sie an, wie Sie sich in den letzten Monaten gefühlt haben.

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


	Sehr häufig	Häufig	Manchmal	Eher selten	Nie
	1	2	3	4	5
Angeregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feindselig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufmerksam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. In den nachstehenden Aussagen geht es darum, wie Sie Ihr Leben insgesamt beurteilen.

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


	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Weder noch	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5
In den meisten Dingen ist mein Leben nahezu ideal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Lebensbedingungen sind hervorragend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit meinem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die wichtigsten Dinge, die ich im Leben will, habe ich weitestgehend erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas anders machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Alle Menschen werden älter. Was Älterwerden für den Einzelnen jedoch bedeutet, kann sehr unterschiedlich sein. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Veränderungen, die mit dem Älterwerden einhergehen können.

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


	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weiterhin viele Ideen realisieren kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass sich meine Fähigkeiten erweitern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weniger respektiert werde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass mein Gesundheitszustand schlechter wird.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich mich häufiger einsam fühle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich genauer weiß, was ich will.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich besser mit meinen körperlichen Schwächen umgehen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weiterhin viele Pläne mache.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Im Folgenden geht es um die Beziehungen zu anderen Menschen.

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt genügend Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich häufig im Stich gelassen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermisse Geborgenheit und Wärme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt genügend Menschen, denen ich mich eng verbunden fühle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nun geht es nochmals um Ihr Bild vom Älterwerden. Wir sprechen wiederum einige Veränderungen an, die mit dem Älterwerden einhergehen können.


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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich nicht mehr so belastbar bin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich nicht mehr so recht gebraucht werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weiterhin in der Lage bin, neue Dinge zu lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich mich mit der Zeit häufiger langweile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich körperliche Einbußen schlechter ausgleichen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich mich selbst genauer kennen und besser einschätzen lerne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, weniger vital und fit zu sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Älterwerden bedeutet für mich, dass ich vielen Dingen gegenüber gelassener werde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe noch genauso viel Schwung wie letztes Jahr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je älter ich werde, desto schlimmer wird alles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je älter ich werde, desto weniger nützlich bin ich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit zunehmendem Alter ist mein Leben besser, als ich erwartet habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin jetzt genauso glücklich, wie ich es in jungen Jahren war.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich blicke mit Zuversicht in die Zukunft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zukunft ist für mich voller Hoffnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


6. Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie unter einer der folgenden Erkrankungen leiden?

Bitte kreuzen Sie bei jeder Krankheit an, ob Sie diese haben oder nicht.

Wenn ja, kreuzen Sie bitte ergänzend an, wie sehr Ihnen diese Krankheit Beschwerden bereitet.

 Bitte füllen Sie **jede Zeile** aus!

	Habe ich...		Beschwerden zurzeit			
	Nein	Ja	keine	leichte	mittlere	große
Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterinwerte).....	2 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Diabetes/Hohe Blutzuckerwerte.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Herzinsuffizienz).....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen im Gehirn	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen in den Beinen.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkverschleiß (Arthrose) der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (Arthritis oder Rheuma).....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Lungenerkrankung (z.B. chronische Bronchitis, Lungenemphysem)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Bitte füllen Sie jede Zeile aus!

Habe ich...

Beschwerden zurzeit

	2	1	1	2	3	4
Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Leukämie)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>

Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Inkontinenz	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
-------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Seelische Erkrankung (z.B. Angstzustände, Depression, Psychose)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Parkinson-Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Glaukom (grüner Star) oder Makuladegeneration	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Andere Augenleiden, Sehstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Gallen-, Leber- oder Nierenleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Blasenleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
--------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Schlafstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
-----------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Ohrenleiden, Schwerhörigkeit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	leichte <input type="checkbox"/>	mittlere <input type="checkbox"/>	große <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------


Andere Krankheiten (bitte angeben):	Ja	keine	leichte	mittlere	große
<input style="width: 350px; height: 25px;" type="text"/>	1	1	2	3	4
.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input style="width: 350px; height: 25px;" type="text"/>	Ja	keine	leichte	mittlere	große
.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Auf den beiden folgenden Seiten möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihren Krankheiten stellen.


Bitte schauen Sie noch einmal auf die letzten beiden Seiten, wo Sie angekreuzt haben, welche Krankheiten Sie haben.

Welche der Krankheiten, die Sie angekreuzt haben, belastet Sie zurzeit am meisten?

 Bitte tragen Sie hier den Namen der Krankheit ein, die Sie zurzeit am meisten belastet:

(Auf der nächsten Seite fragen wir Sie noch nach einer zweiten Krankheit).

Bitte denken Sie im Folgenden nur an diese eine Krankheit.

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Diese Krankheit beeinträchtigt mein Leben sehr stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit wird mein ganzes weiteres Leben andauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe diese Krankheit unter Kontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Behandlung oder meine Medikamente helfen bei dieser Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe starke Beschwerden durch diese Krankheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir große Sorgen wegen dieser Krankheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit ist für mich ein Rätsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit belastet mich gefühlsmäßig sehr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Bitte nennen Sie die wichtigsten Ursachen, die Ihrer Meinung nach diese Krankheit verursacht haben:

1.	_____
2.	_____
3.	_____


8. Wir möchten Sie nun bitten, eine zweite Krankheit, die Sie ebenfalls belastet, anzugeben und einige Fragen dazu zu beantworten.

Schauen Sie dazu noch einmal in der Liste auf den Seiten 6 und 7 nach, welche Krankheiten Sie angegeben haben.

Welche Krankheit belastet Sie zurzeit neben der bereits genannten am meisten?

 Bitte tragen Sie hier den Namen der zweiten Krankheit ein, die Sie zurzeit sehr belastet:

Bitte denken Sie im Folgenden nur an diese eine Krankheit.

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Diese Krankheit beeinträchtigt mein Leben sehr stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit wird mein ganzes weiteres Leben andauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe diese Krankheit unter Kontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Behandlung oder meine Medikamente helfen bei dieser Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe starke Beschwerden durch diese Krankheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir große Sorgen wegen dieser Krankheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit ist für mich ein Rätsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Krankheit belastet mich gefühlsmäßig sehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Bitte nennen Sie die wichtigsten Ursachen, die Ihrer Meinung nach diese Krankheit verursacht haben:

1.	_____
2.	_____
3.	_____

9. Die folgende Liste enthält einige gesundheitliche Veränderungen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Veränderung an, ob Sie diese von sich selbst kennen.

Wenn ja, kreuzen Sie bitte ergänzend an, ob Sie meinen, dass diese Veränderungen eher durch das Altern oder durch eine Krankheit verursacht wurden.

 Bitte füllen Sie **jede Zeile** aus!

Haben oder hatten Sie dieses gesundheitliche Problem in den letzten 10 Jahren?

Ist dieses Problem eher durch das Altern oder durch eine Krankheit verursacht worden?

	Nein 2	Ja 1		Eher durch Altern 1	Eher durch Krankheit 2
Gewichtsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenprobleme oder Bandscheibenvorfall.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbeweglichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichgewichtsprobleme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langsamer werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochen- oder Gelenkbeschwerden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohren- oder Hörprobleme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen- oder Sehprobleme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußprobleme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergesslichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, wie gesund Sie sich heute fühlen.
Bitte kreuzen Sie in jedem Block die Antwort an, die Sie am besten beschreibt.

10. Beweglichkeit/Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen ₁
Ich habe einige Probleme herumzugehen ₂
Ich bin ans Bett gebunden ₃

11. Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen ₁
Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen ₂
Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ₃

12. Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ₁
Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ₂
Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ₃


13. Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden ₁
Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden ₂
Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden ₃

14. Angst/Niedergeschlagenheit


- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert ₁
Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert ₂
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert ₃

15. In den folgenden Fragen geht es um unfreiwilliges Stürzen und Fallen.

 Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz.


- | | Ja
1 | Nein
2 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie in den letzten 12 Monaten hingefallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst,
dass Sie hinfallen könnten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie schon einmal Ihre Aktivitäten zu Hause
oder draußen eingeschränkt, weil Sie Angst hatten hinzufallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. Im Folgenden möchten wir Sie noch etwas näher zu alltäglichen Tätigkeiten befragen. Wie stark sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei den folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?

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

	Überhaupt nicht einge- schränkt	Etwas einge- schränkt	Stark einge- schränkt
	1	2	3
Sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeiten und Getränke zu sich nehmen (z.B. Zerkleinern Ihrer Speisen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Wohnung umhergehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubettgehen und/oder Aufstehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen des Telefons.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Verkehrsmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente einnehmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geldangelegenheiten erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beugen, knien, bücken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anstrengende Tätigkeit, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

	Beinahe jeden Tag 1	An mehr als der Hälfte der Tage 2	An einzelnen Tagen 3	Über- haupt nicht 4
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass sich Ihr Gesundheitszustand in nächster Zeit verschlechtert?

- Sehr wahrscheinlich 1
- Eher wahrscheinlich 2
- Mittelmäßig wahrscheinlich 3
- Eher unwahrscheinlich 4
- Sehr unwahrscheinlich 5


19. Denken Sie nun an Personen Ihres Alters und Geschlechts.

Wie hoch schätzen Sie im Vergleich zu diesen Personen das Risiko ein, dass sich Ihr Gesundheitszustand in nächster Zeit verschlechtert?

- Deutlich höheres Risiko 1
- Etwas höheres Risiko 2
- Gleiches Risiko 3
- Etwas geringeres Risiko 4
- Deutlich geringeres Risiko 5


Nun möchten wir Ihnen einige Fragen zu Verhaltensweisen stellen, die sich auf die Gesundheit auswirken können.

20. Im Folgenden geht es um Ihre persönlichen Überzeugungen in Bezug auf Medikamente.

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


	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Weder noch 3	Trifft eher nicht zu 4	Trifft gar nicht zu 5
Meine derzeitige Gesundheit hängt von meinen Medikamenten ab.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne meine Medikamente wäre ich sehr krank..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal mache ich mir Sorgen, von meinen Medikamenten zu abhängig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Medikamente stören mein Leben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Im Folgenden geht es um die Einnahme von Medikamenten.

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


	(Fast) immer 1	Oft 2	Manchmal 3	Selten 4	(Fast) nie 5
Manche Leute vergessen, ihre Medikamente zu nehmen. Wie oft passiert Ihnen das?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manche Leute sagen, sie unterbrechen die Einnahme ihrer Medikamente oder passen die Dosierung an ihre Bedürfnisse an. Wie oft machen Sie das?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken: Was haben Ihnen nahe stehende Personen (z.B. Partner, Kinder, Freunde, Bekannte) in Bezug auf Medikamente gemacht?

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

	(Fast) immer 1	Oft 2	Manchmal 3	Selten 4	(Fast) nie 5
Mir nahe stehende Personen...					
...haben mich daran erinnert, meine Medikamente regelmäßig einzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben sich um meine Medikamente gekümmert (z.B. haben sie besorgt oder zusammengestellt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Im Folgenden geht es um Ihre Einstellung zu Medikamenten im Allgemeinen.
Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach zutreffen.**

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

	Trifft genau zu <small>1</small>	Trifft eher zu <small>2</small>	Weder noch <small>3</small>	Trifft eher nicht zu <small>4</small>	Trifft gar nicht zu <small>5</small>
Ärzte vertrauen zu sehr auf Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle Medikamente sind Gift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Medikamente machen süchtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte verwenden zu viele Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ärzte mehr Zeit für Patienten hätten, würden sie weniger Medikamente verschreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Wie viel trinken Sie am Tag?

Bitte denken Sie an alle alkoholfreien Getränke, die Sie normalerweise trinken
(z.B. Wasser, Tee, Saft, Kaffee, Limonade, Milch).

Wie viele Gläser/Tassen (ca. 200ml) alkoholfreier Getränke trinken Sie pro Tag?

Weniger als drei Gläser (weniger als 0,6l) 1

Drei bis fünf Gläser (0,6 bis 1l) 2

Sechs bis neun Gläser (1,2 bis 1,8l) 3

Zehn und mehr Gläser (2l und mehr) 4

**25. Denken Sie nun an alkoholische Getränke: Kommt es vor, dass Sie sechs oder mehr Gläser
alkoholischer Getränke bei einem Anlass trinken (z.B. beim Abendessen, bei einer Veranstaltung
oder Feier)? (ein Glas entspricht 0,33l Bier, einem Glas Wein/Sekt oder einem Schnapsglas
Spirituosen/Branntwein)**

Nie..... 1


Seltener als einmal im Monat..... 2

Ungefähr einmal im Monat..... 3

Ungefähr einmal pro Woche 4

Jeden Tag oder fast jeden Tag..... 5

26. Nun geht es um Ihre Ernährung. Wie häufig essen Sie die folgenden Lebensmittel?

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Ich esse oft Produkte aus Weißmehl (z.B. Weißbrot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse oft frisches Obst und Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich salze meine Speisen oft nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse oft Fleischgerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse oft fettreiche Nahrungsmittel (z.B. Milch, Käse oder Quark mit hohem Fettanteil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse oft Süßigkeiten oder Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Rauchen Sie zurzeit?

Nein..... 2


Ja 1 ➔ ungefähr Zigaretten/Zigarren/Pfeifen am Tag

28. Es wird empfohlen, mehrmals pro Woche körperliche Aktivitäten auszuüben, die zumindest etwas anstrengend sind.

Im Folgenden geht es darum, wie häufig Sie es schaffen, regelmäßig körperlich aktiv zu sein.


	Sehr oft/ Immer 1	Eher oft 2	Eher selten 3	Sehr selten/ Nie 4
Wie häufig schaffen Sie es in einer <u>normalen</u> Woche, körperlich aktiv zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie es in den <u>letzten drei Monaten</u> geschafft, regelmäßig körperlich aktiv zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Welche Absichten haben Sie in den nächsten Wochen?

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


	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Ich habe die feste Absicht, mehrmals pro Woche körperlich aktiv zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die feste Absicht, regelmäßig körperlich aktiv zu sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie bereits ganz genau geplant haben, regelmäßig körperlich aktiv zu sein.

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

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Ich habe bereits <u>ganz genau geplant</u> ...				
...wann, wo und wie ich regelmäßig körperlich aktiv sein werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie ich trotz möglicher Schwierigkeiten und Hindernisse regelmäßig körperlich aktiv sein kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


31. Wie sicher sind Sie sich, dass Sie es schaffen, in den nächsten Wochen regelmäßig körperlich aktiv zu sein?

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

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Ich bin mir sehr sicher,...				
...dass ich regelmäßig körperlich aktiv sein kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass ich dauerhaft regelmäßig körperlich aktiv sein kann, auch wenn es Situationen gibt, in denen mir das schwer fällt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass ich auch dann regelmäßig körperlich aktiv sein kann, wenn ich dabei auf mich allein gestellt bin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


32. Bitte denken Sie an die Folgen Ihrer körperlichen Aktivitäten.

Wenn Sie nicht körperlich aktiv sind, denken Sie bitte daran, welche Folgen körperliche Aktivitäten für Sie haben könnten.

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


	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Wenn ich regelmäßig körperlich aktiv bin,...				
...dann fühle ich mich sehr zufrieden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dann bekomme ich sicher Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fördert das sicher meine Beweglichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dann habe ich Angst, mich zu verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken, was hat Ihre Familie (z.B. Partner, Kinder, Geschwister, Enkelkinder) in Bezug auf körperliche Aktivität gemacht?

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

Mitglieder meiner Familie...	(Fast) immer	Oft	Manchmal	Selten	(Fast) nie
	1	2	3	4	5
... haben mich dazu ermutigt, mich zu bewegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... waren mit mir gemeinsam körperlich aktiv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben mir dabei geholfen, meine körperliche Aktivität zu organisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken, was haben Ihre Freunde, Bekannten oder Nachbarn in Bezug auf körperliche Aktivität gemacht?

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


Freunde, Bekannte oder Nachbarn...	(Fast) Immer	Oft	Manchmal	Selten	(Fast) Nie
	1	2	3	4	5
... haben mich dazu ermutigt, mich zu bewegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... waren mit mir gemeinsam körperlich aktiv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben mir dabei geholfen, meine körperliche Aktivität zu organisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Wurde Ihnen in den letzten 3 Monaten von einem Arzt oder Physiotherapeuten von körperlicher Aktivität abgeraten?

Ja ₁


Nein..... ₂

36. Wie verhalten Sie sich, wenn es um einen gesunden Lebensstil geht (z.B. gesunde Ernährung, körperliche Aktivität und Medikamenteneinnahme)?

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Ich setze alles daran, meinen Plan zu verwirklichen, gesund zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Hinblick auf einen gesunden Lebensstil habe ich meine Ziele genau abgesteckt und halte mich daran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn es mal schwieriger wird, gesund zu leben, dann gebe ich mir erst recht Mühe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn es mal schwieriger wird, gesund zu leben, dann überlege ich, welche Aktivitäten ich beibehalten kann und welche nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Bitte denken Sie bei den folgenden Sätzen an Ihr Leben im Alltag.

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

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Ich komme im Alter gut allein zurecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich treffe meine eigenen Entscheidungen und lasse mich nicht von anderen Menschen bevormunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gestalte mein Leben nach meinen eigenen Vorstellungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bewältige meinen Alltag ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen aus meinem Familien- und Bekanntenkreis lassen mich Dinge, die ich selber tun könnte, nicht mehr machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal behandeln mich andere wie ein kleines Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen aus meinem Familien- und Bekanntenkreis wollen, dass ich von ihnen abhängig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen aus meinem Familien- und Bekanntenkreis halten mich von Dingen ab, die mich frustrieren könnten ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


38. Im Folgenden finden Sie eine Liste von Dingen und Themen, mit denen sich Menschen oft beschäftigen, an die sie in ihrem täglichen Leben denken oder für die sie etwas tun.

So kann man zum Beispiel an seine Gesundheit denken oder etwas dafür tun, um gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Bitte kreuzen Sie auf der Liste an, wie sehr die genannten Themen Sie beschäftigen.


Ich denke gegenwärtig viel an diesen Bereich/ tue viel dafür:	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Weder noch	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4	5
Gesundheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeglichenheit, Gelassenheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weisheit, ein reifes Verständnis des Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genuss, Spaß, Vergnügen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstachtung, positive Selbsteinschätzung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziales Ansehen, gesellschaftliche Anerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Tüchtigkeit, beruflicher Erfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbehauptung, Durchsetzungsfähigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harmonische Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufregung, Abenteuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfühlungsvermögen, mitfühlendes Verständnis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unabhängigkeit, persönliche Freiheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit der Familie, Sorge für die Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohlstand, hoher Lebensstandard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistige Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zärtlichkeit, Sexualität.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstentwicklung, Ausschöpfung eigener Fähigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Leistungsfähigkeit, Fitness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befriedigende Freundschafts- beziehungen, soziales Eingebundensein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engagement für gesellschaftliche Ideale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaube, innere Ruhe, Erlösung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Im Leben gibt es immer wieder einmal Schwierigkeiten.
Wie gehen Sie normalerweise damit um?**

 Bitte machen Sie *in jede Zeile* ein Kreuz!


	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Weder noch 3	Trifft eher nicht zu 4	Trifft gar nicht zu 5
Selbst wenn mir etwas gründlich schiefeht, sehe ich doch irgendwo einen kleinen Fortschritt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann auch dem Verzicht etwas abgewinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in Schwierigkeiten stecke, frage ich mich sofort, wie ich das Beste daraus machen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann auch den unangenehmen Dingen des Lebens leicht eine gute Seite abgewinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch im größten Unglück finde ich oft noch einen Sinn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Leben ist viel angenehmer, wenn ich mir keine hohen Ziele stecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verzichte auch mal auf einen Wunsch, wenn er mir schwer erreichbar scheint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich lange vergeblich mit einem Problem auseinandersetze, merke ich oft, dass ich im Grunde auch ohne eine Lösung ganz gut zurechtkomme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn sich mir Schwierigkeiten in den Weg stellen, verstärke ich gewöhnlich meine Anstrengungen erheblich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mir einmal etwas in den Kopf gesetzt habe, lasse ich mich auch durch große Schwierigkeiten nicht davon abbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Manchmal ist es schwierig, die verschiedenen Anforderungen des Alltags zu bewältigen. Dann kann es besonders wichtig sein, andere Menschen um sich zu haben. Wie ist das bei Ihnen?

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

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Wenn ich Sorgen habe, suche ich das Gespräch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Hilfe brauche, bitte ich andere darum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken: Was haben Ihnen nahe stehende Personen gemacht (z.B. Partner, Kinder, Freunde, Bekannte)?

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

Mir nahe stehende Personen haben...	(Fast) immer	Oft	Manch- mal	(Fast) nie
	1	2	3	4
... mir wichtige Informationen oder Ratschläge gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich geärgert, weil ich ihren Rat nicht annahm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir das Gefühl gegeben, dass ich mich auf sie verlassen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es schwierig gefunden zu verstehen, wie ich mich fühle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wichtige Entscheidungen mit mir besprochen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... viel für mich erledigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mehr von mir erwartet, als ich leisten kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich um Angelegenheiten gekümmert, die ich nicht allein erledigen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir das Gefühl gegeben, dass ich mich nicht um mich selbst kümmern kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir das Gefühl gegeben, wertvoll und wichtig zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Ab und zu macht man sich Gedanken über sich selbst. Manche dieser Gedanken sind positiv, manche eher negativ. Hier geht es um positive Gedanken, die Sie sich vielleicht über sich selbst machen.

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Positive Gedanken über mich selbst...				
... sind etwas, das für mich typisch ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlen sich ganz natürlich für mich an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mache ich mir schon lange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Manchmal beginnt man auch, sich im Angesicht von Herausforderungen oder Problemen Gedanken über die eigene Person zu machen. Wie ist das bei Ihnen?

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
	1	2	3	4
Wenn ich mich bedroht oder verunsichert fühle, dann...				
...denke ich an die Dinge, die ich an mir wertschätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...denke ich an die Dinge, bei denen ich erfolgreich war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...denke ich an das, wofür ich stehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...denke ich an Dinge, die mir wichtig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Bitte tragen Sie abschließend noch ein:

Mein Alter: Jahre

45. Sie sind:

Ein Mann..... ₁
 Eine Frau ₂

46. Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt oder hat Ihnen jemand geholfen?

Ja, ganz alleine ausgefüllt..... ₁

Nein, es hat mir jemand geholfen ... ₂



Wer hat Ihnen beim Ausfüllen geholfen?

Der Interviewer..... ₁

Eine andere Person

Herzlichen Dank für Ihre gute und geduldige Mitarbeit an der Studie!
Stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte in den beigefügten Rückumschlag.