

DATEIÜBERSICHT: „Man-Int4,,

5.10 DIE KOSTEN VON ÜBERGEWICHT UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER ERNÄHRUNG	1
5.10.1 EINKOMMEN	1
5.10.2 SPORT	3
5.10.3 GEWICHT	3
5.10.4 ERNÄHRUNG	6
5.10.5 SF-12-FRAGEN	7
6.10 TELEFONISCHE NACHBEFRAGUNGEN	11
I STANDARDTEIL	11
II VARIIERENDE INTERVIEWTEILE	24
1. HLC: Health Locus of Control – Kontrollüberzeugungen	24
2. SOC: Sense of Coherence	25
3. Krankengeld, Kur, Reha, Berufskrankheit, körperliche Befindlichkeit, Social Support	29

5.10 Die Kosten von Übergewicht unter besonderer Berücksichtigung der Ernährung

Das Ziel dieser Studie ist es, die Kosten für die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit für Angehörige verschiedener Risikofaktorgruppen zu ermitteln. Unter Risikofaktoren werden in dieser Studie Rauchen, Alkoholkonsum und Bewegungsmangel vor allem aber Übergewicht und ungesunde Ernährung verstanden.

5.10.1 Einkommen

Die Fragen zum Einkommens dienen dazu, den sozioökonomischen Status einer Person zu ermitteln. Wissenschaftliche Studien haben ergeben, dass es z.B. einen Zusammenhang zwischen Gesundheit auf der einen und Einkommen, Bildung und Beruf auf der anderen Seite gibt.

1. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingerechnet?

|__|__| Personen

Int.-Anw.: Haushalt meint hier die Vorstellung, dass alle Haushaltsmitglieder ihre Einkommen in eine gemeinsame Kasse zahlen, aus der dann bestimmte Ausgaben gemeinsam bestritten werden (z.B. Miete, Grundnahrungsmittel, Strom). Wenn die Antwort „1 Person,, lautet, wird die nächste Frage automatisch übersprungen.

2. Wie viele der Personen, die in Ihrem Haushalt leben, sind:

18 Jahre und älter? |__|__| Personen
bis 6 Jahre alt ? |__|__| Personen
7 bis 14 Jahre alt? |__|__| Personen
15 bis 17 Jahre alt? |__|__| Personen

Int.-Anw.: Nur wenn die Angaben aus Frage 1 und 2 übereinstimmen, kann im Interview weitergegangen werden!

3. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt, d.h. das Einkommen, das alle Haushaltsmitglieder zusammen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben haben?

unter 1.000 DM	1
1.000 bis unter 1.500 DM	2
1.500 bis unter 2.000 DM	3
2.000 bis unter 3.000 DM	4
3.000 bis unter 4.000 DM	5
4.000 bis unter 5.000 DM	6
5.000 bis unter 6.000 DM	7
6.000 bis unter 7.000 DM	8
7.000 DM und mehr	9
Weiß nicht	10

Int.-Anw.: Liste R1 vorlegen. Bitte die entsprechende Ziffer eintragen! Hierbei sind auch Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung oder Kapitalerträge (z.B. Zinsen) gemeint!

5.10.2 Sport

Wie intensiv betreiben Sie Gymnastikübungen, Fitness oder Sport?

- Sehr intensiv ☐
- intensiv ☐
- weniger intensiv ☐
- nicht intensiv ☐
- (weiß nicht ☐)

Int.-Anw.: Liste R 2 vorlegen. Gefragt wird hier nach der subjektiven Einschätzung des Probanden!

5.10.3 Gewicht

Die Fragen zum Gewicht dienen dazu, die subjektive psychische Belastung durch das eigene Körpergewicht zu ermitteln.

1. Wiegen Sie heute mehr oder weniger als vor einem Jahr?

- Ja, ich wiege jetzt viel mehr ☐
- Ja, ich wiege jetzt etwas mehr ☐
- Mein Gewicht ist gleich geblieben ☐
- Ja, ich wiege jetzt etwas weniger ☐
- Ja, ich wiege jetzt viel weniger ☐
- (weiß nicht ☐)

Int.-Anw.: Die Einschätzung, was „viel,, „etwas,, oder „gleich,, bedeutet, soll durch den Probanden erfolgen!

2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht?

- Sehr zufrieden ☐
- Eher zufrieden ☐
- Eher unzufrieden ☐
- Sehr unzufrieden ☐
- (weiß nicht ☐)

Int.-Anw.: Liste R 3 vorlegen.

3. Fühlen Sie sich durch Ihr Gewicht eingeschränkt, z. B. beim Sport oder bei der Arbeit?

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| Ja, sehr eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Ja, eher eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Nein, nicht eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

4. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Diät zum Abnehmen gemacht?

- | | |
|-------------|-------------------------|
| Ja | <input type="radio"/> |
| Nein | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

Int.-Anw.: Wichtig ist hier die Intention der Gewichtsabnahme.

4.1 Wenn ja: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Diät eingehalten?

|__|__|__| mal

Int.-Anw.: Hier ist die Anzahl der Diäten gemeint. Die Definition, was eine abgeschlossene Diät bedeutet, soll wieder durch den Probanden erfolgen. Weiß nicht = 999.

4.2 Wie lange haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Diät eingehalten?

|__|__| Wochen

Int.-Anw.: Gefragt wird hier nach dem Zeitraum insgesamt, also über alle Diäten addiert. Weiß nicht = 99.

13.3. Wie viele Kilogramm haben Sie durch ihre Diät(en) abgenommen?

|__|__| Kg

Int.-Anw.: Gefragt ist hier nach der höchsten Gewichtsabnahme innerhalb einer Diät. Weiß nicht = 99.

13.3. Wie viele Kilogramm haben Sie seit ihrer Diät(en) wieder zugenommen?

|__|__| Kg

Int.-Anw.: Gefragt ist hier nach der höchsten Gewichtszunahme seit dieser Diät. Weiß nicht = 99.

13.3. Wie erfolgreich waren diese Diäten für Sie?

Sehr erfolgreich ☐

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| Eher erfolgreich | <input type="radio"/> |
| Eher nicht erfolgreich | <input type="radio"/> |
| Gar nicht erfolgreich | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

4.6 Wieviel Geld in DM haben Sie ungefähr für diese Diäten in den letzten 12 Monaten ausgegeben?

|_|_|_|_|_| DM

Weiß nicht = 9999.

13.3. Wie sehr haben die Menschen, die Ihnen nahe stehen, Sie bei diesen Diäten unterstützt?

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| Sehr unterstützt | <input type="radio"/> |
| Eher unterstützt | <input type="radio"/> |
| Eher nicht unterstützt | <input type="radio"/> |
| Gar nicht unterstützt | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

4.7 Fühlen Sie sich in Ihrer Lebensfreude eingeschränkt, wenn Sie eine Diät einhalten?

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| Ja, Sehr eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Ja, eher eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Eher nicht eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Gar nicht eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

4.8 Der mit einer Diät häufig verbundene Wechsel zwischen Gewichtszunahme und -abnahme wird häufig als „Jojo-Effekt„ bezeichnet?

Haben Sie diesen Effekt schon an sich selber beobachtet?

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| Sehr belastet | <input type="radio"/> |
| Etwas belastet | <input type="radio"/> |
| Gar nicht belastet | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

4.9 Wenn ja: Wie sehr haben Sie sich durch diesen Jojo-Effekt belastet gefühlt?

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| Sehr belastet | <input type="radio"/> |
| Etwas belastet | <input type="radio"/> |
| Gar nicht belastet | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

5.10.4 Ernährung

Die Zusatzfragen zur Ernährung dienen dazu, ein typisches Ernährungsmuster des Probanden zu identifizieren.

1 Wie regelmäßig frühstücken Sie pro Woche?

- Täglich ☐
- Fünf bis sechsmal ☐
- Vier bis dreimal ☐
- zweimal ☐
- einmal ☐
- nie ☐
- (weiß nicht ☐)

2 Essen Sie weiter, wenn es Ihnen schmeckt, auch wenn Sie satt sind?

- Immer ☐
- Oft ☐
- Manchmal ☐
- nie ☐
- (weiß nicht ☐)

5.10.5 SF-12-Fragen

Die nächsten Fragen stammen aus einem standardisierten Instrument zur Wahrnehmung der eigenen Gesundheit (auch SF-12 genannt).

13. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- | | |
|---------------|-------------------------|
| Ausgezeichnet | <input type="radio"/> |
| Sehr gut | <input type="radio"/> |
| Gut | <input type="radio"/> |
| Weniger gut | <input type="radio"/> |
| Schlecht | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

Int.-Anw.: Bitte Liste R4 vorlegen!

13. Sind oder wären Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei einer mittelschweren Tätigkeit eingeschränkt: einen Tisch verschieben, Staubsaugen, Kegeln oder Golf spielen?

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| Ja, stark eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Ja, etwas eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Nein, nicht eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| weiß nicht | <input type="radio"/>) |

Int.-Anw.: „Wäre,, bedeutet hier, dass der Proband sich vorstellen soll, ob er bei der genannten Tätigkeit eingeschränkt wäre, auch wenn er sie zur Zeit nicht oder überhaupt nicht ausübt!

13. ... mehrere Stockwerke steigen?

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| Ja, stark eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Ja, etwas eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Nein, nicht eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

Int.-Anw.: „Wäre,, bedeutet hier, dass der Proband sich vorstellen soll, ob er bei der genannten Tätigkeit eingeschränkt wäre, auch wenn er sie zur Zeit nicht oder überhaupt nicht ausübt! „Mehrere Stockwerke,, bedeutet so viele Stockwerke, wie der Proband sich unter mehreren Stockwerken vorstellt.

13. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten, so dass Sie weniger geschafft haben als Sie wollten?

- | | |
|-----------|-----------------------|
| Trifft zu | <input type="radio"/> |
|-----------|-----------------------|

Trifft nicht zu o
(weiß nicht o)

13. ...dass Sie sich besonders anstrengen mussten?

Trifft zu o
Trifft nicht zu o
(weiß nicht o)

13. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer seelischen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten, so dass Sie weniger geschafft haben als Sie wollten?

Trifft zu o
Trifft nicht zu o
(weiß nicht o)

13. ...dass Sie sich nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten konnten?

Trifft zu o
Trifft nicht zu o
(weiß nicht o)

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

Überhaupt nicht	<input type="radio"/>
Etwas	<input type="radio"/>
Mäßig	<input type="radio"/>
Ziemlich	<input type="radio"/>
Sehr	<input type="radio"/>
Hatte keine Schmerzen	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

Int.-Anw.: Bitte Liste R 5 vorlegen!

In den nächsten Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist.

13. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ruhig und gelassen? War das ...

Immer	<input type="radio"/>
Meistens	<input type="radio"/>
Ziemlich oft	<input type="radio"/>
Manchmal	<input type="radio"/>
Selten	<input type="radio"/>
Nie	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

Int.-Anw.: Liste R6 vorlegen.

13. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen voller Energie? War das

- Immer ☐
- Meistens ☐
- Ziemlich oft ☐
- Manchmal ☐
- Selten ☐
- Nie ☐
- (weiß nicht ☐)

Int.-Anw.: Liste R6 vorlegen.

13. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen entmutigt und traurig? War Das

- Immer ☐
- Meistens ☐
- Ziemlich oft ☐
- Manchmal ☐
- Selten ☐
- Nie ☐
- (weiß nicht ☐)

Int.-Anw.: Liste R6 vorlegen.

13. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen, z.B. Besuche bei Freunden oder Verwandten, beeinträchtigt? War das

- Immer ☐
- Meistens ☐
- Ziemlich oft ☐
- Manchmal ☐
- Selten ☐
- Nie ☐
- (weiß nicht ☐)

Int.-Anw.: Liste R6 vorlegen.

6.10 Telefonische Nachbefragungen

Vorbemerkung: Es werden drei Interviews mit einem Abstand von jeweils 2 Monaten durchgeführt. Der Medikamentenkauf wird aus pragmatischen Gründen auf ein Zeitfenster der letzten Woche bezogen, seltene Ereignisse (Reha, Kur, Berufskrankheit, Krankengeld) auf ein Zeitfenster von 6 Monaten im letzten Interview. Die 3 Interviews unterscheiden sich durch verschiedene Module (Teil 1, 2 & 3).

I Standardteil

1 Wie ist es Ihnen in den letzten 8 Wochen gesundheitlich im allgemeinen gegangen?

- Sehr gut ☐
- Gut ☐
- Zufriedenstellend ☐
- Weniger gut ☐
- Schlecht ☐
- (weiß nicht ☐)

2.1 Haben Sie in den letzten 8 Wochen an einer Erkältung oder Grippe gelitten?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.1.1 Wenn ja: Haben Sie deswegen Medikamente genommen?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.1.2 Waren Sie in Ihrer Aktivität

- stark eingeschränkt? ☐
- etwas eingeschränkt? ☐
- gar nicht eingeschränkt? ☐
- (weiß nicht ☐)

2.2 Haben Sie in den letzten 8 Wochen an einer Magen- oder Darmerkrankung gelitten?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.2.1 Wenn ja: Haben Sie deswegen Medikamente genommen?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.2.2 Waren Sie in Ihrer Aktivität

- stark eingeschränkt? ☐
- etwas eingeschränkt? ☐
- gar nicht eingeschränkt? ☐
- (weiß nicht ☐)

2.3 Haben Sie in den letzten 8 Wochen an Rückenschmerzen gelitten?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.3.1 Wenn ja: Haben Sie deswegen Medikamente genommen?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.3.2 Waren Sie in Ihrer Aktivität

- stark eingeschränkt? ☐
- etwas eingeschränkt? ☐
- gar nicht eingeschränkt? ☐
- (weiß nicht ☐)

2.4 Haben Sie in den letzten 8 Wochen an Asthma oder Allergien gelitten?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.4.1 Wenn ja: Haben Sie deswegen Medikamente genommen?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.4.2 Waren Sie in Ihrer Aktivität

- stark eingeschränkt? ☐
- etwas eingeschränkt? ☐
- gar nicht eingeschränkt? ☐
- (weiß nicht ☐)

2.5 Haben Sie in den letzten 8 Wochen an Kreislaufstörungen gelitten?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.5.1 Wenn ja: Haben Sie deswegen Medikamente genommen?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.5.2 Waren Sie in Ihrer Aktivität

- stark eingeschränkt? ☐
- etwas eingeschränkt? ☐
- gar nicht eingeschränkt? ☐
- (weiß nicht ☐)

2.6 Haben Sie in den letzten 8 Wochen an depressiven Verstimmungen gelitten?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.6.1 Wenn ja: Haben Sie deswegen Medikamente genommen?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.6.2 Waren Sie in Ihrer Aktivität

- stark eingeschränkt? ☐
- etwas eingeschränkt? ☐
- gar nicht eingeschränkt? ☐
- (weiß nicht ☐)

2.7 Haben Sie in den letzten 8 Wochen an starken Kopfschmerzen oder Migräne gelitten?

Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

2.7.1 Wenn ja: Haben Sie deswegen Medikamente genommen?

Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

2.7.2 Waren Sie in Ihrer Aktivität

stark eingeschränkt?	<input type="radio"/>
etwas eingeschränkt?	<input type="radio"/>
gar nicht eingeschränkt?	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

2.8 Haben Sie in den letzten 8 Wochen an Menstruationsbeschwerden gelitten?

Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

Int.-Anw.: Frage wird bei männlichen Probanden übersprungen.

2.8.1 Wenn ja: Haben Sie deswegen Medikamente genommen?

Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

2.8.2 Waren Sie in Ihrer Aktivität

- stark eingeschränkt? ☐
- etwas eingeschränkt? ☐
- gar nicht eingeschränkt? ☐
- (weiß nicht ☐)

2.9 Haben Sie in den letzten 8 Wochen an anderen Beschwerden gelitten?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.9.1 Wenn ja: Haben Sie deswegen Medikamente genommen?

- Ja ☐
- Nein ☐
- (weiß nicht ☐)

2.9.2 Waren Sie in Ihrer Aktivität

- stark eingeschränkt? ☐
- etwas eingeschränkt? ☐
- gar nicht eingeschränkt? ☐
- (weiß nicht ☐)

3. An wie vielen Tagen mussten Sie in den letzten 8 Wochen wegen gesundheitlicher Beschwerden den überwiegenden Teil des Tages im Bett bleiben?

An |__|__| Tag(en).

Int.-Anw.: weiß nicht: 99.

4. An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 8 Wochen wegen Krankheit nicht zur Arbeit gehen?

An |__|__| Tag(en).

Int.-Anw.: nicht berufstätig : 88
weiß nicht : 99

5. Haben Sie in den letzten 8 Wochen einen Arzt bzw. eine Arztpraxis aufgesucht? Bitte zählen Sie hier nur eigene Arztbesuche dazu.

Ja o
Nein o
(weiß nicht o)

Hinweis: Nicht diejenigen Arztbesuche, bei denen der Befragte andere Personen (z.B. Kinder) begleitet hat. Hausbesuche werden nicht berücksichtigt.

Wenn „Ja,“:

6. Wie häufig haben Sie in den letzten 8 Wochen einen Arzt aufgesucht?

|__|__| mal

Int.-Anw.: weiß nicht: 99. Wenn Befragter sich nicht mehr genau erinnern kann, bitte ungefähr schätzen lassen. Inklusive Zahnärzte.

Für jeden Arztbesuch wird folgende Maske generiert:

*Hinweis: Es werden maximal **neun** Arztbesuche abgefragt.*

7.1 Zu welcher Fachrichtung gehörte der Arzt des x-ten Arztbesuches?

Allgemeinmediziner / praktischer Arzt	<input type="checkbox"/>
Internist	<input type="checkbox"/>
Frauenarzt	<input type="checkbox"/>
Hals-Nasen-Ohrenarzt	<input type="checkbox"/>
Hautarzt	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
Anderer Arzt	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

Hinweis: Auch wenn Sie einen Mann befragen, erscheint der „Frauenarzt“, auf der Liste. Sie können diese Antwortmöglichkeit „Frauenarzt“, in diesem Fall weglassen.

7.2 Wie viel Zeit hat dieser x-te Arztbesuch insgesamt in Anspruch genommen? Bitte berechnen Sie dabei die Zeit für Hin- und Rückweg, Wartezeit im Wartezimmer und Behandlungszeit zusammen in Minuten.

|__|__|__| Minuten

Hinweis: Sie können beim Vorlesen der Frage auch „in Minuten“, weglassen. Sie finden auf dem Bildschirm eine Umrechnungshilfe.

Hinweis: Bei der Benutzung eines Autos wird nach den gefahrenen Kilometern für Hin- und Rückweg gefragt. Bei dem Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, eines Taxis oder anderer Verkehrsmittel wird nach den Fahrtkosten in DM gefragt.

Hinweis: Hat ein/e Befragte/r mehrere Verkehrsmittel benutzt, wählen Sie bitte das Verkehrsmittel aus, mit dem die längste Strecke zurückgelegt wurde.

Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

Ja 0

Nein o
(weiß nicht o)

7.4.3 Ich hätte normalerweise die Schule, Berufsschule oder Universität besucht

Ja o
Nein o
(weiß nicht o)

7.4.4 Ich hätte normalerweise Freizeit oder Feierabend gehabt

Ja o
Nein o
(weiß nicht o)

7.4.5 Ich hätte normalerweise andere Aktivitäten gemacht

Ja o
Nein o
(weiß nicht o)

8. Haben Sie **in der letzten Woche** mit oder ohne Rezept Arzneimittel erhalten bzw. gekauft, unabhängig davon, ob Sie sie in diesem Zeitraum auch eingenommen oder angewandt haben? Bitte geben Sie hier nur Arzneimittel an, die für Sie selbst bestimmt waren.

Ja o
Nein o
(weiß nicht o)

Int.-Anw.: Zu „Arzneimitteln“, zählen alle Tabletten und anderes zum Einnehmen, aber auch Salben, Pflaster, Inhalationslösungen, Ampullen für Spritzen usw., die von einem Arzt verschrieben wurden oder ohne Rezept selbst gekauft wurden.

Wenn „Ja„:

9. Wie viele Arzneimittel haben Sie gekauft oder verordnet bekommen?

|__|__| Arzneimittel

Int.-Anw.: weiß nicht: 99.

INFO: An dieser Stelle sollen alle Medikamente der letzten Woche mit dem IDOM-Instrument des AKDD erfaßt werden!

13.3. Wie viel Geld haben Sie **in der letzten Woche** insgesamt zu den rezeptpflichtigen Arzneimitteln dazugezahlt?

|__|__|__|__| DM

Int.-Anw.: weiß nicht: 999.

13.3. Wie viel Geld haben Sie **in der letzten Woche** insgesamt für die nicht-rezeptpflichtigen Arzneimittel gezahlt?

|__|__|__|__| DM

Int.-Anw.: weiß nicht: 999.

11. Haben Sie in den letzten 8 Wochen aus gesundheitlichen Gründen an einer der folgenden Veranstaltungen teilgenommen?

Hinweis: Wenn ein/e Befragte/r ja angibt, wird nach den Kosten gefragt, die diese/r selbst tragen musste.

	Ja	Nein	Weiß nicht	Ausgaben (DM)
...Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __ __ __
...Patientenschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __ __ __
...andere gesundheitliche Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __ __ __
Int.-Anw.: andere gesundheitliche Beratung = z.B. in einer Apotheke				

12.1 Sind Sie während der letzten 8 Wochen zur stationären Behandlung (über Nacht) im Krankenhaus gewesen?

Ja o
Nein o
(weiß nicht o)

12.2 Wenn Sie alles zusammenzählen, wie viele Tage bzw. Wochen haben Sie insgesamt in den letzten 8 Wochen zur stationären Behandlung im Krankenhaus verbracht?

|_|_|_| Tage

Int.-Anw.: weiß nicht: 99.

13.1 Sind Sie während der 8 *Wochen* bei einem Heilpraktiker gewesen?

Ja o
Nein o
(weiß nicht o)

13.2 Wenn ja: Wie oft waren Sie in diesem Zeitraum bei einem Heilpraktiker?

|_|_|_| mal

Int.-Anw.: weiß nicht: 99.

13.3. Wieviel Geld mußten Sie *insgesamt aus eigener Tasche* für die Heilpraktiker-Behandlungen in den *letzten 8 Wochen* bezahlen?

|_|_|_|_| DM

Int.-Anw.: weiß nicht: 9999.

13. Haben Sie in den letzten 8 Wochen Brille, Kontaktlinsen, andere Seh- oder Hörhilfen erhalten oder selbst gekauft?

(Hinweis: Wenn ja, dann wird nach dem Betrag gefragt, den der/die Interviewte/r zugezahlt (oder vollständig selbst bezahlt) hat. Wenn nein, kommt die nächste Frage: Haben Sie in den letzten 8 Wochen Rollstuhl, Stock, orthopädische Schuhe oder Einlagen, andere Gehhilfen erhalten oder selbst gekauft. usw.)

Heilmittel, Hilfsmittel	In letzten 8 Wochen erhalten			(Zu-)Zahlung in DM
	Ja	nein	weiß nicht	
Brille, Kontaktlinsen, andere Seh- oder Hörhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ <i>Int.-Anw.: weiß nicht:</i> 9999
Rollstuhl, Stock, orthopädische Schuhe oder Einlagen, andere Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ <i>Int.-Anw.: weiß nicht:</i> 9999
Massagen, Bäder, Packungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ <i>Int.-Anw.: weiß nicht:</i> 9999
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ <i>Int.-Anw.: weiß nicht:</i> 9999
Bestrahlung, Licht-, Inhalationstherapie oder - geräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ <i>Int.-Anw.: weiß nicht:</i> 9999
Sprach-, Arbeits- oder Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ <i>Int.-Anw.: weiß nicht:</i> 9999
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ <i>Int.-Anw.: weiß nicht:</i> 9999

II Variierende Interviewteile

1. HLC: Health Locus of Control – Kontrollüberzeugungen

Ich lese Ihnen jetzt einige Aussagen vor, die Leute über ihre Gesundheit machen. Sagen Sie mir bitte, wie sehr Sie diesen Aussagen zustimmen, oder wie sehr Sie diese ablehnen!

Hinweis: Vorgegeben sind jeweils die Antwortkategorien:

<i>Stimme sehr zu</i>	<i>o</i>
<i>Stimme zu</i>	<i>o</i>
<i>Teils-teils</i>	<i>o</i>
<i>Lehne ab</i>	<i>o</i>
<i>Lehne sehr ab</i>	<i>o</i>
<i>(weiß nicht</i>	<i>o)</i>

1. "Meine Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Anlage und Glück."
2. "Es liegt stets an mir, wenn etwas mit meiner Gesundheit nicht stimmt."
3. "Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt mir sagt."
4. "Wenn ich krank werde, so ist dies meine Schuld."
5. "Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in der Hauptsache durch reines Glück bestimmt."
6. "Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue."
7. "Ärzte bestimmen meine Gesundheit."
8. "Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand."
9. " Um Krankheit zu vermeiden ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt beraten läßt."
10. "Wenn ich mich krank fühle, weiß ich, dass ich nicht richtig aufgepaßt habe."
11. "Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse."
12. "Es liegt vor allem an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit wieder gesund werde."

2. SOC: Sense of Coherence

Jetzt lese ich Ihnen eine Reihe von Fragen über verschiedene Aspekte des Lebens vor. Wie ist das bei Ihnen?

1. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert? Ist das...

sehr oft	<input type="radio"/>
oft	<input type="radio"/>
gelegentlich	<input type="radio"/>
selten	<input type="radio"/>
sehr selten oder nie	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

2. Wie oft ist es in der Vergangenheit vorgekommen, dass Sie vom Verhalten von Menschen überrascht waren, die Sie gut zu kennen glaubten? War das ...

sehr oft	<input type="radio"/>
oft	<input type="radio"/>
gelegentlich	<input type="radio"/>
selten	<input type="radio"/>
sehr selten oder nie	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

3. Wie oft ist es vorgekommen, dass Sie von Menschen enttäuscht wurden, auf die Sie gezählt hatten? War das...

sehr oft	<input type="radio"/>
oft	<input type="radio"/>
gelegentlich	<input type="radio"/>
selten	<input type="radio"/>
sehr selten oder nie	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

4. Und wie sieht das mit den Zielen in Ihrem Leben aus? Hatte Ihr Leben bis jetzt ...

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| überhaupt keine klaren Ziele | <input type="radio"/> |
| wenig klare Ziele | <input type="radio"/> |
| teils – teils | <input type="radio"/> |
| überwiegend klare Ziele | <input type="radio"/> |
| sehr klare Ziele | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

5. Und wie oft haben Sie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden? Ist das...

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| sehr oft | <input type="radio"/> |
| oft | <input type="radio"/> |
| gelegentlich | <input type="radio"/> |
| selten | <input type="radio"/> |
| sehr selten oder nie | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

6. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen? Ist das...

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| sehr oft | <input type="radio"/> |
| oft | <input type="radio"/> |
| gelegentlich | <input type="radio"/> |
| selten | <input type="radio"/> |
| sehr selten oder nie | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

7. Wie steht es mit den täglichen Dingen? Erzeugen die Dinge, die Sie täglich tun, für Sie...

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| große Freude und Zufriedenheit | <input type="radio"/> |
| eher Freude und Zufriedenheit | <input type="radio"/> |
| teils – teils | <input type="radio"/> |
| eher Leid und Langeweile | <input type="radio"/> |
| großes Leid und Langeweile | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

8. Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander? Ist das...

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| sehr oft | <input type="radio"/> |
| oft | <input type="radio"/> |
| gelegentlich | <input type="radio"/> |
| selten | <input type="radio"/> |
| sehr selten oder nie | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

9. Wie oft kommt es vor, dass Sie Gefühle in sich haben, die Sie lieber nicht spüren würden?
Ist das...

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| sehr oft | <input type="radio"/> |
| oft | <input type="radio"/> |
| gelegentlich | <input type="radio"/> |
| selten | <input type="radio"/> |
| sehr selten oder nie | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

10. Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt? War das...

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| sehr oft | <input type="radio"/> |
| oft | <input type="radio"/> |
| gelegentlich | <input type="radio"/> |
| selten | <input type="radio"/> |
| sehr selten oder nie | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

11. Wenn etwas passierte, hatten Sie dann im allgemeinen den Eindruck, dass sie dessen Bedeutung...

völlig falsch einschätzten	<input type="radio"/>
ziemlich falsch einschätzten	<input type="radio"/>
teils – teils	<input type="radio"/>
ziemlich richtig einschätzten	<input type="radio"/>
völlig richtig einschätzten	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

Hinweis: Wenn ein/e Befragte/r mit dieser Frage nicht zurecht kommt, können Sie sie in der Weise umformulieren: Wenn etwas Unerwartetes passierte...

12. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben? Ist das...

sehr oft	<input type="radio"/>
oft	<input type="radio"/>
gelegentlich	<input type="radio"/>
selten	<input type="radio"/>
sehr selten oder nie	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

13. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie sie unter Kontrolle halten können? Ist das...

sehr oft	<input type="radio"/>
oft	<input type="radio"/>
gelegentlich	<input type="radio"/>
selten	<input type="radio"/>
sehr selten oder nie	<input type="radio"/>
(weiß nicht	<input type="radio"/>)

3. Krankengeld, Kur, Reha, Berufskrankheit, körperliche Befindlichkeit, Social Support

1. Haben Sie **in den letzten 6 Monaten** bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Krankengeld gestellt?

Ja ☐
Nein ☐
(weiß nicht ☐)

2. Wenn ja: Über welchen Zeitraum - von wann bis wann - haben Sie innerhalb **der letzten 6 Monate** Krankengeld erhalten?

von (Monat/Jahr) |__|__|/|__|__| bis (Monat/Jahr) |__|__|/|__|__|

3. Haben Sie während **der letzten 6 Monate** an einer Vorsorgekur teilgenommen?

Ja, ambulant ☐
Ja, stationär ☐
Nein ☐
(weiß nicht ☐)

4. Sind Sie während **der letzten 6 Monate** in einer Rehabilitationseinrichtung behandelt worden?

Ja ☐
Nein ☐
(weiß nicht ☐)

5. Wenn ja: Um welche Rehabilitationsmaßnahmen handelte es sich dabei?

Ambulante Rehabilitationskur ☐
Stationäre Rehabilitationskur ☐
Anschlußheilbehandlung ☐
Andere Rehabilitationsbehandlung ☐
(weiß nicht ☐)

6 Waren Sie in den **letzten 6 Monate** wegen einer anerkannten Berufskrankheit in ärztlicher Behandlung?

- | | |
|---------------|-------------------------|
| Ja, ambulant | <input type="radio"/> |
| Ja, stationär | <input type="radio"/> |
| Nein | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

Nun kommen einige Fragen, die Ihre Zufriedenheit mit Ihrem Körper und Ihrer körperlichen Verfassung betreffen.

7 Wiegen Sie heute mehr oder weniger als vor sechs Monaten?

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Ja, ich wiege jetzt viel mehr | <input type="radio"/> |
| Ja, ich wiege jetzt etwas mehr | <input type="radio"/> |
| Mein Gewicht ist gleich geblieben | <input type="radio"/> |
| Ja, ich wiege jetzt etwas weniger | <input type="radio"/> |
| Ja, ich wiege jetzt viel weniger | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

Int.-Anw.: Die Einschätzung, was „viel,, „etwas,, oder „gleich,, bedeutet, soll durch den Probanden erfolgen!

8 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht?

- | | |
|------------------|-------------------------|
| Sehr zufrieden | <input type="radio"/> |
| Eher zufrieden | <input type="radio"/> |
| Eher unzufrieden | <input type="radio"/> |
| Sehr unzufrieden | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

9 Fühlen Sie sich durch Ihr Gewicht eingeschränkt, z. B. beim Sport oder bei der Arbeit?

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| Ja, sehr eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Ja, eher eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Nein, nicht eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

10 Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Diät zum Abnehmen gemacht?

Ja o
Nein o
(weiß nicht o)

Int.-Anw.: Wichtig ist hier die Intention der Gewichtsabnahme.

10.1 Wenn ja: Wie oft haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Diät eingehalten?

|__|__|__| mal

Int.-Anw.: Hier ist die Anzahl der Diäten gemeint. Die Definition, was eine abgeschlossene Diät bedeutet, soll wieder durch den Probanden erfolgen. Weiß nicht = 999.

10.2 Wie viele Wochen haben Sie insgesamt in den letzten 6 Monaten eine Diät/Diäten eingehalten?

|__|__| Wochen

Int.-Anw.: Gefragt wird hier nach dem Zeitraum insgesamt, also über alle Diäten addiert. Weiß nicht = 999.

10.3 Wie viele Kilogramm haben Sie durch Ihre erfolgreichste Diät abgenommen?

|__|__|__| Kg

Int.-Anw.: Gefragt ist hier nach der höchsten Gewichtsabnahme innerhalb einer Diät. Weiß nicht = 999.

10.4 Wie viele Kilogramm haben Sie seit dieser Diät wieder zugenommen?

|__|__|__| Kg

Int.-Anw.: Gefragt ist hier nach der höchsten Gewichtszunahme seit dieser Diät. Weiß nicht = 999.

10.5 Wieviel Geld in DM haben Sie ungefähr für diese Diäten in den letzten 6 Monaten ausgegeben?

|__|__|__|__|__| DM

Weiß nicht = 99999.

10.6 Wie sehr haben die Menschen, die Ihnen nahe stehen, Sie bei diesen Diäten unterstützt?

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| Sehr unterstützt | <input type="radio"/> |
| Eher unterstützt | <input type="radio"/> |
| Eher nicht unterstützt | <input type="radio"/> |
| Gar nicht unterstützt | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

10.7 Fühlen Sie sich in Ihrer Lebensfreude eingeschränkt, wenn Sie eine Diät einhalten?

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| Ja, sehr eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Ja, eher eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Eher nicht eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| Gar nicht eingeschränkt | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

11 Wie viele Kilogramm wiegen Sie derzeit?

|_|_|_|kg

Int.-Anw.: weiß nicht: 999.

12.1 Wie viele Verwandte (abgesehen von den eigenen Kindern) haben Sie, mit denen Sie sich eng verbunden fühlen?

Anzahl: |_|_|_|

Int.-Anw.: weiß nicht: 999.

12.2 Hätten Sie gern mehr enge Verwandte?

- | | |
|-------------|-------------------------|
| Ja | <input type="radio"/> |
| Nein | <input type="radio"/> |
| (weiß nicht | <input type="radio"/>) |

- 12.3 Wie viele Freunde haben Sie, mit denen Sie sich eng verbunden fühlen. D.h. z.B. mit denen Sie auch persönliche Probleme besprechen können.

Anzahl: |__|__|__|

Int.-Anw.: weiß nicht: 999.

- 12.4 Hätten Sie gern mehr solcher Freunde?

Ja o
Nein o
(weiß nicht o)

- 12.5 Wie viele Ihrer engen Freunde oder Verwandten treffen Sie mindestens einmal im Monat?

Anzahl: |__|__|__|

Int.-Anw.: weiß nicht: 999.

- 12.6 Würden Sie sie gern öfter treffen?

Ja o
Nein o
(weiß nicht o)

- 12.7 Wie viele Menschen gibt es in Ihrer Umgebung, wie z.B. ihre Nachbarn, die Sie in praktischen Fragen um Hilfe bitten können (z.B. Werkzeuge oder Küchengeräte ausleihen?)

Anzahl: |__|__|__|

Int.-Anw.: weiß nicht: 999.

- 12.8 Möchten Sie, dass es mehr Menschen gäbe, Die Ihnen in praktischen Dingen helfen?

Ja o
Nein o
(weiß nicht o)

- 12.9 Gibt es außerhalb der Familie noch jemanden, von dem Sie in schwierigen Fällen Hilfe erwarten können?

Ja ☐

Nein ☐

(weiß nicht ☐)

12.10 Wie zufrieden sind Sie insgesamt gesehen mit Ihren Kontakten zu Freunden oder Verwandten?

Sehr zufrieden ☐

Einigermaßen zufrieden ☐

Nicht sehr zufrieden ☐

(Weiß nicht ☐)

12.11 Ich nenne Ihnen nun eine Reihe von Gruppen oder Vereinen, in denen man seine Freizeit verbringen kann. Bitte sagen Sie mir, ob sie an diesen Aktivitäten teilnehmen und wenn ja, wie häufig:

				Nehme...	
	ja	nein	weiß nicht	manchmal teil	Häufig teil
Sportverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere sportliche Gruppen (Kegeln, Alpenverein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirche oder karitative Vereinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobby-Club (z.B. Schützenverein, Chor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Organisation, Berufsverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politische Gruppe oder Partei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Listen R1-R6:

-> *siehe Materialienband*