



**IMAS International**  
**Gruberstraße 2-6**  
**4020 Linz**  
**Ansprechpartnerin:**  
**Claudia Peterseil**  
**0732-772255-240**

Lfd. Nr. des Haushalts										Person Nr.		Vorname/Kürzel des Befragten			
1	1	0	4	2				0			0	0			
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Umfrage-Nr.: 1-4 4680 / 5-8 FNr / 9 = 1 (Version)

Interviewdatum:   /   /   Ende d. Interviews:   :

30 31      32 33      34 35      36 37      38 39

## 50+ in Europa

### Fragebogen zum Selbstauffüllen

## Wie soll der Fragebogen ausgefüllt werden?

Bei den meisten Fragen auf den folgenden Seiten genügt es, wenn Sie das entsprechende Kästchen ankreuzen.

**Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen:**

Richtiges  ankreuzen oder bei Korrekturen   
Falsch

Bitte beantworten Sie eine Frage nach der anderen. Überspringen Sie Fragen nur, wenn es einen ausdrücklichen Hinweis hierfür gibt.

*Beispiel:*

**Haben Sie Kinder?**

<sub>1</sub> Ja



*Wenn Sie hier „Ja“  
ankreuzen, machen  
Sie mit der nächsten  
Frage weiter!*

<sub>5</sub> Nein → **Weiter mit Frage ...**

*Wenn Sie hier „Nein“  
ankreuzen, machen  
Sie mit der im Kasten  
angegebenen Frage  
weiter!*

## Wie wird der Fragebogen zurück gegeben?

Sofern der Interviewer/die Interviewerin noch bei Ihnen ist, nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, wird er ihn wieder mitnehmen. Wenn nicht, dann senden Sie den Fragebogen bitte so bald wie möglich mit dem voradressierten Umschlag zurück.

**BEGINNEN SIE BITTE MIT FRAGE 1 AUF DER NÄCHSTEN SEITE**

**ALLE IHRE ANTWORTEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT  
NOCH EINMAL VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE**

## 1. Alles in allem – wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?

(Bitte ein Kästchen ankreuzen.)

- <sub>1</sub> Sehr zufrieden  
<sub>2</sub> Eher zufrieden  
<sub>3</sub> Eher unzufrieden  
<sub>4</sub> Sehr unzufrieden

40

## 2. Hier ist eine Liste von Aussagen, mit denen Menschen ihr Leben oder ihre Gefühle beschreiben. Wie oft treffen diese Aussagen auf Sie zu?

(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	1.Häufig ▼	2.Manchmal ▼	3.Selten ▼	4.Nie ▼
a) Mein Alter hindert mich daran, die Dinge zu tun, die ich gerne tun würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>41</sub>
b) Ich habe das Gefühl, keinen Einfluss darauf zu haben, was mit mir geschieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>42</sub>
c) Ich habe das Gefühl, ich gehöre nicht mehr so richtig dazu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>43</sub>
d) Ich kann die Dinge tun, die ich tun möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>44</sub>
e) Familiäre Verpflichtungen hindern mich daran, das zu tun, was ich tun möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>45</sub>
f) Weil mir das Geld dafür fehlt, kann ich nicht die Dinge tun, die ich tun möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>46</sub>
g) Ich freue mich auf jeden neuen Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>47</sub>
h) Ich habe das Gefühl, dass mein Leben einen Sinn hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>48</sub>
i) Insgesamt kann ich sagen, ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>49</sub>
j) Zur Zeit fühle ich mich voller Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>50</sub>
k) Ich denke, das Leben hat mir noch viel zu bieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>51</sub>
l) Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft für mich gut aussieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>52</sub>
	▲ 1.Häufig	▲ 2.Manchmal	▲ 3.Selten	▲ 4.Nie

**3. Hier ist eine weitere Liste von Aussagen, mit denen Menschen ihr Leben oder ihre Gefühle beschreiben. Wie stark stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu?**

(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	1.stimme voll zu	2.stimme zu	3.weder noch	4.stimme nicht zu	5.stimme gar nicht zu
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Ich verfolge meine Ziele mit sehr viel Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>53</sub>
b) In unsicheren Zeiten erwarte ich gewöhnlich das Beste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>54</sub>
c) Ich blicke stets optimistisch in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>55</sub>
d) Ich erwarte fast nie, dass die Dinge in meinem Sinne verlaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>56</sub>
e) Ich finde immer noch einen Weg, wenn andere schon aufgegeben haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>57</sub>
f) Ich rechne selten damit, dass mir etwas Gutes widerfährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>58</sub>
g) Auf Grund meiner Lebenserfahrung blicke ich zuversichtlich in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>59</sub>
	▲	▲	▲	▲	▲
	1.stimme voll zu	2.stimme zu	3.weder noch	4.stimme nicht zu	5.stimme gar nicht zu

#### 4. Wie häufig hatten Sie im Verlauf der letzten Woche die folgenden Gefühle?

(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	1.Fast immer	2.Meistens	3.Manchmal	4.Fast nie
	▼	▼	▼	▼
a) Ich war deprimiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>60</sub>
b) Ich hatte das Gefühl, dass alles, was ich getan habe, anstrengend war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>61</sub>
c) Ich habe unruhig geschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>62</sub>
d) Ich war glücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>63</sub>
e) Ich habe mich einsam gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>64</sub>
f) Ich hatte das Gefühl, dass die Leute unfreundlich zu mir waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>65</sub>
g) Ich habe das Leben genossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>66</sub>
h) Ich war traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>67</sub>
i) Ich hatte das Gefühl, dass mich niemand mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>68</sub>
j) Ich hatte keinen Schwung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>69</sub>
k) Ich hatte keine Lust zu essen; ich hatte wenig Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>70</sub>
l) Ich war voller Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>71</sub>
m) Ich war müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>72</sub>
n) Ich fühlte mich in der Früh gut ausgeschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>73</sub>
	▲	▲	▲	▲
	1.Fast immer	2.Meistens	3.Manchmal	4.Fast nie

**5. Bei den folgenden Fragen geht es um die Erwartungen, die Menschen aneinander haben. Wie stark stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu?**

(Bitte pro Frage nur ein Kästchen ankreuzen)

a) Ich war immer zufrieden mit dem Verhältnis zwischen dem, was ich meinem Partner gegeben habe und dem, was ich dafür von ihm bekommen habe.

- <sub>1</sub> Stimme voll zu 74
- <sub>2</sub> Stimme zu
- <sub>3</sub> Stimme weder zu noch nicht zu
- <sub>4</sub> Stimme nicht zu
- <sub>5</sub> Stimme gar nicht zu
- 
- <sub>8</sub> Trifft auf meine Situation nicht zu

b) Ich habe immer genügend Anerkennung für das erhalten, was ich für meine Familie getan habe.

- <sub>1</sub> Stimme voll zu 75
- <sub>2</sub> Stimme zu
- <sub>3</sub> Stimme weder zu noch nicht zu
- <sub>4</sub> Stimme nicht zu
- <sub>5</sub> Stimme gar nicht zu
- 
- <sub>8</sub> Trifft auf meine Situation nicht zu

c) Bei meiner derzeitigen Hauptbeschäftigung (Beruf, Hausarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit) hatte und habe ich immer das Gefühl, dass die Anerkennung für meine Leistungen angemessen ist.

- <sub>1</sub> Stimme voll zu 76
- <sub>2</sub> Stimme zu
- <sub>3</sub> Stimme weder zu noch nicht zu
- <sub>4</sub> Stimme nicht zu
- <sub>5</sub> Stimme gar nicht zu

d) Ich wurde von einer Person, der ich mein Vertrauen geschenkt hatte, schwer enttäuscht oder verletzt.

- <sub>1</sub> Stimme voll zu 77
- <sub>2</sub> Stimme zu
- <sub>3</sub> Stimme weder zu noch nicht zu
- <sub>4</sub> Stimme nicht zu
- <sub>5</sub> Stimme gar nicht zu

**6. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Pflichten in der Familie. Wie stark stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu?**

(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	1.stimme voll zu ▼	2.stimme zu ▼	3.weder noch ▼	4.stimme nicht zu ▼	5.stimme gar nicht zu ▼
a) Es ist die Pflicht der Eltern, das Beste für ihre Kinder zu tun, selbst auf Kosten ihres eigenen Wohlergehens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>78</sub>
b) Es ist die Pflicht der Großeltern, für ihre Enkelkinder da zu sein, falls sie Schwierigkeiten haben (zum Beispiel bei Scheidung der Eltern oder Krankheit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>79</sub>
c) Es ist die Pflicht der Großeltern, zur finanziellen Absicherung ihrer Enkelkinder und deren Familien beizutragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>80</sub>
d) Es ist die Pflicht der Großeltern, ihren Kindern bei der Betreuung der Enkelkinder zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>81</sub>

**7. Wer sollte Ihrer Meinung nach die Verantwortung in den unten aufgezählten Bereichen tragen – die Familie oder der Staat?**

(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	1.Nur die Familie ▼	2.Vor allem die Familie ▼	3.Beide zu gleichen Teilen ▼	4.Vor allem der Staat ▼	5.Nur der Staat ▼
a) Finanzielle Unterstützung von bedürftigen älteren Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>82</sub>
b) Unterstützung für ältere Menschen bei der Hausarbeit, falls diese z.B. beim Putzen oder Waschen Hilfe brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>83</sub>
c) Persönliche Betreuung von hilfsbedürftigen älteren Menschen, z.B. Krankenpflege oder Hilfe beim Baden oder Anziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>84</sub>

8. Manchmal gibt es wichtige Fragen, bei denen wir eine andere Meinung haben als Menschen, die uns nahe stehen, und das kann zu Konflikten führen. Sagen Sie uns bitte, ob und wie häufig es mit jeder der folgenden Personen zu Konflikten kam. (Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	1.Häufig	2.Manchmal	3.Selten	4.Niemals	8.Trifft auf meine Situation nicht zu
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 85
b) Schwiegereltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 86
c) Ehepartner oder Lebensgefährte/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 87
d) Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 88
e) Andere Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 89
f) Freunde, Arbeitskollegen, Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 90

9. Wie oft kommt es mit Ihren Kindern oder Schwiegerkindern zu Konflikten, weil Sie sich in Fragen der Erziehung Ihrer Enkelkinder nicht einig sind? (Bitte ein Kästchen ankreuzen)

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Häufig	91
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Manchmal	
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Selten	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Niemals	
<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	Trifft auf meine Situation nicht zu	

10. Haben Sie schon einmal mit einem Ehepartner oder Lebenspartner in einem gemeinsamen Haushalt gelebt?

- <sub>1</sub> Ja (derzeit oder früher) 92
- <sub>5</sub> Nein, noch nie → **Weiter bei Frage 12**



**11. Wer von Ihnen beiden übernimmt oder übernahm die Hauptverantwortung für die folgenden Aufgaben? (Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)**

	1.Nur ich ▼	2.Haupt- sächlich ich ▼	3.Ich und mein/e Partner/in gemeinsam ▼	4.Haupt- sächlich mein/e Partner/in ▼	5.Nur mein/e Partner/in ▼	8.Trifft auf meine Situation nicht zu ▼
a) Kinder erziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>93</sub>
b) Geld verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>94</sub>
c) Kochen, putzen, waschen, bügeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>95</sub>
d) Pflege von Älteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>96</sub>

**12. Auf den folgenden Seiten möchten wir etwas über Ihre medizinische Beratung und Vorbeugung wissen. Haben Sie einen Hausarzt, also einen Arzt, an den Sie sich gewöhnlich bei gesundheitlichen Problemen wenden?**

<sub>1</sub>

Ja

97

<sub>5</sub>

Nein ⇒ **Bitte direkt weiter bei Frage 14**

**13. Wie häufig kommt es vor, dass Ihr Hausarzt...**

	1.Bei jedem Besuch ▼	2.Fall- weise ▼	3.Nie ▼
a) ... fragt, wie viel Bewegung Sie machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub>
b) ... Ihnen sagt, dass Sie sich regelmäßig körperlich betätigen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>99</sub>
c) ... fragt, ob Sie leicht das Gleichgewicht verlieren und hinfallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>100</sub>
d) ... kontrolliert, ob Sie Probleme beim Gehen oder mit dem Gleichgewicht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>101</sub>
e) ... Ihr Gewicht kontrolliert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>102</sub>
f) ... Sie nach Medikamenten fragt, die Sie einnehmen, weil sie Ihnen ein anderer Arzt verschrieben hat, oder die Sie rezeptfrei gekauft haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>103</sub>

**14. Haben Sie sich im vergangenen Jahr gegen Grippe impfen lassen?**

<sub>1</sub> Ja ⇒ **Bitte direkt weiter bei Frage 16**

104

<sub>5</sub> Nein

---

---

**15. Hat Ihnen im vergangenen Jahr ein Arzt geraten, sich gegen Grippe impfen zu lassen?**

<sub>1</sub> Ja

105

<sub>5</sub> Nein

---

---

**16. Hatten Sie in den vergangenen zwei Jahren eine Augenuntersuchung durch einen Spezialisten, wie z.B. einen Augenarzt oder Optiker?**

<sub>1</sub> Ja

106

<sub>5</sub> Nein

---

---

**17. Nur für Frauen: Haben Sie in den vergangenen zwei Jahren eine Mammographie (Bruströntgen) machen lassen?**

<sub>1</sub> Ja

107

<sub>2</sub> Nein

<sub>8</sub> Trifft nicht zu (für Männer)

---

---

**18. Einige Ärzte führen Darmspiegelungen zur Früherkennung von Darmkrebs durch. Wurde Ihnen in den vergangenen zehn Jahren von einem Arzt oder in einem Krankenhaus empfohlen, eine solche Untersuchung machen zu lassen?**

<sub>1</sub> Ja

108

<sub>5</sub> Nein

19. Haben Sie schon einmal eine Darmspiegelung durchführen lassen? Wenn ja – wie lange liegt Ihre letzte Untersuchung zurück?

- <sub>1</sub> Ja, ich hatte eine Darmspiegelung vor weniger als zehn Jahren. 109
- <sub>2</sub> Ja, ich hatte eine Darmspiegelung vor zehn Jahren oder früher.
- <sub>3</sub> Nein, noch nie.
- 
- 

20. Mit einem anderen Test kann man verstecktes Blut im Stuhl entdecken. Bei diesem Test gibt man eine kleine Stuhlprobe auf eine spezielle Karte. Haben Sie diesen Test in den vergangenen zehn Jahren gemacht?

- <sub>1</sub> Ja ⇒ **Bitte direkt weiter bei Frage 22** 110
- <sub>5</sub> Nein
- 
- 

21. Wurde Ihnen in den vergangenen zehn Jahren von ärztlicher Seite empfohlen, diesen Test zu machen?

- <sub>1</sub> Ja 111
- <sub>5</sub> Nein
- 
- 

22. Bei den nächsten Fragen geht es um Gelenkschmerzen. Haben Sie Schmerzen in Hüfte, Knie oder sonstigen Gelenken (in Armen oder Beinen), die seit mindestens sechs Monaten andauern?

- <sub>1</sub> Ja 112
- <sub>5</sub> Nein ⇒ **Bitte direkt weiter bei Frage 30**
- 
- 

23. Können Sie genau angeben, wo Sie die Schmerzen haben?  
(Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

- a. Schmerzen in den Hüften 113
- b. Schmerzen in den Knien
- c. Schmerzen in anderen Gelenken (in Armen oder Beinen)

**24. Haben Sie die Gelenkschmerzen an den meisten Tagen?**

- <sub>1</sub> Ja 114  
<sub>5</sub> Nein
- 
- 

**25. Nehmen Sie derzeit Medikamente gegen Ihre Gelenkschmerzen?**

- <sub>1</sub> Ja 115  
<sub>5</sub> Nein ⇨ *Bitte direkt weiter bei Frage 27*
- 
- 

**26. Wirken diese Medikamente gegen Ihre Schmerzen?**

- <sub>1</sub> Ja 116  
<sub>2</sub> Zum Teil  
<sub>3</sub> Nein
- 
- 

**27. Haben Sie mit Ihrem Hausarzt oder einem anderen Arzt über Ihre Gelenkschmerzen gesprochen?**

- <sub>1</sub> Ja 117  
<sub>5</sub> Nein ⇨ *Bitte direkt weiter bei Frage 30*
- 
- 

**28. Als Sie Ihrem Arzt von Ihren Schmerzen erzählt haben, hat Ihr Arzt...**

	1.Ja ▼	5.Nein ▼
a) ... dann Ihre Gelenke untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>118</sub>
b) ... Ihnen empfohlen, Medikamente gegen diese Gelenkschmerzen zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>119</sub>
c) ... Ihnen etwas über die möglichen Risiken und Nebenwirkungen bei der Einnahme entzündungshemmender Medikamente gesagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>120</sub>

---

## 29. Hat Ihr Arzt...

	1.Ja ▼	5.Nein ▼
a) ... Sie wegen dieser Gelenkschmerzen schon einmal zu einer Physiotherapie oder zu einer speziellen Gymnastik geschickt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 121
b) ... Ihnen schon einmal gesagt, dass Sie wegen Ihrer derzeitigen Schmerzen eine Operation oder eine Gelenkprothese brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 122
c) ... Sie wegen Ihrer derzeitigen Gelenkschmerzen schon einmal zum Orthopäden geschickt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 123

## 30. Die folgenden Fragen betreffen Ihre Wohnung. Bitte kreuzen Sie jeweils "Ja" oder "Nein" an. Gibt es in Ihrer Wohnung...

	1.Ja ▼	5.Nein ▼
a) ... ein eigenes Bad oder eine eigene Dusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 124
b) ... ein eigenes WC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 125
c) ... eine Zentralheizung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 126
d) ... eine Klimaanlage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 127
e) ... einen Aufzug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 128
f) ... einen Garten, Balkon oder eine Terrasse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 129

## 31. Würden Sie in Bezug auf Ihre Wohnung sagen, sie ...

	1.Ja ▼	5.Nein ▼
a) ... ist zu klein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 130
b) ... kostet zu viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 131
c) ... hat nicht genug Licht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 132
d) ... hat keine ausreichenden Heiz- oder Kühlmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 133

**32. Und was meinen Sie zur unmittelbaren Umgebung Ihrer Wohnung. – Würden Sie sagen, sie...**

	1.Ja ▼	5.Nein ▼
a) ... bietet in einer annehmbaren Entfernung genügend Einrichtungen wie Apotheken, Ärzte, Lebensmittelgeschäfte usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>134</sub>
b) ... ist gut an den öffentlichen Verkehr angebunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>135</sub>
c) ... leidet unter Luftverschmutzung, Lärm oder anderen Umweltproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>136</sub>
d) ... leidet unter Vandalismus oder Kriminalität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>137</sub>

**33. Haben Sie derzeit eines oder mehrere der folgenden Haustiere in Ihrem Haushalt?**  
(Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

<input type="checkbox"/> a. Hund	138
<input type="checkbox"/> b. Katze	139
<input type="checkbox"/> c. Vogel	140
<input type="checkbox"/> d. Fisch	141
<input type="checkbox"/> e. Andere Haustiere (Bitte angeben): (143-144) _____	142
<input type="checkbox"/> f. Keine Haustiere	145

**34. Zum Schluss haben wir noch einige Fragen zu Ihrer persönlichen Einstellung. Welcher Religion gehören Sie an, oder zu welcher fühlen Sie sich am meisten hingezogen? (Bitte ein Kästchen ankreuzen)**

<input type="checkbox"/>	<sub>1</sub>	Katholisch	146
<input type="checkbox"/>	<sub>2</sub>	Evangelisch	
<input type="checkbox"/>	<sub>3</sub>	Griechisch- oder Russisch-Orthodox	
<input type="checkbox"/>	<sub>4</sub>	Judentum	
<input type="checkbox"/>	<sub>5</sub>	Islam	
<input type="checkbox"/>	<sub>6</sub>	Hinduismus	
<input type="checkbox"/>	<sub>7</sub>	Buddhismus	
<input type="checkbox"/>	<sub>8</sub>	Sonstige (bitte angeben): _____ (A147)	
<input type="checkbox"/>	<sub>96</sub>	Ich gehöre keiner Glaubensgemeinschaft an und fühle mich auch zu keiner hingezogen.	

**35. Wie oft beten Sie in letzter Zeit? (Bitte ein Kästchen ankreuzen)**

<input type="checkbox"/>	<sub>1</sub>	Mehr als einmal täglich	148
<input type="checkbox"/>	<sub>2</sub>	Einmal täglich oder fast einmal täglich	
<input type="checkbox"/>	<sub>3</sub>	Mehrmals pro Woche	
<input type="checkbox"/>	<sub>4</sub>	Einmal in der Woche	
<input type="checkbox"/>	<sub>5</sub>	Weniger als einmal in der Woche	
<input type="checkbox"/>	<sub>6</sub>	Niemals	

**36. Haben Ihre Eltern Sie religiös erzogen? (Bitte ein Kästchen ankreuzen)**

<input type="checkbox"/>	<sub>1</sub>	Ja	149
<input type="checkbox"/>	<sub>5</sub>	Nein	

**37. Viele Menschen in Österreich tendieren langfristig zu einer bestimmten politischen Partei, auch wenn sie gelegentlich eine andere Partei wählen. Welcher Partei gilt Ihre Sympathie? (Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)**

---

<input type="checkbox"/>	<sub>1</sub>	ÖVP	150
<input type="checkbox"/>	<sub>2</sub>	SPÖ	
<input type="checkbox"/>	<sub>3</sub>	FPÖ	
<input type="checkbox"/>	<sub>4</sub>	Die Grünen	
<input type="checkbox"/>	<sub>5</sub>	Liberales Forum	
<input type="checkbox"/>	<sub>6</sub>	KPÖ	
<input type="checkbox"/>	<sub>7</sub>	Andere Partei (Bitte angeben): _____	(151)
<input type="checkbox"/>	<sub>96</sub>	Keine	

---

---

**38. Abschließend bitten wir Sie, uns noch einmal Ihr Geschlecht und Geburtsjahr mitzuteilen:**

**a. Ich bin...**

<input type="checkbox"/>	<sub>1</sub>	männlich	152
<input type="checkbox"/>	<sub>2</sub>	weiblich	

**b. Ich wurde \_\_\_\_\_ geboren (Geburtsjahr).**

153-156

---

---

**VIELEN DANK, DASS SIE SICH DIE ZEIT GENOMMEN HABEN,  
UNSERE FRAGEN ZU BEANTWORTEN.**

**GEBEN SIE DEN FRAGEBOGEN BITTE DEM INTERVIEWER ODER  
SCHICKEN SIE IHN IM BEREITGESTELLTEN BRIEFUMSCHLAG ZURÜCK.**

**HERZLICHEN DANK.**