

Fragebogen

50plushiv

Eine Studie über das Älterwerden
mit HIV/AIDS in Deutschland

Diesen
Fragebogen
können Sie auch
online ausfüllen
unter:

www.50plushiv.de

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

heute werden Menschen mit HIV/AIDS dank des medizinischen Fortschritts immer älter, und mehr und mehr erreichen das 50. Lebensjahr. Schon in wenigen Jahren wird diese Altersgruppe die Mehrheit der Menschen mit HIV/AIDS in Deutschland stellen.

Die mit HIV/AIDS älter werdenden Menschen sind dabei alles andere als eine einheitliche Gruppe. Dazu zählen sowohl Menschen, die schon seit Jahrzehnten mit HIV infiziert sind, die sogenannten Langzeitüberlebenden, als auch Menschen die sich erst im höheren Lebensalter infiziert haben. Die mit HIV/AIDS älter werdenden Menschen sind schwule Männer, (ehemalige) i.v. Drogennutzer/innen, heterosexuelle Frauen und Männer, Menschen mit Migrationshintergrund und Hämophile.

Wir wissen in Deutschland derzeit wenig über diese Menschen, und haben deshalb diesen Fragebogen entwickelt, den Sie nun in Ihren Händen halten. Wir wollen erstmals in Deutschland untersuchen, wer die Menschen mit HIV/AIDS ab 50 sind, wie sie leben und wohnen, welche Wünsche und Sorgen sie haben und mit welchen sozialen, gesundheitlichen und anderen Probleme sie zu kämpfen haben.

Bitte beteiligen Sie sich an dieser wichtigen Studie. Je mehr Menschen mit HIV/AIDS, die das 50. Lebensjahr erreicht haben, teilnehmen, umso aussagekräftiger werden die Ergebnisse. Es ist wichtig, dass auch Ihre Erfahrungen in diese Studie einfließen und letztendlich dazu beitragen, dass die Probleme der älter werdenden Menschen mit HIV/AIDS wahrgenommen werden.

Wir achten auf die Einhaltung des Datenschutzes und garantieren, dass Ihnen keine Nachteile durch die Teilnahme entstehen.

Datenschutz

- Alle Antworten sind anonym und werden vertraulich behandelt. Es werden keine Adressdaten erfasst.
- Es findet keine Darstellung der Daten von individuellen Fragebögen statt, stattdessen werden die Daten zu Gruppen zusammengefasst. Ihre individuellen Antworten können von niemandem identifiziert werden.
- Die Vorgaben des gesetzlichen Datenschutzes werden erfüllt.
- Achten Sie bitte unbedingt auch bei postalischer Rücksendung des Papierfragebogens darauf, keine Angaben zum Absender (Name oder Adresse) auf den Rücksendeumschlag zu schreiben, damit die von ihnen gemachten Angaben anonym bleiben.

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die folgenden Hinweise:

- Das Ausfüllen des Fragebogens dauert 30 bis 60 Minuten.
- Bitte benutzen Sie zum Ausfüllen keinen Bleistift, sondern möglichst einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.
- Kreuzen Sie bitte nur das an, was auf Sie zutrifft.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und lassen Sie keine Fragen aus.
- Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ein ausdrücklicher Hinweis dazu gegeben wird.

Wenn Sie eine Antwort korrigieren möchten, schwärzen Sie die falsche Angabe, kreuzen Sie die richtige an und machen Sie zusätzlich einen Kreis um die richtige Antwort.

Beispiel:

Befinden Sie sich auf Grund Ihrer Degegenwärtig in Psychotherapie?

- Ja, ich mache derzeit eine Psychotherapie.
- Nein, aber ich habe früher eine Psychotherapie.
- Nein.

Bitte machen Sie hier ein Kreuz, damit Ihr Fragebogen ausgewertet werden kann.

- Hiermit erkläre ich, dass ich die Teilnehmer-Informationen gelesen und verstanden habe, und dass ich mit der Teilnahme zu dieser Studie einverstanden bin.

1 Wo haben Sie diesen Fragebogen erhalten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> HIV-Schwerpunktpraxis | <input type="checkbox"/> andere Arztpraxis |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung der Suchthilfe | <input type="checkbox"/> Klinik |
| <input type="checkbox"/> Aidshilfe | <input type="checkbox"/> Selbsthilfeprojekt/-einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Internet | |
| <input type="checkbox"/> anders _____ | |

Zu Beginn einige Fragen zu Ihrer HIV-Infektion:

2 In welchem Jahr wurde bei Ihnen HIV erstmals diagnostiziert, also wann haben Sie Ihr positives HIV-Testergebnis erhalten?

--	--	--	--

3 In welchem Jahr, vermuten Sie, haben Sie sich mit HIV angesteckt?

vermutlich im Jahr

--	--	--	--

 das weiß ich nicht

4 Wie hoch war die Anzahl Ihrer T-Helferzellen (CD4-Zellen) als Sie Ihr positives HIV-Testergebnis erhalten haben?

- über 200/ μ l unter 200/ μ l weiß ich nicht

5 Litten Sie zu dem Zeitpunkt Ihres positiven HIV-Testergebnisses bereits unter (z. B. AIDS-definierenden) Erkrankungen, die von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt als Folge der HIV-Infektion bezeichnet wurden?

- nein
 ja, diese waren weniger schwerwiegend
 ja, diese waren sehr schwerwiegend

6 Auf welche Weise haben Sie sich (vermutlich) mit HIV infiziert?

- über gleichgeschlechtlichen/homosexuellen Sex (Mann-Mann oder Frau-Frau)
 über gegengeschlechtlichen/heterosexuellen Sex (Mann-Frau)
 über den Austausch von Spritzbesteck beim Drogenkonsum
 über eine Bluttransfusion/Operation
 über andere Blutprodukte
 anders, und zwar _____

7 Werden Sie derzeit antiretroviral behandelt, also nehmen Sie Medikamente zur Behandlung Ihrer HIV-Infektion ein?

- nein, habe ich noch nie
- nein, derzeit nicht, ich habe aber in der Vergangenheit antiretrovirale Medikamente eingenommen
- ja, ich habe mit der Therapie (erstmal) im Jahr |__|__|__|__| begonnen

8 An wie vielen Tagen in den vergangenen 2 Wochen haben Sie Ihre HIV-Medikamente, aus welchen Gründen auch immer, nicht vollständig eingenommen?

- an 0 Tagen (immer eingenommen)
- an 1–2 Tagen
- an 3–5 Tagen
- an 5–7 Tagen
- an 8–10 Tagen
- an 11–13 Tagen
- an 14 Tagen (nie eingenommen)

9 Wann wurden Ihre Laborwerte, wie Viruslast, Helferzellen, zum letzten Mal untersucht?

vor _____ Monaten

10 Wie hoch war Ihre Viruslast zum Zeitpunkt der letzten Untersuchung?

- Sie ist unter der Nachweisgrenze.
- Sie ist nicht unter der Nachweisgrenze, sondern liegt bei ca. _____ Kopien/ml
- weiß ich nicht

11 Wie hoch war die Zahl Ihrer T4-Helferzellen (CD4-Zellen) bei der letzten Untersuchung?

ca. _____ / μ l weiß ich nicht

12 Hat jemals ein Arzt/eine Ärztin bei Ihnen das Stadium AIDS diagnostiziert?

- ja nein weiß ich nicht

13 Wissen die folgenden Personen von Ihrer HIV-Infektion?

Bitte geben Sie für jede der Personengruppen an, welcher Anteil davon von Ihrer HIV-Infektion weiß.

Ihr Partner/Ihre Partnerin

- ja nein nicht vorhanden

Familienmitglieder

- alle die meisten einige niemand nicht vorhanden

Freunde/Freundinnen

- alle die meisten einige niemand nicht vorhanden

Sexpartner/innen

- alle die meisten einige niemand nicht vorhanden

Wie geht es Ihnen?

14 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?

Größtenteils entspricht mein Leben meiner Idealvorstellung.

stimme gar nicht zu stimme nicht zu stimme eher nicht zu weder/noch stimme eher zu stimme zu stimme voll zu

Meine Lebensbedingungen sind perfekt.

stimme gar nicht zu stimme nicht zu stimme eher nicht zu weder/noch stimme eher zu stimme zu stimme voll zu

Ich bin zufrieden mit meinem Leben.

stimme gar nicht zu stimme nicht zu stimme eher nicht zu weder/noch stimme eher zu stimme zu stimme voll zu

15 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

16 Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

mittelschwere Tätigkeiten (z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen)

ja, sehr stark ja, etwas eingeschränkt nein, überhaupt nicht eingeschränkt

mehrere Treppenabsätze steigen

ja, sehr stark ja, etwas eingeschränkt nein, überhaupt nicht eingeschränkt

17 Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen auf Grund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.

ja nein

Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.

ja nein

18 Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.

ja nein

Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.

ja nein

19 **Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?**

keine Schmerzen sehr leicht leicht mäßig stark sehr stark

20 **Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer alltäglichen Erledigungen zu Hause und im Beruf gehindert?**

überhaupt nicht ein bisschen mäßig ziemlich sehr

21 **In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.**

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...

... ruhig und gelassen?

immer meistens ziemlich oft manchmal selten nie

... voller Energie?

immer meistens ziemlich oft manchmal selten nie

... entmutigt und traurig?

immer meistens ziemlich oft manchmal selten nie

22 **Wie oft haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?**

immer meistens manchmal selten nie

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

wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag

Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung

überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag

nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren

überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag

Andere Erkrankungen und gesundheitlichen Probleme

24

Im Folgenden haben wir verschiedene Erkrankungen und gesundheitliche Probleme aufgelistet, unter denen manche Menschen (zusätzlich zu Ihrer HIV-Infektion) leiden.

Geben Sie bitte für jede dieser Erkrankungen an, ob Sie jemals daran erkrankt waren bzw. sind. Wenn Sie daran erkrankt waren/sind, geben Sie bitte ebenfalls an, ob Sie aktuell deswegen in Behandlung sind oder nicht.

Lungenerkrankung (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenemphysem, COPD, Lungenentzündung)

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

Rheumatische Erkrankung

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

Bluthochdruck (Hypertonie)

 ja nein

Wenn **ja**, wird dieser aktuell behandelt?

 ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

Erkrankung des zentralen Nervensystems (z. B. Epilepsie oder Parkinson)

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

Polyneuropathie

(Taubheitsgefühle/Kribbeln/Schmerzen in Händen, Beinen oder Füßen)

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK, Schaufensterkrankheit)

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

Koronare Herzerkrankung (KHK, Verengung der Herzkranzgefäße)

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

Herzerkrankung (z. B. Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörung oder Herzklappenfehler)

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

chronisches Schmerzleiden (z. B. Rücken- oder Kopfschmerzen)

 ja nein

Wenn **ja**, wird es aktuell behandelt?

 ja nein

Lebererkrankung (z. B. Leberzirrhose, Hepatitis)

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

Nierenerkrankung (z. B. Nierenfunktionsstörung/-insuffizienz)

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

Erkrankung des Verdauungssystems (z. B. Magengeschwür, chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED) oder Magenschleimhautentzündung (Gastritis))

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

Schwerwiegende Konzentrationsschwierigkeiten/Gedächtnisstörungen

 ja nein

Wenn **ja**, werden sie aktuell behandelt?

 ja nein

Lipodystrophie/Lipoatrophie (Schwund des Unterhautfettgewebes in Gesicht und an den Armen/Beinen)

 ja nein

Wenn **ja**, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

25

Zu einigen Erkrankungen möchten wir genauere Informationen erfragen.

Bitte geben Sie zunächst für jede dieser Erkrankungen an, ob Sie jemals daran erkrankt waren bzw. sind und wenn ja, wann. Wenn Sie daran erkrankt waren/sind, geben Sie bitte ebenfalls an, ob sie aktuell deswegen in Behandlung sind.

Schlaganfall ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, werden Sie infolgedessen aktuell behandelt?

 ja nein**Herzinfarkt, Angina Pectoris** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, werden Sie infolgedessen aktuell behandelt?

 ja nein**Osteoporose** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein**Hepatitis B** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein**Hepatitis C** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

26

Waren oder sind Sie an Krebs erkrankt?

Geben Sie bitte für jede der aufgeführten Tumorerkrankungen an, ob Sie jemals daran erkrankt waren oder sind und wenn ja, wann. Wenn Sie daran erkrankt waren/ sind, geben Sie bitte ebenfalls an, ob sie aktuell deswegen in Behandlung sind.

Ich hatte noch nie eine bösartige Tumorerkrankung und/ oder hatte lediglich einen gutartigen Tumor.
[weiter mit Frage 27]

Kaposi-Sarkom ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein**Non-Hodgin-Lymphom (NHL)** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein**Hodgin-Lymphom (Morbus Hodgkin)** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein**Gebärmutterhalskrebs (Cervixkarzinom)** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

Analkrebs (Analkarzinom) ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein**Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom)** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein**Brustkrebs** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein**Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein**Prostatakrebs** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein**schwarzer Hautkrebs (Malignes Melanom)** ja nein

wenn ja, im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

Wenn ja, wird sie aktuell behandelt?

 ja nein**eine andere Krebserkrankung, und zwar _____**

im Jahr _____ erstmals diagnostiziert

wird sie aktuell behandelt?

 ja nein

27

Leiden Sie an anderen bisher nicht aufgeführten Erkrankungen? Dann tragen Sie diese bitte hier ein:

28

Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal ein Antibiotikum wegen einer Infektion (z. B. Bronchitis, Harnwegsinfekt, Geschlechtskrankung) einnehmen müssen?*Damit sind keine Antibiotika gemeint, die Sie zur Prophylaxe/Vorbeugung einnehmen.* nein ja, wegen _____

29

Sind Sie innerhalb der letzten 12 Monate ohne ersichtlichen Grund gefallen, gestolpert oder ausgerutscht, so dass Sie Ihr Gleichgewicht verloren haben und auf dem Boden oder einer tieferen Ebene gelandet sind?

- nein
 ja, und zwar _____ -mal

30

Hat ein Arzt, Psychiater oder Psychologe bei Ihnen jemals eine Depression oder eine andere psychische Erkrankung festgestellt? Falls ja, geben Sie bitte das Jahr an, in dem diese Erkrankung zum ersten Mal festgestellt wurde.

Depression

- ja
 nein

wenn ja, im Jahr |__| |__| |__| |__| erstmals diagnostiziert

andere psychische Erkrankung, und zwar _____

- ja
 nein

wenn ja, im Jahr |__| |__| |__| |__| erstmals diagnostiziert

31

Wenn ja, wird Ihre Depression/andere psychische Erkrankung gegenwärtig mit Medikamenten (Antidepressiva) behandelt?

- Ja, ich nehme derzeit Antidepressiva ein.
 Nein, aber ich habe früher Antidepressiva eingenommen.
 Nein.

32

Befinden Sie sich auf Grund Ihrer Depression/anderen psychischen Erkrankung gegenwärtig in Psychotherapie?

- Ja, ich mache derzeit eine Psychotherapie.
 Nein, aber ich habe früher eine Psychotherapie gemacht.
 Nein.

Stigmatisierung aufgrund der HIV-Infektion

33

Wie oft haben Sie Folgendes in der Vergangenheit bereits erlebt oder erleben es noch?

Freunde und Bekannte machen mir Vorwürfe wegen meiner HIV-Infektion.

sehr oft oft manchmal selten nie

Freunde und Bekannte denken wegen meiner HIV-Infektion schlecht von mir.

sehr oft oft manchmal selten nie

Freunde und Bekannte bemitleiden mich übermäßig wegen meiner HIV-Infektion.

sehr oft oft manchmal selten nie

(Sex-)Partner weisen mich wegen meiner HIV-Infektion ab.

sehr oft oft manchmal selten nie

Wegen meiner HIV-Infektion meiden mich Freunde und Bekannte, wollen nichts mit mir zu tun haben.

sehr oft oft manchmal selten nie

Wegen meiner HIV-Infektion meiden mich Familienmitglieder, wollen nichts mit mir zu tun haben.

sehr oft oft manchmal selten nie

Mir wird wegen meiner HIV-Infektion medizinische Hilfe verweigert, oder ich werde beim Arztbesuch, im Krankenhaus oder an anderen Orten des Gesundheitssystems unfair behandelt.

sehr oft oft manchmal selten nie

34

Wie ist Ihre persönliche Erfahrung? Hat die Stigmatisierung und Diskriminierung, die Sie bisher aufgrund Ihrer HIV-Infektion erleben und erlebt haben, insgesamt eher zugenommen oder abgenommen? Oder hat sie sich gar nicht verändert?

stark zugenommen

leicht zugenommen

gleich geblieben

leicht abgenommen

stark abgenommen

Umgang mit der HIV-Infektion

35

Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Ich habe das Gefühl, nicht so gut wie andere zu sein, da ich HIV-positiv bin.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

HIV-positiv zu sein gibt mir das Gefühl, unsauber zu sein.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

Ich schäme mich dafür, HIV-positiv zu sein.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

HIV-positiv zu sein gibt mir das Gefühl, ein schlechter Mensch zu sein.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

HIV-positiv zu sein ekelt mich an.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

Ich fühle mich schuldig, da ich HIV-positiv bin.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

36

Wenn Sie an Ihre HIV-Infektion denken, würden Sie sagen, dass diese auch positive Auswirkungen für Sie hatte? Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

Meine HIV-Infektion hat meine Beziehungen zu anderen Menschen gestärkt.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

Meine HIV-Infektion hat mich gelassener im Umgang mit anderen gemacht.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

Meine HIV-Infektion ermöglichte mir einen Neuanfang.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

Durch meine HIV-Infektion wurde ich insgesamt ein glücklicherer Mensch.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

Meine HIV-Infektion half mir, zu mir zu finden.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

Durch meine HIV-Infektion habe ich meine inneren Stärken besser kennengelernt.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

Meine HIV-Infektion ließ mich an die wirklich wichtigen Dinge im Leben denken.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

Durch meine HIV-Infektion lernte ich für mich selbst einzustehen.

stimme gar nicht zu stimme eher nicht zu stimme eher zu stimme voll zu

37

Welche Rolle spielt die HIV-Infektion heute in Ihrem Leben?

eine sehr große Rolle eine eher große Rolle eine mittlere Rolle eine eher geringe Rolle eine sehr geringe Rolle

Zu Ihrem Sexualleben, Ihrem Bewegungsverhalten, zum Rauchen und Alkoholkonsum

38 **Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex mit Ihrem festen Partner/Ihrer festen Partnerin oder einer anderen Person?**

- nein [weiter mit Frage 41] ja, und zwar:
- 1-2-mal im Jahr
 - 3-10-mal im Jahr
 - 1-2-mal im Monat
 - 1-4-mal in der Woche
 - (fast) täglich

39 **Wenn ja: Mit wie vielen Personen hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?**

mit _____ Frauen mit _____ Männern

40 **Von wie vielen Ihrer Sexpartner/innen wissen Sie, dass diese ebenfalls HIV-positiv sind?**

- alle die meisten die Hälfte die wenigsten niemand

41 **Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Sexleben?**

- sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

42 **An wie vielen Tagen in der Woche sind Sie körperlich so aktiv, dass Sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten?**

(Dies betrifft nicht nur sportliche Aktivitäten, sondern auch alltägliche Aktivitäten.)

Es geht um eine durchschnittliche Woche während der letzten 3 Monate.

Anzahl der Tage _____ keine [Bitte weiter mit Frage 44]

43 **Und wie lange sind Sie an einem dieser Tage durchschnittlich körperlich aktiv?**

- weniger als 10 Minuten 10 bis unter 30 Minuten 30 bis unter 60 Minuten mehr als 60 Minuten

44 **Wie oft treiben Sie Sport?**

- keine sportliche Betätigung
- weniger als 1 Stunde in der Woche
- regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche
- regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche
- regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche

45 **Insgesamt gesehen, wie stark achten Sie auf ausreichend körperliche Bewegung?**

- sehr stark stark teils/teils wenig gar nicht

46 **Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?**

- ja, täglich
 ja, gelegentlich [weiter mit Frage 49]
 nein, nicht mehr [weiter mit Frage 49]
 habe noch nie geraucht [weiter mit Frage 49]

47 **Wie viel rauchen Sie zurzeit durchschnittlich pro Tag?**

_____ Zigaretten _____ andere Tabakprodukte

48 **Wollen Sie das Rauchen aufgeben?**

- Nein, ich habe es nicht vor.
 Ja, ich denke darüber nach.
 Ja, ich habe die feste Absicht dazu.

49 **Die meisten Menschen trinken gerne mal Bier, Wein oder andere alkoholische Getränke. Wie ist das bei Ihnen? Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk, z. B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör zu sich?**

- nie [weiter mit Frage 53]
 1-mal pro Monat oder seltener
 2–4-mal im Monat
 2–3-mal pro Woche
 4-mal pro Woche oder öfter

50 **Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?**

Mit einem alkoholischen Getränk (= Standardgetränk) meinen wir eine kleine Flasche Bier (0,33 l), ein kleines Glas Wein (0,125 l), ein Glas Sekt oder einen doppelten Schnaps, wie Sie unten auf der Grafik sehen können.

- 1–2 alkoholische Getränke
 3–4 alkoholische Getränke
 5–6 alkoholische Getränke
 7–9 alkoholische Getränke
 10 oder mehr alkoholische Getränke

Beispiele für Standardgetränke

Bier 0,33 l



oder



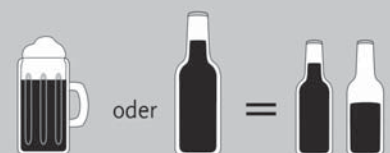
Wein/Sekt 0,125 l



Schnaps/Spirituosen
4 cl (= doppelter Schnaps)

Beispiele für weitere übliche Glasgrößen und ihre Umrechnung in Standardgetränke

1 Maß Bier = 3 Standardgetränke



0,5l Bier = 1 ½ Standardgetränke

51 Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit?

Ein alkoholisches Getränk (= Standardgetränk) entspricht wieder einer kleinen Flasche Bier (0,33 l), einem kleinen Glas Wein (0,125 l), einem Glas Sekt oder einem doppelten Schnaps.

- nie
- seltener als einmal im Monat
- jeden Monat
- jede Woche
- jeden Tag oder fast jeden Tag

52 Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken sollten?

- ja
- nein

Substanzgebrauch

53 Haben Sie die folgenden Substanzen jemals, in den letzten 30 Tagen oder in den letzten 12 Monaten konsumiert?**Viagra, Cialis, Levitra**

- in den letzten 30 Tagen in den letzten 12 Monaten vor mehr als 12 Monaten nie

Cannabis

- in den letzten 30 Tagen in den letzten 12 Monaten vor mehr als 12 Monaten nie

Heroin

- in den letzten 30 Tagen in den letzten 12 Monaten vor mehr als 12 Monaten nie

andere Substanzen, wie z. B. Speed, Ecstasy, LSD, GHB, Crystal Meth, Kokain, Ketamin

- in den letzten 30 Tagen in den letzten 12 Monaten vor mehr als 12 Monaten nie

54 Werden Sie derzeit substituiert (Methadon, Polamidon)?

- ja
- nein

Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen

55

Haben Sie an den folgenden Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen?

Wurde bei Ihnen in den letzten 2 Jahren eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs durchgeführt?

ja nein weiß ich nicht

Wurde bei Ihnen in den letzten 2 Jahren ein Test auf Blut im Stuhl als eine Früherkennungsuntersuchung auf Enddarm-/Dickdarmkrebs durchgeführt?

ja nein weiß ich nicht

Wurde bei Ihnen in den letzten 10 Jahren eine Darmspiegelung als eine Früherkennungsuntersuchung auf Enddarm-/Dickdarmkrebs durchgeführt?

ja nein weiß ich nicht

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten (bei einem Proktologen) eine Früherkennungsuntersuchung auf das Analkarzinom/Analkrebs (Untersuchung des Anus, Abstrich von Zellen) durchgeführt?

ja nein weiß ich nicht

Wenn Sie ein Mann sind:

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Früherkennungsuntersuchung auf Prostata- und Hodenkrebs (Untersuchung der äußeren Geschlechtsorgane & Abtasten der Prostata oder PSA-Test) durchgeführt?

ja nein weiß ich nicht

Wenn Sie eine Frau sind:

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs (Untersuchung des Gebärmutterhalses, Abstrich von Zellen am Gebärmutterhals) durchgeführt?

ja nein weiß ich nicht

Wurde bei Ihnen in den letzten 2 Jahren eine Früherkennungsuntersuchung auf Brustkrebs (Untersuchung der Brüste, Mammographie) durchgeführt?

ja nein weiß ich nicht

56

Haben Sie die folgenden Impfungen vornehmen lassen?**Sind Sie gegen Hepatitis A geimpft?**

- ja nein bereits erkrankt weiß ich nicht

Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?

- ja nein weiß ich nicht

Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren gegen Pneumokokken (Lungenentzündung) impfen lassen?

- ja nein weiß ich nicht

Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren gegen Tetanus/Diphtherie/Keuchhusten (Kombinationsimpfung) impfen lassen?

- ja nein weiß ich nicht

Haben Sie sich innerhalb der letzten 5 Jahre gegen Meningokokken impfen lassen?

- ja nein weiß ich nicht

Haben Sie sich in den vergangenen 12 Monaten gegen Grippe impfen lassen?

- ja nein weiß ich nicht

Soziales, Freundschaften und Aktivitäten

57

Wie viele Personen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich bei schweren persönlichen Problemen auf sie verlassen können?

- keine
 1–2 Personen
 3–5 Personen
 mehr als 5 Personen

58

Wie viel Interesse zeigen andere Menschen gewöhnlich für das, was Sie tun?

- sehr viel Interesse
 etwas Interesse
 weder Interesse noch Desinteresse
 wenig Interesse
 kein Interesse

59 **Wie leicht ist es für Sie, praktische Hilfe von Bekannten zu erhalten, wenn Sie welche brauchen?**

- sehr leicht leicht möglich schwierig sehr schwierig

60 **Bitte geben sie im Folgenden an, wie häufig die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.**

Ich fühle mich allein.

- oft manchmal selten nie

Ich fühle mich ausgeschlossen.

- oft manchmal selten nie

Ich fühle mich von den anderen isoliert.

- oft manchmal selten nie

61 **Stehen Sie in Kontakt mit der lokalen Aidshilfe in Ihrem Ort oder in einem nahegelegenen Ort?**

- Ja, ich habe bereits ein- oder zweimal Angebote der Aidshilfe genutzt.
 Ja, ich nutze regelmäßig Angebote der Aidshilfe.
 Nein, und zwar weil _____

62 **Welche Angebote würden Sie sich zusätzlich von Ihrer lokalen Aidshilfe wünschen?**

63 **Nutzen Sie außerdem Angebote anderer Einrichtungen für ältere und/oder HIV-infizierte Menschen, z. B. Freizeit- oder Informationsangebote?**

- nein
 ja, und zwar von: städtischen/staatlichen Trägern
 kirchlichen Trägern
 Selbsthilfeorganisationen
 anderen Trägern, und zwar _____

64 **Welche Art von Angeboten nutzen Sie dort?**

Ihre Ärztinnen und Ärzte und Ihre gesundheitliche Versorgung

65 **Wo werden Sie wegen Ihrer HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung vorwiegend behandelt?**

- niedergelassene Arztpraxis mit HIV-Schwerpunkt
 HIV-Ambulanz/Tagesklinik eines Krankenhauses
 andere Institution, und zwar _____

66 **Wie weit ist diese Praxis, Ambulanz oder andere Institution von Ihrer Wohnung entfernt?**

- weniger als 5 km
 weniger als 10 km
 weniger als 30 km
 weniger als 50 km
 weniger als 100 km
 mehr als 100 km

67 **Besuchen Sie neben dem Schwerpunktarzt auch (regelmäßig) einen Hausarzt, der nicht in die Behandlung Ihrer HIV-Infektion einbezogen ist?**

- ja
 nein [weiter mit Frage 69]

68 **Wenn ja, weiß dieser Hausarzt von Ihrer HIV-Infektion?**

- ja
 nein
 weiß ich nicht

69 **Weiß Ihr behandelnder Zahnarzt von Ihrer HIV-Infektion?**

- ja
 nein [weiter mit Frage 71]
 weiß ich nicht [weiter mit Frage 71]

70 **Wenn ja, wie zufrieden sind Sie mit dessen Umgang mit Ihrer HIV-Infektion?**

- sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

71 **Wie viele Nächte waren Sie in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen?**

- ungefähr _____ Nächte keine Nacht [weiter mit Frage 73]

72 **Wenn ja, wie zufrieden waren Sie dort hinsichtlich des Umgangs mit Ihrer HIV-Infektion?**

- sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

73 Haben Sie in den letzten 3 Jahren an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (Kur) teilgenommen?

Gemeint sind hier alle stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschluss-Heilbehandlungen, die auf Antrag von der Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung gewährt werden.

- ja
 nein [weiter mit Frage 75]

74 Wenn ja, wie zufrieden waren Sie dort hinsichtlich des Umgangs mit Ihrer HIV-Infektion?

- sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

Unterstützung im Alltag

Mit zunehmendem Alter sind Menschen oft auf Unterstützung in diversen Lebensbereichen angewiesen. Wie sieht das bei Ihnen aus?

75 Erhalten bzw. benötigen Sie derzeit aufgrund Ihres gesundheitlichen/körperlichen Zustands Unterstützung ...

... beim Einkaufen?

- ja, benötige und erhalte ich ja, benötige ich, aber erhalte ich derzeit nicht nein, benötige ich nicht

... beim Kochen?

- ja, benötige und erhalte ich ja, benötige ich, aber erhalte ich derzeit nicht nein, benötige ich nicht

... bei leichten Hausarbeiten (z. B. Abwaschen)?

- ja, benötige und erhalte ich ja, benötige ich, aber erhalte ich derzeit nicht nein, benötige ich nicht

... bei schweren Hausarbeiten (z. B. Großputz)?

- ja, benötige und erhalte ich ja, benötige ich, aber erhalte ich derzeit nicht nein, benötige ich nicht

... bei der Körperpflege (z. B. Hilfe beim Waschen, Kämmen, Rasieren)?

- ja, benötige und erhalte ich ja, benötige ich, aber erhalte ich derzeit nicht nein, benötige ich nicht

... bei der Krankenpflege (z. B. Wundversorgung, Infektionen)?

- ja, benötige und erhalte ich ja, benötige ich, aber erhalte ich derzeit nicht nein, benötige ich nicht

... zur Begleitung zum Arzt, bei Ämtergängen oder bei Geldgeschäften?

- ja, benötige und erhalte ich ja, benötige ich, aber erhalte ich derzeit nicht nein, benötige ich nicht

... bei Sonstigem, und zwar _____

- benötige und erhalte ich benötige ich, aber erhalte ich derzeit nicht

76 **Von wem erhalten Sie Unterstützung, z. B. in Form von praktischer Hilfe oder Pflege?***Mehrfachnennungen möglich*

- Ich erhalte keinerlei Unterstützung.
 vom Partner/der Partnerin/Angehörigen im Haushalt
 vom Partner/der Partnerin/Angehörigen außerhalb des Haushalts
 von Freundinnen und Freunden/Bekannten
 von Nachbarn
 von einer Putz-/Haushaltshilfe
 vom ambulanten Pflegedienst
 vom Personal des Pflegeheims
 von einem Sozialarbeiter/einer Sozialarbeiterin
 von anderen, und zwar _____

77 **Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen?**

- betreutes Wohnen/Service-Wohnen ambulante Pflege stationäre Pflege
 Ich erhalte keine der genannten Unterstützungen.

78 **Haben Sie sich bereits Gedanken darüber gemacht, wie sie leben und versorgt werden möchten, wenn Sie einmal alters-/krankheitsbedingt auf (mehr) Unterstützung angewiesen sein sollten?**

- Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht.
 Darüber habe ich mir bereits Gedanken gemacht.
 Für diese Zeit habe ich bereits Pläne gemacht/vorgesorgt.

79 **Haben Sie jemanden, der sich um Sie kümmert, wenn Sie einmal kurzzeitig krank werden?***Mehrfachnennungen möglich*

- nein ja, und zwar:
 - Partner/in, Ehepartner/in
 - Kinder/Enkel
 - andere Verwandte
 - Freunde/Bekannte
 - Nachbarn
 - ambulante Pflegedienste/Sozialstation
 - Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin
 - jemand anderen, und zwar: _____

80 **Wenn Sie einmal dauerhaft auf Pflege und Unterstützung angewiesen wären, hätten Sie jemanden, der sich um Sie kümmert? *Mehrfachnennungen möglich***

- nein ja, und zwar:
 - Partner/in, Ehepartner/in
 - Kinder/Enkel
 - andere Verwandte
 - Freunde/Bekannte
 - Nachbarn
 - ambulante Pflegedienste/Sozialstation
 - Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin
 - jemand anderen, und zwar: _____

Wohnen im Alter

81

Wenn Sie einmal Unterstützung oder Pflege benötigen sollten, jedoch nicht mehr im eigenen Haushalt leben können: Welche der folgenden Wohnformen entspricht Ihren eigenen Wünschen für das Leben im höheren Lebensalter am meisten?

Bitte entscheiden Sie sich für eine der Möglichkeiten.

- im Haushalt eines Angehörigen
- in einer privaten Wohngemeinschaft mit Freunden
- im betreuten Wohnen
- in einem Wohnprojekt für ältere Menschen
- in einem Mehrgenerationenhaus
- in einem Alters-/Pflegeheim
- in einer anderen Wohnform, und zwar _____

82

Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Aspekte, wenn sie nicht mehr allein im eigenen Haushalt leben können?

Dass ich in einer Institution/einer Wohnform lebe, in der man auf die Betreuung von Menschen mit HIV spezialisiert ist.

- sehr wichtig eher wichtig eher nicht wichtig gar nicht wichtig trifft nicht zu

Dass dort andere Menschen mit HIV leben.

- sehr wichtig eher wichtig eher nicht wichtig gar nicht wichtig trifft nicht zu

Dass dort sensibel auf meine Belange als HIV-Positive/r reagiert wird.

- sehr wichtig eher wichtig eher nicht wichtig gar nicht wichtig trifft nicht zu

Dass dort sensibel auf meine Belange als schwuler Mann reagiert wird.

- sehr wichtig eher wichtig eher nicht wichtig gar nicht wichtig trifft nicht zu

Dass ich dort zusammen mit anderen schwulen Männern lebe.

- sehr wichtig eher wichtig eher nicht wichtig gar nicht wichtig trifft nicht zu

Dass dort kultursensibel auf meine Bedürfnisse als Migrantin/Migrant eingegangen wird.

- sehr wichtig eher wichtig eher nicht wichtig gar nicht wichtig trifft nicht zu

Dass dort sensibel auf meine Belange als drogennutzende Person eingegangen wird.

- sehr wichtig eher wichtig eher nicht wichtig gar nicht wichtig trifft nicht zu

Welche anderen Aspekte wären Ihnen in diesem Fall wichtig? _____

Sorgen

83

Das Älterwerden an sich und insbesondere das Älterwerden mit HIV können mit verschiedenen Sorgen und Unsicherheiten einhergehen. Haben Sie solche Sorgen?

Ich mache mir Sorgen darüber, ...

... ob meine finanziellen Möglichkeiten für eine angemessene Pflege im Alter reichen.

trifft voll zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

... ob meine finanziellen Möglichkeiten für einen angemessenen Lebensstandard reichen.

trifft voll zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

... ob ich ein Alters-/Pflegeheim finde, dass mich mit meiner HIV-Infektion aufnimmt.

trifft voll zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

... ob ich ein Alters-/Pflegeheim finde, in dem ich mich akzeptiert fühle.

trifft voll zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

... ob ich jemanden habe, der mich im Alter pflegt.

trifft voll zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

... ob sich mein gesundheitlicher Zustand massiv verschlechtert.

trifft voll zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

... ob ich unter Demenz leiden werde.

trifft voll zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

... ob ich im Alter einsam sein werde.

trifft voll zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

... ob ich auf ein erfülltes Sexualleben im Alter verzichten muss.

trifft voll zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

... ob meine körperliche Leistungsfähigkeit nachlässt.

trifft voll zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

... ob meine körperliche Attraktivität nachlässt.

trifft voll zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

Ich mache mir andere Sorgen, und zwar _____

Zu Ihrer Person

84 **Wie alt sind Sie?**

|_|_|_| Jahre

85 **Wie groß sind Sie?**

|_|_|_| cm

86 **Wie viel wiegen Sie?**

|_|_|_| kg

87 **Sind Sie ...**

- ein Mann
- eine Frau
- transsexuell/transgender/trans*

88 **Wie bezeichnen Sie sich selbst?**

- heterosexuell
- homosexuell/schwul/lesbisch
- bisexuell
- anders, und zwar _____

89 **Sind Sie derzeit in einer festen Partnerschaft (auch Ehe oder Lebenspartnerschaft)?**

- Ich bin Single/alleinstehend. *[weiter bei Frage 92]*
- Ich habe eine feste Partnerin.
- Ich habe einen festen Partner.
- Ich habe mehrere feste Partner/Partnerinnen.

90 **Wie lange besteht diese Ehe/Partnerschaft?**

Bei mehreren Partnerschaften beziehen Sie sich bitte auf die längste.

seit |_|_|_| Jahren

91 **Ist diese Partnerin/dieser Partner ebenfalls HIV-positiv?**

- ja
- nein
- weiß ich nicht

92 **Wie wohnen Sie?**

Kreuzen Sie bitte alles auf Sie Zutreffende an.

- im eigenen Privathaushalt, und zwar:
- Eigentumswohnung, eigenes Haus
 - Mietwohnung, gemietetes Haus
 - Wohngemeinschaft
 - Mehrgenerationenhäuser o.ä.
- in einem anderen Privathaushalt (z. B. bei Kindern, Verwandten)
- in einer Einrichtung und zwar:
- Seniorenresidenz, Alten(wohn)heim, Wohnstift
 - Pflegeheim, Altenpflegeheim
- anders, und zwar _____

93 **Wie viele Personen leben, wohnen und wirtschaften gemeinsam in Ihrem Haushalt?**

Zählen Sie dabei bitte sich selbst und auch etwaige Kinder mit. Wenn Sie in einer Wohngemeinschaft mit getrennten Kassen leben, zählen Sie Ihre Mitbewohner/innen nicht mit.

- 1 Person, d. h. nur Sie selbst
- insgesamt _____ Personen

94 **Mit wem leben Sie zusammen?**

Personen eingeschlossen, mit denen Sie nicht in einer Wirtschaftsgemeinschaft leben (getrennte Kassen). Mehrfachantworten sind möglich.

- allein
- mit Partner/in
- mit Kind(ern), für das/die ich verantwortlich bin
- mit Familienmitgliedern, und zwar _____
- mit Freunden
- mit anderen, und zwar _____

95 **Wie viele Kinder haben Sie, die noch leben?**

Bitte zählen Sie alle leiblichen Kinder, Pflegekinder, Adoptivkinder und Stiefkinder (einschließlich jener Ihres Ehemannes/Ihrer Ehefrau/Ihres Partners/Ihrer Partnerin)

|_|_|_| Kinder

96 **Wie lautet das Kfz-Kennzeichen Ihres Wohnorts?**

z. B. „B“ für Berlin oder „HH“ für Hamburg

|_|_|_|

97 **Wie viele Einwohner hat ihr gegenwärtiger Wohnort?**

- weniger als 20.000
- 20.000–100.000
- 100.000–500.000
- 500.000–1 Million
- über 1 Million

98 **Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**

- Haupt- oder Volksschulabschluss
- Realschulabschluss/Mittlere Reife/Fachschulreife
- POS (Polytechn. Oberschule) bzw. 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
- Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule
- Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife
- anderen Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben)
- Schule beendet ohne Schulabschluss

99 **Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. Hochschulabschluss haben Sie?**

- keinen Berufsabschluss
- beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) abgeschlossen
- beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule, Vorbereitungsdienst für den Mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung) abgeschlossen
- Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen
- Abschluss an einer Fachhochschule oder Ingenieurschule
- Abschluss an einer Universität oder Hochschule
- anderen Ausbildungsabschluss, und zwar _____

100 **In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?****Mutter**

- in Deutschland
- in einem anderen Land, und zwar in _____

Vater

- in Deutschland
- in einem anderen Land, und zwar in _____

101 **Wo sind Sie geboren?**

- in Deutschland
- in einem anderen Land, und zwar in _____

102 Welche Krankenversicherung bzw. -versorgung haben Sie?

- gesetzliche Krankenversicherung
 private Krankenversicherung
 wenn ja, Basistarif?
 ausländische Krankenkasse
 sonstiger Anspruch auf Krankenversorgung
(z. B. freie Heilfürsorge, Kriegsschadenrentner, Lastenausgleich, Leistungen für Asylbewerber)
 keine Krankenversicherung, Selbstzahler

103 Beziehen Sie heute regelmäßig wegen eigener Pflegebedürftigkeit Leistungen der Pflegeversicherung oder eines anderen Leistungsträgers?

- ja
 nein [weiter bei Frage 105]

104 Falls ja, in welche Pflegestufe sind Sie derzeit eingruppiert?

- sogenannte Pflegestufe 0/Betreuungsgeld
 Pflegestufe 1
 Pflegestufe 2
 Pflegestufe 3 ohne Härtefallregelung
 Pflegestufe 3 mit Härtefallregelung
 weiß ich nicht

105 Besteht bei Ihnen eine (Schwer-)Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?

- nein
 ja, und zwar _____ % (Grad der Behinderung)

106 Wenn Sie das Renten/Pensionsalter noch nicht erreicht haben, auf welche Renten- oder Pensionsarten werden Sie voraussichtlich Anspruch haben?

Bitte alle Zutreffenden auswählen.

- gesetzliche Altersrente oder Beamtenpension
 Betriebsrente oder Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes
 private Altersvorsorge
 private Pflegeversicherung
 nichts davon, sondern _____

107 Gehen Sie davon aus, dass Sie zusätzlich im Alter die Grundsicherung in Anspruch nehmen müssen?

- nein
 vielleicht
 ja
 beziehe bereits Grundsicherung

108

Sind Sie zurzeit erwerbstätig oder nicht? Geben Sie bitte an, was auf Sie zutrifft.

- Vollzeit erwerbstätig
 Teilzeit erwerbstätig
 geringfügig erwerbstätig (450 Euro-/Mini-Job)
 „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld II)
 gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt
 vorübergehend freigestellt/beurlaubt (z. B. Elternzeit)
 ausschließlich in Rente/Pension
 arbeitslos oder arbeitssuchend
 dauerhaft erwerbsunfähig/erwerbsgemindert wegen Krankheit oder Behinderung
 Hausfrau/Hausmann
 Sonstiges, und zwar _____

109

In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit bzw. (falls Sie nicht mehr erwerbstätig sind) waren Sie zuletzt beschäftigt?

Wenn Sie *niemals* berufstätig waren, geben Sie bitte an, in welcher beruflichen Stellung Ihre (Ehe-)Partnerin/Ihr (Ehe-)Partner beschäftigt ist oder zuletzt war, sofern Sie mit ihr/ihm in einer Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft leben. Bitte wählen Sie nur eine Antwortmöglichkeit aus.

Die folgenden Antworten beziehen sich auf ...

- mich**
 meinen (Ehe-) Partner/meine (Ehe-) Partnerin

Arbeiter/Arbeiterin, und zwar als

- ungelernte/r Arbeiter/in
 angelernte/r Arbeiter/in
 gelernte/r oder Facharbeiter/in
 Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in
 Meister/in, Polier/in, Brigadier/in

Selbständige/Selbständiger, und zwar als

Selbständige/r Landwirt/in bzw. Genossenschaftsbauer/-bäuerin ...

- ... mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche bis unter 10 ha
 ... mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche von 10 und mehr ha
 ... Genossenschaftsbauer/bäuerin (ehemals LPG)

Akademiker im freien Beruf (Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/anwältin, Steuerberater/in u. ä.) und habe/hatte ...

- ... keine weiteren Mitarbeiter/innen
 ... 1 bis 4 Mitarbeiter/innen
 ... 5 und mehr Mitarbeiter/innen

Sonstige Selbständige (z. B. auch Ich-AG, PHG-Mitglied oder Sexarbeit) und habe/hatte ...

- ... keine weiteren Mitarbeiter/innen
 ... 1 bis 4 Mitarbeiter/innen
 ... 5 und mehr Mitarbeiter/innen
 ... PGH-Mitglied

Beamter/Beamtin, Richter/in, Berufssoldat/in und zwar

- ... im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeister/in)
- ... im mittleren Dienst (von Assistent/in bis einschl. Hauptsekretär/in, Amtsinspektor/in)
- ... im gehobenen Dienst (von Inspektor/in bis einschl. Oberamtsrat/-rätin)
- ... im höheren Dienst, Richter/in, Professor/in u. a. (von Rat/Rätin aufwärts)]

Angestellte/Angestellter und zwar

- ... mit ausführender Tätigkeit nach allg. Anweisung
(z. B. Kassierer/in, Verkäufer/in, Datentypist/in, Pförtner/in o. ä.)
- ... mit qualifizierter Tätigkeit, die Sie nach Anweisung erledigen
(z. B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in, techn. Zeichner/in)
- ... mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal
(z. B. wiss. Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in, Meister/in im Angestelltenverhältnis)
- ... mit umfassender Führungstätigkeit und Entscheidungsbefugnissen
(z. B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Vorstand)
- mithelfende/r Familienangehörige/r**
- Sonstiges, und zwar** _____

110

Aus welchen der folgenden Quellen beziehen Sie derzeit Ihr Einkommen?

Bitte kreuzen Sie alle Quellen an, aus denen Sie derzeit Einkommen beziehen.

- Einkünfte aus nicht-selbstständiger Arbeit (Lohn, Gehalt)
- Einkünfte aus selbstständiger Arbeit (freiberufliche Tätigkeiten, Honorar, Provision, etc.)
- Einkünfte aus Kapitalvermögen, Besitzeinkommen oder Unternehmenseinkommen
- Arbeitslosengeld I
- Arbeitslosengeld II/Sozialgeld („Hartz IV“)
- staatliche Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung
- gesetzliche Altersrente oder Beamtenpension (auch Vorruhestand bzw. Frührente)
- Erwerbsminderungsrente/Erwerbsunfähigkeitsrente bzw. Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit
- Krankengeld
- Zahlungen aus Lebensversicherungen
- Zahlungen aus privaten Rentenversicherungen
- Zahlungen aus gesetzlicher Pflegeversicherung
- Zahlungen aus privaten Pflegeversicherungen
- Unterhaltszahlungen
- Hinterbliebenenrente oder Leistungen für Kriegsoffer
- andere, und zwar _____

111

Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt? Ordnen Sie sich bitte in eine der folgenden Kategorien ein.

Gemeint ist dabei die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu. Ziehen Sie dann Steuern, Betriebsausgaben und Sozialversicherungsbeiträge ab.

- unter 500
- 500 € bis unter 750 €
- 750 € bis unter 1.000 €
- 1.000 € bis unter 1.250 €
- 1.250 € bis unter 1.500 €
- 1.500 € bis unter 1.750 €
- 1.750 € bis unter 2.000 €
- 2.000 € bis unter 2.250 €
- 2.250 € bis unter 2.500 €
- 2.500 € bis unter 3.000 €
- 2.500 € bis unter 3.000 €
- 3.000 € bis unter 3.500 €
- 3.500 € bis unter 4.000 €
- 4.000 € bis unter 4.500 €
- 4.500 € bis unter 5.000 €
- 5.000 € bis unter 6.000 €
- 6.000 € bis unter 8.000 €
- 8.000 € und mehr

112

Wenn Sie jetzt an das gesamte Monatseinkommen Ihres Haushaltes denken – was würden Sie dann sagen, wie Ihr Haushalt finanziell über die Runden kommt?

- mit großen Schwierigkeiten
- mit einigen Schwierigkeiten
- einigermaßen leicht
- leicht

113

Sie sind nun am Schluss des Fragebogens angekommen. Wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten, haben Sie hier die Gelegenheit:

114

Haben Sie diesen Fragebogen allein und selbständig ausgefüllt.

ja

nein, mir wurde dabei geholfen, und zwar von _____

Vielen Dank!

Bitte schicken Sie den Fragebogen so bald wie möglich ausgefüllt in dem beige-fügten Rückumschlag an uns zurück. Es ist nicht notwendig, den Umschlag zu frankieren.

Liegt diesem Fragebogen kein adressierter Umschlag bei, schicken Sie ihn bitte an die folgende Adresse:

**Antwort (Porto zahlt Empfänger)
Freie Universität Berlin
Arbeitsbereich Public Health
Projekt 50plus
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin**

Wer wir sind

Wir sind Psychologen und Gesundheitswissenschaftler der Freien Universität Berlin. Finanziert wird diese Studie von der gemeinnützigen H.W. & J. Hector-Stiftung. Bei Fragen, die die Studie oder das Ausfüllen des Fragebogens betreffen, erreichen Sie uns unter der Telefonnummer 030-838 55716 oder der Emailadresse aging@zedat.fu-berlin.de.

Weitere Informationen zur Studie finden Sie auch im Internet unter www.50plushiv.de. Hier können Sie auch ab Herbst 2014 erste Ergebnisse dieser Studie einsehen.

Das Forschungsprojekt 50plushiv wird von der gemeinnützigen H.W. & J. Hector-Stiftung finanziert.

Forschungsprojekt 50plushiv
Freie Universität Berlin
Arbeitsbereich Public Health: Prävention und
Psychosoziale Gesundheitsforschung
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

V.i.S.d.P.: Dr. Jochen Drewes