



Etikette ID

# Die Umfrage über Gesundheit, Alter und Ruhestand in Europa

2017

## Fragebogen zum Selbstausfüllen

Befragten-Nr.:   -        -

Vorname / Initialen: .....

Interviewdatum:   /   /

Interviewer-Nr.:

## Wie soll der Fragebogen ausgefüllt werden?

Die meisten Fragen auf den folgenden Seiten können Sie ganz einfach beantworten, indem Sie ein Kreuz in das Kästchen neben der für Sie zutreffenden Antwort machen.

Kreuzen Sie bitte die zutreffende(n) Antwort(en) an:

Richtig  oder

Falsch

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

Beispiel:

### Haben Sie Kinder?

Ja > → **Wenn Sie hier «Ja» ankreuzen, machen Sie mit der nächsten Frage weiter!**

Nein > WEITER MIT FRAGE

→ **Wenn Sie hier «Nein» ankreuzen, machen Sie mit der im Kasten angegebenen Frage weiter!**

## Wie wird der Fragebogen zurückgegeben?

Falls der Interviewer oder die Interviewerin noch bei Ihnen ist, wenn Sie mit dem Ausfüllen fertig sind, geben Sie ihm/ihr bitte den Fragebogen zurück. Sollte dies nicht der Fall sein, senden Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen möglichst bald im beiliegenden Couvert an uns zurück:

LINK Institut  
Spannortstrasse 7/9  
6003 Luzern

**ALLE IHRE ANTWORTEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT.**

**1. Am Schluss des Interviews haben wir Sie gefragt, ob Sie davon ausgehen, ein bestimmtes Alter zu erreichen. Jetzt möchten wir Sie fragen, welches Alter Sie gerne erreichen möchten. Wenn Sie es sich aussuchen könnten, wie alt würden Sie gerne werden?**

Ich würde gerne    Jahre alt werden.  Ich weiss nicht

**2. Wenn Sie an Ihr DERZEITIGES LEBEN denken, wie wichtig sind die folgenden Lebensaspekte für Sie?**

*(Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort pro Zeile an)*

	Überhaupt nicht wichtig	Nicht sehr wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Ent- scheidend
2a) Lebensstandard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b) Persönliche Sicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c) Gesundheit und gesunder Lebensstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d) Partnerschaft und Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2e) Freunde und soziale Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2f) Aktive Beteiligung an der Gesellschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2g) Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2h) Religion und Glaube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2i) Berufliche Karriere, aktuelle oder vergangene berufliche Erfolge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2j) Persönliche Weiterentwicklung (neue Erfahrungen machen, neue Dinge lernen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2k) Etwas verändern/bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2l) Die kleinen Freuden des Alltags geniessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Wenn Sie an Ihr Leben als 25-JÄHRIGE/R zurückdenken, wie wichtig waren für Sie damals die folgenden Lebensaspekte?**

*(Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort pro Zeile an)*

	Überhaupt nicht wichtig	Nicht sehr wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Ent- scheidend
3a) Lebensstandard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b) Persönliche Sicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c) Gesundheit und gesunder Lebensstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3d) Partnerschaft und Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3e) Freunde und soziale Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3f) Aktive Beteiligung an der Gesellschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3g) Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3h) Religion und Glaube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3i) Berufliche Karriere und beruflicher Erfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3j) Persönliche Weiterentwicklung (neue Erfahrungen machen, neue Dinge lernen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3k) Etwas verändern/bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3l) Die kleinen Freuden des Alltags genießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Wenn Sie an Ihr Leben zurückdenken, wie stark bedauern Sie ...

(Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort pro Zeile an)

	Gar nicht	Ein wenig	Mittelmässig	Stark	Sehr stark
4a) ... die Art und Weise, wie Sie Ihre persönlichen Finanzen verwaltet haben?	<input type="checkbox"/>				
4b) ... Entscheidungen bzgl. Ihrer Ausbildung?	<input type="checkbox"/>				
4c) ... Entscheidungen bzgl. Ihrer Arbeit und Karriere?	<input type="checkbox"/>				
4d) ... Entscheidungen, die Ihr Familienleben beeinflusst haben?	<input type="checkbox"/>				
4e) ... die Art und Weise, wie Sie Freundschaften und soziale Beziehungen gepflegt haben?	<input type="checkbox"/>				
4f) ... Entscheidungen bzgl. Ihrer Gesundheit und Ihres Gesundheitsverhaltens?	<input type="checkbox"/>				
4g) ... die Art und Weise, wie Sie Ihren Hobbys nachgegangen sind oder Ihre Freizeit genutzt haben?	<input type="checkbox"/>				
4h) ... die Art und Weise, wie Sie sich im Allgemeinen verhalten haben, wie z. B. dass Sie nicht selbstständiger, geradeheraus oder umgänglicher waren oder mehr zur Gesellschaft beigetragen haben?	<input type="checkbox"/>				
4i) ... die kleinen Freuden des Alltags nicht genug geschätzt zu haben?	<input type="checkbox"/>				
4j) ... dass Sie manchmal in Ihrem Leben falsche Entscheidungen getroffen haben?	<input type="checkbox"/>				

**5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Leben und spezifischen Lebensaspekten?**

*(Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort pro Zeile an)*

	Gar nicht zufrieden	Nicht sehr zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden	Voll und ganz zufrieden
5a) Ihrem Leben insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b) Ihrem Lebensstandard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c) Ihrer persönlichen Sicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d) Ihrer Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5e) Ihren familiären Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5f) Ihren Freunden und sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5g) Ihrer Unterkunft/Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5h) Ihrer Nachbarschaft/Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5i) Der Ihnen zu Verfügung stehenden Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5j) Was Sie im Leben insgesamt erreicht haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Wir möchten Ihnen einige Fragen stellen zum GESTRIGEN TAG. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um sich daran zu erinnern, was Sie gestern gemacht und erlebt haben. Welchen Wochentag hatten wir gestern?**

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Samstag
- Sonntag

**7. Wie oft, wenn überhaupt, haben Sie am GESTRIGEN TAG die folgenden Gefühle empfunden?**

*(Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort pro Zeile an)*

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Meistens
7a) Freude	<input type="checkbox"/>				
7b) Ruhe/Entspannung	<input type="checkbox"/>				
7c) Sorge	<input type="checkbox"/>				
7d) Traurigkeit	<input type="checkbox"/>				
7e) Glück	<input type="checkbox"/>				
7f) Ärger	<input type="checkbox"/>				
7g) Stress	<input type="checkbox"/>				
7h) Müdigkeit	<input type="checkbox"/>				
7i) Hoffnung	<input type="checkbox"/>				
7j) Dankbarkeit	<input type="checkbox"/>				
7k) Scham	<input type="checkbox"/>				
7l) Liebe	<input type="checkbox"/>				
7m) Langeweile	<input type="checkbox"/>				
7n) Schmerz	<input type="checkbox"/>				
7o) Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>				
7p) Zufriedenheit	<input type="checkbox"/>				
7q) Frust	<input type="checkbox"/>				
7r) Motivation	<input type="checkbox"/>				
7s) Resignation	<input type="checkbox"/>				
7t) Feindseligkeit	<input type="checkbox"/>				
7u) Nervosität	<input type="checkbox"/>				
7v) Einsamkeit	<input type="checkbox"/>				
7w) Stolz, etwas erreicht zu haben	<input type="checkbox"/>				
7x) Das Gefühl, nützlich zu sein	<input type="checkbox"/>				

**8. Wenn Sie immer noch an gestern denken. Wie viel Zeit haben Sie damit verbracht ...**

*Bitte tragen Sie ein, wie viele Stunden und Minuten Sie für jede Aktivität aufgewendet haben. Zum Beispiel, wenn Sie eineinhalb Stunden für eine Aktivität aufgewendet haben, tragen Sie 1 bei den Stunden und 30 bei den Minuten ein. Wenn Sie eine Aktivität überhaupt nicht gemacht haben, dann tragen Sie bitte 0 bei den Stunden und 0 bei den Minuten ein. Bitte beachten Sie auch, dass sich die einzelnen Aktivitäten nicht ausschliessen. Wenn Sie z.B. eine Stunde ein Buch gelesen haben und dabei alleine zu Hause waren, dann geben Sie diese Zeit bitte sowohl für die Kategorie „Bücher, Zeitungen oder Magazine zu lesen“ als auch für die Kategorie „allein zu Hause zu sein“ an.*

- 8a) ... den Haushalt oder Unterhaltsarbeiten zu erledigen, wie kochen, putzen, gärtnern etc.?   Stunde(n)   Minuten
- 8b) ... zu arbeiten (gegen Bezahlung)?   Stunde(n)   Minuten
- 8c) ... sich um eine kranke, behinderte oder gebrechliche Person zu kümmern?   Stunde(n)   Minuten
- 8d) ... Freiwilligenarbeit zu leisten?   Stunde(n)   Minuten
- 8e) ... spazieren zu gehen, sich körperlich anzustrengen oder Sport zu treiben?   Stunde(n)   Minuten
- 8f) ... sich um sich selbst und ihre Gesundheit zu kümmern, zum Beispiel für Körperpflege, einen Arzttermin etc.?   Stunde(n)   Minuten
- 8g) ... zu reisen oder zu pendeln?   Stunde(n)   Minuten
- 8h) ... Fernsehen zu schauen?   Stunde(n)   Minuten
- 8i) ... Radio zu hören?   Stunde(n)   Minuten
- 8j) ... Bücher, Zeitungen oder Magazine zu lesen?   Stunde(n)   Minuten
- 8k) ... einen Computer oder das Internet zu nutzen?   Stunde(n)   Minuten
- 8l) ... Ihre Familie zu treffen/anzurufen?   Stunde(n)   Minuten
- 8m) ... Freunde zu treffen/anzurufen?   Stunde(n)   Minuten
- 8n) ... allein zu Hause zu sein?   Stunde(n)   Minuten

**9. War gestern ein ganz normaler Tag, ein ungewöhnlich guter oder ein ungewöhnlich schlechter Tag?**

*(Bitte nur eine Antwort ankreuzen)*

- Es war ein ganz normaler Tag.
- Es war ein ungewöhnlich SCHLECHTER Tag.
- Es war ein ungewöhnlich GUTER Tag.

**10. Wie oft, wenn überhaupt, haben Sie in einem normalen Monat tiefergehende Gespräche über wichtige Dinge wie Ihre Gefühle, Wünsche, Hoffnungen, Sorgen oder Ängste mit den folgenden Personen?**

*(Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort pro Zeile an)*

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Trifft nicht zu
10a) (Ehe)partner/in	<input type="checkbox"/>					
10b) Kind(er)	<input type="checkbox"/>					
10c) Enkelkind(er)	<input type="checkbox"/>					
10d) Andere Familienmitglieder wie z. B. Geschwister etc.	<input type="checkbox"/>					
10e) Freunde oder Bekannte	<input type="checkbox"/>					

**11. Haben Sie und/oder ein anderes Mitglied Ihres Haushalts eine der folgenden Allergien?**

*(Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Antworten an)*

	JA, ich selbst	JA, ein anderes Haushaltsmitglied	NEIN, niemand im Haushalt
11a) Heuschnupfen, Pollen, Gras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11b) Hausstaub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11c) Tierhaare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11d) Schimmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11e) Nahrungsmittel (z.B. Nüsse, Schalentiere, Ei, Weizen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11f) Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12. Halten Sie momentan eines oder mehrere der folgenden Haustiere in ihrem Haushalt?

*(Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Antworten an)*

- 12a)  Hund
- 12b)  Katze
- 12c)  Vogel
- 12d)  Fisch
- 12e)  Andere, bitte angeben: .....
- 12f)  Keine Haustiere im Haushalt > GEHEN SIE ZU FRAGE **16.**

## 13. Wessen Entscheidung war es, ein oder mehrere Tier(e) zu halten?

*(Kreuzen Sie bitte nur eine zutreffende Antwort an)*

- 13a)  Ich habe es alleine entschieden.
- 13b)  Ich habe es gemeinsam mit jemand anderem entschieden.
- 13c)  Jemand anderes hat es alleine entschieden.
- 13d)  Ich weiss es nicht.

## 14. Wer kümmert sich hauptsächlich um das Tier oder die Tiere?

*(Kreuzen Sie bitte nur eine zutreffende Antwort an)*

- 14a)  Ich alleine
- 14b)  Ich und jemand anderes
- 14c)  Jemand anderes alleine
- 14d)  Ich weiss es nicht.

**15. Geben Sie bitte an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen über die Beziehung, die Sie mit diesem oder diesen Tier(en) haben, zustimmen oder diese ablehnen (egal ob Sie sich persönlich darum kümmern oder nicht).**

*(Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort pro Zeile an)*

	Lehne stark ab	Lehne eher ab	Weder noch	Stimme eher zu	Stimme stark zu
15a) Es freut mich, mein Tier bei mir zu haben.	<input type="checkbox"/>				
15b) Ich liebe mein Tier.	<input type="checkbox"/>				
15c) Mein Tier leistet mir Gesellschaft.	<input type="checkbox"/>				
15d) Es ist sehr teuer, mich um mein Tier zu kümmern.	<input type="checkbox"/>				
15e) Ich liebe es, mich um mein Tier zu kümmern.	<input type="checkbox"/>				
15f) Mein Tier ist mein Freund.	<input type="checkbox"/>				
15g) Ich spreche mit meinem Tier.	<input type="checkbox"/>				
15h) Mein Tier trägt dazu bei, dass ich glücklich bin.	<input type="checkbox"/>				
15i) Ich spiele oft mit meinem Tier.	<input type="checkbox"/>				
15j) Ich spreche mit anderen über mein Tier.	<input type="checkbox"/>				
15k) Dank meinem Tier gehe ich öfter aus dem Haus.	<input type="checkbox"/>				
15l) Mein Tier hilft mir, mit anderen Personen in Kontakt zu kommen.	<input type="checkbox"/>				
15m) Mein Tier spürt, wie ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>				
15n) Mein Tier geht mir auf die Nerven.	<input type="checkbox"/>				
15o) Es ist sehr anstrengend für mich, mich um mein Tier zu kümmern.	<input type="checkbox"/>				

**16. Geben Sie bitte noch einmal Ihr Geschlecht und Geburtsjahr an:**

a) Ich bin ...

männlich

weiblich

b) Ich wurde     geboren (Jahr).

---

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben,  
unsere Fragen zu beantworten.

Bitte geben Sie den Fragebogen dem Interviewer bzw.  
der Interviewerin oder senden Sie ihn im beiliegenden  
frankierten Couvert an:

LINK Institut  
Spannortstrasse 7/9  
6003 Luzern