

Leben und Gesundheit 2000

Fragebogen

1. **Wir möchten den Fragebogen mit einigen statistischen Fragen beginnen.**

Sind Sie . . .

 *Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!*ein Mann? 1eine Frau? 22. **In welchem Jahr sind Sie geboren?**19 3. **Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?**Deutsche 1Andere 2

Bitte angeben:

4. **Wie groß sind Sie?** cm5. **Wieviel wiegen Sie?** kg6. **Welchen Familienstand haben Sie?**

Was trifft auf Sie zu?

Ich bin:

- verheiratet und lebe mit meinem Ehepartner zusammen 1
- verheiratet und lebe von meinem Ehepartner getrennt 2
- ledig 3
- geschieden 4
- verwitwet 5

7. **Wie viele Kinder haben Sie?** KinderHabe keine Kinder 968. **Mit wem wohnen Sie gegenwärtig hier im Haushalt zusammen?** *Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!*

- Mit niemandem, lebe allein 1
- Mit (Ehe-)Partner und Kind(ern)
- Mit (Ehe-)Partner, aber ohne Kind(er)
- Mit Kind(ern), aber ohne (Ehe-)Partner
- Mit (Schwieger-)Eltern/Vater/Mutter
- Mit Geschwistern
- Mit anderen Verwandten
- Wohne in einer Wohngemeinschaft
- Wohne in einem Heim
- Sonstiges

9. **Wie viele Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren leben hier in Ihrem Haushalt?**

Rechnen Sie sich selbst bitte mit dazu.

 Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren

10. Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken, wie viele Tage in der Woche verbrachten Sie im Durchschnitt zu Hause?

- Jeden Abend 1
- 5 bis 6 Abende 2
- 3 bis 4 Abende 3
- 1 bis 2 Abende 4
- Weniger als einen Abend 5

11. Wenn Sie an die letzten 4 Wochen denken, wie häufig waren Sie dann in . . .

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

	Nie	Einmal	2 bis 3 mal	4 bis 9 mal	10-mal oder mehr	Weiß nicht
	1	2	3	4	5	8
● Bars, Kneipen oder Diskos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Restaurants oder Gaststätten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

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

	Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft ziemlich zu	Trifft völlig zu
	1	2	3	4
Ich finde, es gibt nichts Schlimmeres, als langweilig zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hasse es, mir einen Film ein zweites Mal anzusehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es langweilt mich entsetzlich, Filme oder Reisedias von anderen Leuten anzusehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mit faden oder langweiligen Leuten keine Geduld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Nun geht es um Ihre Gesundheit.

Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?

- Sehr gut 1
- Gut 2
- Durchschnittlich 3
- Schlecht 4
- Sehr schlecht 5

14. Bitte geben Sie an, welche der folgenden chronischen Krankheiten Ihr Arzt bei Ihnen festgestellt hat.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das an, was auf Sie persönlich zutrifft!

Ja **Nein**
1 2

Rückenleiden (z.B. Probleme mit Bandscheiben, Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Gelenk-/Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose, Arthritis, Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische/psychische Erkrankungen (z.B. Depression, vegetative Dystonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen-/Alkoholerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettleber, Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Nun geht es um Gewohnheiten und Schwierigkeiten, die bei der Einnahme von Medikamenten auftreten können.

Die folgende Frage bezieht sich nur auf Medikamente, die Sie einnehmen,

- um besser schlafen zu können - um ruhiger zu werden
- um leistungsfähiger zu werden - um sich wohler zu fühlen
- um weniger Schmerzen zu haben - um körperliche Vorgänge zu regulieren.

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

NEIN, **JA,** **JA, aber**
trifft **in den letzten** **vor mehr als**
nicht zu **12 Monaten** **12 Monaten**
1 2 3

Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Vorrat an Tabletten angelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen (4 Wochen) die folgenden Medikamente genommen?
 Hat Ihnen diese Medikamente ein Arzt verordnet?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft!

	Habe ich in den letzten 30 Tagen genommen					Vom Arzt verordnet	
	täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche	seltener als einmal pro Woche	nie	Ja	Nein
	1	2	3	4	5	8	9
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Bitte kreuzen Sie zusätzlich noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Habe in den letzten 12 Monaten:

- mindestens eines der oben genannten Medikamente genommen 1 **Bitte weiter mit Frage 19**
- keines der oben genannten Medikamente genommen 2 **Bitte weiter mit Frage 27**

19. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Medikamente in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als verschrieben oder ursprünglich beabsichtigt genommen?

Bei welchem Medikament ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Haben Sie in den letzten 12 Monaten beim Absetzen eines bestimmten Medikaments oder bei Verminderung der Dosis irgendwelche Beschwerden oder ein Unwohlgefühl gehabt?

Bei welchem Medikament ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Haben Sie in den letzten 12 Monaten das gleiche oder ein vergleichbares Medikament weiter eingenommen, um Beschwerden oder ein Unwohlgefühl beim Absetzen eines bestimmten Medikamentes oder bei Verminderung der Dosis zu vermeiden?

Bei welchem Medikament ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht 1	JA, in den letzten 12 Monaten 2	JA, aber vor mehr als 12 Monaten 3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Haben Sie in den letzten 12 Monaten festgestellt, dass Sie höhere Dosen eines bestimmten Medikamentes brauchten, um die gewünschte Wirkung zu erzielen oder hat sich bei längerer Einnahme der gleichen Menge die Medikamentenwirkung deutlich abgeschwächt?

Bei welchem Medikament ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht 1	JA, in den letzten 12 Monaten 2	JA, aber vor mehr als 12 Monaten 3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehrmals vergeblich versucht, die Einnahme von bestimmten Medikamenten zu reduzieren oder einzustellen?

Bei welchem Medikament ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht 1	JA, in den letzten 12 Monaten 2	JA, aber vor mehr als 12 Monaten 3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Haben Sie in den letzten 12 Monaten viel Zeit benötigt, um bestimmte Medikamente zu erhalten (z.B. mehrere Ärzte aufgesucht) oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen?

Bei welchem Medikament ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht 1	JA, in den letzten 12 Monaten 2	JA, aber vor mehr als 12 Monaten 3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen der Einnahme bestimmter Medikamente wichtige Aktivitäten, z.B. Ihre Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten eingeschränkt oder aufgegeben?

Bei welchem Medikament ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht 1	JA, in den letzten 12 Monaten 2	JA, aber vor mehr als 12 Monaten 3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Medikamente eingenommen, obwohl Sie wussten, dass die Einnahme Ihnen schadet?

Bei welchem Medikament ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht 1	JA, in den letzten 12 Monaten 2	JA, aber vor mehr als 12 Monaten 3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit dem Rauchen.

Haben Sie jemals Schnupftabak oder Kautabak genommen?

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

NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
1	2	3

Schnupftabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kautabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Rauchen Sie zur Zeit?

Ja1 **Bitte weiter mit Frage 33**

Nein2

29. Haben Sie früher irgendwann mehr als 100 Zigaretten/
Zigarren/Zigarillos/Pfeifen geraucht?

Ja 1

Nein, nie **Bitte weiter mit Frage 55 - Seite 15**

30. In der Zeit, bevor Sie aufgehört haben zu rauchen,
wie viele Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/Pfeifen
haben Sie da im Durchschnitt pro Tag geraucht?

10 oder weniger	<input type="checkbox"/>	1
11 bis 20	<input type="checkbox"/>	2
21 bis 30	<input type="checkbox"/>	3
31 oder mehr	<input type="checkbox"/>	4
Habe nicht täglich geraucht	<input type="checkbox"/>	5

31. Als Sie noch geraucht haben, wann haben Sie nach dem
Aufstehen Ihre erste Zigarette/Zigarre/Zigarillo/Pfeife
geraucht?

Innerhalb von 5 Minuten	<input type="checkbox"/>	1
Innerhalb von 6 bis 30 Minuten	<input type="checkbox"/>	2
Innerhalb von 31 bis 60 Minuten	<input type="checkbox"/>	3
Später als nach 60 Minuten	<input type="checkbox"/>	4

32. Sie haben mit dem Rauchen aufgehört.

Welche Hilfsmittel haben Sie verwendet, als Sie erfolgreich mit dem Rauchen aufgehört haben?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!

Entwöhnungskurs oder -seminar 1

Nikotinpflaster 2

Nikotinkaugummi 3

Falls Sie Nikotinpflaster oder Nikotinkaugummi
verwendet haben, wie lange haben Sie diese
zuletzt verwendet?

Wochen

Bücher, Broschüren, Tonbandkassetten, CD's, Videos 4

Hypnose 5

Akupunktur, Akupressur 6

Unterstützung durch Partner/Freund/Familie 7

Andere Hilfsmittel 8

Ohne Hilfsmittel oder Hilfen 9

33. Was rauchen Sie hauptsächlich bzw. was haben Sie früher hauptsächlich geraucht?

Bitte nur **eine** Angabe!

- Zigaretten mit Filter (fabrikfertig) 1
 Zigaretten mit Filter (selbsthergestellt) 2
 Zigaretten ohne Filter (fabrikfertig) 3
 Zigaretten ohne Filter (selbsthergestellt) 4
 Zigarren 5
 Zigarillos 6
 Pfeife 7

34. Was rauchen Sie sonst noch bzw. was haben Sie früher sonst noch geraucht?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!

- Zigaretten mit Filter (fabrikfertig) 1
 Zigaretten mit Filter (selbsthergestellt) 2
 Zigaretten ohne Filter (fabrikfertig) 3
 Zigaretten ohne Filter (selbsthergestellt) 4
 Zigarren 5
 Zigarillos 6
 Pfeife 7
 Rauche sonst nichts 8

35. Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben – wenn auch nur in kleinen Mengen – zu rauchen?

War Jahre alt

36. Wie viele Jahre haben Sie täglich geraucht?

Habe Jahre täglich geraucht

Habe weniger als ein Jahr täglich geraucht 95
 Habe nie täglich geraucht 96

37. Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben täglich zu rauchen?

War Jahre alt

38. Wann haben Sie zuletzt geraucht?

- Heute 1
 Gestern 2
 Vorgestern 3
 Länger her 4

↙ und zwar: vor Tagen
 vor Wochen
 vor Monaten
 vor Jahren

Benutzen Sie bitte nur eine Zeitkategorie, also entweder Tage oder Wochen oder Monate oder Jahre

39. Bitte kreuzen Sie zusätzlich noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Habe:

- innerhalb der letzten 30 Tage geraucht¹ ► Bitte weiter mit Frage **40a**
- innerhalb der letzten 12 Monate mit dem Rauchen aufgehört ...² ► Bitte weiter mit Frage **52 - Seite 13**
- vor mehr als 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört³ ► Bitte weiter mit Frage **55 - Seite 15**

40a Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen).

An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigaretten geraucht? An Tagen

40b An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie dann im Durchschnitt?

Zigaretten
 Habe in den letzten 30 Tagen gar keine Zigaretten geraucht 000

41a Bitte denken Sie jetzt wieder nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen).

An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigarren, Zigarillos, Pfeifen geraucht? An Tagen

41b An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen rauchen Sie dann im Durchschnitt?

Zigarren / Zigarillos / Pfeifen
(Zutreffendes bitte unterstreichen)
 Habe in den letzten 30 Tagen gar keine Zigarren, Zigarillos, Pfeifen geraucht 000

42. Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette/Zigarre/Zigarillo/Pfeife?

- Innerhalb von 5 Minuten 1
- Innerhalb von 6 bis 30 Minuten 2
- Innerhalb von 31 bis 60 Minuten 3
- Später als nach 60 Minuten 5

43. Finden Sie es schwierig an Orten, an denen das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.) das Rauchen sein zu lassen?

- Ja 1
- Nein 2

44. Auf welche Zigarette/Zigarre/Zigarillo/Pfeife würden Sie nicht verzichten wollen?

- Die erste am Morgen 1
- Andere 2

45. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- Ja 1
- Nein 2

46. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- Ja 1
- Nein 2

47. Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?

Bitte nur **eine** Angabe!

- Ich habe überhaupt nicht die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören 1
- Ich denke ernsthaft darüber nach, mit dem Rauchen aufzuhören, aber ich habe noch nicht entschieden, wann das sein wird 2
- Ich habe die Entscheidung getroffen, innerhalb der nächsten 30 Tage mit dem Rauchen aufzuhören 3

48. Haben Sie in den letzten 2 Jahren einen ernsthaften Versuch gemacht, Ihren Zigarettenkonsum deutlich zu verringern? Bitte denken Sie an Ihren letzten Versuch.

- Ja, vor 24 bis 12 Monaten 1
 - Ja, vor 6 bis 12 Monaten 2
 - Ja, innerhalb der letzten 6 Monate ... 3
 - Nein, nie in den letzten 2 Jahren ... 4
- Bitte weiter mit Frage 50*

49. Haben Sie bis heute durchgehalten, weniger zu rauchen?

- Ja 1
- Nein 2

50. Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?

- Ja, und zwar mal
 - Nein, habe keinen Versuch unternommen, mit dem Rauchen aufzuhören 0
- Bitte weiter mit Frage 52*

51. Welche Hilfsmittel haben Sie bei Ihrem letzten erfolglosen Versuch (innerhalb der letzten 2 Jahre) verwendet?

- 1 *Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!* Entwöhnungskurs oder -seminar
- Nikotinpflaster 2
- Nikotinkaugummi 3
- Bücher, Broschüren, Tonbandkassetten, CD's, Videos ... 4
- Hypnose 5
- Akupunktur, Akupressur 6
- Unterstützung durch Partner/Freund/Familie 7
- Andere Hilfsmittel 8
- Ohne Hilfsmittel oder Hilfen 9

52. Bitte beantworten Sie bei jeder der folgenden Fragen, was auf Sie zutrifft, auch wenn Sie in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört haben.

Ja **Nein**
1 2

- Hat sich in den letzten 12 Monaten Ihr Zigarettenkonsum gesteigert (z.B. haben Sie früher über mehrere Wochen nur 3 Zigaretten pro Tag geraucht, dann durchschnittlich 10 Zigaretten usw.)?
- Haben Sie in den letzten 12 Monaten gespürt, dass die Wirkung des Rauchens abnahm, obwohl Sie gleich viel rauchten wie bisher?
- Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr rauchen müssen, um eine Wirkung zu spüren?
- Kam es in den letzten 12 Monaten häufiger vor, dass Sie mehr rauchten, als Sie ursprünglich vorhatten (z.B. Ihre Zigarettenvorräte waren früher als beabsichtigt aufgebraucht)?
- Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehrmals erfolglos versucht, mit dem Rauchen ganz aufzuhören oder versucht, weniger zu rauchen?
- Haben Sie in den letzten 12 Monaten viel Zeit mit dem Konsum (z.B. Kettenrauchen) oder mit der Beschaffung (z.B. nachts lange Wege zur Tankstelle) verbracht?
- Haben Sie in den letzten 12 Monaten Freizeitaktivitäten oder sonstige Aktivitäten wegen des Rauchens aufgegeben, z.B. weil man dort nicht rauchen kann oder weil Ihre Kondition nicht mehr ausreicht?
- Haben Sie in den letzten 12 Monaten auch trotz einer Erkrankung (z.B. Grippe, Bronchitis) weiter geraucht?

53. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der folgenden Beschwerden (nicht krankheitsbedingt) bei sich beobachten können, wenn Sie nicht rauchten oder nicht rauchen konnten, obwohl Sie es wollten?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Gedrückte oder depressive Stimmung | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Schlaflosigkeit | | <input type="checkbox"/> |
| Ablenkbarkeit, Enttäuschung oder Ärger | | <input type="checkbox"/> |
| Angst | | <input type="checkbox"/> |
| Konzentrationschwierigkeiten | | <input type="checkbox"/> |
| Unruhe | | <input type="checkbox"/> |
| Verminderte Herzfrequenz | | <input type="checkbox"/> |
| Gesteigerter Appetit oder Gewichtszunahme .. | | <input type="checkbox"/> |
| Frage trifft nicht zu, da ich es eigentlich immer schaffe, zu rauchen | | <input type="checkbox"/> |

54. Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass eine der folgenden Personen Ihr Rauchverhalten kritisiert hat, z.B. Sie aufgefordert, weniger zu rauchen oder mit dem Rauchen aufzuhören?

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

- | | Ja
1 | | Nein
2 |
|--------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| (Ehe-)Partner | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Eltern | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Eigene Kinder | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Freund/in, Bekannte | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Personen am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ein Arzt | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Andere Person | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie Raucher sind, gehen Sie bitte zu Frage 59

Die folgenden Fragen 55 bis 58 wenden sich nur an **Nichtraucher** oder **Exraucher**.

55. Wie häufig und wie lange befinden Sie sich über mehrere Stunden in Räumen, in denen geraucht wird?

Täglich, und zwar im Durchschnitt Stunden pro Tag

Nur gelegentlich, und zwar im Durchschnitt Stunden pro Woche

Nie 995

Bitte weiter mit Frage 57

56. Wo bzw. bei welchen Gelegenheiten befinden Sie sich in Räumen, in denen geraucht wird?

*Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!*

- Zu Hause 1
- An meinem Arbeitsplatz bzw. Ausbildungsstelle
- In meiner Freizeit außer Haus, z.B. Clubs, Diskotheken, Gaststätten, Veranstaltungen
- Anderswo

57. Wie sehr stört es Sie, wenn andere in Ihrer Gegenwart rauchen?

- Stark 1
- Weniger stark 2
- Gar nicht 3

58. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihr Verhalten geändert, um dem Passivrauchen zu entgehen (z.B. rauchfreie Räume in der Wohnung eingeführt, Orte gemieden, an denen viel geraucht wird)?

- Ja 1
- Nein 2

59. Die nächsten Fragen beschäftigen sich mit dem Thema nicht-alkoholische und alkoholische Getränke (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen).

Bitte kreuzen Sie zunächst in jeder Zeile an, wie häufig Sie in etwa die folgenden Getränke trinken?

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

Trinke ich

täglich mehrmals pro Woche einmal pro Woche mehrmals pro Monat einmal pro Monat seltener als einmal pro Monat nie

1 2 3 4 5 6 7

Mineralwasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säfte und Limonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energizer, Energydrinks (Red Bull, Flying Horse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein/Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirituosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Wenn Sie täglich Kaffee trinken, wie viele Tassen trinken Sie dann im Allgemeinen pro Tag?

Tassen täglich

Trinke keinen Kaffee 00

61. Wann haben Sie zuletzt alkoholische Getränke, also Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör, Mixgetränke) getrunken?

- Heute 1
- Gestern 2
- Vorgestern 3
- Länger her 4

☞ und zwar: vor Tagen

vor Wochen

vor Monaten

vor Jahren

Benutzen Sie bitte nur eine Zeitkategorie, also entweder Tage oder Wochen oder Monate oder Jahre

Habe noch nie Alkohol getrunken 96

Bitte weiter mit Frage 79 - Seite 22

62. Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, regelmäßiger (d.h. mindestens einmal im Monat) Alkohol zu trinken?

War Jahre alt

Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung ab.

Habe noch nie regelmäÙig(er) Alkohol getrunken 96

63a Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?

Ja 1

Nein, nie 2

Bitte weiter mit Frage 64

63b Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten so richtig betrunken?

mal Überhaupt nicht 00

63c Wie alt waren Sie als Sie das erste mal so richtig betrunken waren?

War Jahre alt

64. Wenn Sie an die letzten 30 Tage (vier Wochen) denken: An wie vielen Tagen haben Sie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör, Mixgetränke) getrunken?

Innerhalb der letzten 30 Tage getrunken:

Bier an Tagen

Wein/Sekt an Tagen

Spirituosen an Tagen

Bitte geben Sie es für jede einzelne Getränkeart an. Falls Sie etwas in den letzten 30 Tagen gar nicht getrunken haben, setzen Sie bitte eine "0" ein.

65. Bitte notieren Sie zusammenfassend:

Wenn Sie an die letzten 30 Tage (4 Wochen) denken, an wie vielen Tagen haben Sie ein alkoholisches Getränk getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen?

An Tagen

An keinem dieser Tage, überhaupt nicht ₀₀

*Bitte weiter mit
Frage **68** - Seite **18***

66. Wieder bezogen auf die letzten 30 Tage (vier Wochen):

An so einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken, wieviel Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen trinken Sie dann im Durchschnitt?

Falls Sie etwas in den letzten 30 Tagen gar nicht getrunken haben, setzen Sie bitte eine "0" ein.

Bier kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter)

große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)

Wein/Sekt Gläser (0,2 bis 0,25 Liter)

Spirituosen kleine Gläser ("Einfacher" = 0,02 Liter)

große Gläser ("Doppelter" = 0,04 Liter)

67. Es geht noch einmal um die letzten 30 Tage (4 Wochen).

An wie vielen Tagen haben Sie 5 oder mehr Gläser, egal ob Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen getrunken?

An Tagen

An keinem Tag 5 oder mehr Gläser getrunken ₀₀

Sie überspringen die nächsten Fragen.

*Gehen Sie bitte zu Frage **72** - Seite **19***

68. Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken:

Wie oft haben Sie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör, Mixgetränke) getrunken?

Bitte geben Sie es für jede einzelne Getränkeart an. Falls Sie etwas in den letzten 12 Monaten gar nicht getrunken haben, setzen Sie bitte eine "0" ein.

Benutzen Sie bitte bei jeder Getränkeart nur eine Zeitkategorie, also entweder pro Monat oder pro Jahr

In den letzten 12 Monaten getrunken		
Bier	Wein/Sekt	Spirituosen
<input type="text"/> mal pro Monat	<input type="text"/> mal pro Monat	<input type="text"/> mal pro Monat
<input type="text"/> mal pro Jahr	<input type="text"/> mal pro Jahr	<input type="text"/> mal pro Jahr

69. Bitte notieren Sie zusammenfassend:

Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken, an wie vielen Tagen dieser 12 Monate haben Sie überhaupt ein alkoholisches Getränk getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen?

Bitte benutzen Sie nur eine Zeitkategorie – so wie Sie es am besten beschreiben können.

Habe in den letzten 12 Monaten ein alkoholisches Getränk getrunken:

an etwa Tagen pro Monatan etwa Tagen insgesamt in den letzten 12 MonatenAn überhaupt keinem Tag in den letzten 12 Monaten ...

00

Bitte weiter mit Frage 79 – Seite 22

70. Wieder bezogen auf die letzten 12 Monate:

An so einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken, wieviel Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen trinken Sie dann im Durchschnitt?

Falls Sie etwas in den letzten 12 Monaten gar nicht getrunken haben, setzen Sie bitte eine "0" ein.

Bier kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter) große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)Wein/Sekt Gläser (0,2 bis 0,25 Liter)Spirituosen kleine Gläser ("Einfacher" = 0,02 Liter) große Gläser ("Doppelter" = 0,04 Liter)

71. Es geht noch einmal um die letzten 12 Monate.

An wie vielen Tagen haben Sie insgesamt mindestens 5 oder mehr Gläser, egal ob Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen getrunken?

An Tagen insgesamt in den letzten 12 MonatenAn keinem Tag 5 oder mehr Gläser getrunken 00

72. Bei welchen Gelegenheiten trinken Sie Alkohol?

Trinke Alkohol				
----------------	--	--	--	--

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

Wie ist das –

nie	selten mal	manch- mal	oft immer	(fast)
1	2	3	4	5

zum Essen:

- am Morgen
- zum Mittagessen
- zum Abendessen

nicht zum Essen:

- nach der Arbeit
- am Abend zu Hause mit Freunden oder mit Familie
- alleine zu Hause
- auswärts mit Freunden oder mit Familie
- alleine auswärts
- bei festlichen Anlässen

73. Trinken Sie insgesamt eher zu Hause oder eher auswärts Alkohol?

- Eher zu Hause 1
- Etwa gleich viel zu Hause wie auswärts 2
- Eher auswärts 3

74. Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

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

Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft ziemlich zu	Trifft völlig zu
1	2	3	4

- Feiern ohne Alkohol kann ich mir nicht vorstellen
- Eine "trockene" (alkoholfreie) Runde finde ich oft recht fad und ungemütlich
- Zu einer Mahlzeit gehört bei mir gewöhnlich ein Schluck Alkohol
- Ich glaube, je mehr Alkohol jemand verträgt, desto höher ist sein Ansehen bei anderen
- Als Nichttrinker würde ich mir minderwertig vorkommen
- Am schnellsten komme ich mit anderen Menschen beim Trinken ins Gespräch
- Wenn ich etwas trinke, steigt mein Selbstvertrauen
- Alkohol steigert meine Leistungskraft und Ausdauer
- Trinken macht mich munter und beschwingt
- Alkohol hilft mir, meine Nervosität zu bekämpfen
- Alkohol ist für mich ein bewährtes Mittel, Ängste und Spannungsgefühle zu beseitigen
- Alkohol ist für mich ein gutes Mittel, trübe Stimmungen zu verscheuchen

75. Bitte gehen Sie die folgenden Kurzfragen nacheinander durch.

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

	Ja 2	Nein 1
Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> schon öfter mehr, häufiger oder über eine längere Zeitspanne als beabsichtigt getrunken (z.B. haben Sie sich bis zum Rausch betrunken, obwohl Sie vorhatten, nur ein Glas zu trinken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> häufiger erfolglos versucht, weniger Alkohol zu trinken oder ganz aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> häufiger viel Zeit damit verbracht, sich von den Nachwirkungen Ihres Alkoholkonsums zu erholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren <u>in den letzten 12 Monaten</u> wegen Alkohol wichtige Aktivitäten, wie Arbeit, Sport oder Treffen mit Freunden oder Verwandten eingeschränkt oder haben Sie sie ganz aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> weiter Alkohol getrunken, obwohl Sie wussten, dass es Ihnen schadet (körperlich und psychisch), oder obwohl Sie körperliche Beschwerden oder seelische Probleme wie z.B. Leberkrankheit, Zittern, Taubheitsgefühl, Gedächtnisprobleme, Interesselosigkeit, Niedergeschlagenheit hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> in Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum erhebliche Probleme in der Arbeit oder bei der Versorgung Ihres Haushalts bekommen (z.B. Abwesenheit vom Arbeitsplatz, schlechte Leistungen, Vernachlässigung der Kinder oder des Haushalts)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> mehrmals unter Alkoholeinfluss in Situationen, in denen große Verletzungsgefahr besteht, z.B. beim Radfahren, beim Auto- oder Bootfahren oder beim Gebrauch von Maschinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> wegen Alkohol mehrmals Ärger mit der Polizei, z.B. wegen Alkohol am Steuer oder wegen Randalierens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> Ihren Alkoholkonsum fortgesetzt, obwohl Sie deswegen Konflikte mit Ihrem Partner, mit Familienmitgliedern oder anderen Personen hatten (z.B. Streit mit dem Partner über die Folgen des Trinkens, körperliche Auseinandersetzung, Trennung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie festgestellt, dass Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> mehr trinken mussten als früher, um dieselbe Wirkung zu erzielen, dass Sie also wesentlich mehr vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie festgestellt, dass <u>in den letzten 12 Monaten</u> die gleiche Menge Alkohol bei Ihnen eine geringere Wirkung hat als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> schon einmal Alkohol getrunken, um das Auftreten körperlicher Beschwerden zu mildern oder zu vermeiden (z.B. Zittern, Übelkeit, Schlaflosigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. *Wir wechseln zum nächsten Thema. In der Öffentlichkeit wird zur Zeit viel über Drogen wie Haschisch, Heroin, Kokain oder andere Substanzen diskutiert.*

Glauben Sie, dass in Deutschland das Drogenproblem größer, gleich groß oder kleiner ist als das Alkoholproblem?

- Größer 1
 Gleich groß 2
 Kleiner 3

80. Hat Ihnen schon einmal jemand Drogen angeboten?

- Ja, einmal 1
 Ja, mehrmals 2
 Nein, nie 3

81. Hier ist eine Reihe von Drogen.

Kreuzen Sie bitte alle Mittel an, die Sie schon einmal probiert haben.

- 1
 Haschisch, Marihuana
 Aufputschmittel, Amphetamine
 Ecstasy
 LSD
 Heroin
 Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)
 Methadon
 Kokain
 Crack
 Ich habe bisher keine dieser Drogen probiert

82. Haben Sie schon einmal Schnüffelstoffe als Rauschmittel probiert?

- Nein 1
 Ja, und zwar:
 ● Klebstoffe 2
 ● Lösungsmittel 3
 ● Treibgase 4

83. Haben Sie schon einmal Pilze als Rauschmittel probiert?

- Nein 1
 Ja, und zwar:
 ● Fliegenpilze 2
 ● Magic Mushrooms (Psylocybin) 3

84. Bitte kreuzen Sie zusätzlich noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Ich habe Drogen:

- schon irgendwann mal probiert ► *Bitte weiter mit Frage 85*
 ● noch nie probiert ► *Bitte weiter mit Frage 103 - Seite 28*

85. Wie alt waren Sie, als Sie die folgenden Drogen das erste Mal genommen haben?

	Alter		Habe ich noch nie genommen 0
Haschisch, Marihuana	<input type="text"/>	Jahre	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel, Amphetamine	<input type="text"/>	Jahre	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="text"/>	Jahre	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="text"/>	Jahre	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="text"/>	Jahre	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)	<input type="text"/>	Jahre	<input type="checkbox"/>
Methadon	<input type="text"/>	Jahre	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="text"/>	Jahre	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="text"/>	Jahre	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe	<input type="text"/>	Jahre	<input type="checkbox"/>
Pilze	<input type="text"/>	Jahre	<input type="checkbox"/>

86. Wann haben Sie die folgenden Drogen zuletzt genommen?

Bitte kreuzen Sie jeweils das zutreffende Kästchen an bzw. tragen Sie die Zahl der Jahre ein.

	Zuletzt genommen:			Habe ich noch nie genommen 0
	In den letzten 30 Tagen	in den letzten 12 Monaten	Länger her, zuletzt vor:	
	1	2		
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Pilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>

87. Bitte kreuzen Sie zusätzlich noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der vorgenannten Drogen genommen?

Ja ► *Bitte weiter mit Frage **88***

Nein ► *Bitte weiter mit Frage **103 - Seite 28***

88. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten folgende Drogen genommen?

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

	Habe ich in den letzten 12 Monaten insgesamt genommen								
	1-mal	2-5 mal	6-9 mal	10-19 mal	20-59 mal	60-99 mal	100-199 mal	200-mal oder öfter	nie
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate, (z.B. Codein, Opium, Morphium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Wenn Sie jetzt an die letzten 30 Tage (vier Wochen) denken:

An wie vielen Tagen haben Sie da die folgenden Drogen genommen?

Falls Sie etwas in den letzten 30 Tagen gar nicht genommen haben, setzen Sie bitte eine "0" ein.

- Haschisch, Marihuana an Tagen
- Aufputschmittel, Amphetamine an Tagen
- Ecstasy an Tagen
- LSD an Tagen
- Heroin an Tagen
- Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphium) an Tagen
- Methadon an Tagen
- Kokain an Tagen
- Crack an Tagen
- Schnüffelstoffe an Tagen
- Pilze an Tagen

90. Wenn Sie in den letzten 12 Monaten Heroin oder Kokain genommen haben:

Wie haben Sie diese Drogen genommen?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Konsumformen an!

In den letzten 12 Monaten habe ich –	Heroin	Kokain
● geschluckt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
● geraucht	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
● inhaliert	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
● geschnupft	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
● gespritzt	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
nicht genommen	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

91. Bei dieser und den folgenden Fragen möchten wir Sie wieder bitten, für jede der genannten Drogen anzukreuzen, was auf Sie zutrifft. Zunächst:

Ist es in den letzten 12 Monaten vorgenommen, daß Sie von einer bestimmten Droge mehr eingenommen haben oder über einen längeren Zeitraum eingenommen haben, als Sie ursprünglich beabsichtigten?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

92. Haben Sie in den letzten 12 Monaten häufiger erfolglos versucht, den Konsum einer bestimmten Droge zu verringern oder ganz zu beenden oder hatten Sie den anhaltenden Wunsch, den Konsum dieser Droge einzuschränken?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. Haben Sie in den letzten 12 Monaten viel Zeit damit verbracht, eine bestimmte Droge zu besorgen, sie einzunehmen oder sich von ihrer Wirkung zu erholen?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94. Haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihres Konsums einer bestimmten Droge wichtige Aktivitäten wie z.B. Sport, die Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten eingeschränkt oder ganz aufgegeben?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Haben Sie in den letzten 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme (z.B. anhaltender Husten, Infektionen, Hepatitis, Abszesse) den Konsum einer bestimmten Droge fortgesetzt, obwohl Sie wussten, dass es Ihnen schadet?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

96. Haben Sie in den letzten 12 Monaten festgestellt, dass Sie von einer bestimmten Droge mehr einnehmen mussten als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen oder haben Sie festgestellt, dass die gleiche Menge einen geringeren Effekt hatte als früher?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

97. Bekamen Sie in den letzten 12 Monaten Beschwerden, wie z.B. Schlafstörungen, Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Angstgefühle, Interesselosigkeit, Niedergeschlagenheit, wenn Sie eine bestimmte Droge in geringerer Menge als üblich oder gar nicht einnahmen?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

98. Haben Sie in den letzten 12 Monaten bestimmte Drogen eingenommen, um Beschwerden, wie z.B. Schlafstörungen, Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Angstgefühle, Interesselosigkeit, Niedergeschlagenheit zu vermeiden?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

99. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten in Zusammenhang mit einer bestimmten Droge erhebliche Probleme in der Arbeit, in der Schule oder im Haushalt bekommen, wie z.B. wiederholtes Fernbleiben und schlechte Leistungen, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, hatte ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100. Kamen Sie in den letzten 12 Monaten unter dem Einfluss einer bestimmten Droge mehrmals in Situationen, in denen eine große Verletzungsgefahr besteht, z.B. im Straßenverkehr oder in der Arbeit, wenn Sie eine Maschine bedienten oder eine gefährliche Tätigkeit ausführten?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, kam ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

101. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten in Zusammenhang mit einer bestimmten Droge mehrmals rechtliche Probleme, z.B. wegen Besitz von Drogen, Diebstahl zur Beschaffung der Substanz oder Fahren unter Substanzeinwirkung?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, hatte ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

102. Haben Sie in den letzten 12 Monaten die Einnahme einer bestimmten Droge fortgesetzt, obwohl Sie deswegen Konflikte mit Ihrem Partner, mit Familienmitgliedern oder anderen Personen hatten, z.B. Streit mit dem Partner über die Folgen des Drogenkonsums, körperliche Auseinandersetzungen, Trennung?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	NEIN, habe ich nicht	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin, Codein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**103. Stellen Sie sich einmal vor, dass Ihnen Drogen angeboten werden:
Würden Sie dann die folgenden Drogen nehmen?**

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

	Ja	Vielleicht	Nein
	1	2	3
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

104. Wie leicht wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden an folgende Rauschmittel heranzukommen?

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

	Wäre für mich				
	sehr leicht	ziemlich leicht	ziemlich schwierig	sehr schwierig	gar nicht möglich
	1	2	3	4	5
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

105. Haben Sie schon einmal an einem Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit gespielt, z.B. in Gaststätten, Imbissbuden oder Spielhallen?

Ja ► *Bitte weiter mit Frage **106***

Nein ► *Bitte weiter mit Frage **S 1 - Seite 30***

106. Wann haben Sie das letzte Mal an einem Geldautomaten gespielt?

Heute 1
 Gestern 2
 Vorgestern 3
 Länger her 4

↙ und zwar: vor Tagen
 vor Wochen
 vor Monaten
 vor Jahren

Benutzen Sie bitte nur eine Zeitkategorie, also entweder Tage oder Wochen oder Monate oder Jahre

107. Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken: Wie viele Stunden oder Minuten haben Sie im Durchschnitt pro Woche an einem Geldspielautomaten gespielt?

Benutzen Sie bitte wieder nur eine Zeitkategorie, also entweder Stunden oder Minuten.

Durchschnittlich etwa Stunden pro Woche
oder etwa Minuten pro Woche
 Habe in den letzten 3 Monaten nicht gespielt .. 996

108. Sind durch das Spielen bereits Probleme in folgenden Lebensbereichen aufgetreten?

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

	NEIN	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Finanzielle Situation (z.B. Geldmangel, Unterschlagung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie (z.B. Eheprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit (z.B. Verspätungen, Abmahnungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit (z.B. Vernachlässigung von Hobbies oder Freunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

109. Haben Sie wegen möglicher Spielprobleme schon einmal . . .

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

	NEIN,	JA, in den letzten 12 Monaten	JA, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
● sich Gedanken gemacht, das Spielen an Geldspielautomaten einzuschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● tatsächlich versucht, das Spielen einzuschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● das Spielen aufgehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● eine Beratungsstelle / Behandlung aufgesucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S 1 Zum Schluß noch einige statistische Fragen, die für die Auswertung der Studienergebnisse wichtig sind:Besuchen Sie zur Zeit eine Schule, machen Sie eine Berufsausbildung oder studieren Sie?Ja, besuche eine Schule 1Ja, mache eine Berufsausbildung.... 2Ja, studiere 3Nein, nichts davon 4**Bitte weiter mit Frage S 3****S 2 Was trifft derzeit auf Sie zu?** *Bitte nur **eine** Angabe!*Besuche eine **allgemeinbildende Schule**, und zwar:

- Sonderschule 01
- Hauptschule/Hauptschulzweig 02
- Realschule/Realschulzweig 03
- Gymnasium/Gymnasiale Oberstufe 04
- Gesamtschule 05

Bin in **Berufsausbildung**, und zwar:

- beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) 10
- beruflich-schulische Ausbildung
(z.B. Berufsfachschule, Handelsschule) 11
- Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs-, oder
Fachakademie 12
- sonstige berufliche Ausbildung 13

Bin im **Studium**, und zwar:

- Fachhochschule 20
- Universität 21

S 3 Welchen Schulabschluss haben Sie?Wenn Sie mehrere Abschlüsse haben: welches ist Ihr höchster Schulabschluss? *Bitte nur **eine** Angabe!*

- Habe (noch) keinen Abschluss 1
- Volks-, Hauptschule ohne Abschluss 2
- Volks-, Hauptschule mit Abschluss 3
- Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife 4
- Polytechnische Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) 5
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule 6
- Abitur, allgemeine Hochschulreife, Erweiterte Oberschule (EOS) .. 7

S 4 Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Hochschulausbildung? *Mehrere Angaben möglich!*

- Habe (noch) keinen Ausbildungsabschluss 1
- Habe eine Anlern-Ausbildung gemacht
- Habe beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) abgeschlossen
- Habe beruflich-schulische Ausbildung
(z.B. Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen
- Habe Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs-
oder Fachakademie abgeschlossen
- Habe Fachhochschulabschluss
- Habe Universitäts-, Hochschulabschluss
- Habe eine andere Ausbildung abgeschlossen

S 5 Sind Sie gegenwärtig erwerbstätig?

- Ich bin vollzeit-erwerbstätig
mit einer Wochen-Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr 1
- Ich bin teilzeit-erwerbstätig
mit einer Wochen-Arbeitszeit von 15-34 Stunden 2
- Ich bin teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig
mit einer Wochen-Arbeitszeit von unter 15 Stunden 3
- Ich bin Auszubildende(r) / Lehrling 4
- Nichts davon trifft zu 6

S 6 Bitte sehen Sie auch die folgenden Vorgaben einmal durch, ob etwas auf Sie zutrifft.

- Mehrere Angaben möglich!*
- Ich befinde mich in einer Umschulung 01
- Ich bin zur Zeit arbeitslos (gemeldet) 02
- Ich bin im "Praktischen Jahr", Volontariat 03
- Ich mache zur Zeit ein freiwilliges soziales Jahr 04
- Ich bin im Erziehungsurlaub, Babyjahr 05
- Ich bin Hausfrau, Hausmann 06
- Ich bin als Wehrpflichtiger beim Wehrdienst 07
- Ich bin als Ersatzdienstleistender beim Zivildienst 08
- Ich bin ohne Lehrstelle, ohne Studienplatz (auf Suche) 09
- Ich bin in Rente, Pension, Vorruhestand 10
- Nichts davon trifft zu 96

S 7 In welcher beruflichen Stellung sind Sie bzw., sofern Sie gegenwärtig nicht berufstätig sind, waren Sie zuletzt beschäftigt?

- Bitte nur **eine** Angabe!*
- Ungelernter / angelernter Arbeiter 01
- Facharbeiter 02
- Einfache Angestellte/Beamte (Verkäuferin, Sekretärin, Busfahrer) 03
- Angestellte/Beamte mit gehobener Tätigkeit (Sachbearbeiter) 04
- Angestellte/Beamte mit hoch qualifizierter Tätigkeit (Lehrerin, Wissenschaftler, Richter) 05
- Angestellte/Beamte in Leitungsposition (Direktor, Betriebsleiter) 06
- Selbständige in Handel, Gewerbe, Industrie, Dienstleistung (früher auch PGH) 07
- Freiberufliche, selbständige Akademiker, freischaffende Künstler 08
- Selbständige in Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Tierzucht, Fischerei (früher auch LPG) 09
- Mithelfende Familienangehörige 10
- Ich war (noch) nie berufstätig 96

S 8 Wie oft waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos gemeldet?

- mal
- Gar nicht 96

S 9 Wie viele Monate waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos gemeldet?

- Monate
- Gar nicht 96

S 10 Wie finanzieren Sie überwiegend Ihren Lebensunterhalt?

1

 Mehrere Angaben möglich!

- Eigene Erwerbstätigkeit
- Erwerbstätigkeit des (Ehe-)Partners
- Arbeitslosengeld, -hilfe
- Rente, Pension, Altersruhegeld
- Sozialhilfe
- Unterstützung durch Angehörige
- Ausbildungsbeihilfe (BAFöG)
- Andere Einkünfte, z.B. Vermögenseinkünfte,
Erbchaft, Mieteinkünfte

S 11 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?

Gemeint ist dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu. Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

- bis 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 2.500 DM 4
- 2.500 bis unter 3.000 DM 5
- 3.000 bis unter 4.000 DM 6
- 4.000 bis unter 5.000 DM 7
- 5.000 bis unter 6.000 DM 8
- 6.000 DM und mehr 9

S 12 Haben Sie hier im Haushalt Telefon?

- Ja 1
- Nein 2

S 13 Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt?

- Ja, alleine ausgefüllt 1
- Nein, brauchte beim Ausfüllen Hilfe 2



von:

S 14 Wie lange hat das Ausfüllen etwa gedauert?

Minuten

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Zum Abschluß noch eine Bitte: Überprüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Falls Sie Fragen übersprungen haben, versuchen Sie bitte, diese noch zu vervollständigen.

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie bitte im beiliegenden Rückumschlag an:
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Margaretenstr. 1, 53175 Bonn