

Leben und Gesundheit 2003

Schriftlicher Fragebogen

Alle Rechte für Formulierung und Anordnung des Fragebogens liegen bei
IFT – Institut für Therapieforschung und
infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH

März 2003

3249

Wer führt die Studie durch:

Die Untersuchung wird vom **Institut für Therapieforschung (IFT) München**, und **infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft Bonn** durchgeführt. Der Auftraggeber ist das **Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung**.

Worum wir Sie bitten:

Sie wurden für diese bundesweite repräsentative Befragung zufällig ausgewählt. Der Erfolg dieser Untersuchung hängt davon ab, dass sich möglichst alle ausgewählten Personen an der Befragung beteiligen. Nur so lassen sich die erhobenen Einzelinformationen nachher zu einem schlüssigen Gesamtbild zusammenfügen.

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und im beigefügten Kuvert zurückzuschicken an:
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Friedrich-Wilhelm-Str. 18, 53175 Bonn.

Was mit Ihren Angaben geschieht:

Die durchführenden Institute tragen die volle datenschutzrechtliche Verantwortung. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz, behandelt. Das bedeutet: Alle erhobenen Daten werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Person welche Angaben gemacht hat. Mit anderen Worten:

Der Datenschutz ist voll und ganz gewährleistet.

Wie der Fragebogen auszufüllen ist:


Das Ausfüllen des Fragebogens ist sehr einfach.

⇒ Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kästchen an.

⇒ Die Fragen sind immer "fett" gedruckt, zumeist finden Sie die Antwortmöglichkeiten rechts daneben. Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich, also nur **ein** Kästchen anzukreuzen:

Beispiel: **Sind Sie ...** ein Mann? ₁
eine Frau? ₂

⇒ Wenn mehrere Antworten auf eine Frage angekreuzt werden können, wird ausdrücklich darauf hingewiesen:

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

⇒ Bei einigen Fragen müssen Sie nur eine Zahlenangabe machen.

Beispiel: **In welchem Jahr sind Sie geboren?**

19

⇒ Gelegentlich werden Sie aufgefordert, einen Teil der Fragen zu überspringen.

Tun Sie dies bitte dann, wenn im Fragebogen auf folgende Weise darauf hingewiesen wird:



Bitte weiter mit Frage 19

Die Frage-Nummer, mit der Sie dann in der Beantwortung des Fragebogens fortfahren sollen, ist jeweils in dem gerasterten Rahmen notiert.

⇒ Sollten Sie sich einmal bei einer Antwort geirrt haben, so kreisen Sie dieses Kästchen bitte ein und kreuzen die richtige Antwort an:

Beispiel: **Sind Sie ...** ein Mann? ₁
eine Frau? ₂

Für Fragen steht Ihnen zur Verfügung:

Frau Angelika Stöber
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH
Friedrich-Wilhelm-Str. 18, 53175 Bonn
Tel.: 0228 / 3822-506, Fax: 0228 / 310071, E-Mail: a.stoeber@infas.de

Beginnen Sie jetzt bitte mit der Frage 1 auf der gegenüberliegenden Seite.

Wir möchten den Fragebogen zunächst mit einigen statistischen Fragen beginnen.

1. Sind Sie . . . ein Mann? 1
eine Frau? 2
 ☞ Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

2. In welchem Jahr sind Sie geboren? 19

3. Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

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

Deutsche 1

Andere 1 ☛ Bitte angeben:

4. Wie groß sind Sie? cm

5. Wieviel wiegen Sie? kg

6. Welchen Familienstand haben Sie?

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?

Kinder

Ich habe keine Kinder ☛

Bitte weiter mit Frage 9

8. Wie viele Kinder leben zur Zeit mit Ihnen im Haushalt zusammen?

Kinder

9. Mit wem wohnen Sie gegenwärtig hier im Haushalt zusammen?

☞ Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie 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

10. Wie viele Personen leben hier in Ihrem Haushalt?

Rechnen Sie sich selbst bitte mit dazu.

Lebe alleine 1

Personen

11. 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

12. Wie schätzen Sie zur Zeit Ihr psychisches Wohlbefinden ein?

Sehr gut 1

Gut 2

Durchschnittlich 3

Schlecht 4

Sehr schlecht 5

13. Nun einige Fragen zu Formen von Unterstützung und Belastung in Ihrer sozialen Umgebung:

Unter sozialer Umgebung versteht man (Ehe-)Partner, Freund/in, Verwandte, Arbeitskollege/in, Bekannte aus Gruppen oder Vereinen, Nachbar/in.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, wie häufig Sie in etwa die folgenden Dinge in den letzten 12 Monaten erfahren haben.

Bitte machen Sie *in jede Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten					
mehrmals pro Woche	1mal pro Woche	2-3mal pro Monat	1mal pro Monat	seltener als 1mal pro Monat	nie
1	2	3	4	5	6

Wie oft haben Ihnen Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **mit Ratschlägen oder Informationen weiter geholfen?**

Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **Sie mit praktischer Hilfe unterstützt** (z.B. Besorgungen gemacht, Ihnen etwas geliehen, etwas repariert)?

Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **Sie ermutigt und Ihnen Bestätigung gegeben?**

Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung Ihnen **Wärme, Zuneigung und Verständnis gegeben?**

Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **Sie kritisiert oder an Ihnen herumgörgelt haben?**

Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **Sie im Stich gelassen oder enttäuscht?**

Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **zu hohe Ansprüche an Sie gestellt oder Sie mit ihren Problemen belastet?**

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

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

Trifft zu

1

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

Fragen zur Einnahme von Medikamenten

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

Die folgenden Aussagen beziehen 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 kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

Nein, trifft nicht zu	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
1	1	1

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

Zu Ihrer Information:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Gebrauch bestimmter Medikamente. Damit Sie sich vergewissern können, in welche Kategorie ein bestimmtes Medikament fällt, haben wir die gebräuchlichsten Medikamente zusammengestellt.

Beispiele der gebräuchlichsten Medikamente:

Schmerzmittel	Antituss, Aspirin, Azur, Capros, Develin retard, Dilaudid, Dolantin, Dolomo, Dolormin, Dolviran, Fortral, Gelonida, Lonarid, L-Polamidon, Meptid, Morphin Merck, MSI Mundipharma, MSR Mundipharma Suppositorien, MST Mundipharma Tabletten, Nedolon, Nubain, Paracetamol, Sevredol, Spalt, Thomapyrin, Trama-Dorsch, Tramadura, Tramagit, Tramal, Tramundin, Temgesic, Valoron N., Vivimed.
Schlafmittel	Baldriparan N, Betadorm A, Bikalm, Dalmadorm, Dolestan, Dormicum, Dormigoa, Eatan N, Ergocalm, Eusedon mono, Fluninoc, Halbmond, Halcion, Hoggar, Imeson, Lendormin, Loretam, Luvased, Moradorm, Mogadan, Neodorm, Noctamid, Norkotral, Novanox, Planum, Radedorm, Remestan, Rohypnol, Sedovegan, Staurodorm, Stilnox, Visano, Vivinox Schlafdragees.
Beruhigungsmittel	Adumbran, Atosil, Bikalm, Bromazanyl, Demetrin, Dolestan, Durazanyl, Eusedon, Faustan, Gityl, Lexostad, Lexotanil, Librium, Limbatriil, Nitrazepam, Noctazepam, Normoc, Praxiten, Radepur, Rohypnol, Rudotel, Sedariston, Sedovegan, Sigacalm, Stilnox, Tafil, Tavor, Tranquase, Tranxilium, Valium, Visano, Xanax.
Anregungsmittel	AN1, Captagon, HalloWach, Percoffedrinol, Ritalin, Tradon, Tempil N.
Appetitzügler	Cardanat N, Recatol, Regenon retard.
Antidepressiva	Amineurin, Anafranil, Aponal, Aurorix, Comipramin, Deprilept, Doxepin, Fevarin, Fluctin, Herphonal, Hydiphen, Imipramin, Insidon, Ludiomil, Maprolu, Mianserin, Noveril, Novoprotect, Paroxetin, Pertofran, Prozac, Pryleugan, Saroten, Seroxat, Siquan, Stangyl, Tagonis, Thombran, Tofranil, Tolvin, Trevilor, Trimipramin.
Neuroleptika	Ciatyl-Z, Chlorprotixen, Colzapin, Decentan, Dehydrobenzperidol, Dogmatil, Fluanxol, Glianimon, Haldol, Haloperidol, Jatrosom, Leponex, Lyogen, Lyorodin, Melleril, Meresa, Neogama, Neurocil, Omca, Orap, Propaphenin, Protactyl, Psyquil, Risperdal, Sigaperidol, Sulpirid, Tiapridex, Truxal.

16. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten 12 Monaten genommen?

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

- Trifft zu
- 1
- Schmerzmittel.....
- Schlafmittel
- Beruhigungsmittel
- Anregungsmittel
- Appetitzügler
- Antidepressiva.....
- Neuroleptika

Habe in den letzten 12 Monaten
keines dieser Medikamente
genommen.....

Bitte weiter mit Frage 20
Seite 8


Bitte weiter mit Frage 17

17. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Medikamente genommen?

 Bitte machen Sie *in jede Zeile* ein Kreuz!

	Täglich	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	Seltener als einmal pro Woche	Nie
	1	2	3	4	5
Schmerzmittel	<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"/>
Beruhigungsmittel	<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"/>
Appetitzügler	<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"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, ob diese in den letzten 12 Monaten eher auf Sie zutrifft oder eher nicht zutrifft.

 Bitte machen Sie *in jede Zeile* ein Kreuz!

	Trifft eher zu 1	Trifft eher nicht zu 2
Ohne Medikamente wäre ich nur ein halber Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal wüsste ich wirklich nicht, wie ich meinen (Arbeits-)Tag ohne Medikamente durchstehen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungs- und Schlafmittel sind in schwierigen, sorgenvollen Situationen eine Hilfe für mich, auf die ich nicht verzichten möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, grundsätzlich ohne Medikamente auszukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Kopfschmerzen habe, nehme ich sofort ein Schmerzmittel dagegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es hat schon Tage gegeben, wo ich wahrscheinlich eher etwas zuviel Schmerzmittel genommen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist für mich unverständlich, dass jemand Kopfschmerzen hat und kein Medikament dagegen nimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da ich mich genau kenne und weiß, wann ich Schmerzen bekomme, nehme ich schon ein Medikament, bevor die Schmerzen richtig einsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Schmerzen habe, versuche ich möglichst lange ohne Medikamente auszukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Schmerzmittel nicht nur wegen der schmerzstillenden Wirkung, sondern weil sie mich auch anregen und leistungsfähig machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Rauchen

20. Haben Sie jemals Schnupftabak oder Kautabak genommen?

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

Nein,
habe ich
nicht
1

Ja,
in den letzten
12 Monaten
1

Ja, aber
vor mehr als
12 Monaten
1

Schnupftabak

Kautabak

21. Rauchen Sie zur Zeit?

Nein ₂
↓

Ja →

Bitte weiter mit Frage 24

22. Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 100 Zigaretten/
Zigarren/Zigarillos/Pfeifen geraucht?

Ja ₁
↓

Nein →

Bitte weiter mit Frage 43

23. Wie lange ist es her, dass Sie mit dem Rauchen aufgehört haben?

 Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!

Nicht länger als 30 Tage 1 →

Bitte weiter mit Frage 24

Zwischen 1 und 6 Monaten 2

Zwischen 6 und 12 Monaten 3

Zwischen 1 und 2 Jahren 4

Länger als 2 Jahre 5

Bitte weiter mit Frage 40

24. Was rauchen Sie **hauptsächlich**?

 Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!

Zigaretten ₁

Zigarren ₂

Zigarillos ₃

Pfeife ₄

25. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal geraucht haben?

War etwa Jahre alt

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

War etwa Jahre alt Habe **nie** täglich geraucht ₉₅ →

Bitte weiter mit Frage 28

27. Wie viele Jahre haben Sie **täglich** geraucht?

Habe etwa Jahre täglich geraucht

Habe weniger als 1 Jahr täglich geraucht ₉₅

28. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage:

An wie vielen dieser Tage haben Sie geraucht?

An etwa Tagen
↓

Habe in den letzten 30 Tagen
nicht geraucht ₉₅ →

Bitte weiter mit Frage 30

29. An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen rauchen Sie dann im Durchschnitt?

Etwa

Bitte Zutreffendes unterstreichen:

Zigaretten / Zigarren / Zigarillos / Pfeifen

30. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette/Zigarre/Zigarillo/Pfeife?

Innerhalb von 5 Minuten 1Innerhalb von 6 bis 30 Minuten .. 2Innerhalb von 31 bis 60 Minuten .. 3Später als nach 60 Minuten 4

31. Finden Sie es schwierig an Orten nicht zu rauchen, wo es verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.)?

Ja 1Nein 2

32. Bei welcher Zigarette/Zigarre/Zigarillo/Pfeife im Laufe des Tages würde es Ihnen am schwersten fallen diese aufzugeben?

Die erste am Morgen 1Andere 2

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

Ja 1Nein 2

34. Rauchen Sie, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

Ja 1Nein 2

35. Bitte kreuzen Sie nur die Aussage an, die auf Sie derzeit zutrifft:

Ich habe innerhalb der letzten 30 Tage ...

... geraucht, aber rauche zur Zeit nicht mehr 1

Bitte weiter mit Frage 40

... geraucht und rauche auch weiterhin 2

36. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

☞ Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!Ich rauche und habe **nicht** die Absicht, in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören 1Ich rauche, überlege aber ernsthaft, in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören 2Ich rauche, habe aber beschlossen, in den nächsten 30 Tagen damit aufzuhören 3

37. Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, mit dem Rauchen aufzuhören und waren für mindestens 24 Stunden abstinent?

Ja 1Nein 2

38. Wie wichtig ist es Ihnen, mit dem Rauchen aufzuhören? Wie denken Sie im Moment darüber?

 Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!

0 bedeutet, dass es Ihnen unwichtig ist, mit dem Rauchen aufzuhören,
10 bedeutet, dass es Ihnen sehr wichtig ist.

Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstimmen.

Unwichtig											Sehr wichtig
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Wenn Sie sich jetzt vornehmen würden, mit dem Rauchen aufzuhören:
wie zuversichtlich sind Sie, dass Ihnen das gelingen würde?**

 Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!

Überhaupt nicht zuversichtlich											Sehr zuversichtlich
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**40. Wer hat Sie bei Ihrem letzten Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, unterstützt bzw. beraten
(unabhängig, ob erfolgreich oder nicht erfolgreich)?**

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

Ein Arzt	1		1
Ein anderer Therapeut oder Berater	<input type="checkbox"/>	Keine Unterstützung	<input type="checkbox"/>
Partnerin / Freundin / Familie / etc.	<input type="checkbox"/>	Habe nie versucht, aufzuhören	<input type="checkbox"/>

**41. Welche Methode oder Hilfsmittel haben Sie bei Ihrem letzten Versuch, mit dem
Rauchen aufzuhören, verwendet (unabhängig, ob erfolgreich oder nicht erfolgreich)?**

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

Nikotinpflaster	1		1
Nikotinkaugummi	<input type="checkbox"/>		
Buch, Broschüre	<input type="checkbox"/>		
Hypnose	<input type="checkbox"/>		
Akupunktur	<input type="checkbox"/>		
Entwöhnungskurs oder -seminar	<input type="checkbox"/>		
Telefonberatung (Hotline)	<input type="checkbox"/>	Keine Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>
Andere Methode	<input type="checkbox"/>	Habe nie versucht, aufzuhören	<input type="checkbox"/>

*Diese Frage richtet sich nur an derzeitige Raucher
und ehemalige Raucher, die innerhalb der letzten 12 Monate mit dem Rauchen aufgehört haben.*

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

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

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

AN ALLE:

43. Wie häufig halten Sie sich in Räumen auf, in denen geraucht wird?

☞ Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Täglich oder fast täglich 1	2-3mal pro Woche 2	1mal pro Woche 3	2-3mal pro Monat 4	1mal pro Monat 5	Seltener als 1mal pro Monat 6	Nie 7
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Arbeitsplatz / Ausbildungsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Freizeit (Kneipe, Bar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

☞ Kreuzen Sie bitte nur ein Kästchen an!

Sehr Gar nicht

1 2 3 4 5

45. Meiden Sie nach Möglichkeit Orte (wie z.B. Kneipen, Bars, Diskos, Raucherabteil im Zug), an denen viel geraucht wird?

Ja 1

Nein 2

46. Bitte denken Sie an Leute, die rauchen:

Wie wahrscheinlich schätzen Sie es ein, dass ein Raucher, der über einen Zeitraum von 10 Jahren täglich mindestens ein Päckchen Zigaretten geraucht hat ...

☞ Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Unwahrscheinlich										Sehr wahrscheinlich
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... an Lungenkrebs erkrankt?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Herzinfarkt erleidet?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an einer vom Tabakkonsum ausgelösten Krankheit stirbt?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Bitte denken Sie wieder an Leute, die rauchen:


Wie viele Jahre verkürzt sich Ihrer **Einschätzung** nach die Lebenserwartung eines Rauchers, der über einen Zeitraum von 10 Jahren täglich mindestens ein Päckchen Zigaretten geraucht hat?

Die Lebenserwartung verkürzt sich meiner Einschätzung nach um etwa Jahre

Die Lebenserwartung verkürzt sich gar nicht..... ∞

Fragen zur Werbung von Alkohol und zum Jugendschutz

48. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Werbung für alkoholische Getränke gesehen, die ...

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

	Ja 1	Nein 2
... zu übermäßigem Alkoholkonsum auffordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Jugendliche darstellt, die Alkohol trinken oder zum Trinken auffordern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Leistungssportler darstellt, die Alkohol trinken oder zum Trinken auffordern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums verharmlost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Eindruck erweckt, dass Alkoholkonsum Kontakte und sexuellen Erfolg fördert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Alkoholkonsum als gut für Ihre Gesundheit darstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Das Jugendschutzgesetz ist neu geregelt worden.


Ab welchem Alter glauben Sie, dürfen Alkohol und Tabakwaren an Kinder und Jugendliche verkauft werden?

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

	ab 12 Jahren 1	ab 14 Jahren 2	ab 16 Jahren 3	ab 18 Jahren 4	ab 20 Jahren 5
Spirituosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier oder Wein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabakwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Thema nicht-alkoholische und alkoholische Getränke (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen)

50. 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!

	Täglich 1	Mehrere pro Woche 2	Einmal pro Woche 3	Mehrere pro Monat 4	Einmal pro Monat 5	Seltener als einmal pro Monat 6	Nie 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"/>

51. Wenn Sie täglich Kaffee trinken, wie viele Tassen trinken Sie dann durchschnittlich pro Tag?

Etwa Tassen täglich

Trinke keinen oder nicht täglich Kaffee .. ∞

52. Wie lange ist es her, dass Sie zuletzt alkoholische Getränke, also Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör, Mixgetränke) getrunken haben?

Bitte weiter mit:

Nicht länger als 30 Tage ₁

Länger her als 1 Jahr ₃ ➔

Frage 66, Seite 15

Zwischen 1 und 12 Monaten ... ₂

Habe noch nie Alkohol getrunken .. ₄ ➔

Frage 70, Seite 18

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

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

War etwa Jahre alt

Habe noch nie regelmäßig(er) Alkohol getrunken ₉₆

54. Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?

Ja ₁

Nein ₂ ➔

Bitte weiter mit Frage 57

55. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten so richtig betrunken?

Etwa mal

Überhaupt nicht ₀₀

56. Wie alt waren Sie als Sie das erste Mal so richtig betrunken waren?

War etwa Jahre alt

57. Bitte notieren Sie zusammenfassend:

Wenn Sie an die letzten 30 Tage denken, an wie vielen Tagen haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen?

An etwa Tagen

An keinem dieser Tage ₀₀ ➔

Bitte weiter mit Frage 63

58. Denken Sie an die letzten 30 Tage:

An wie vielen Tagen haben Sie Bier getrunken?

An etwa Tagen

An keinem dieser Tage Bier getrunken .. ₀₀ ➔

Bitte weiter mit Frage 59

An so einem Tag, an dem Sie Bier trinken, wie viel Bier trinken Sie dann im Durchschnitt?

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

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

64. Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken:**Wie häufig haben Sie alleine oder mit den folgenden Personen Alkohol getrunken?***Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!*

	Fast täglich	3-5mal pro Woche	1-2mal pro Woche	2-3mal pro Monat	1mal pro Monat	Seltener als 1mal pro Monat	Nie
	1	2	3	4	5	6	7
Alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Partner / Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit jemand anderem aus der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden oder Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


65. Wie oft ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass ...*Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!*

	Nie	Seltener als 1mal im Monat	Jeden Monat	Jede Woche	Jeden Tag oder fast jeden Tag
	1	2	3	4	5
... Sie nicht mehr aufhören konnten zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkom- men konnten, weil Sie zuviel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie morgens erst mal ein Glas Alkohol ge- braucht haben, um in die Gänge zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewis- sen hatten, weil Sie zuviel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie nicht in der Lage waren, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zuviel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Hat sich schon einmal eine der folgenden Personen Sorgen gemacht, weil Sie zuviel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?*Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft!*

War das ...	Nein	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	1	1
... Ihr Partner / Ihre Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihr Kind / Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand anderes aus Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand an Ihrem Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ein Freund/eine Freundin, ein Bekannter/eine Bekannte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ein Arzt oder ein Sozialarbeiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**67. Im Folgenden ist eine Reihe von Aussagen über die Wirkung von Alkohol beschrieben.
Ist zu erwarten, dass Alkohol bei Ihnen in der jeweils beschriebenen Art und Weise wirkt?**

 Bitte machen Sie *in jede Zeile* ein Kreuz!

	Keines- falls	Wahr- scheinlich nicht	Viel- leicht	Ziemlich wahr- scheinlich	Ganz sicher
	1	2	3	4	5
Wenn ich Alkohol getrunken habe ...					
... finde ich alles irgendwie lustiger, auf jeden Fall lache ich mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich keinen klaren Gedanken mehr fassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich meine Probleme und Sorgen vergessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich in ausgelassener Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... steigt mein Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich lockerer und ungezwungener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich besser abschalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fällt es mir leichter, auf andere Menschen zuzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich einer Unterhaltung nicht mehr richtig folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... genieße ich Sex noch mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lassen Schmerzen, die ich habe, deutlich nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich Schwierigkeiten, mich zu konzen- trieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werde ich schneller aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich reizbar und aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... empfinde ich stärker beim Sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich nicht mehr so schüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werde ich träge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich nicht mehr so verspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... breche ich eher einen Streit vom Zaun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mehr Lust auf Sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Ist es schon einmal vorgekommen, dass ...

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

	Nein	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	1	1
... Sie Auto gefahren sind, obwohl Sie zuviel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihnen der Führerschein wegen Alkohol entzogen wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie wegen Alkohol zur medizinisch-psychologischen Untersuchung des TÜV mussten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie während oder nach dem Konsum von Alkohol in eine Schlägerei gerieten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie sich mal verletzt haben, weil Sie zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schon mal jemand anderes verletzt wurde, weil Sie zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie Ihre Arbeiten im Haushalt oder rund um Ihr Haus / Ihre Wohnung nicht erledigen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich Ihr Alkoholkonsum negativ auf Ihre Ehe / Partnerschaft ausgewirkt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich die Beziehung zu anderen Familienmitgliedern (Eltern, Kinder) aufgrund des Alkoholkonsums verschlechtert hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wegen Ihres Alkoholkonsums eine Freundschaft auseinander ging?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihr Partner/in Sie wegen Ihres Alkoholkonsums verlassen hat oder gedroht hat, Sie zu verlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie aufgrund Ihres Alkoholkonsums in finanzielle Probleme gerieten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie wegen Alkohol Ihre Arbeit verloren oder fast verloren haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie einen Arzt aufgesucht haben, weil Sie Probleme mit dem Alkohol hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Bei Ihnen Symptome einer alkoholbedingten Erkrankung auftraten (z.B. Leberschaden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie eine Beratungsstelle aufgesucht haben, weil Sie Probleme mit dem Alkohol hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie schon einmal eine Entwöhnungstherapie gemacht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Drogen


70. Hat Ihnen schon mal jemand Drogen angeboten?

Ja, einmal 1

Ja, mehrmals 2

Nein, nie 3

71. Welche der folgenden Drogen haben Sie schon einmal probiert?

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

Cannabis (Haschisch, Marihuana) 1

Aufputschmittel, Amphetamine

Ecstasy

LSD

Heroin

Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphin) ...

Methadon

Kokain

Crack

Ich habe bisher keine dieser Drogen probiert ..

72. Haben Sie schon einmal Schnüffelstoffe als Rauschmittel probiert?

Nein 2

Ja 1 ➔

*Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft:*

Klebstoffe 1

Lösungsmittel 1

Treibgase 1

73. Haben Sie schon einmal Pilze als Rauschmittel probiert?

Nein 2

Ja 1 ➔

*Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft:*

Fliegenpilze 1

Magic Mushrooms (Psylocybin) 1

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

Ich habe Drogen:

... schon irgendwann mal probiert 1 ➔

Bitte weiter mit Frage 75

... noch nie probiert 2 ➔

Bitte weiter mit Frage 95, Seite 24

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

Bitte beantworten Sie diese Frage für jede der folgenden Drogen.

Das erste Mal genommen			
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	im Alter von	<input type="text"/>	Jahren noch nie <input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	im Alter von	<input type="text"/>	Jahren noch nie <input type="checkbox"/>
Ecstasy	im Alter von	<input type="text"/>	Jahren noch nie <input type="checkbox"/>
LSD	im Alter von	<input type="text"/>	Jahren noch nie <input type="checkbox"/>
Heroin	im Alter von	<input type="text"/>	Jahren noch nie <input type="checkbox"/>
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)	im Alter von	<input type="text"/>	Jahren noch nie <input type="checkbox"/>
Methadon	im Alter von	<input type="text"/>	Jahren noch nie <input type="checkbox"/>
Kokain	im Alter von	<input type="text"/>	Jahren noch nie <input type="checkbox"/>
Crack	im Alter von	<input type="text"/>	Jahren noch nie <input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe	im Alter von	<input type="text"/>	Jahren noch nie <input type="checkbox"/>
Pilze	im Alter von	<input type="text"/>	Jahren noch nie <input type="checkbox"/>

76. 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			
	In den letzten 30 Tagen 1	in den letzten 12 Monaten 1	Länger her, zuletzt vor: <input type="text"/> Jahren	Habe ich noch nie genommen 0
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, 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"/>

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

Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der in Frage 75 oder 76 genannten Drogen genommen?

Ja ₁
↓

Nein ➔ ₂

Bitte weiter mit Frage 95, Seite 24

78. 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	200mal oder öfter	Nicht genommen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cannabis (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, Morphinum) ..	<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"/>

79. Wenn Sie jetzt an die letzten 30 Tage denken:

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

	In den letzten 30 Tagen	
	Habe ich genommen	Habe ich nicht genommen ₁
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel, Amphetamine	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
LSD	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Heroin	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Methadon	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Kokain	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Crack	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Pilze	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>

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

Haben Sie jemals im Leben Cannabis (Haschisch, Marihuana) konsumiert?

Ja ₁

Nein ₂ ➔

Bitte weiter mit Frage 90, Seite 23

81. Hier finden Sie eine Reihe von Aussagen über die Wirkung von Cannabis (Haschisch, Marihuana). Ist zu erwarten, dass Cannabis bei Ihnen in der jeweils beschriebenen Art und Weise wirkt?

☞ Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Keines- falls	Wahr- scheinlich nicht	Viel- leicht	Ziemlich wahr- scheinlich	Ganz sicher
	1	2	3	4	5
Wenn ich Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen habe ...					
... steigt mein Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich keinen klaren Gedanken mehr fassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fällt es mir schwerer, über knifflige Probleme nachzudenken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... reduzieren sich Ängste und Spannungsgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fällt es mir leichter, mich zu öffnen und meine Gefühle auszudrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühle ich mich schlapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich meine Sorgen vergessen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühle ich mich benommen und schwindelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich besser einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühle ich mich nicht mehr so in Eile und unter Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich ausgeglichener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich besser abschalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühle ich mich anderen eher verbunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wird mir übel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lassen Schmerzen, die ich habe, deutlich nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werde ich müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fallen mir leichter neue und interessante Dinge ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich Schwierigkeiten, eine Situation richtig einzuschätzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich weniger leistungsfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verliere ich schneller die Geduld und gerate in Rage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich einer Unterhaltung nicht mehr richtig folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

82. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:**Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten Cannabis (Haschisch / Marihuana) konsumiert?**Ja ₁
↓Nein ₂ →*Bitte weiter mit Frage 90, Seite 23***83. In welcher Form haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert?***Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!*

	Nie 1	Selten 2	Manchmal 3	Häufig 4
Haschisch (Cannabisharz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana (Blüten, Blätter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabisöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Wenn Sie an Ihren Cannabis-Konsum (Haschisch, Marihuana) in den letzten 12 Monaten denken:*Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!*

In den letzten 12 Monaten ...	1mal pro Woche oder öfter 1	1-3mal pro Monat 2	Seltener als 1mal pro Monat 3	Nie 4
... wie häufig hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Gebrauch von Cannabis außerhalb Ihrer Kontrolle geraten ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig hat Sie die Aussicht, auf den Konsum von Cannabis verzichten zu müssen, beängstigt oder beunruhigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig waren Sie über Ihren Gebrauch von Cannabis besorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig haben Sie sich gewünscht, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig haben Sie es für schwierig gehalten, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören oder ganz auf Cannabis zu verzichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig ist es vorgekommen, dass Sie einen ganzen Tag lang bekifft waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig haben Sie Alkohol getrunken, nachdem Sie kurz zuvor Cannabis konsumiert hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig sind Sie Auto gefahren, nachdem Sie kurz zuvor Cannabis konsumiert hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Haben Sie schon einmal daran gedacht, wegen Ihres Cannabis-Konsums (Haschisch, Marihuana) professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen?Ja ₁
↓Nein ₂ →*Bitte weiter mit Frage 87***86. Haben Sie wegen Ihres Cannabis-Konsums (Haschisch, Marihuana) schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen (z.B. Arzt, Drogenberatung, Psychotherapie etc.)?**Nein ₁Ja, in den letzten 12 Monaten ₂Ja, aber vor mehr als 12 Monaten ₃

87. Haben Sie vor, Cannabis (Haschisch, Marihuana) in einem Nachbarland zu kaufen, in dem der Besitz straffrei ist?

☞ Kreuzen Sie bitte nur ein Kästchen an!

- Sicher ja 1
- Eher ja 2
- Vielleicht 3
- Eher nicht 4
- Sicher nicht 5

88. Der Besitz von Cannabis (Haschisch, Marihuana) ist in Deutschland strafbar. Was trifft auf Sie zu, wenn Sie dennoch Cannabis kaufen?

☞ Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Ja 1	Nein 2
Sie haben Angst vor einer Anzeige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie haben Schuldgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie fühlen sich unwohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie empfinden nichts anderes als beim Einkaufen im Kaufhaus....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie fühlen sich beobachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie erleben einen Kick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie fühlen sich im Recht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie reizt das Verbotene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten Kokain konsumiert?

Ja 1

Nein 2

Bitte weiter mit Frage 95

91. Wenn Sie an Ihren Kokain-Konsum in den letzten 12 Monaten denken:

☞ Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten ...	1mal pro Woche oder öfter 1	1-3mal pro Monat 2	Seltener als 1mal pro Monat 3	Nie 4
... wie häufig hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Gebrauch von Kokain außerhalb Ihrer Kontrolle geraten ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig hat Sie die Aussicht, auf den Konsum von Kokain verzichten zu müssen, beängstigt oder beunruhigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig waren Sie über Ihren Gebrauch von Kokain besorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig haben Sie sich gewünscht, mit dem Konsum von Kokain aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig haben Sie es für schwierig gehalten, mit dem Konsum von Kokain aufzuhören oder ganz auf Kokain zu verzichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie häufig sind Sie Auto gefahren, nachdem Sie kurz zuvor Kokain konsumiert hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

92. Wie haben Sie das Kokain in den letzten 12 Monaten überwiegend genommen?

☞ Kreuzen Sie bitte nur ein Kästchen an!

- Geschluckt 1
- Geraucht 2
- Inhaliert 3
- Geschnupft 4
- Gespritzt 5

AN ALLE:

95. 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 1	Vielleicht 2	Nein 3
Cannabis (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"/>

96. 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
Cannabis (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"/>

Fragen zum Thema Geldspielautomaten

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

Ja ₁

Nein ₂ ➔

Bitte weiter mit Frage S 1, Seite 26

101. Wie lange ist es her, dass Sie das letzte Mal an einem Geldautomaten gespielt haben?

☞ Bitte kreuzen Sie nur **ein** Kästchen an!

Nicht länger als 3 Monate ₁ ➔

Bitte weiter mit Frage 102

Zwischen 3 und 12 Monaten ₂ ➔

Bitte weiter mit Frage 103

Länger her als 12 Monate ₃

102. 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** Zeilkategorie, also entweder Stunden oder Minuten.

Durchschnittlich pro Woche: etwa Stunden **oder** etwa Minuten

Habe in den letzten 3 Monaten seltener als einmal pro Monat gespielt ₉₉₅

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

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

	Nein 1	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1
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"/>

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

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

	Nein 1	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1
... 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"/>

105. Falls Sie schon einmal wegen Spielproblemen behandelt wurden: Hat es Ihnen geholfen?

Ja ₁

Nein ₂

Trifft nicht zu ₃

Zum Schluss noch einige statistische Fragen, die für die Auswertung der Studienergebnisse wichtig sind.

S 1 Besuchen Sie zur Zeit eine Schule, machen Sie eine Berufsausbildung oder studieren Sie?

Ja, besuche eine Schule 1


Ja, mache eine Berufsausbildung 2

Ja, studiere 3

Nein, nichts davon 4

Bitte weiter mit Frage S 3

S 2 Was trifft derzeit auf Sie zu?

 Bitte kreuzen Sie nur **ein** Kästchen an!

● Besuche eine **allgemeinbildende Schule**, und zwar:

Sonderschule 1

Hauptschule/Hauptschulzweig 2

Realschule/Realschulzweig 3

Gymnasium/Gymnasiale Oberstufe 4

Gesamtschule 5

● 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 kreuzen Sie nur **ein** Kästchen an!

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?

 Kreuzen Sie **alles** an,
was auf Sie zutrifft!

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?

Bitte kreuzen Sie nur **ein** Kästchen an!

- 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

Bin nicht erwerbstätig 6

Bitte weiter mit Frage S 7

S 6 Arbeiten Sie regelmäßig, gelegentlich oder nie ...

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

	Regel-	Gelegent-	Nie
	mäßig	lich	
	1	2	3

- zwischen 23.00 und 5.00 Uhr nachts?
- an Wochendenden?
- in Wechselschicht?

S 7 Bitte sehen Sie auch die folgenden Vorgaben einmal durch, ob noch etwas auf Sie zutrifft.

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

- Ich befinde mich in einer Umschulung 1
- Ich bin zur Zeit arbeitslos (gemeldet)
- Ich bin im "Praktischen Jahr", Volontariat, Praktikum
- Ich mache zur Zeit ein freiwilliges soziales Jahr
- Ich bin im Erziehungsurlaub, Babyjahr
- Ich bin Hausfrau, Hausmann
- Ich bin als Wehrpflichtiger beim Wehrdienst
- Ich bin als Ersatzdienstleistender beim Zivildienst
- Ich bin ohne Lehrstelle, ohne Studienplatz (auf Suche)
- Ich bin in Rente, Pension, Vorruhestand
- Nichts davon trifft zu

S 8 In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt?

Sofern Sie gegenwärtig nicht berufstätig sind: welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Beschäftigung?

Bitte kreuzen Sie nur **ein** Kästchen an!

- Ungelernter / angelernter Arbeiter 01
- Facharbeiter 02
- Einfache Angestellte/Beamte (z.B. Verkäuferin, Sekretärin, Busfahrer) 03
- Angestellte/Beamte mit gehobener Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter) 04
- Angestellte/Beamte mit hoch qualifizierter Tätigkeit (z.B. Lehrerin, Wissenschaftler, Richter) 05
- Angestellte/Beamte in Leitungsposition (z.B. 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
- Nichtsozialversicherungspflichtig beschäftigt 11
- Ich war (noch) nie berufstätig 96

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

In den letzten 5 Jahren

mal

Gar nicht

95

Bitte weiter mit Frage S 11**S 10 Wie viele Monate waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos gemeldet?**

Monate

S 11 Wie finanzieren Sie überwiegend Ihren Lebensunterhalt?**☞ Bitte kreuzen Sie *alles an*, was auf Sie zutrifft!**

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Eigene Erwerbstätigkeit | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Erwerbstätigkeit des (Ehe-)Partners | <input type="checkbox"/> | |
| Arbeitslosengeld, -hilfe | <input type="checkbox"/> | |
| Rente, Pension, Altersruhegeld | <input type="checkbox"/> | |
| Sozialhilfe | <input type="checkbox"/> | |
| Unterstützung durch Angehörige | <input type="checkbox"/> | |
| Ausbildungsbeihilfe (z.B. BAFöG) | <input type="checkbox"/> | |
| Andere Einkünfte, z.B. Vermögenseinkünfte, Erbschaft, Mieteinkünfte | <input type="checkbox"/> | |

S 12 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?**☞ Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte!**

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| bis unter 500 Euro | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 500 bis unter 750 Euro | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 750 bis unter 1.000 Euro | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 1.000 bis unter 1.250 Euro | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 1.250 bis unter 1.500 Euro | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 1.500 bis unter 2.000 Euro | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 2.000 bis unter 2.500 Euro | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 2.500 bis unter 3.000 Euro | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 3.000 Euro und mehr | <input type="checkbox"/> | 9 |

S 13 Haben Sie hier im Haushalt Telefon?Ja 1Nein 2**S 14 Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt?**Ja, alleine ausgefüllt 1Nein, nicht alleine ausgefüllt ... 2**Vielen Dank fürs Ausfüllen!**

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

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie bitte im beiliegenden portofreien Rückumschlag an:

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Friedrich-Wilhelm-Str. 18, 53175 Bonn