

# Leben und Gesundheit 2006

## Schriftlicher Fragebogen

Alle Rechte für die Formulierung des Fragebogens liegen bei  
IFT Institut für Therapieforschung, München.  
Die formale Gestaltung des Fragebogens erfolgte durch  
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn.

März 2006

3707



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

**1. Sind Sie...**

...ein Mann? .....  1

 Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

...eine Frau? .....  2

**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 .....  96

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

Kinder

Keine Kinder im Haushalt...  96

**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. Waren Sie in den letzten 12 Monaten über mindestens vier Tage hinweg ungewöhnlich (d.h. über das sogenannte Normale hinaus) glücklich, erregt oder überdreht?**

Ja .....  1                      Nein .....  2

**Wenn ja, wie häufig war das in den letzten 12 Monaten?**

Einmal .....  1  
 Mehr als einmal .....  2

**14. 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.**

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

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

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 herumgerörgelt 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?** .....  .....  .....  .....  .....  .....

**15. 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) .....
- Allergie .....
- Hautkrankheiten .....
- Atemwegserkrankungen .....
- Magen-Darm-Erkrankungen.....
- Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen.....
- Gelenk-/Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose, Arthritis, Rheuma).....
- Krebs.....
- Psychiatrische/psychische Erkrankungen (z.B. Depression, vegetative Dystonie)...
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie) .....
- Drogen-/Alkoholerkrankungen .....
- Diabetes .....
- HIV-Infektion.....
- Fettleber, Leberzirrhose .....
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck) .....
- Hepatitis/Gelbsucht .....
- Sonstige chronische Krankheiten .....
- Nichts davon .....

**Fragen zur Einnahme von Medikamenten**

**16. 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 leistungsfähiger zu werden
- um weniger Schmerzen zu haben
- um ruhiger zu werden
- um sich wohler zu fühlen
- 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:**

<b>Schmerzmittel</b>	Aktren, Almogran, Allegro, Antituss, Aspirin, Azur, Buscopan, Capros, Develin retard, Dilaudid, Dolantin, Dolomo, Dolormin, Dolviran, Fortral, Gelonida, Lonarid, L-Polamidon, Meptid, Migraeflux, Morphin Merck, MSI Mundipharma, MSR Mundipharma Suppositorien, MST Mundipharma Tabletten, Nedolon, Nubain, Paracetamol, Relpax, Sevredol, Spalt, Thomapyrin, Trama-Dorsch, Tramadura, Tramagit, Tramal, Tramundin, Temgesic, Togonal, Valoron N., Vioxx, Vivimed.
<b>Schlafmittel</b>	Baldriparan N, Betadorm A, Bikalm, Dalmadorm, Dolestan, Dormicum, Dormigoa, Eaton N, Ergocalm, Eusedon mono, Fluninoc, Halbmond, Halcion, Hoggar, Imeson, Lendormin, Loretam, Luvised, Moradorm, Mogadan, Neodorm, Noctamid, Norkotral, Novanox, Planum, Radedorm, Remestan, Rohypnol, Sedovegan, Sonata, Staurodorm, Stilnox, Visano, Vivinox Schlafdragees.
<b>Beruhigungsmittel</b>	Adumbran, Atosil, Bikalm, Bromazanyl, Demetrin, Dolestan, Durazanyl, Eusedon, Faustan, Gityl, Laubeel, Lexostad, Lexotanil, Librium, Limbatril, Nitrazepam, Noctazepam, Normoc, Praxiten, Radepur, Rohypnol, Rudotel, Sedariston, Sedovegan, Sigacalm, Stilnox, Tafil, Tavor, Tranquase, Tranxilium, Valium, Valiquid, Visano, Xanax.
<b>Anregungsmittel</b>	AN1, Captagon, HalloWach, Percoffedrinol, Ritalin, Tradon, Tempil N.
<b>Appetitzügler</b>	Cardanat N, Recatol, Regenon retard.
<b>Antidepressiva</b>	Amineurin, Anafranil, Aponal, Aurorix, Cipralext, 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.
<b>Neuroleptika</b>	Abilify, 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, Zeldox.

**17. 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 .....<sup>96</sup>

**Bitte weiter mit Frage 20  
Seite 8**

**Bitte weiter mit Frage 18**

### 18. 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"/>

### 19. 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	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	1	1

Schnupftabak .....  .....  .....

Kautabak .....  .....  .....

### 21. Rauchen Sie zur Zeit?

Ja .....  <sub>1</sub>

Nein .....  <sub>2</sub>

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

Ja .....  <sub>1</sub>

Nein .....  <sub>2</sub> 

**Bitte weiter mit Frage 45, Seite 12**

### 23. Was rauchen Sie, oder falls Sie nicht mehr rauchen, was haben Sie früher geraucht?

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

Zigaretten .....  <sub>1</sub>

Zigarren .....

Zigarillos .....

Pfeife .....

### 24. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal geraucht haben (auch wenn Sie heute nicht mehr rauchen)?

War etwa  Jahre alt

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

War etwa  Jahre alt

Habe nie täglich geraucht .....  <sub>96</sub> 

**Bitte weiter mit Frage 27**

### 26. Wie viele Jahre haben Sie täglich geraucht?

Habe etwa  Jahre täglich geraucht

Habe weniger als 1 Jahr täglich geraucht .....  <sub>95</sub>

### 27. Wann haben Sie zuletzt geraucht?

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

In den letzten 30 Tagen .....  <sub>1</sub> 

**Bitte weiter mit Frage 28, Seite 9**

Vor 1 bis 6 Monaten .....  <sub>2</sub> 

**Bitte weiter mit Frage 40, Seite 10**

Vor 7 bis 12 Monaten .....  <sub>3</sub> 

Vor 1 bis 2 Jahren .....  <sub>4</sub> 

**Bitte weiter mit Frage 45, Seite 12**

Vor mehr als 2 Jahren .....  <sub>5</sub> 

**28. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen):  
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigaretten geraucht?**

An etwa  Tagen

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

Etwa  Zigaretten

Habe in den letzten 30 Tagen  
gar keine Zigaretten geraucht.....  <sub>95</sub>

**29. Bitte denken Sie jetzt wieder nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen):  
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen geraucht?**

An etwa  Tagen

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

Etwa  Zigarren/Zigarillos/Pfeifen  
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Habe in den letzten 30 Tagen gar keine  
Zigarren, Zigarillos, Pfeifen geraucht.....  <sub>95</sub>

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

Innerhalb von 5 Minuten .....  <sub>1</sub>

Innerhalb von 6 bis 30 Minuten .....  <sub>2</sub>

Innerhalb von 31 bis 60 Minuten .....  <sub>3</sub>

Später als nach 60 Minuten .....  <sub>4</sub>

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

Ja .....  <sub>1</sub>

Nein .....  <sub>2</sub>

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

Die erste am Morgen .....  <sub>1</sub>

Andere .....  <sub>2</sub>

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

Ja .....  <sub>1</sub>

Nein .....  <sub>2</sub>

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

Ja .....  <sub>1</sub>

Nein .....  <sub>2</sub>

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

Ich habe in den letzten 30 Tagen ...

...geraucht, aber rauche zur Zeit nicht mehr .....  <sub>1</sub> 

**Bitte weiter mit Frage 40**

...geraucht und rauche auch weiterhin .....  <sub>2</sub> 

**Bitte weiter mit Frage 36**

**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.....  1
- Ich rauche, überlege aber ernsthaft, in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören.....  2
- Ich rauche, habe aber beschlossen, in den nächsten 30 Tagen damit aufzuhören.....  3

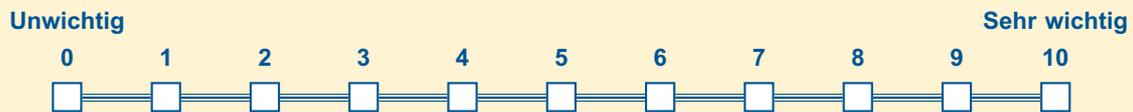
**37. Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, mit dem Rauchen aufzuhören und waren für mindestens 24 Stunden abstinent?**

- Ja .....  1
- Nein .....  2

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

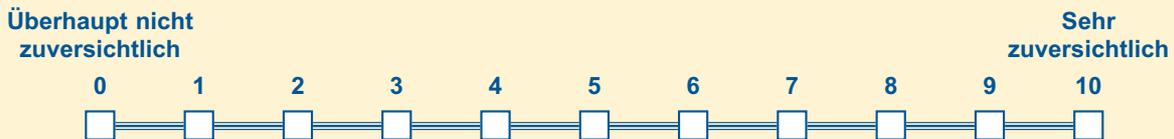
 Kreuzen Sie bitte nur **ein** Kästchen an!

**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 abstufen.



**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!



**40. Wie war das in den letzten 12 Monaten: Haben Sie in den letzten 12 Monaten täglich im Durchschnitt 20 oder mehr Zigaretten geraucht (oder 10 oder mehr Zigarillos, oder 7 oder mehr Pfeifen, oder 5 oder mehr Zigarren)?**

- Ja .....  1
- Nein .....  2

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

	Nein, niemals	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
--	------------------	-------------------------------------	--

- |   |                               |                               |                               |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie festgestellt, dass Sie wesentlich mehr rauchen mussten als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen?.....                               | 1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> |
| Haben Sie festgestellt, dass die Wirkung des Rauchens abnahm, obwohl Sie gleich viel rauchten wie bisher?.....                                      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| Haben Sie häufig über mehrere Tage hinweg wesentlich mehr geraucht, als Sie sich vorgenommen hatten?.....   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| Haben Sie erfolglos versucht, das Rauchen über einige Tage einzuschränken oder ganz aufzugeben?.....  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| Waren Sie Kettenraucher, d.h. rauchten Sie eine Zigarette nach der anderen? .....   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| Haben Sie wiederholt wichtige Aktivitäten wegen Rauchens über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger aufgegeben?.....                           | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| Haben Sie einmal während einer ernsthaften Erkrankung weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es ratsam gewesen wäre, darauf zu verzichten? ..... | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |

**42. Hat Rauchen bei Ihnen körperliche Beschwerden hervorgerufen, wie anhaltender Husten, Herzbeschwerden oder Probleme mit dem Blutdruck oder mit der Lunge?**

Ja, in den letzten 12 Monaten .....  1  
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten .....  1

Nein, niemals .....  1

**Wenn ja, haben Sie trotzdem weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es bei Ihnen körperliche Beschwerden hervorrief?**

Ja, in den letzten 12 Monaten .....  1  
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten .....  1

Nein, niemals .....  1

**43. Hat Rauchen Sie unruhig oder nervös gemacht oder irgendwelche anderen psychischen Beschwerden hervorgerufen?**

Ja, in den letzten 12 Monaten .....  1  
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten .....  1

Nein, niemals .....  1

**Wenn ja, haben Sie trotzdem weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es bei Ihnen diese psychischen Beschwerden hervorrief?**

Ja, in den letzten 12 Monaten .....  1  
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten .....  1

Nein, niemals .....  1

**44. Wenn Sie nicht rauchten bzw. das Rauchen einstellten, einschränkten oder aufgeben wollten, hatten Sie dann eine oder mehrere der folgenden Beschwerden?**

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

	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1	Nein, niemals 1
Niedergeschlagenheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit/Ärger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhelosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrations-schwierigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
langsamer Herzschlag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn alles mit „Nein, niemals“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 45**

Wenn mindestens einmal mit „Ja“ geantwortet wurde:

**Haben Sie wieder mit dem Rauchen angefangen, um derartige Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?**

Ja, in den letzten 12 Monaten .....  1  
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten .....  1

Nein, niemals .....  1

**An alle:**

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

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

	Täglich oder fast täglich	2-3mal pro Woche	1mal pro Woche	2-3mal pro Monat	1mal pro Monat	Seltener als 1mal pro Monat	Nie
	1	2	3	4	5	6	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"/>

**46. 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

—————  —————  —————  —————

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

Ja .....  1

Nein .....  2

**Fragen zu Alkohol**

**50. Trinken Sie mindestens einmal im Monat Alkohol oder haben Sie früher mindestens einmal im Monat Alkohol getrunken?**

Ja .....  1                      Nein .....  2

**Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, mindestens einmal im Monat Alkohol zu trinken? Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.**

War etwa  Jahre alt

**51. Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?**

Ja .....  1                      Nein .....  2

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

Etwa  mal                      Überhaupt nicht .....  00

**Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal so richtig betrunken waren?**

War etwa  Jahre alt

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

Nicht länger als 30 Tage .....  1 **Bitte weiter mit Frage 53, Seite 13**

Zwischen 1 und 12 Monate .....  2 **Bitte weiter mit Frage 59, Seite 14**

Länger her als 1 Jahr .....  3 **Bitte weiter mit Frage 73, Seite 17**

Habe noch nie Alkohol getrunken .....  4

### Sie haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken.

53. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder Alcopops?

An etwa  Tagen

54. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Bier getrunken?

An etwa  Tagen      An keinem dieser Tage Bier getrunken..... 00

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).....

55. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

An etwa  Tagen      An keinem dieser Tage Wein oder Sekt getrunken ..... 00

An so einem Tag, an dem Sie Wein oder Sekt trinken, wie viel Wein oder Sekt trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser (0,2 bis 0,25 Liter).....

56. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?

An etwa  Tagen      An keinem dieser Tage Spirituosen getrunken ..... 00

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

Anzahl kleine Gläser („Einfacher“ = 0,02 Liter) .....

Anzahl große Gläser („Doppelter“ = 0,04 Liter).....

57. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Alcopops getrunken?

 Alcopops sind vorgefertigte spirituosenhaltige süsse Mixgetränke.

An etwa  Tagen      An keinem dieser Tage Alcopops getrunken..... 00

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

Anzahl Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter).....

58. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder Alcopops?

An etwa  Tagen

An keinem Tag 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken..... 00

Bitte weiter mit Frage 65, Seite 15

**Sie haben nicht in den letzten 30 Tagen, aber in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken.**

**59. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder Alcopops?**

An etwa  Tagen

**60. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Bier getrunken?**

An etwa  Tagen

Nie.....  <sub>00</sub>

**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).....

**61. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Wein oder Sekt getrunken?**

An etwa  Tagen

Nie.....  <sub>00</sub>

**An so einem Tag, an dem Sie Wein oder Sekt trinken, wie viel Wein oder Sekt trinken Sie dann im Durchschnitt?**

Anzahl Gläser (0,2 bis 0,25 Liter).....

**62. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?**

An etwa  Tagen

Nie.....  <sub>00</sub>

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

Anzahl kleine Gläser („Einfacher“ = 0,02 Liter) .....

Anzahl große Gläser („Doppelter“ = 0,04 Liter).....

**63. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Alcopops getrunken?**

 *Alcopops sind vorgefertigte spirituosenhaltige süsse Mixgetränke.*

An etwa  Tagen

Nie.....  <sub>00</sub>

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

Anzahl Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter).....

**64. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder Alcopops?**

An etwa  Tagen

An keinem Tag 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken .....  <sub>00</sub>

**65. Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken:  
Wie häufig haben Sie in den folgenden Situationen Alkohol getrunken?**

*Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!*

	Täglich oder 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
Zum Essen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Arbeitsplatz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach der Arbeit mit Kollegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Abend zu Hause.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Restaurant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einer Bar, Kneipe, Disko, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei festlichen Anlässen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**66. Ist es schon einmal vorgekommen, dass ...**

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

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

**67. Haben Sie in den letzten 12 Monaten auf Alkohol verzichtet...**

	immer	häufig	manchmal	selten	nie	kein Fahrzeug gelenkt
	1	2	3	4	5	
...wenn Sie anschließend ein Fahrzeug gelenkt haben? .....	<input type="checkbox"/>					
...während oder nachdem Sie Medikamente eingenommen haben? .....	<input type="checkbox"/>	keine Medikamente genommen <input type="checkbox"/>				

**68. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken.**

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

**In den letzten 12 Monaten**

	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	1	1
Hatten Sie wegen Alkohol erhebliche Schwierigkeiten in der Arbeit, in der Schule oder im Haushalt, wie z.B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie unter Alkoholeinfluss in Situationen, in denen eine große Verletzungsgefahr besteht, z.B. beim Rad fahren, Auto und Boot fahren oder beim Gebrauch von Maschinen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie wegen Alkohol Ärger mit der Polizei, z.B. wegen Alkohol am Steuer oder wegen Randalierens? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Alkohol Vorwürfe gemacht? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist wegen Ihres Alkoholkonsums eine Beziehung, z.B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund auseinandergegangen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wegen Ihres Alkoholkonsums in finanzielle Schwierigkeiten geraten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie unter Alkoholeinfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Fragen zu Drogen

- 73. Hat Ihnen schon mal jemand Drogen angeboten?**
- Nein, nie..... 1
- Ja, einmal ..... 1
- Ja, mehrmals ..... 1

**74. Welche der folgenden Drogen haben Sie schon einmal probiert?**

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

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

**75. 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

**76. 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

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

Ich habe Drogen:

... schon irgendwann mal probiert .....  **Bitte weiter mit Frage 78, Seite 18**

... noch nie probiert .....  **Bitte weiter mit Frage 96, Seite 23**





83. 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 <u>nicht</u> genommen 1
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, 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"/>

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

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (Haschisch / Marihuana) konsumiert?Ja .....  1  
↓Nein..... 2  →

Bitte weiter mit Frage 96, Seite 23

85. 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"/>

## 86. An einem typischen Konsumtag, wie oft nehmen Sie da Cannabis normalerweise (z.B. Joints am Tag)?

 mal pro Tag

Wieviel Gramm Cannabis sind das ungefähr am Tag?

 Gramm pro Tag87. Wie schwierig fanden Sie es, in den letzten 12 Monaten auf Cannabis zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Überhaupt nicht schwierig	Ein bisschen schwierig	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig
1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**88. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken.****In den letzten 12 Monaten**Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

	Nein 1	Ja, einmal 1	Ja, mehr als einmal 1
Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von Cannabis erhebliche Probleme bei der Arbeit, in der Schule oder bei der Versorgung Ihres Haushalts (z.B. Fernbleiben und schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standen Sie unter dem Einfluss von Cannabis, wenn Sie sich in Situationen mit erhöhter Verletzungsgefahr befanden, z.B. im Straßenverkehr oder in der Arbeit, wenn Sie eine Maschine bedienten oder eine gefährliche Tätigkeit ausführten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich unabsichtlich verletzt, d.h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie Cannabis eingenommen hatten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im Zusammenhang mit Cannabis rechtliche Probleme, z.B. wegen Besitz von Drogen, Diebstahl zur Beschaffung von Cannabis oder Fahren unter Cannabiseinfluss? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Cannabis Vorwürfe gemacht? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ging wegen Ihres Cannabiskonsums eine Beziehung auseinander? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wegen Ihres Cannabiskonsums in finanzielle Schwierigkeiten geraten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie unter Cannabiseinfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Nein, niemals 1	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1
--	-----------------------	--	---

Haben Sie festgestellt, dass Sie mehr Cannabis einnehmen mussten als vorher, um den gleichen Effekt zu erzielen oder haben Sie festgestellt, dass die gleiche Menge einen geringeren Effekt hatte als früher? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es vorgekommen, dass Sie mehr Cannabis eingenommen haben oder Cannabis über eine längere Zeitspanne eingenommen haben als Sie ursprünglich beabsichtigten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mehrmals erfolglos versucht oder hatten Sie den anhaltenden Wunsch, den Konsum von Cannabis zu reduzieren oder ganz einzustellen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viel Zeit damit verbracht, Cannabis zu besorgen, es einzunehmen oder sich von seiner Wirkung zu erholen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie wegen Cannabis wichtige Aktivitäten, wie z.B. Sport, die Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten eingeschränkt oder gänzlich aufgegeben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**90. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken.**

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

**In den letzten 12 Monaten**

	Nie oder beinahe nie 1	Manchmal 2	Oft 3	Immer oder fast immer 4
Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Cannabis nicht mehr unter Kontrolle hatten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Cannabis zu konsumieren? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machten Sie sich wegen des Konsums von Cannabis Sorgen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**91. Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von Cannabis gesundheitliche Probleme (z.B. anhaltender Husten, Kreislaufprobleme, Heiserkeit, Übelkeit, Augen- und Mundtrockenheit)?**

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

**Wenn ja, haben Sie trotz dieser Gesundheitsprobleme den Konsum von Cannabis fortgesetzt?**

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

**92. Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von Cannabis irgendwelche emotionalen oder psychischen Probleme - waren Sie z.B. interesselos, fühlten Sie sich niedergeschlagen, waren Sie anderen Menschen gegenüber misstrauisch, hatten Sie das Gefühl, verfolgt zu werden oder seltsame Ideen zu haben?**

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

**Wenn ja, haben Sie trotz dieser psychischen Probleme den Konsum von Cannabis fortgesetzt?**

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

**93. Wenn Sie Cannabis in geringeren Mengen als üblich oder gar nicht einnehmen, bekamen Sie da Beschwerden wie z.B. Schlafstörungen, Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Angstgefühle, Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit?**

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

**Wenn ja, haben Sie Cannabis genommen, um derartige Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?**

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

**94. Haben Sie schon einmal daran gedacht, wegen Ihres Cannabis-Konsums (Haschisch, Marihuana) professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen?**

Ja .....  <sub>1</sub>                      Nein .....  <sub>2</sub>

**95. Haben Sie wegen Ihres Cannabis-Konsums (Haschisch, Marihuana) schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen (z.B. Arzt, Drogenberatung, Psychotherapie etc.)?**

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

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf Wetten oder Spiele mit Geldeinsatz**

**96. Wie häufig haben Sie an den folgenden Wetten bzw. den folgenden Glücksspielen teilgenommen?**

*Kreuzen Sie in jeder Zeile alles Zutreffende an!*

	Nein, niemals	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten	Ja, in den letzten 12 Monaten	Weniger als einmal pro Woche	Ein bis mehrmals pro Woche
<b>A</b> Fernsehlotterie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Klassenlotterie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Lotto/Toto/Keno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Quicky (Lottoautomaten, Internet).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Sportwetten in Annahmestellen (Oddset).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b> Sportwetten im Internet (Oddset u. andere).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G</b> Pferdewetten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H</b> Geldspielautomaten („Daddelautomaten“) in Spielhallen, Gaststätten, Imbissstuben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I</b> Roulette, Black Jack, Poker etc. im Spielcasino (großes Spiel).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>K</b> AutomatenSpiel im Spielcasino (kl. Spiel).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>L</b> Roulette/AutomatenSpiel im Internet (Internetspielcasino).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M</b> Pokerturniere/Kartenspiele im Internet (mit Geldeinsatz).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>N</b> Illegales Glücksspiel („Hinterzimmer“).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**97. Tragen Sie in das Kästchen bitte den Buchstaben (aus Frage 96) des Glücksspiels ein, das für Sie in den letzten 12 Monaten die größte Bedeutung hatte (z.B. „H“ für Geldspielautomaten in Spielhallen, Gaststätten etc.).**

Habe in den letzten 12 Monaten an keiner dieser Wetten oder Glücksspiele teilgenommen.....  1

**98. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 50 Euro pro Monat insgesamt bei den in Frage 96 genannten Wetten bzw. Glücksspielen eingesetzt?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**Bitte weiter mit Frage S 1, Seite 26**

**99. Bitte geben Sie für alle Aussagen an, ob diese in den letzten 12 Monaten auf Sie zutreffen. Unter dem Sammelbegriff Glücksspiel sind alle Wetten und Spiele zu verstehen, die in Frage 96 aufgeführt sind.**

**In den letzten 12 Monaten**

*Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!*

Ja 1      Nein 2

Gab es Phasen, in denen Sie sehr viel Zeit damit verbrachten, über Ihr vergangenes oder zukünftiges Glücksspielen nachzudenken/zu grübeln?.....  .....

Haben Sie oft über Möglichkeiten nachgedacht, wie Sie den Geldeinsatz für Glücksspiele beschaffen könnten (z.B. durch Kredit, Leihgabe durch Freunde oder Verwandte, Diebstahl)?.....  .....

Gab es Zeiten, in denen Sie häufiger als vorher spielen mussten, um denselben Reiz beim Glücksspiel zu erleben (z.B. durch längeres und/oder häufigeres Spielen)?.....  .....

Gab es Phasen, in denen Sie mit größeren Geldbeträgen oder höheren Einsätzen als vorher spielen mussten, um denselben Reiz beim Glücksspiel zu verspüren (z.B. indem Sie immer mehr Geld für das Glücksspiel ausgegeben haben)?.....  .....

Haben Sie mehrmals versucht, Ihr Glücksspielen zu reduzieren oder zu kontrollieren und das als schwierig empfunden?.....  .....

## - Fortsetzung von Frage 99 -

Bitte geben Sie für alle Aussagen an, ob diese in den letzten 12 Monaten auf Sie zutreffen. Unter dem Sammelbegriff Glücksspiel sind alle Wetten und Spiele zu verstehen, die in Frage 96 aufgeführt sind.

<b>In den letzten 12 Monaten</b>
--------------------------------------

Ja	Nein
----	------

1	2
---	---

Haben Sie mehrmals ohne Erfolg versucht, mit dem Glücksspielen aufzuhören?.....  .....

Haben Sie sich unruhig oder reizbar gefühlt, nachdem Sie versucht hatten, Ihr Glücksspielen zu reduzieren oder ganz damit aufzuhören?.....  .....

Hatten Sie das Gefühl, dass Sie gespielt haben, um persönlichen Problemen zu entfliehen?.....  .....

Hatten Sie den Eindruck, dass Ihnen Ihr Glücksspielen geholfen hat, unangenehme Gefühle wie Angst oder Depression zu mildern?.....  .....

Ist es öfter vorgekommen, dass Sie Geld verloren haben und innerhalb weniger Tage erneut gespielt haben, um das verlorene Geld wiederzugewinnen? .....  .....

Ist es vorgekommen, dass Sie große Spielschulden hatten und Sie dann immer häufiger gespielt haben in der Hoffnung, Ihre Verluste wieder zurück zu gewinnen?.....  .....

Haben Sie Familienmitglieder, Freunde, Mitarbeiter oder Lehrer oft angelogen, wenn es um das Ausmaß Ihres Glücksspielens oder um die Höhe Ihrer Spielschulden ging?.....  .....

Haben Sie Ihr Glücksspielen gegenüber anderen (z.B. Familienmitgliedern) oft verheimlicht oder versucht, es zu verheimlichen? .....  .....

Es kommt vor, dass Personen einen Scheck fälschen oder etwas stehlen, um ihr Glücksspiel zu finanzieren. Ist dies bei Ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen?.....  .....

Es kommt vor, dass Personen etwas Illegales tun, etwa Veruntreuung oder Betrug, um Geld für das Glücksspielen zu haben. Ist dies bei Ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen? .....  .....

Gab es Phasen, in denen Ihr Glücksspielen zu Problemen in der Beziehung zu Ihrer Familie, Ihren Freunden, Mitarbeitern oder Lehrern geführt hat? .....  .....

Haben Sie wegen Ihres Glücksspielens Arbeits- oder Schultage, soziale Aktivitäten oder Familienaktivitäten versäumt? .....  .....

Haben Sie andere Personen wegen Ihrer finanziellen Probleme durch das Glücksspielen gebeten, Ihnen Geld zu leihen?.....  .....

Haben Sie andere Ihre Glücksspielschulden bezahlen lassen (d.h. sich aus der Klemme helfen lassen), wenn Sie wegen Ihrer finanziellen Lage verzweifelt waren?.....  .....

**100. Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Glücksspielproblemen in Beratung oder Behandlung?**

Gar nicht .....  6

1 mal .....  1

2 - 10 mal .....  2

11 - 20 mal .....  3

21 - 30 mal .....  4

30 mal und häufiger .....  5

**101. Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten in einer Selbsthilfegruppe für Menschen mit Glücksspielproblemen?**

Gar nicht .....  6

1 mal .....  1

2 - 10 mal .....  2

11 - 20 mal .....  3

21 - 30 mal .....  4

30 mal und häufiger .....  5

**102. Denken Sie noch einmal an die letzten 12 Monate. Bitte versuchen Sie zu schätzen, wie viel Euro pro Monat Sie durchschnittlich bei den folgenden Wetten bzw. den folgenden Glücksspielen eingesetzt/verloren haben.**

Bitte geben Sie die Beträge auf ganze Euro gerundet an!

durchschnittlich  
eingesetzt  
pro Monat  
in Euro

Fernsehloterie.....	<input type="text"/>
Klassenlotterie.....	<input type="text"/>
Lotto/Toto/Keno.....	<input type="text"/>
Quicky (Lottoautomaten, Internet).....	<input type="text"/>
Sportwetten in Annahmestellen (Oddset).....	<input type="text"/>
Sportwetten im Internet (Oddset und andere).....	<input type="text"/>
Pferdewetten.....	<input type="text"/>

durchschnittlich  
verloren  
pro Monat  
in Euro

Geldspielautomaten („Daddelautomaten“) in Spielhallen, Gaststätten, Imbissstuben.....	<input type="text"/>
Roulette, Black Jack, Poker etc. im Spielcasino (großes Spiel).....	<input type="text"/>
Automatenspiel im Spielcasino (kleines Spiel).....	<input type="text"/>
Roulette/Automatenspiel im Internet (Internetspielcasino).....	<input type="text"/>
Pokerturniere/Kartenspiele im Internet (mit Geldeinsatz).....	<input type="text"/>
Illegales Glücksspiel („Hinterzimmer“).....	<input type="text"/>

**Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf das Spielen an Geldspielautomaten („Daddelautomaten“) in Spielhallen, Gaststätten, Imbissstuben etc., nicht auf Automatenspiele in Spielcasinos.**

**103. Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Geldspielautomaten gespielt?**

Ja .....  <sub>1</sub>

Nein.....  <sub>2</sub> ➔

**Bitte weiter mit Frage S1**

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

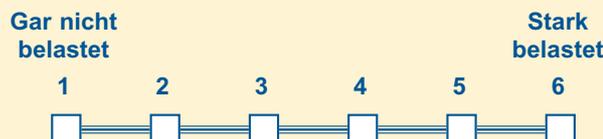
Benutzen Sie bitte nur eine Zeitkategorie, also **entweder** Stunden **oder** Minuten!

Durchschnittlich pro Woche: etwa  Stunden oder etwa  Minuten

Habe in den letzten 3 Monaten seltener als einmal pro Monat gespielt .....  <sub>995</sub>

**104. Wie stark fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie an einem Geldspielautomaten spielen?**

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



**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.....  1

Ja, studiere.....  1

Nein, nichts davon.....1  ➔

**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:

Förderschule .....  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 höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?**

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

Schüler/in, besuche eine allgemein bildende Vollzeitschule .....  1

Schüler/in, besuche eine berufsorientierte Aufbau-, Fachschule o.ä. ....  2

Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss).....  3

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss).....  4

Realschulabschluss (Mittlere Reife).....  5

Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) .....  6

Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule .....  7

Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur  
(Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....  8

Einen anderen Schulabschluss.....  9

**S 4 Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Hochschulausbildung?**

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

Bin noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in).....  1

Habe keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung .....

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!

- Voll erwerbstätig.....  1
- Teilzeitbeschäftigt.....  2
- Altersteilzeit (unabhängig davon in welcher Phase befindlich) .....  3
- Geringfügig erwerbstätig, Mini-Job .....  4
- „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld 2) .....  5
- Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt .....  6
- Berufliche Ausbildung/Lehre .....  7
- Nicht erwerbstätig (einschließlich Studenten, die nicht gegen Geld arbeiten,  
Arbeitslose, Vorruheständler, Rentner ohne Nebenverdienst) .....  8

**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/Elternzeit .....
- Ich bin Hausfrau, Hausmann .....
- Ich bin beim Wehrdienst/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 .....  1
- Facharbeiter .....  2
- Einfache Angestellte/Beamte (z.B. Verkäuferin, Busfahrer) .....  3
- Angestellte/Beamte mit gehobener Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter).....  4
- Angestellte/Beamte mit hoch qualifizierter Tätigkeit (z.B. Lehrerin, Wissenschaftler, Richter).....  5
- Angestellte/Beamte in Leitungsposition (z.B. Direktor, Betriebsleiter).....  6
- Selbständige in Handel, Gewerbe, Industrie, Dienstleistung (auch Ich-AG/früher auch PGH) .....  7
- Freiberufliche, selbständige Akademiker, freischaffende Künstler .....  8
- Selbständige in Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Tierzucht, Fischerei (früher auch LPG).....  9
- Mithelfende Familienangehörige .....  10
- Nichtsozialversicherungspflichtig beschäftigt.....  11
- Berufliche Ausbildung/Lehre .....  95
- 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.....<sup>95</sup>**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!

1

- Eigene Erwerbstätigkeit.....
- Erwerbstätigkeit des (Ehe-)Partners .....
- Arbeitslosengeld/Arbeitslosengeld 2 .....
- Rente, Pension, Altersruhegeld.....
- Sozialhilfe/Sozialgeld.....
- Unterstützung durch Angehörige.....
- Ausbildungsbeihilfe (z.B. BAFöG).....
- Andere Einkünfte, z.B. Vermögenseinkünfte,  
Erbschaft, Mieteinkünfte.....
- Sonstiges.....

**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.....  1
- 500 bis unter 750 Euro.....  2
- 750 bis unter 1.000 Euro.....  3
- 1.000 bis unter 1.250 Euro.....  4
- 1.250 bis unter 1.500 Euro.....  5
- 1.500 bis unter 2.000 Euro.....  6
- 2.000 bis unter 2.500 Euro.....  7
- 2.500 bis unter 3.000 Euro.....  8
- 3.000 Euro und mehr.....  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, Postfach 24 01 01, 53154 Bonn**