



Leben und Gesundheit 2012

Eine bundesweite Studie im Auftrag
des Bundesministeriums für Gesundheit

Schriftlicher Fragebogen

Die Studie „Leben und Gesundheit 2012“ ist eine bundesweite repräsentative Bevölkerungsbefragung, die seit 1980 regelmäßig durchgeführt wird. Sie untersucht Veränderungen der gesundheitlichen Situation und der Lebensgewohnheiten von Erwachsenen in Deutschland. Neben Gesundheits- und Freizeitverhalten ist der Gebrauch von Genuss- und Suchtmitteln ein Schwerpunkt der Studie.

Sie wurden zufällig als eine von 8.000 Personen deutschlandweit ausgewählt. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie, verlässliche und allgemeingültige Aussagen über Lebensgewohnheiten und Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland zu erhalten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Studie beim IFT Institut für Therapieforschung in München und beim Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden in Auftrag gegeben. Die Befragung selbst wird von infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft in Bonn durchgeführt.

Ihre Angaben werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Alle Regeln des Datenschutzes werden vollständig eingehalten.

Worum bitten wir Sie?

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und im beigefügten Rückumschlag zurückzuschicken an:
 infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Postfach 24 01 01, 53154 Bonn

Für Fragen steht Ihnen zur Verfügung:

Frau Aneta Malina, Tel.: 0800/73 84 500, Fax: 0228/38 22 894,
 E-Mail: LebenundGesundheit2012@infas.de

Was geschieht mit Ihren Angaben?

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 ist der Fragebogen auszufüllen?

Bitte füllen Sie den Fragebogen wie folgt aus:

- Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.
 Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich, bitte nur **ein** Kästchen ankreuzen.

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

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

Beispiel:  Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft!

- Bei einigen Fragen müssen Sie nur eine Zahlenangabe machen:

Beispiel: **In welchem Jahr sind Sie geboren?** 19

- Bei einigen Fragen werden Sie aufgefordert, Ihre Antwort weiter auszuführen.
 Bitte schreiben Sie in die weißen Balken den Antworttext:

Beispiel: In einem anderen Land ➔ Welches?

- Gelegentlich werden Sie aufgefordert, einen Teil der Fragen zu überspringen.
 Tun Sie dies bitte dann, wenn im Fragebogen auf folgende Weise darauf hingewiesen wird:

Beispiel: ➔ **Bitte weiter mit Frage 19**

Die Frage-Nummer, mit der Sie dann in der Beantwortung des Fragebogens fortfahren sollen, ist jeweils hinter dem Pfeil 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

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

Fragen zu Ihrer Person

1. Sind Sie...

 Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

...ein Mann? ₁

...eine Frau? ₂

2. In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr: **19**

3. In welchem Land sind Sie geboren?

In Deutschland ₁


In einem anderen Land ₂ ➔ Welches?



**Wenn Sie in einem anderen Land geboren sind:
Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?**

Seit dem Jahr

4. Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

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

Deutsche ₁

Andere ₁ ➔ Bitte angeben:

5. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter:

In Deutschland ₁

In einem anderen Land ₂ ➔ Welches?



**Wenn Ihre Mutter in einem anderen Land geboren ist:
Seit wann lebt/lebte sie hauptsächlich in Deutschland?**

Seit dem Jahr

Sie lebt/lebte nicht in Deutschland ₁

Vater:

In Deutschland ₁

In einem anderen Land ₂ ➔ Welches?



**Wenn Ihr Vater in einem anderen Land geboren ist:
Seit wann lebt/lebte er hauptsächlich in Deutschland?**

Seit dem Jahr

Er lebt/lebte nicht in Deutschland ₁

6. Welche Staatsbürgerschaft haben/hatten Ihre Eltern?☞ Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!**Mutter:**Deutsche..... 1 Andere..... 1 ➔ Bitte angeben: **Vater:**Deutsche..... 1 Andere..... 1 ➔ Bitte angeben: **7. Wie groß sind Sie?** cm**Wie viel wiegen Sie?** kg**8. Welchen Familienstand haben Sie?**

Ich bin...

verheiratet (bzw. in eingetragener Lebenspartnerschaft)
und lebe mit meinem (Ehe-)Partner zusammen1

➔ Bitte weiter mit Frage 10

verheiratet (bzw. in eingetragener Lebenspartnerschaft)
und lebe von diesem (Ehe-)Partner getrennt2

ledig.....

3

geschieden.....

4

verwitwet

5

➔ Bitte weiter mit Frage 9

9. Leben Sie mit einem Partner zusammen?Ja 1Nein..... 2**10. Wie viele Kinder haben Sie?** Kind/erIch habe keine Kinder..... 0**Wie viele Kinder leben zurzeit mit Ihnen im Haushalt zusammen?** Kind/erKeine Kinder im Haushalt ... 0**11. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?**

Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.

Lebe allein..... 1

➔ Bitte weiter mit Frage 12

Insgesamt Personen**Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind unter 14 Jahren alt?** Person/en unter 14 Jahren

Fragen zu Ihrer Gesundheit

12. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit.

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

	Sehr gut	Gut	Durchschnittlich	Schlecht	Sehr schlecht
	1	2	3	4	5
Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie schätzen Sie zurzeit Ihr psychisches Wohlbefinden ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie Sie sich während der letzten 30 Tage gefühlt haben. Bitte kreuzen Sie für jede Frage die Alternative an, die am besten beschreibt, wie oft Sie dieses Gefühl in dieser Zeit erlebt haben.

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

Wie häufig fühlten Sie sich während der letzten 30 Tage...

	Niemals	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
	1	2	3	4	5
... nervös?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... rastlos oder unruhig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... so niedergeschlagen, dass nichts Sie aufmuntern konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... so, dass alles für Sie anstrengend war?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wertlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Bitte geben Sie an, welche der folgenden chronischen Krankheiten Ihr Arzt jemals 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"/>
Allergien	<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 B.....	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C.....	<input type="checkbox"/>
Sonstige chronische Krankheiten.....	<input type="checkbox"/>
Nichts davon	<input type="checkbox"/>

Fragen zur Einnahme von Medikamenten

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, finden Sie nachfolgend eine Zusammenstellung der gebräuchlichsten Medikamente.

Beispiele der gebräuchlichsten Medikamente:

Schmerzmittel	Aktren, Almogran, Allegro, Aspirin, Azur, Buscopan, Capros, Dolantin, Dolomo, Dolormin, Gelonida, 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, Tegal, Valoron N., Vivimed.
Schlafmittel	Baldriparan N, Betadorm A, Betadorm D, Bikalm, Dalmadorm, Dolestan, Dormicum, Eatan N, Ergocalm, Fluninoc, Halbmond, Halcion, Hoggar, Imeson, Lendormin, Loretam, Luvased, Moradorm, Mogadan, Noctamid, Norkotral, Novanox, Planum, Radedorm, Remestan, Rohypnol, Staurodorm, Stilnox, Vivinox Schlafdragees, Zopiclon.
Beruhigungsmittel	Adumbran, Atosil, Bikalm, Bromazaniol, Demetrin, Dolestan, Faustan, Gityl, Lexostad, Lexotaniol, Librium, Nitrazepam, Normoc, Praxiten, Radepur, Rohypnol, Rudotel, Sedariston, Sigacalm, Stilnox, Tafil, Tavor, Tranxilium, Valium, Valiquid.
Anregungsmittel	AN1, Coffeinum, HalloWach, Percoffedrinol, Ritalin.
Appetitzügler	Alvalin, Recatol, Regenon retard.
Antidepressiva	Amineurin, Anafranil, Aponal, Aurorix, Cipralext, Doxepin, Fevarin, Fluctin, Herphonal, Imipramin, Insidon, Ludiomil, Mianserin, Noveril, Paroxetin, Saroten, Seroxat, Stangyl, Tofranil, Trevilor, Trimipramin.
Neuroleptika	Abilify, Carbamazepin, Ciatyl-Z, Chlorprotixen, Clozapin, Decentan, Dogmatil, Fluanxol, Glianimon, Haldol, Haloperidol, Jatrosom, Leponex, Lyogen, Lyrica, Melleril, Melperon, Meresa, Neogama, Neurocil, Orap, Risperdal, Sulpirid, Tiapridex, Truxal, Zeldox.
Anabolika (Anabole Steroide)	Andriol, Deca Durabolin, Genotropin, Humatrope, Methyltestosteron, Norditropin, Nutropinaq, Saizen.

15. 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 | <input type="checkbox"/> | Keines dieser Medikamente | <input type="checkbox"/> | Bitte weiter mit Frage 38 |
| Schlafmittel..... | <input type="checkbox"/> | | | |
| Beruhigungsmittel | <input type="checkbox"/> | | | |
| Anregungsmittel | <input type="checkbox"/> | | | |
| Appetitzügler | <input type="checkbox"/> | | | |
| Antidepressiva..... | <input type="checkbox"/> | | | |
| Neuroleptika | <input type="checkbox"/> | | | |
| Anabolika | <input type="checkbox"/> | | | |

Bitte weiter mit Frage 16

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

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

	Habe ich in den letzten 30 Tagen genommen					Vom Arzt verordnet	
	Nicht genommen	Seltener als ein- mal pro Woche	Einmal pro Woche	Mehr- mals pro Woche	Täglich	Ja	Nein
	1	2	3	4	5	1	2
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Anabolika zur Unterstützung Ihrer Fitness bzw. Ihrer sportlichen Aktivitäten eingenommen?

Nicht genommen	Seltener als einmal pro Woche	Einmal pro Woche	Mehr- mals pro Woche	Täglich
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft: Haben Sie in den letzten 12 Monaten Schmerzmittel oder Schlafmittel oder Beruhigungsmittel eingenommen?

Ja 1

Nein..... 2 **Bitte weiter mit Frage 37**

Die folgenden Fragen 19 bis 36 beschäftigen sich mit der Einnahme von Schmerzmitteln oder Schlafmitteln oder Beruhigungsmitteln in den letzten 12 Monaten.
Wenn Sie das entsprechende Medikament nicht genommen haben, antworten Sie bitte mit „Nein“.

19. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten erhebliche Probleme bei der Arbeit, in der Schule oder bei der Versorgung Ihres Haushalts, wie z.B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt? Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Standen Sie in den letzten 12 Monaten unter dem Einfluss von Medikamenten, wenn Sie sich in Situationen mit erhöhter Verletzungsgefahr befanden, z.B. im Straßenverkehr oder bei der Arbeit, wenn Sie eine Maschine bedienten oder eine gefährliche Tätigkeit ausführten?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten			
Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal	
1	2	3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafmittel.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beruhigungsmittel

21. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten unabsichtlich verletzt, d.h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie Medikamente eingenommen hatten?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten			
Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal	
1	2	3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafmittel.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beruhigungsmittel

22. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit Medikamenten rechtliche Probleme, z.B. wegen Besitz von Medikamenten, Diebstahl oder Fahren unter Medikamenteneinfluss?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten			
Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal	
1	2	3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafmittel.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beruhigungsmittel

23. Haben Ihnen in den letzten 12 Monaten Ihre Familie oder Freunde wegen Ihrer Einnahme von Medikamenten Vorwürfe gemacht?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten			
Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal	
1	2	3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafmittel.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beruhigungsmittel

24. Ging in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Einnahme von Medikamenten eine Beziehung, z.B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Einnahme von Medikamenten in finanzielle Schwierigkeiten geraten?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter Medikamenteneinfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

In den letzten
12 Monaten

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

Ja
1 Nein
2

Schmerzmittel

Schlafmittel.....

Beruhigungsmittel

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

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

In den letzten
12 Monaten

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

Ja
1 Nein
2

Schmerzmittel

Schlafmittel.....

Beruhigungsmittel

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

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

In den letzten
12 Monaten

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

Ja
1 Nein
2

Schmerzmittel

Schlafmittel.....

Beruhigungsmittel

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

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

In den letzten
12 Monaten

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

Ja
1 Nein
2

Schmerzmittel

Schlafmittel.....

Beruhigungsmittel

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

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

In den letzten
12 Monaten

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

Ja
1 Nein
2

Schmerzmittel

Schlafmittel.....

Beruhigungsmittel

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

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Ja 1 Nein 2

Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein solch starkes Verlangen oder Drang nach Medikamenten, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Ja 1 Nein 2

Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein solch starkes Verlangen nach Medikamenten, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Ja 1 Nein 2

Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken, hatten Sie das Gefühl, dass der Gebrauch von Medikamenten eine schädliche Wirkung auf Ihre Gesundheit oder Ihr Leben hatte?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1 Nein..... 2 **Bitte weiter mit Frage 38**

Haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihres eigenen Medikamentengebrauchs Hilfe in Anspruch genommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Ja 1 Nein 2

Hausarzt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Suchtberatung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Entgiftung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung durch Freunde/Partner/Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Rauchen

38. Rauchen Sie zurzeit?

Ja, regelmäßig 1

Ja, gelegentlich 2

Nein 3

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

Ja 1
↓

Nein 2 → **Bitte weiter mit Frage 56**

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

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

Zigaretten 1

Zigarren

Zigarillos

Pfeife

Shisha (Wasserpfeife)

40. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabak in einer Shisha (Wasserpfeife) geraucht?

Ja 1

Nein 2

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

War etwa Jahre alt

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

War etwa Jahre alt
↓

Habe nie täglich geraucht 1 → **Bitte weiter mit Frage 44**

43. Wie viele Jahre haben Sie täglich geraucht?

Habe etwa Jahre täglich geraucht

Habe weniger als 1 Jahr täglich geraucht 95

44. Wann haben Sie zuletzt geraucht?

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

In den letzten 30 Tagen 1 → **Bitte weiter mit Frage 45**

Vor 1 bis 12 Monaten 2 → **Bitte weiter mit Frage 47**

Vor mehr als 1 Jahr 3 → **Bitte weiter mit Frage 53**

45. 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 keinem Tag..... 00

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

Etwa Zigaretten

46. 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 keinem Tag..... 00

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

Etwa Zigarren/Zigarillos/Pfeifen
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

47. 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

48. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihr Rauchverhalten
in den letzten 12 Monaten.

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

**In den letzten
12 Monaten**

	Ja 1	Nein 2
Haben Sie festgestellt, dass Sie wesentlich mehr rauchen mussten als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen?	<input type="checkbox"/>	<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"/>
Haben Sie häufig über mehrere Tage hinweg wesentlich mehr geraucht, als Sie sich vorgenommen hatten?	<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"/>
Waren Sie Kettenraucher, d.h. rauchten Sie eine Zigarette nach der anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie wegen des Rauchens wiederholt wichtige Aktivitäten über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie während einer ernsthaften Erkrankung weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es ratsam gewesen wäre, darauf zu verzichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie festgestellt, dass Ihr Rauchen Ihre Arbeit, Schule oder Hausarbeit beeinträchtigt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in Situationen geraucht, in denen große Verletzungsgefahr besteht, z.B. im Bett oder beim Umgang mit entzündlichen Substanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie weiter geraucht, obwohl dies andere Menschen, wie z.B. Familienmitglieder oder Freunde, ärgerlich oder unglücklich gemacht hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Auch die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihr Rauchverhalten in den letzten 12 Monaten.

In den letzten 12 Monaten

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

	Ja 1	Nein 2
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder Drang nach Tabak, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach Tabak, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Hat Rauchen bei Ihnen in den letzten 12 Monaten körperliche Beschwerden hervorgerufen, wie anhaltenden Husten, Herzbeschwerden oder Probleme mit dem Blutdruck oder mit der Lunge?

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁ Nein ₂ **Bitte weiter mit Frage 51**

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

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁ Nein ₂

51. Hat Rauchen Sie in den letzten 12 Monaten unruhig oder nervös gemacht oder irgendwelche anderen psychischen Beschwerden hervorgerufen?

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁ Nein ₂ **Bitte weiter mit Frage 52**

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 Nein ₂

52. Wenn Sie nicht rauchten bzw. das Rauchen einstellten, einschränkten oder aufgeben wollten, hatten Sie dann in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der folgenden Beschwerden?

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

	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Nein 2
Niedergeschlagenheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit/Ärger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhelosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwierigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
langsamer Herzschlag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn alles mit „Nein“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 53

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 Nein ₂

53. Wann hatten Sie Ihren letzten ernsthaften Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören?


- Innerhalb der letzten 30 Tage.....1
- Innerhalb der letzten 12 Monate2
- Innerhalb der letzten 2 Jahre3
- Länger her.....4
- Ich hatte keinen ernsthaften Versuch.....5

Bitte weiter mit Frage 56

54. War dieser letzte ernsthafte Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, erfolgreich?

- Ja, ich bin jetzt Nichtraucher1
- Nein, ich rauche weiter bzw. wieder.....2

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

-  Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft! 1
- Entwöhnungskurs oder -seminar
 - Nikotinhaltige Präparate (Pflaster, Kaugummi, Lutschtabletten, Sublingualtabletten, Nikotin-Inhaler).....
 - Verschreibungspflichtige Medikamente (Bupropion, Vareniclin).....
 - Bücher, Broschüren, CDs, Videos, DVDs
 - Hypnose
 - Akupunktur, Akupressur
 - Computergestützte Interventionen
 - Elektronische Zigarette
 - Ärztliche Beratung.....
 - Rauchertelefon.....
 - Unterstützung durch Partner/Freunde/Familie
 - Andere Hilfsmittel
 - Ohne Hilfsmittel oder Hilfen

Fragen zu Alkohol

56. Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal mindestens 1 Glas Alkohol getrunken haben? Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

Habe noch nie
mindestens 1 Glas
Alkohol getrunken.....

00

War etwa Jahre alt

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

Ja 1
Nein.....

2
Bitte weiter mit Frage 58

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

58. Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?

Ja 1Nein..... 2**Bitte weiter mit Frage 59**Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten so richtig betrunken?Etwa malÜberhaupt nicht..... 00

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

War etwa Jahre alt

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

Nicht länger als 30 Tage..... 1 **Bitte weiter mit Frage 60**Zwischen 1 und 12 Monate 2 **Bitte weiter mit Frage 66**Länger her als 1 Jahr 3 **Bitte weiter mit Frage 77**Habe noch nie Alkohol getrunken 4**Sie haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken.**60. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?An etwa Tagen61. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Bier getrunken?An etwa TagenAn keinem Tag..... 00An 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) 62. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Wein oder Sekt getrunken?An etwa TagenAn keinem Tag..... 00An 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).....

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

An etwa Tagen An keinem Tag 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).....

64. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie alkoholhaltige Mixgetränke getrunken?

Gemeint sind hier alle alkoholhaltigen Mixgetränke, z.B. Alkopops, Longdrinks (z.B. Wodka-Lemon), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle.

An etwa Tagen An keinem Tag ₀₀

An so einem Tag, an dem Sie alkoholhaltige Mixgetränke trinken, wie viele solcher Mixgetränke trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser bzw. Flaschen (0,3 bis 0,4 Liter).....

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

An etwa Tagen An keinem Tag..... ₀₀ Bitte weiter mit Frage 72

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

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

An etwa Tagen

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

An etwa Tagen An keinem Tag 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)

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

An etwa Tagen An keinem Tag 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).....

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

An etwa Tagen An keinem Tag 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)

70. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie alkoholhaltige Mixgetränke getrunken?

Gemeint sind hier alle alkoholhaltigen Mixgetränke, z.B. Alkopops, Longdrinks (z.B. Wodka-Lemon), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle.

An etwa Tagen An keinem Tag ₀₀

An so einem Tag, an dem Sie alkoholhaltige Mixgetränke trinken, wie viele solcher Mixgetränke trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser bzw. Flaschen (0,3 bis 0,4 Liter)

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

An etwa Tagen An keinem Tag ₀₀

72. Bitte denken Sie jetzt an die letzten 12 Monate.

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
1	2	3

Hatten Sie wegen Alkohol erhebliche Schwierigkeiten bei der Arbeit, in der Schule oder im Haushalt, wie z.B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt?

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?

Hatten Sie wegen Alkohol Ärger mit der Polizei, z.B. wegen Alkohol am Steuer oder wegen Randalierens?

Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Alkohol Vorwürfe gemacht?

Ist wegen Ihres Alkoholkonsums eine Beziehung, z.B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinandergegangen?

Sind Sie wegen Ihres Alkoholkonsums in finanzielle Schwierigkeiten geraten?

Haben Sie unter Alkoholeinfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?

75. Hatten Sie im Zusammenhang mit Alkohol in den letzten 12 Monaten irgendwelche körperlichen Erkrankungen oder seelischen Probleme, wie z.B. Leberkrankheit, Zittern, Taubheitsgefühl, Gedächtnisprobleme, Interessellosigkeit oder Niedergeschlagenheit?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1

Nein 2

Bitte weiter mit Frage 76

Wenn bei Ihnen wegen Ihres Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten derartige Probleme aufgetreten sind: Haben Sie weiter Alkohol getrunken, obwohl Sie wussten, dass dies derartige Probleme verursacht?

Ja	Nein
1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken, hatten Sie das Gefühl, dass der Konsum von Alkohol eine schädliche Wirkung auf Ihre Gesundheit oder Ihr Leben hatte?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1

Nein 2

Bitte weiter mit Frage 77

Haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihres eigenen Alkoholkonsums Hilfe in Anspruch genommen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten	
Ja	Nein
1	2
<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Hausarzt.....
- Psychotherapie
- Ambulante Suchtberatung.....
- Stationäre Entgiftung.....
- Stationäre Rehabilitation
- Selbsthilfegruppe
- Unterstützung durch Freunde/Partner/Familie

77. Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten	
Ja	Nein
1	2
<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"/>
<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"/>

- Sie wegen des Alkoholkonsums einer anderen Person familiäre oder Eheprobleme hatten?
- Sie mit einer anderen Person, die zu viel Alkohol getrunken hatte, im Auto mitgefahren sind?
- Sie in einen Autounfall verwickelt waren, weil eine andere Person Alkohol getrunken hatte?
- Sie wegen des Alkoholkonsums einer anderen Person finanzielle Probleme hatten? ..
- Sie von einer betrunkenen Person körperlich verletzt wurden?
- Eine betrunkene Person Ihre Kleidung oder andere Gegenstände zerstört hat?
- Sie von einer betrunkenen Person beschimpft oder anderweitig beleidigt wurden?
- Sie nachts durch betrunkene Personen wachgehalten wurden?
- Sie von betrunkenen Personen auf der Straße oder anderen öffentlichen Plätzen belästigt oder gestört wurden?
- Sie von betrunkenen Personen auf einer Party oder in einem anderen privaten Rahmen belästigt oder gestört wurden?
- Sie durch betrunkene Personen, die Sie auf der Straße getroffen haben, verängstigt waren?

Fragen zu Drogen

78. Hat Ihnen schon mal jemand Drogen angeboten?

Nein, nie 1

Ja, einmal 2

Ja, mehrmals 3

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

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

Cannabis (Haschisch, Marihuana) 1

Aufputzmittel, Amphetamine

Ecstasy

LSD

Heroin

Andere Opiate (z.B. Codein, Methadon, Opium, Morphinum)

Kokain

Crack

Spice, Smoke, Space, Badesalze, Cathinone o.a.

Ich habe bisher keine dieser Drogen probiert

80. Haben Sie schon einmal Schnüffelstoffe als Rauschmittel probiert?

Nein 2

Ja 1 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft:

Klebstoffe 1

Lösungsmittel

Treibgase

81. 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 (Psilocybin) 1

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

Ich habe Drogen:

...schon irgendwann mal probiert 1 Bitte weiter mit Frage 83

...noch nie probiert 2 Bitte weiter mit Frage S 1, Seite 29

88. 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	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"/>
Spice, Smoke, Space, Badesalze, Cathinone o.a.	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen 89 bis 109 beschäftigen sich mit dem Konsum von Cannabis oder Kokain oder Amphetaminen in den letzten 12 Monaten.

Wenn Sie die entsprechende Droge nicht konsumiert haben, antworten Sie bitte mit „Nein“.

89. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen erhebliche Probleme bei der Arbeit, in der Schule oder bei der Versorgung Ihres Haushalts, wie z.B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt? Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Standen Sie in den letzten 12 Monaten unter dem Einfluss von Drogen, wenn Sie sich in Situationen mit erhöhter Verletzungsgefahr befanden, z.B. im Straßenverkehr oder bei der Arbeit, wenn Sie eine Maschine bedienen oder eine gefährliche Tätigkeit ausführten? Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten unabsichtlich verletzt, d.h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie Drogen eingenommen hatten?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

92. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit Drogen rechtliche Probleme, z.B. wegen Besitz von Drogen, Diebstahl zur Beschaffung der Substanz oder Fahren unter Drogeneinfluss?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. Haben Ihnen in den letzten 12 Monaten Ihre Familie oder Freunde wegen Drogen Vorwürfe gemacht?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94. Ging in den letzten 12 Monaten wegen Ihres Drogenkonsums eine Beziehung, z.B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihres Drogenkonsums in finanzielle Schwierigkeiten geraten?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**96. Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter Drogeneinfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?
Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?**

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

97. Haben Sie festgestellt, dass Sie in den letzten 12 Monaten mehr Drogen einnehmen mussten als vorher, um den gleichen Effekt zu erzielen, oder haben Sie festgestellt, dass die gleiche Menge einen geringeren Effekt hatte als früher?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Ja 1	Nein 2
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

98. Wenn Sie in den letzten 12 Monaten Drogen in geringeren Mengen als üblich oder gar nicht einnahmen, bekamen Sie da Beschwerden, wie z.B. Schlafstörungen, Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Angstgefühle, Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Nein 2
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn alles mit „Nein“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 100

99. Wenn ja, haben Sie in den letzten 12 Monaten Drogen genommen, um derartige Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Ja 1	Nein 2
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100. Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie mehr Drogen eingenommen haben oder Drogen über eine längere Zeitspanne eingenommen haben, als Sie ursprünglich beabsichtigten?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Ja 1	Nein 2
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

101. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehrmals erfolglos versucht oder hatten den anhaltenden Wunsch, den Konsum von Drogen zu reduzieren oder ganz einzustellen?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Ja 1 Nein 2

Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

102. Haben Sie in den letzten 12 Monaten viel Zeit damit verbracht, Drogen zu besorgen, einzunehmen oder sich von ihrer Wirkung zu erholen?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Ja 1 Nein 2

Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

103. Haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen Drogen wichtige Aktivitäten, wie z.B. Sport, die Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder gänzlich aufgegeben?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Ja 1 Nein 2

Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

104. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen gesundheitliche Probleme (z.B. anhaltender Husten, Kreislaufprobleme, Heiserkeit, Übelkeit, Augen- und Mundtrockenheit)?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

Ja, in den letzten 12 Monaten	Nein
1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn alles mit „Nein“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 106

Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

105. Wenn ja, haben Sie in den letzten 12 Monaten trotz dieser Gesundheitsprobleme den Konsum von Drogen fortgesetzt?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Ja 1 Nein 2

Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

106. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen 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?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	Ja, in den letzten 12 Monaten	Nein
	1	2
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn alles mit „Nein“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 108

107. Wenn ja, haben Sie in den letzten 12 Monaten trotz dieser psychischen Probleme den Konsum von Drogen fortgesetzt?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

108. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein solch starkes Verlangen oder Drang nach Drogen, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

109. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein solch starkes Verlangen nach Drogen, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

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

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

110. Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken, hatten Sie das Gefühl, dass der Konsum von illegalen Drogen eine schädliche Wirkung auf Ihre Gesundheit oder Ihr Leben hatte?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1

Nein 2

Bitte weiter mit Frage S 1

Haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihres eigenen Konsums von illegalen Drogen Hilfe in Anspruch genommen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Ja 1 Nein 2

Hausarzt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Suchtberatung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Entgiftung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung durch Freunde/Partner/Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

S 1 Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

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

Bitte weiter mit Frage S 2

Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... 2

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... 3

Realschulabschluss (Mittlere Reife)

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse

Bitte weiter mit Frage S 3

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse..... 6

Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule..... 7

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

Einen anderen Schulabschluss..... 9

S 2 Welchen allgemein bildenden Schulabschluss streben Sie an?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

Hauptschulabschluss..... 1

Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife..... 2

Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule..... 3

Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife

einen anderen Schulabschluss

Bitte weiter mit Frage S 4

S 3 Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?☞ Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- Noch in beruflicher Ausbildung, d.h. Auszubildende/r 1
- Noch in beruflicher Ausbildung, d.h. Student/in 2
- Schüler/in, besuche eine berufsorientierte Aufbauschule, Fachschule o.Ä. 3
- Keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung..... 4
- Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen 5
- Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen 6
- Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule,
Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen 7
- Fachhochschulabschluss (z.B. Diplom, Bachelor, Master) 8
- Universitätsabschluss (z.B. Diplom, Magister, Bachelor, Master, Staatsexamen) 9
- Einen anderen beruflichen Abschluss 10

S 4 Welche Form der Erwerbstätigkeit üben Sie zurzeit hauptsächlich aus?☞ Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- Voll erwerbstätig 1 **Bitte weiter mit Frage S 7**
- Teilzeitbeschäftigt 2
- Altersteilzeit (unabhängig davon, in welcher Phase befindlich) ... 3
- Geringfügig erwerbstätig, 400-Euro-Job, Mini-Job 4
- „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld 2) 5
- Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt 6 **Bitte weiter mit Frage S 6**
- Berufliche Ausbildung/Lehre 7
- Bundesfreiwilligendienst/Zivildienst/Militärdienst 8
- Freiwilliges Soziales Jahr 9
- Umschulung 10
- Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige
Beurlaubung (Altersteilzeit unter 3 angeben) 11
- Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler und Studenten,
die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler,
Rentner ohne Nebenverdienst) 12 **Bitte weiter mit Frage S 5**

S 5 Geben Sie bitte an, zu welcher der nachfolgenden Gruppen Sie gehören.☞ Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- Schüler/in an einer allgemein bildenden Schule 1 **Bitte weiter mit Frage S 8**
- Student/in 2
- Renter/in, Pensionär/in, im Vorruhestand 3
- Arbeitslos 4 **Bitte weiter mit Frage S 6**
- Dauerhaft erwerbsunfähig 5
- Hausfrau/Hausmann 6
- Sonstiges 7

S 6 Waren Sie früher einmal voll- oder teilzeiterwerbstätig?

Ja 1

Nein..... 2

Bitte weiter mit Frage S 8

S 7 In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit hauptsächlich beschäftigt?

Wenn Sie nicht mehr oder derzeit nicht berufstätig sind, geben Sie bitte die berufliche Stellung an, die Sie zuletzt innehatten.

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

A Ungelernte/r Arbeiter/in 1

B Angelernte/r Arbeiter/in 2

C Gelernte/r Arbeiter/in und Facharbeiter/in 3

D Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in 4

E Meister/in, Polier/in, Brigadier/in 5

F Angestellte/r mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung oder Beamter/in im einfachen Dienst
(z.B. Verkäufer/in, Datentypist/in, Sekretariatsassistent/in, Pflegehelfer/in, Beamter/in bis einschl. Oberamtsmeister/in) 6

G Angestellte/r mit einer qualifizierten Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung oder Beamter/in im mittleren Dienst
(z.B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in, technische/r Zeichner/in, Beamter/in von Assistent/in bis einschl. Hauptsekretär/in, Amtsinspektor/in) 7

H Angestellte/r mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal oder Beamter/in im gehobenen Dienst
(z.B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis, Beamter/in von Inspektor/in bis einschl. Oberamtsrat/rätin) 8

K Angestellte/r mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen oder Beamter/in im höheren Dienst
(z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Mitglied des Vorstandes, Richter/in, Beamter/in von Rat/Rätin aufwärts) 9

L Akademiker/in in freiem Beruf (z.B. Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/in) 10

M Selbständige/r Landwirt/in bzw. Genossenschaftsbauer/-bäuerin 11

N Selbständige/r im Handel, im Gastgewerbe, im Handwerk, in der Industrie, in der Dienstleistung, auch Ich-AG oder PGH-Mitglied 12

O Mithelfende/r Familienangehörige/r 13

P Berufliche Ausbildung/Lehre 14

Q Sonstige (z.B. Praktikant/in) 15

S 8 Sind Sie der/die Hauptverdiener/in in Ihrem Haushalt, d.h. tragen Sie mit Ihrem Einkommen den Hauptteil zum Haushaltseinkommen bei?

Ja 1

Bitte weiter mit Frage S 10

Es gibt keine/n Hauptverdiener/in 2

Nein 3

Bitte weiter mit Frage S 9

S 9 In welcher beruflichen Stellung ist bzw. war der/die Hauptverdiener/in Ihres Haushalts zuletzt beschäftigt?

Verwenden Sie dazu bitte die Vorgaben aus der Frage S 7 und tragen Sie den zutreffenden Kennbuchstaben ein!

Buchstabe

S 10 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?

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

 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 1.750 Euro 6
- 1.750 bis unter 2.000 Euro 7
- 2.000 bis unter 2.250 Euro 8
- 2.250 bis unter 2.500 Euro 9
- 2.500 bis unter 3.000 Euro 10
- 3.000 bis unter 4.000 Euro 11
- 4.000 bis unter 5.000 Euro 12
- 5.000 Euro und mehr 13

S 11 Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt?

- Ja, alleine ausgefüllt 1
- Nein, nicht alleine ausgefüllt 2

S 12 Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit. Bitte tragen Sie hier abschließend noch das Datum ein:

. 2012
Tag Monat

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