



Leben und Gesundheit 2015

Eine bundesweite Studie im Auftrag
des Bundesministeriums für Gesundheit

Schriftlicher Fragebogen

Die Studie „Leben und Gesundheit 2015“ 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 in Auftrag gegeben. Die Befragung erfolgt in Kooperation mit der Technischen Universität Dresden und wird von infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft in Bonn durchgeführt.

Ihre Angaben werden nur in anonymisierter Form, das heißt 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: LebenundGesundheit2015@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, das heißt 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 52

- 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? Frankreich

- 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 nächsten 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?

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt



**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?

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt



**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?

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt




**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 zusammen 1 ➔ **Bitte weiter mit Frage 10**

verheiratet (bzw. in eingetragener Lebenspartnerschaft) und lebe von diesem (Ehe-)Partner getrennt 2
ledig..... 3 ➔ **Bitte weiter mit Frage 9**

geschieden..... 4

verwitwet 5

9. Leben Sie mit einem Partner zusammen?

Ja 1

Nein 2

10. Wie viele Kinder haben Sie?

Kind/er

Ich habe keine Kinder..... 0

Wie viele Kinder leben zurzeit mit Ihnen im Haushalt zusammen?

Kind/er

Keine 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 Jahre alt?

Person/en unter 14 Jahren

Keine Person/en unter 14 Jahren..... 0


Fragen zu Ihrer Gesundheit

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

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

	Sehr gut 1	Gut 2	Durch- schnittlich 3	Schlecht 4	Sehr schlecht 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. Haben Sie eine oder mehrere chronische Krankheiten?

 Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen (mehr als 4 Wochen), die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z.B. Diabetes, Herzerkrankungen, Bandscheibenvorfall, Krebs, Rheuma oder Lungenerkrankungen.


Ja ₁ Nein..... ₂ Weiß nicht ₈

14. Hat Ihnen Ihr Arzt schon einmal mitgeteilt, eine neurologische Erkrankung zu haben (z.B. Parkinson, Epilepsie, Alzheimer Demenz, Multiple Sklerose)?

Ja ₁ Nein..... ₂

15. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 12 Monate.

Bitte geben Sie für jede Frage an, ob diese auf Sie zutrifft.

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

In den letzten 12 Monaten

Ja	Nein
1	2

Litten Sie mehrere Monate lang unter körperlichen Beschwerden oder Schmerzen, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Angstanfall – manche nennen das auch Panikattacke oder Angstattacke – bei dem Sie ganz plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es eine Zeitspanne von einem Monat oder länger, in der Sie sich häufig Sorgen gemacht haben und sich ängstlich, angespannt oder voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen, wie mit Anderen zu reden, etwas in Gegenwart Anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit Anderer zu stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie unter unbegründet starken Ängsten vor öffentlichen Plätzen, Verkehrsmittel zu benutzen oder in Geschäfte zu gehen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie unter einer unbegründet starken Angst vor Situationen, wie z. B. Aufzüge, Tunnels, Flugzeuge zu benutzen oder vor Höhen oder Unwettern?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Interessenverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie über mehrere Tage hinweg ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es in Ihrem Leben extrem belastende schreckliche Ereignisse oder Katastrophen, die Sie in den letzten 12 Monaten noch beschäftigten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in psychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder hat Ihnen ein Arzt oder Therapeut mitgeteilt, eine psychische oder psychosomatische Krankheit zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre körperliche Aktivität und Ernährung.
Bitte denken Sie bei diesen Fragen nur an die letzten 3 Monate.

16. In den letzten 3 Monaten, an wie vielen Tagen in der Woche waren Sie körperlich so aktiv, dass Sie ins Schwitzen oder außer Atem gerieten z.B. durch Sport oder Arbeit?

Es geht um eine durchschnittliche Woche.

An Tagen pro Woche An keinem Tag **Bitte weiter mit Frage 17**

Und wie lange waren Sie an diesen Tagen, an denen Sie durch Ihre körperliche Aktivität ins Schwitzen oder außer Atem gerieten, durchschnittlich körperlich aktiv?

- Weniger als 10 Minuten..... 1
- 10 bis unter 30 Minuten..... 2
- 30 bis unter 60 Minuten..... 3
- 60 Minuten oder mehr 4

17. Wie oft haben Sie in den letzten 3 Monaten Sport getrieben?

- Keine sportliche Betätigung 1
- Weniger als 1 Stunde in der Woche..... 2
- Regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche 3
- Regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche 4
- Regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche..... 5

18. Insgesamt gesehen, wie stark haben Sie in den letzten 3 Monaten auf ausreichend körperliche Bewegung geachtet?

- Sehr stark..... 1
- Stark..... 2
- Teils/teils..... 3
- Wenig 4
- Gar nicht..... 5

19. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie in den letzten 3 Monaten die folgenden Lebensmittel gegessen bzw. getrunken haben.

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

	Seltener oder nie 1	1-3 mal pro Woche 2	4-6 mal pro Woche 3	1 mal am Tag 4	Mehrmals am Tag 5
Fettarme Milchprodukte (z.B. Buttermilch, Naturjoghurt, fettarmer Käse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohkost, frische Salate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräuter, frisch oder gefroren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisches Obst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreide, Getreideprodukte, Müsli, Vollkornreis, -nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräutertee, Früchtetee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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, Allegro, Almogran, Aspirin, ASS, Azur, Ben-u-ron, Berlosin, Buscopan, Capros, Codein, Codicaps, Copyrcal, Diclofenac, Dolantin, Dolomo, Dolormin, Dolviran, Durogesic, Fentanyl, Gelonida, Ibu 1A Pharma, Ibubeta, Ibuhexal, Ibuprofen, Ibu-ratiopharm, Katadolon, L-Polamidon, Meptid, Merck, Metamizol, Migraeflux, Morphin, MSI Mundipharma, MSR Mundipharma Suppositorien, MST Mundipharma, Nedolon, Neuramid, Novalgin, Novaminsulfon, Nubain, Nurofen, Palladon, Paracetamol, Relpax, Remedacen, Sevredol, Spalt, Temgesic, Thomapyrin, Tilidin, Togonal, Tramadol, Tramadol, Trama-Dorsch, Tramadura, Tramagit, Tramal, Tramundin, Transtec, Tussoret, Valoron N, Vivimed, Voltaren oder andere.
Schlafmittel	Baldriparan N, Betadorm A, Betadorm D, Bikalm, Dalmadorm, Dolestan, Dormicum, Eatan N, Ergocalm, Fluninoc, Flunitrazepam, Halbmond, Halcion, Hoggar, Imeson, Lendormin, Loretam, Lormetazepam, Luvased, Mogadan, Moradorm, Noctamid, Norkotral, Novanox, Oxa-CT, Oxazepam, Planum, Radedorm, Remestan, Rohypnol, Schlafsterne, Schlaftabs, Staurodorm, Stilnox, Vivinox Schlafdragees, Ximovan, Zolpidem, ZOP, Zopiclodura, Zopiclon oder andere.
Beruhigungsmittel	Adumbran, Alprazolam, Atosil, Bikalm, Bromazanyl, Bromazep, Bromazepam, Demetrix, Diazepam, Distraneurin, Dolestan, Durazanyl, Faustan, Flunitrazepam, Gityl, Lexostad, Lexotanil, Librium, Lorazepam, Nitrazepam, Normoc, Oxazepam, Praxiten, Radepur, Rudotel, Sedariston, Sigacalm, Stilnox, Tafil, Tavor, Tranxilium, Valium, Valiquid oder andere.
Anregungsmittel	AN1, Coffeinum, Concerta, Ephedrin, Equasym, HalloWach, Medikinet, Methylphenidat, Methylpheni TAD, Percofedrinol, Ritalin, Straterra, Viagra, Vigil oder andere.
Appetitzügler	Alvalin, Amfepramon, Cathin, Norephedrin, Recatol, Regenon retard oder andere.
Antidepressiva	Amitriptylin, Amineurin, Amioxid, Anafranil, Aponal, Aurorix, Cipralext, Citalopram, Cymbalta, Clomipramin, Doneurin, Doxepin, Elontril, Equibrin, Fevarin, Fluctin, Fluoxetin, Herphonal, Imipramin, Insidon, Ludiomil, Maprotilin, Mareen, Mianserin, Mirtazampin, Noveril, Opipram, Opipramol, Paroxetin, Saroten, Sertralin, Seroxat, Stangyl, Syneudon, Tianeurax, Tofranil, Trazodon, Trevilor, Trimineurin, Trimipramin, Venlafaxin oder andere.
Neuroleptika	Abilify, Amisulprid, Benperidol, Carbamazepin, Ciatyl-Z, Chlorprotixen, Clozapin, Decentan, Dogmatil, Fluaxol, Flupentixol, Fluphenazin, Fluspi, Glianimon, Haldol, Haloperidol, Jatrosom, Leponex, Lyogen, Lyrica, Melleril, Melperon, Meresa, Neogama, Neurocil, Olanzapin, Orap, Pipamperon, Promethazin, Quetiapin, Risperdal, Risperidon, Seroquel, Sulpirid, Taxilan, Tiapridex, Truxal, Zeldox oder andere.
Anabolika (Anabole Steroide)	Andriol, Deca Durabolin, Genotropin, Humatrope, Methyltestosteron, Norditropin, Nutropinaq, Saizen oder andere.

20. 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 32
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>			
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>			
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>			
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>			Bitte weiter mit Frage 21
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>			
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>			
Anabolika	<input type="checkbox"/>			

21. 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"/>

22. 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"/>

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

Die folgenden Aussagen beziehen sich nur auf Medikamente, die man einnimmt,

- 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	2	3
Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Vorrat an Tabletten angelegt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beschäftigen sich ausführlicher mit der Einnahme unterschiedlicher Arten von Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

Opioidhaltige Schmerzmittel sind stark wirksame Schmerzmittel, die Wirkstoffe wie z.B. Morphin oder Codein enthalten.

Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel sind alle anderen Schmerzmittel, die Wirkstoffe wie z.B. Paracetamol, Ibuprofen oder Acetylsalicylsäure enthalten.

24. Haben Sie in den letzten 12 Monaten opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen?

Dazu gehören zum Beispiel:

- | | | | | |
|-------------------|----------------|-------------------|---------------------------------|---------------|
| - Capros | - Codein | - Codicaps | - Dolantin | - Dolomo |
| - Dolviran | - Durogesic | - Fentanyl | - Gelonida | - L-Polamidon |
| - Meptid | - Morphin | - MSI Mundipharma | - MSR Mundipharma Suppositorien | |
| - MST Mundipharma | | - Nedolon | - Nubain | - Palladon |
| - Remedacen | - Sevredol | - Temgesic | - Tilidin | - Tramadol |
| - Tramadolol | - Trama-Dorsch | - Tramadura | - Tramagit | - Tramal |
| - Tramundin | - Transtec | - Tussoret | - Valoron N | |

Ja 1

Nein..... 2

Bitte weiter mit Frage 28

25. Wurden Ihnen diese Schmerzmittel von einem Arzt verschrieben?

Ja, ausschließlich 1

Teilweise 2

Nein 3

26. Im Folgenden geht es um die Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

 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 im Zusammenhang mit der Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln 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?

Standen Sie unter dem Einfluss von opioidhaltigen Schmerzmitteln, 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?

Haben Sie sich unabsichtlich verletzt, d.h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen hatten?

Hatten Sie im Zusammenhang mit opioidhaltigen Schmerzmitteln rechtliche Probleme, z.B. wegen Besitz von Medikamenten, Diebstahl oder Fahren unter Medikamenteneinfluss?

Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln Vorwürfe gemacht?

Ging wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln eine Beziehung, z.B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander?

Sind Sie wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln in finanzielle Schwierigkeiten geraten?

Haben Sie unter Einfluss von opioidhaltigen Schmerzmitteln jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?

27. Im Folgenden geht es weiterhin um die Einnahme von opioidehaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

**In den letzten
12 Monaten**

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

Ja **Nein**
1 2

Haben Sie opioidehaltige Schmerzmittel in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als verschrieben oder ursprünglich beabsichtigt genommen?

Haben Sie beim Absetzen von opioidehaltigen Schmerzmitteln oder bei Verminderung der Dosis irgendwelche Beschwerden oder ein Unwohlgefühl gehabt?

Haben Sie das gleiche oder ein vergleichbares opioidehaltiges Schmerzmittel weiter eingenommen, um Beschwerden oder ein Unwohlgefühl beim Absetzen oder bei Verminderung der Dosis zu vermeiden?

Haben Sie festgestellt, dass Sie höhere Dosen opioidehaltiger Schmerzmittel brauchten, um die gewünschte Wirkung zu erzielen oder hat sich bei längerer Einnahme der gleichen Menge die Medikamentenwirkung deutlich abgeschwächt?

Haben Sie mehrmals vergeblich versucht, die Einnahme von opioidehaltigen Schmerzmitteln zu reduzieren oder einzustellen?

Haben Sie viel Zeit benötigt, um opioidehaltige Schmerzmittel zu erhalten (z.B. mehrere Ärzte aufgesucht) oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen?

Haben Sie wegen der Einnahme opioidehaltiger Schmerzmittel wichtige Aktivitäten, z.B. Ihre Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder aufgegeben?

Haben Sie opioidehaltige Schmerzmittel eingenommen, obwohl Sie wussten, dass die Einnahme Ihnen schadet?

Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder Drang nach opioidehaltigen Schmerzmitteln, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?

Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach opioidehaltigen Schmerzmitteln, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?

28. Haben Sie in den letzten 12 Monaten nicht-opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen?

Dazu gehören zum Beispiel:

- Aktren
- Allegro
- Almogran
- Aspirin
- ASS
- Azur
- Ben-u-ron
- Berlosin
- Buscopan plus
- Copyrcal
- Diclofenac
- Dolormin
- Ibu 1A Pharma
- Ibubeta
- Ibuhexal
- Ibuprofen
- Ibu-ratiopharm
- Katadolon
- Metamizol
- Migraeflux
- Neuronal
- Novalgin
- Novaminsulfon
- Nurofen
- Paracetamol
- Relpax
- Spalt
- Thomapyrin
- Togat
- Vivimed
- Voltaren

Ja ₁

Nein..... ₂

Bitte weiter mit Frage 32


29. Wurden Ihnen diese Schmerzmittel von einem Arzt verschrieben?

Ja, ausschließlich ₁

Teilweise ₂

Nein ₃

30. Im Folgenden geht es um die Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

 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 im Zusammenhang mit der Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln 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?

Standen Sie unter dem Einfluss von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln, 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?

Haben Sie sich unabsichtlich verletzt, d.h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie nicht-opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen hatten?.....

Hatten Sie im Zusammenhang mit nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln rechtliche Probleme, z.B. wegen Besitz von Medikamenten, Diebstahl oder Fahren unter Medikamenteneinfluss?.....

Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Ihrer Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln Vorwürfe gemacht?.....


Ging wegen Ihrer Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln eine Beziehung, z.B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander?

Sind Sie wegen Ihrer Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln in finanzielle Schwierigkeiten geraten?

Haben Sie unter Einfluss von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?

31. Im Folgenden geht es weiterhin um die Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

In den letzten 12 Monaten

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

Ja 1 Nein 2

Haben Sie nicht-opioidhaltige Schmerzmittel in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als verschrieben oder ursprünglich beabsichtigt genommen?

Haben Sie beim Absetzen von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln oder bei Verminderung der Dosis irgendwelche Beschwerden oder ein Unwohlgefühl gehabt?

Haben Sie das gleiche oder ein vergleichbares nicht-opioidhaltiges Schmerzmittel weiter eingenommen, um Beschwerden oder ein Unwohlgefühl beim Absetzen eines bestimmten Medikamentes oder bei Verminderung der Dosis zu vermeiden?

Haben Sie festgestellt, dass Sie höhere Dosen nicht-opioidhaltiger Schmerzmittel brauchten, um die gewünschte Wirkung zu erzielen oder hat sich bei längerer Einnahme der gleichen Menge die Medikamentenwirkung deutlich abgeschwächt?

Haben Sie mehrmals vergeblich versucht, die Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln zu reduzieren oder einzustellen?

Haben Sie viel Zeit benötigt, um nicht-opioidhaltige Schmerzmittel zu erhalten (z.B. mehrere Ärzte aufgesucht) oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen?

Haben Sie wegen der Einnahme nicht-opioidhaltiger Schmerzmittel wichtige Aktivitäten, z.B. Ihre Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder aufgegeben?

Haben Sie nicht-opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen, obwohl Sie wussten, dass die Einnahme Ihnen schadet?

Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder Drang nach nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?

Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?

Fragen zum Rauchen

32. Rauchen Sie zurzeit?

Ja, regelmäßig ₁

Ja, gelegentlich ₂

Nein ₃

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

Ja ₁

Nein ₂

Bitte weiter mit Frage 49

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

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

Ja ₁

Nein ₂

35. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal geraucht haben (auch wenn Sie heute nicht mehr rauchen)? Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa Jahre alt

36. Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben, täglich zu rauchen? Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa Jahre alt

Habe nie täglich geraucht ₁

Bitte weiter mit Frage 38

37. Wie viele Jahre haben Sie täglich geraucht bzw. seit wie vielen Jahren rauchen Sie täglich?

Etwa Jahre

Weniger als 1 Jahr ₉₅

38. Wann haben Sie zuletzt geraucht?

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

In den letzten 30 Tagen ₁

Bitte weiter mit Frage 39

Vor 1 bis 12 Monaten ₂

Bitte weiter mit Frage 41

Vor mehr als 1 Jahr ₃

Bitte weiter mit Frage 49

39. 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..... 0

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

Etwa Zigaretten

40. 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..... 0

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)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 12 Monate. Wenn Sie in dieser Zeit aufgehört haben zu rauchen, beziehen Sie die Fragen bitte auf Ihre Zeit als Raucher.

41. 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

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

Innerhalb von 5 Minuten..... 1

Innerhalb von 6 bis 30 Minuten 2

Innerhalb von 31 bis 60 Minuten 3

Später als nach 60 Minuten 4

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

Ja 1

Nein 2

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

Die erste am Morgen..... 1

Andere..... 2

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

Ja 1

Nein 2

46. Rauchen Sie, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?Ja ₁Nein ₂**47. Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen ernsthaften Versuch unternommen, das Rauchen aufzugeben?**Ja ₁Nein ₂**48. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?**Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören ₁Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören ₂Ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören ₃Ich rauche nicht mehr ₄

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit elektrischen Zigaretten (E-Zigaretten) bzw. E-Zigarren oder E-Shishas.

E-Zigaretten sind Produkte, die das Rauchen mit technischen Mitteln simulieren, ohne dabei Tabak zu verbrennen. Bei der Nutzung wird eine aromatisierte Flüssigkeit (Liquid) verdampft und inhaliert.

49. Haben Sie schon einmal von elektrischen Zigaretten oder E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas gehört?Ja ₁Nein ₂**Bitte weiter mit Frage 60****50. Haben Sie jemals eine E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha genutzt?**Ja ₁Nein ₂**Bitte weiter mit Frage 59****51. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal eine E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha genutzt haben (auch wenn Sie sie heute nicht mehr nutzen)?**

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

War etwa Jahre alt

52. Wann haben Sie zuletzt eine E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha genutzt?In den letzten 30 Tagen ₁Vor 1 bis 12 Monaten ₂Vor mehr als 1 Jahr ₃**Bitte weiter mit Frage 57****53. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen): An wie vielen dieser Tage haben Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas genutzt?**

An etwa Tagen

An keinem Tag ₀

54. Wann nach dem Aufstehen nutzen bzw. nutzten Sie Ihre erste E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha?

- Nach 5 Minuten 1
- Nach 6 - 30 Minuten 2
- Nach 31 - 60 Minuten 3
- Nach mehr als 60 Minuten 4

55. Nutzen bzw. nutzten Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas mit oder ohne Nikotin?

- Ausschließlich ohne Nikotin 1
- Hauptsächlich ohne Nikotin..... 2
- Hauptsächlich mit Nikotin 3
- Ausschließlich mit Nikotin 4
- Sowohl als auch 5

56. Wo kaufen bzw. kauften Sie Ihre E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas?

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

- Im Internet 1
- In Spezialgeschäften
- Am Kiosk, im Tabakladen, an der Tankstelle
- Im Ausland
- Anderswo
- Nicht gekauft

57. Warum nutzen Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas bzw. warum haben Sie sie früher genutzt?

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

- Um mit dem Rauchen aufzuhören 1
- Um den Zigarettenkonsum zu reduzieren
- Weil sie weniger gesundheitsschädlich sind als Zigaretten
- Weil sie billiger sind als Zigaretten
- Weil man sie überall nutzen kann (auch da, wo Rauchen verboten ist)
- Um andere Leute nicht durch Passivrauch zu stören
- Aus Neugierde
- Weil sie gut schmecken und riechen.....
- Weil es Spaß macht

58. Nutzen Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas, um mit dem Rauchen konventioneller Zigaretten aufzuhören, bzw. haben Sie sie früher dazu genutzt?

Ja 1
↓

Nein..... 2 → **Bitte weiter mit Frage 59**

Konnten Sie mit dem Rauchen konventioneller Zigaretten aufhören?

Ja, ich rauche mittlerweile weder Zigaretten
noch nutze ich E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas 1

Ja, ich nutze nur noch E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas 2

Nein, ich rauche weiterhin Zigaretten und
nutze zusätzlich E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas 3

Nein, aber ich rauche weniger Zigaretten und
nutze zusätzlich E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas 4

Nein, ich rauche weiterhin Zigaretten und
nutze keine E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas mehr 5

59. Wie schätzen Sie die Gesundheitsgefahren durch E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas im Vergleich zu konventionellen Tabakprodukten ein?

E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas sind...

Viel schädlicher 1

Etwas schädlicher 2

Genauso schädlich..... 3

Etwas weniger schädlich 4

Viel weniger schädlich..... 5

Weiß nicht 8

Fragen zu Alkohol

**60. 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.**

War etwa Jahre alt Habe noch nie
mindestens 1 Glas
Alkohol getrunken..... 0

**61. 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 62**

**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

62. Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?

Ja 1 Nein..... 2 → **Bitte weiter mit Frage 63**

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

Etwa mal Überhaupt nicht..... 0

**Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal so richtig betrunken waren?
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.**

War etwa Jahre alt

**63. 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 64**

Zwischen 1 und 12 Monate 2 → **Bitte weiter mit Frage 70**

Länger her als 1 Jahr 3 → **Bitte weiter mit Frage 78**

Habe noch nie Alkohol getrunken 4

Sie haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken.

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

An etwa Tagen

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

An etwa Tagen An keinem Tag..... 0

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)

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

An etwa Tagen An keinem Tag..... 0

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).....

67. 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 0

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).....

68. 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 0

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).....

69. 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 76

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

70. 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

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

An etwa Tagen An keinem Tag 0

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)

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

An etwa Tagen An keinem Tag 0

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)

73. 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 0

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)

74. 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 0


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)

75. 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..... 0

76. Wie oft ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass ...

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

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

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

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

	Nein	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
... sich ein Verwandter, Freund oder Arzt Sorgen gemacht hat, weil Sie zu viel trinken, oder Ihnen geraten hat, weniger zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie sich verletzt haben, weil Sie zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand anderes verletzt wurde, weil Sie zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Drogen

78. 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, Methadon, Opium, Morphin)

Kokain

Crack

Ich habe bisher keine dieser Drogen probiert

79. Haben Sie schon einmal Schnüffelstoffe als Rauschmittel probiert?

Nein 2

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

1

Klebstoffe

Lösungsmittel

Treibgase

80. Haben Sie schon einmal Pilze als Rauschmittel probiert?

Nein 2

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

1

Fliegenpilze

Magic Mushrooms (Psylocybin)

Heutzutage können hin und wieder neue Substanzen erhältlich sein, die die Wirkung illegaler Drogen, wie z.B. Cannabis, Ecstasy, Kokain etc., imitieren. Diese werden manchmal auch „Legal Highs“, „Research Chemicals“, „Badesalze“, „Kräutermischungen“ oder „neue psychoaktive Substanzen (NPS)“ genannt und können in unterschiedlicher Form erhältlich sein, z.B. als Kräutermischung, Pulver, Kristalle oder Tabletten.

81. Haben Sie jemals solche Substanzen konsumiert?

Ja 1

Nein 2

Weiß nicht 8

Bitte weiter mit Frage 83

82. Haben Sie solche Substanzen in den letzten 12 Monaten konsumiert?

Ja 1

Nein 2

Weiß nicht 8

Bitte weiter mit Frage 83

Welche Form hatten die Substanzen, die Sie in den letzten 12 Monaten konsumiert haben?

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

1

Kräutermischungen zum Rauchen

Pulver, Kristalle oder Tabletten

Flüssigkeiten

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

Ich habe Drogen:

...schon irgendwann mal probiert 1 **Bitte weiter mit Frage 84**

...noch nie probiert 2 **Bitte weiter mit Frage 96**

**84. Wie alt waren Sie, als Sie die folgenden Drogen das erste Mal genommen haben?
Bitte beantworten Sie diese Frage für jede der folgenden Drogen.**

Das erste Mal genommen		
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	im Alter von <input type="text"/> Jahren	noch nie..... <input type="checkbox"/> 0
Aufputzmittel, Amphetamine	im Alter von <input type="text"/> Jahren	noch nie..... <input type="checkbox"/>
Ecstasy	im Alter von <input type="text"/> Jahren	noch nie..... <input type="checkbox"/>
LSD	im Alter von <input type="text"/> Jahren	noch nie..... <input type="checkbox"/>
Heroin	im Alter von <input type="text"/> Jahren	noch nie..... <input type="checkbox"/>
Andere Opiate	im Alter von <input type="text"/> Jahren	noch nie..... <input type="checkbox"/>
Kokain	im Alter von <input type="text"/> Jahren	noch nie..... <input type="checkbox"/>
Crack	im Alter von <input type="text"/> Jahren	noch nie..... <input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe	im Alter von <input type="text"/> Jahren	noch nie..... <input type="checkbox"/>
Pilze	im Alter von <input type="text"/> Jahren	noch nie..... <input type="checkbox"/>
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. ä.	im Alter von <input type="text"/> Jahren	noch nie..... <input type="checkbox"/>

85. Vom ersten Mal bis heute, wie oft haben Sie folgende Drogen genommen?

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

Habe ich vom ersten Mal bis heute insgesamt genommen

	1 mal	2-5 mal	6-9 mal	10-19 mal	20-59 mal	60-99 mal	100-199 mal	200 mal oder öfter	Nicht genommen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cannabis (Haschisch, Marihuana).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilze.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. ä.....	<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"/>

86. Wann haben Sie die folgenden Drogen zuletzt genommen?

Bitte kreuzen Sie *in jeder Zeile* das zutreffende Kästchen an bzw. tragen Sie die Zahl der Jahre ein.

	Zuletzt genommen			Habe ich noch nie genommen
	In den letzten 30 Tagen	In den letzten 12 Monaten	Länger her, zuletzt vor:	
	1	1	1	
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Pilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahren	<input type="checkbox"/>

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

Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der in Frage 86 genannten Drogen genommen?

Ja ₁

Nein..... ₂ →

Bitte weiter mit Frage 96

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

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Habe ich in den letzten 12 Monaten insgesamt genommen

	1 mal	2-5 mal	6-9 mal	10-19 mal	20-59 mal	60-99 mal	100-199 mal	200 mal oder öfter	Nicht genommen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cannabis (Haschisch, Marihuana).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel, Amphetamine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilze.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. ä.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Wenn Sie jetzt an die letzten 30 Tage 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"/>
Aufputschmittel, Amphetamine	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
LSD	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Heroin	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate	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"/>
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. ä.	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>

90. 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 93

91. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken:

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Nie oder beinahe nie Manchmal Oft Immer oder fast immer

Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Cannabis nicht mehr unter Kontrolle hatten? 1 2 3 4

Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Cannabis zu konsumieren?

Machten Sie sich wegen des Konsums von Cannabis Sorgen?

Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören?

92. 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

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

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Kokain konsumiert?

Ja 1

Nein..... 2

Bitte weiter mit Frage 96

94. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken:

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Nie oder beinahe nie Manchmal Oft Immer oder fast immer

Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Kokain nicht mehr unter Kontrolle hatten? 1 2 3 4

Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Kokain zu konsumieren?

Machten Sie sich wegen des Konsums von Kokain Sorgen?

Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Kokain aufzuhören?

95. Wie schwierig fanden Sie es in den letzten 12 Monaten, auf Kokain zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Überhaupt nicht schwierig Ein bisschen schwierig Ziemlich schwierig Sehr schwierig
1 2 3 4

Die folgenden Fragen beschäftigen sich genauer mit dem Konsum von Amphetamin bzw. Methamphetamin. **Amphetamin** ist z.B. unter den Namen „Speed“, „Pep“ oder „Paste“ bekannt. **Methamphetamin** ist z.B. unter den Namen „Crystal“, „Crystal-Speed“, „Crystal-Meth“, „Meth“ oder „Crank“ bekannt.

96. Haben Sie schon einmal Amphetamin bzw. Methamphetamin probiert?

	Ja 1	Nein 2	
Amphetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn <u>beide</u> Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden, bitte weiter mit Frage S 1
Methamphetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

97. Wie oft, wenn überhaupt, haben Sie in den letzten 12 Monaten Amphetamin bzw. Methamphetamin genommen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Habe ich in den letzten 12 Monaten insgesamt genommen

	1 mal	2-5 mal	6-9 mal	10-19 mal	20-59 mal	60-99 mal	100-199 mal	200 mal oder öfter	Nicht genommen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Amphetamin	<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"/>
Methamphetamin	<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"/>

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

An wie vielen Tagen haben Sie da Amphetamin bzw. Methamphetamin genommen?

	In den letzten 30 Tagen	
	Habe ich genommen	Habe ich <u>nicht</u> genommen <small>1</small>
Amphetamin	an <input style="width: 40px;" type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Methamphetamin	an <input style="width: 40px;" type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>

99. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken:

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

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 Amphetamin/Methamphetamin 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 Amphetamin/Methamphetamin zu konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machten Sie sich wegen des Konsums von Amphetamin/Methamphetamin Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Amphetamin/Methamphetamin aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100. Wie schwierig fanden Sie es in den letzten 12 Monaten, auf Amphetamin/Methamphetamin zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Überhaupt nicht schwierig 1	Ein bisschen schwierig 2	Ziemlich schwierig 3	Sehr schwierig 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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) 4 Bitte weiter mit Frage S 3
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse 5
- 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) 8
- 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 Bitte weiter mit Frage S 4
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule 3
- Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife 4
- einen anderen Schulabschluss 5

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 <input type="checkbox"/> | ➔ Bitte weiter mit Frage S 7 |
| Teilzeitbeschäftigt | 2 <input type="checkbox"/> | |
| Altersteilzeit (unabhängig davon, in welcher Phase befindlich) | 3 <input type="checkbox"/> | ➔ Bitte weiter mit Frage S 6 |
| Geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job, Mini-Job | 4 <input type="checkbox"/> | |
| „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld 2) | 5 <input type="checkbox"/> | |
| Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt | 6 <input type="checkbox"/> | |
| Berufliche Ausbildung/Lehre | 7 <input type="checkbox"/> | |
| Bundesfreiwilligendienst/Zivildienst/Militärdienst | 8 <input type="checkbox"/> | |
| Freiwilliges Soziales Jahr | 9 <input type="checkbox"/> | ➔ Bitte weiter mit Frage S 5 |
| Umschulung | 10 <input type="checkbox"/> | |
| Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung (Altersteilzeit unter 3 angeben) | 11 <input type="checkbox"/> | ➔ Bitte weiter mit Frage S 5 |
| Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler und Studenten, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler, Rentner ohne Nebenverdienst) | 12 <input type="checkbox"/> | |

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 <input type="checkbox"/> | ➔ Bitte weiter mit Frage S 8 |
| Student/in | 2 <input type="checkbox"/> | ➔ Bitte weiter mit Frage S 6 |
| Renter/in, Pensionär/in, im Vorruhestand | 3 <input type="checkbox"/> | |
| Arbeitslos | 4 <input type="checkbox"/> | |
| Dauerhaft erwerbsunfähig | 5 <input type="checkbox"/> | |
| Hausfrau/Hausmann | 6 <input type="checkbox"/> | |
| Sonstiges | 7 <input type="checkbox"/> | |

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 mit...
...keinen Beschäftigten außer mir selbst 12
...1 bis 4 Beschäftigten 13
...5 bis 50 Beschäftigten 14
...mehr als 50 Beschäftigten 15

O Mithelfende/r Familienangehörige/r 16

P Berufliche Ausbildung/Lehre 17

Q Sonstige (z.B. Praktikant/in)..... 18

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	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>

Bitte weiter mit Frage S 10

Es gibt keine/n Hauptverdiener/in

Nein

3	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------


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 1Nein, nicht alleine ausgefüllt 2

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

2015

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