

Leben und Gesundheit 2018

Eine bundesweite Studie im Auftrag
des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Studie „Leben und Gesundheit 2018“ ist eine bundesweite, repräsentative Bevölkerungsbefragung, die seit 1980 regelmäßig durchgeführt wird. Sie untersucht Veränderungen der gesundheitlichen Situation und der Lebensgewohnheiten von Erwachsenen und Jugendlichen 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 und Jugendlichen in Deutschland zu erhalten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Studie beim IFT Institut für Therapieforchung in München in Auftrag gegeben. Die Befragung wird vom 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: LebenundGesundheit2018@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?**

- Bei einigen Fragen werden Sie aufgefordert, Ihre Antwort weiter auszuführen.

Bitte schreiben Sie in die weißen Balken den Antworttext:

Beispiel: In einem anderen Land → In welchem?

- 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 10**

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?.....

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:

3. In welchem Land sind Sie geboren?

In Deutschland 1

In einem anderen Land 2 → In welchem?

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 2 → Welche?

5. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

a) Geburtsland Mutter:

In Deutschland 1

In einem anderen Land 2 → In welchem?

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

b) Geburtsland Vater:

In Deutschland 1

In einem anderen Land 2 → In welchem?

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!

a) Staatsbürgerschaft Mutter:

Deutsche1

Andere2 → Welche?

b) Staatsbürgerschaft Vater:

Deutsche1

Andere2 → Welche?

7. Wie groß sind Sie? cm

Wie viel wiegen Sie? kg

8. Welchen Familienstand haben Sie?

Ich bin...

verheiratet bzw. in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft 1

ledig 2

geschieden 3

verwitwet 4

9. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?

Der katholischen Kirche 1

Der evangelischen Kirche 2

Der jüdischen Religionsgemeinschaft 3

Der islamischen Religionsgemeinschaft 4

Einer anderen Religionsgemeinschaft 5

Keiner Religionsgemeinschaft 6

10. Wie viele leibliche Kinder unter 18 Jahren haben Sie?

Anzahl meiner leiblichen Kinder unter 18 Jahren:

Keine leiblichen Kinder unter 18 Jahren 1 →

Bitte weiter mit Frage 11

Bitte geben Sie für jedes Ihrer leiblichen Kinder folgende Informationen an.

☞ Bei mehr als 5 Kindern geben Sie bitte die 5 jüngsten Kinder an.

Geschlecht

Männlich 1 1 1 1 1

Weiblich 2 2 2 2 2

Kind 1 Kind 2 Kind 3 Kind 4 Kind 5

Alter (in vollendeten Lebensjahren)

! Die folgende Frage richtet sich nur an weibliche Personen. Für männliche Personen geht es mit Frage 12 weiter.

11. Besteht bei Ihnen derzeit eine Schwangerschaft?

Ja 1

Nein 2 →

Bitte weiter mit Frage 12

In der wievielten Schwangerschaftswoche befinden Sie sich?

Schwangerschaftswoche

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Haushalt.

12. Leben Sie mit einem Partner oder einer Partnerin in einem gemeinsamen Haushalt?

Ja..... 1

Nein..... 2

13. 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 15, Seite 6

Insgesamt Personen

14. Wie viele Kinder unter 18 Jahren leben derzeit in Ihrem Haushalt?

☞ Wenn Sie selbst unter 18 Jahren sind, zählen Sie sich bitte nicht dazu.

☞ Bitte geben Sie auch leibliche Kinder an, die in Ihrem Haushalt leben, auch wenn Sie diese bereits in Frage 10 genannt haben.

Anzahl der Kinder:
↓

Keine Kinder unter 18 Jahren im Haushalt..... 1 →

Bitte weiter mit Frage 15, Seite 6

Bitte geben Sie für jedes Kind, das in Ihrem Haushalt wohnt, folgende Informationen an.

☞ Bei mehr als 5 Kindern geben Sie bitte die 5 jüngsten Kinder an.

Geschlecht

| | Kind 1 | Kind 2 | Kind 3 | Kind 4 | Kind 5 |
|----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Männlich | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| Weiblich..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2 |

| | Kind 1 | Kind 2 | Kind 3 | Kind 4 | Kind 5 |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Alter (in vollendeten Lebensjahren) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Wie ist die verwandtschaftliche Beziehung zu Ihnen?

| | Kind 1 | Kind 2 | Kind 3 | Kind 4 | Kind 5 |
|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Leibliches Kind | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| Stiefkind..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| Adoptivkind..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| Pflegekind | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| Bruder/Schwester | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| Enkel..... | <input type="checkbox"/> 6..... | <input type="checkbox"/> 6..... | <input type="checkbox"/> 6..... | <input type="checkbox"/> 6..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| Sonstige..... | <input type="checkbox"/> 7..... | <input type="checkbox"/> 7..... | <input type="checkbox"/> 7..... | <input type="checkbox"/> 7..... | <input type="checkbox"/> 7 |


Fragen zu Ihrer Gesundheit

15. 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"/> |

16. 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

17. 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 1 | Nein 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"/> |

18. Wie oft führen Sie die folgenden körperlichen Aktivitäten in etwa durch? An so einem Tag, an dem Sie die folgenden Aktivitäten durchführen, wie lange sind Sie da körperlich aktiv?

 Sollten Sie die Aktivitäten nicht durchführen, tragen Sie bitte "0" ein.

 Bitte geben Sie Durchschnittswerte an.

| | Tage pro Woche | Gesamtzeit pro Tag | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Bewegung von Ort zu Ort (z. B. Arbeitswege mit dem Rad oder zu Fuß)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Stunden | Minuten |
| Sport in der Freizeit (z. B. Fußball, Schwimmen, Joggen, Yoga, Gymnastik)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Stunden | Minuten |
| Berufsbedingt körperlich aktiv (z. B. Maurer, Dachdecker, Kellnerin, Krankenschwester)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Stunden | Minuten |

19. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie die folgenden Lebensmittel essen oder trinken.

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

| | Seltener oder nie | 1-3 mal pro Woche | 4-6 mal pro Woche | 1 mal am Tag | Mehr als am Tag |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 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"/> |

20. Was glauben Sie, welche der folgenden Krankheiten können durch übermäßigen Alkoholkonsum verursacht werden?

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

| | |
|---|--------------------------|
| Krebs..... | <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheiten..... | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes..... | <input type="checkbox"/> |
| Hoher Cholesterinspiegel..... | <input type="checkbox"/> |
| Leberkrankheiten..... | <input type="checkbox"/> |
| Übergewicht oder Fettleibigkeit (Adipositas)..... | <input type="checkbox"/> |
| Arthritis..... | <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, Ibufhexal, Ibuprofen, Ibu-ratiopharm, Katadolon, L-Polamidon, Meptid, Merck, Metamizol, Migraeflux, Morphin, MSI Mundipharma, MSR Mundipharma Suppositorien, MST Mundipharma, Nedolon, Neuranidal, Novalgin, Novaminsulfon, Nubain, Nurofen, Palladon, Paracetamol, Relpax, Remedacen, Sevredol, Spalt, Temgesic, Thomapyrin, Tilidin, Togonal, Tramadol, Tramador, 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, Demetrin, Diazepam, Distraneurin, Dolestan, Durazanyl, Faustan, Flunitrazepam, Gityl, Lexostad, 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, Percoffedrinol, Ritalin, Straterra, Viagra, Vigil oder andere. |
| Appetitzügler | Alvalin, Amfepramon, Cathin, Norephedrin, Recatol, Regenon retard oder andere. |
| Antidepressiva | Amitriptylin, Amineurin, Amioxid, Anafranil, Aponal, Aurorix, Ciprexal, Citalopram, Cymbalta, Clomipramin, Doneurin, Doxepin, Elontril, Equilibrin, Fevarin, Fluctin, Fluoxetin, Herphonal, Imipramin, Insidon, Ludiomil, Maprotilin, Mareen, Mianserin, Mirtazampin, Noveril, Opipram, Opipramol, Paroxetin, Saroten, Sertralin, Seroxat, Stangyl, Syneudon, Tianeura, Tofranil, Trazodon, Trevilor, Trimineurin, Trimipramin, Venlafaxin oder andere. |
| Neuroleptika | Abilify, Amisulprid, Benperidol, Carbamazepin, Ciatyl-Z, Chlorprotixen, Clozapin, Decentan, Dogmatil, Fluanxol, 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. |

21. 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..... ¹ <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 42, Seite 13 |
| Schlafmittel..... | <input type="checkbox"/> | |
| Beruhigungsmittel..... | <input type="checkbox"/> | |
| Anregungsmittel..... | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage 22 |
| Appetitzügler..... | <input type="checkbox"/> | |
| Antidepressiva | <input type="checkbox"/> | |
| Neuroleptika | <input type="checkbox"/> | |
| Anabolika | <input type="checkbox"/> | |

22. 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"/> |
| Anabolika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Ja, in den letzten 12 Monaten..... 1

Nein 2 → Bitte weiter mit Frage 42, Seite 13

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

24. 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"/> |

25. 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 |
| 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 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 |
| 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. 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 |
| 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"/> |

28. 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 |
| 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"/> |

29. 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 | 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"/> |

30. 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 | 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"/> |

31. 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 | 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"/> |

32. 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 Nein

1 2

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

33. 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 Nein

1 2

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

34. 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?

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten
12 Monaten

Ja Nein

1 2

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

35. 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?

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten
12 Monaten

Ja Nein

1 2

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

36. 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?

 Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

In den letzten
12 Monaten


Ja Nein

1 2

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

37. 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?

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

In den letzten
12 Monaten

Ja
1 Nein
2

Schmerzmittel

Schlafmittel.....

Beruhigungsmittel.....

38. 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?

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

In den letzten
12 Monaten

Ja
1 Nein
2

Schmerzmittel

Schlafmittel.....

Beruhigungsmittel.....

39. 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

Schlafmittel.....

Beruhigungsmittel.....

40. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein solch starkes Verlangen oder einen 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

Schlafmittel.....

Beruhigungsmittel.....

41. 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

Schlafmittel.....

Beruhigungsmittel.....

Fragen zum Rauchen

- ! Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Konsum von konventionellen Tabakprodukten wie z. B. Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen. Nicht gemeint sind hier Wasserpfeifen (Shishas) oder E-Zigaretten.


42. Rauchen Sie zurzeit?

- Ja, regelmäßig ₁
Ja, gelegentlich ₂
Nein ₃

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

- Ja ₁ Nein ₂ → Bitte weiter mit Frage 54, Seite 16

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

44. 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

45. Wann haben Sie zuletzt geraucht?

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

- In den letzten 30 Tagen ₁ → Bitte weiter mit Frage 46
Vor 1 bis 12 Monaten ₂ → Bitte weiter mit Frage 48, Seite 14
Vor mehr als 1 Jahr ₃ → Bitte weiter mit Frage 54, Seite 16

46. 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

47. 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*)

48. 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

49. 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?

Haben Sie festgestellt, dass die Wirkung des Rauchens abnahm, obwohl Sie gleich viel rauchten wie bisher?

Haben Sie häufig über mehrere Tage hinweg wesentlich mehr geraucht als Sie sich vorgenommen hatten?

Haben Sie erfolglos versucht, das Rauchen über einige Tage einzuschränken oder ganz aufzugeben?

Waren Sie Kettenraucher, d. h. rauchten Sie eine Zigarette nach der anderen?

Haben Sie wegen des Rauchens wiederholt wichtige Aktivitäten über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger aufgegeben?

Haben Sie während einer ernsthaften Erkrankung weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es ratsam gewesen wäre, darauf zu verzichten?

Haben Sie festgestellt, dass Ihr Rauchen Ihre Arbeit, Schule oder Hausarbeit beeinträchtigt hat?

Haben Sie in Situationen geraucht, in denen große Verletzungsgefahr besteht, z. B. im Bett oder beim Umgang mit entzündlichen Substanzen?

Haben Sie weiter geraucht, obwohl dies andere Menschen, wie z. B. Familienmitglieder oder Freunde, ärgerlich oder unglücklich gemacht hat?

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

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

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
↓

Nein₂ → 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
↓

Nein₂ → 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 | Nein |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | 1 | 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"/> |
| Konzentrationschwierigkeiten..... | <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. Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen ernsthaften Versuch unternommen, das Rauchen aufzugeben?

Ja..... ₁
↓

Nein₂ → Bitte weiter mit Frage 54, Seite 16

War dieser Versuch erfolgreich?

Ja..... ₁

Nein..... ₂

! Die folgenden Fragen beziehen sich auf Wasserpfeifen (Shishas), sogenannte „Heat-Not-Burn“ Produkte (z. B. IQOS) und E-Zigaretten (beinhaltet auch E-Shishas, E-Pfeifen, E-Zigarren).

54. Haben Sie jemals eine Wasserpfeife (Shisha), ein „Heat-Not-Burn“ Produkt oder eine E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre benutzt? Wenn ja, wann haben Sie diese zum letzten Mal genutzt?

| | In den letzten 30 Tagen | In den letzten 12 Monaten | Länger her | Nein, noch nie genutzt |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Wasserpfeife (Shisha) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| „Heat-Not-Burn“ Produkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

↓
Bitte weiter mit Frage 58

55. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal eine E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha/E-Pfeife 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

56. 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/E-Pfeifen genutzt?

An etwa Tagen An keinem Tag 0

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

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

Fragen zu Alkohol

58. 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

59. 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 60

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

60. Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?

Ja 1
↓

Nein 2 → Bitte weiter mit Frage 61

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

61. 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 62

Zwischen 1 und 12 Monate 2 → Bitte weiter mit Frage 68, Seite 18

Länger her als 1 Jahr 3 → Bitte weiter mit Frage 80, Seite 21

Habe noch nie Alkohol getrunken 4

Sie haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken.

62. 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

63. 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)

64. 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)

65. 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)

66. 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)

67. 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 74

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

68. 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

69. 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)

70. 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)

71. 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)

72. 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)

73. 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

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

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

In den letzten 12 Monaten

| | Nein 1 | Ja, einmal 2 | Ja, mehr als einmal 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie unter Alkoholeinfluss in Situationen, in denen eine große Verletzungsgefahr besteht, z. B. beim Rad fahren, Auto und Boot fahren oder beim Gebrauch von Maschinen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie wegen Alkohol Ärger mit der Polizei, z. B. wegen Alkohol am Steuer oder wegen Randalierens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Alkohol Vorwürfe gemacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist wegen Ihres Alkoholkonsums eine Beziehung, z. B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinandergegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie wegen Ihres Alkoholkonsums in finanzielle Schwierigkeiten geraten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie unter Alkoholeinfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

75. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die letzten 12 Monate.

In den letzten 12 Monaten

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

| | Ja 1 | Nein 2 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie festgestellt, dass Sie mehr trinken mussten als früher, um dieselbe Wirkung zu erzielen, dass Sie also wesentlich mehr vertragen konnten?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie festgestellt, dass die gleiche Menge Alkohol bei Ihnen eine geringere Wirkung hatte als früher, dass Sie also wesentlich mehr vertragen konnten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie oft mehr, häufiger oder über eine längere Zeitspanne als beabsichtigt getrunken?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist es mehrmals vorgekommen, dass Sie Alkohol getrunken haben und dann feststellten, dass es für Sie sehr schwierig war, damit aufzuhören, bevor Sie vollkommen betrunken waren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie häufiger erfolglos versucht, weniger Alkohol zu trinken oder ganz damit aufzuhören? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie eine Zeitspanne, in der Sie über mehrere Tage hinweg viel Alkohol tranken, betrunken waren oder unter den Auswirkungen des Alkohols, z. B. einem Kater, litten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie wegen Alkohol wichtige Aktivitäten, wie Ihre Arbeit, Sport oder Treffen mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder ganz aufgegeben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder Drang nach Alkohol, dass Sie dem nicht widerstehen konnten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach Alkohol, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

76. Wenn Sie in den letzten 12 Monaten einmal weniger als üblich oder nichts getrunken haben, haben Sie dann eine oder mehrere der folgenden Beschwerden bei sich beobachtet?

| | Ja 1 | Nein 2 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zittern..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaflosigkeit..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angstgefühl..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwitzen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halluzinationen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Krampf-)Anfall..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übelkeit, Erbrechen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegungsdrang..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzrasen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn alles mit „Nein“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 77

Wenn mindestens einmal mit „Ja“ geantwortet wurde:

Wenn derartige Beschwerden in den letzten 12 Monaten bei Ihnen aufgetreten sind, haben Sie Alkohol getrunken, um das Auftreten derartiger körperlicher Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?

Ja, in den letzten 12 Monaten..... ₁ Nein ₂

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

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁

Nein ₂ →

Bitte weiter mit Frage 78

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"/> |

78. Glauben Sie, Ihr Risiko für die folgenden Krebsarten ist durch Ihren Alkoholkonsum erhöht?

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

- Magenkrebs ₁
- Eierstock-Krebs.....
- Brustkrebs.....
- Mund- und Speiseröhrenkrebs
- Gehirntumore
- Darmkrebs.....
- Leberkrebs.....
- Blasenkrebs

79. Bitte geben Sie noch einmal an, ob Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken haben.

Ja ₁ →

Bitte weiter mit Frage 81, Seite 22

Nein ₂

80. Sie haben angegeben, seit einiger Zeit keinen Alkohol getrunken zu haben. Im Folgenden sind einige mögliche Gründe genannt, weshalb Menschen auf Alkohol verzichten. Wie wichtig sind diese Gründe für Ihre Entscheidung, keinen Alkohol zu trinken?

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

| | Ist für meine Entscheidung | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Gar nicht wichtig | Kaum wichtig | Etwas wichtig | Wichtig | Sehr wichtig |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Alkohol verleitet Menschen dazu, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe eine Erkrankung, deren Zustand sich durch Alkohol verschlechtert..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einer oder beide meiner Eltern haben oder hatten ein Alkoholproblem..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Familie spricht sich gegen den Konsum von Alkohol aus..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Konsum von Alkohol ist gegen meine spirituelle/religiöse Einstellung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich mag den Geschmack und/oder Geruch von Alkohol nicht..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin schwanger bzw. meine Partnerin ist schwanger..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen zu Drogen

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

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

- | | |
|--|--------------------------|
| | 1 |
| Cannabis (Haschisch, Marihuana)..... | <input type="checkbox"/> |
| Aufputschmittel, Amphetamine..... | <input type="checkbox"/> |
| Ecstasy..... | <input type="checkbox"/> |
| LSD..... | <input type="checkbox"/> |
| Heroin..... | <input type="checkbox"/> |
| Andere Opiate (z. B. Codein, Methadon, Opium, Morphinum) | <input type="checkbox"/> |
| Kokain..... | <input type="checkbox"/> |
| Crack..... | <input type="checkbox"/> |
| Pilze..... | <input type="checkbox"/> |
| Schnüffelstoffe..... | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe bisher <u>keine</u> dieser Drogen probiert..... | <input type="checkbox"/> |

! 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.

82. Haben Sie jemals solche Substanzen konsumiert?

- | | | |
|-----------------|---|--------------------------|
| Ja..... | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Nein..... | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Weiß nicht..... | 8 | <input type="checkbox"/> |

Bitte weiter mit Frage 84

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

- | | | |
|-----------------|---|--------------------------|
| Ja..... | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Nein..... | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Weiß nicht..... | 8 | <input type="checkbox"/> |

Bitte weiter mit Frage 84

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..... | <input type="checkbox"/> |
| Pulver, Kristalle oder Tabletten..... | <input type="checkbox"/> |
| Flüssigkeiten..... | <input type="checkbox"/> |

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

Ich habe Drogen:

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------|---|
| ...schon irgendwann mal probiert..... | 1 | <input type="checkbox"/> | Bitte weiter mit Frage 85 |
| ...noch nie probiert..... | 2 | <input type="checkbox"/> | Bitte weiter mit Frage 111, Seite 29 |

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 | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Gar nicht | einmal | 2-5 mal | mehr als 5 mal |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cannabis (Haschisch, Marihuana)..... | <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"/> |
| Ecstasy..... | <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"/> |
| Heroin..... | <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"/> |
| Kokain..... | <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"/> |
| Schnüffelstoffe..... | <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"/> |
| Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. Ä..... | <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 | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| | In den letzten 30 Tagen | In den letzten 12 Monaten | Länger her, zuletzt vor: | Habe ich noch nie genommen |
| | 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, in den letzten 12 Monaten ₁

Nein ₂ →

Bitte weiter mit Frage 111, Seite 29

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

| | Gar nicht 1 | Seltener als einmal im Monat 2 | Mindestens einmal im Monat 3 | Mindestens einmal pro Woche 4 | (Fast) täglich 5 |
|---|--------------------------|---|---------------------------------------|--|--------------------------|
| Cannabis (Haschisch, Marihuana)..... | <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"/> |
| Ecstasy..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LSD..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heroin..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Opiate..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kokain..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Crack..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnüffelstoffe..... | <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"/> |
| Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. Ä..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

89. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft: Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis oder Kokain oder Amphetamine konsumiert?

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁

Nein ₂ →

Bitte weiter mit Frage 111, Seite 29

! Die folgenden Fragen 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“.

90. 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"/> |

91. Standen Sie in den letzten 12 Monaten unter dem Einfluss von Drogen, wenn Sie sich in Situationen mit erhöhter Verletzungsfahrer befanden, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Arbeit, wenn Sie eine Maschine bedienten 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"/> |

92. 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 | Ja, einmal | Ja, mehr als einmal |
| 1 | 2 | 3 |
| <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"/> |


Cannabis.....

Kokain.....

Amphetamine.....

93. 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 | Ja, einmal | Ja, mehr als einmal |
| 1 | 2 | 3 |
| <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"/> |


Cannabis.....

Kokain.....

Amphetamine.....

94. 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 | Ja, einmal | Ja, mehr als einmal |
| 1 | 2 | 3 |
| <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"/> |

Cannabis.....

Kokain.....

Amphetamine.....

95. 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 | Ja, einmal | Ja, mehr als einmal |
| 1 | 2 | 3 |
| <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"/> |

Cannabis.....

Kokain.....

Amphetamine.....

96. 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 | Ja, einmal | Ja, mehr als einmal |
| 1 | 2 | 3 |
| <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"/> |

Cannabis.....

Kokain.....

Amphetamine.....

97. 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"/> |

98. 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"/> |

99. 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"/> |
| Kokain..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amphetamine..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

↓

Wenn alles mit „Nein“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 101

100. 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"/> |

101. 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"/> |

102. 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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cannabis.....

Kokain.....

Amphetamine.....

103. 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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cannabis.....

Kokain.....

Amphetamine.....

104. 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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cannabis.....

Kokain.....

Amphetamine.....

105. 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 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 107, Seite 28

106. 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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cannabis.....

Kokain.....

Amphetamine.....

107. 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"/> | → Wenn <u>alles</u> mit „Nein“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 109 |
| Kokain..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Amphetamine..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

↓

108. 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 | Nein |
| | 1 | 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 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 | Nein |
| | 1 | 2 |
| Cannabis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kokain..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amphetamine..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

110. 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 | Nein |
| | 1 | 2 |
| Cannabis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kokain..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amphetamine..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

! 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“ oder „Meth“ bekannt.

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

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

↓

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

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

| | Gar nicht 1 | Seltener als einmal im Monat 2 | Mindestens einmal im Monat 3 | Mindestens einmal pro Woche 4 | (Fast) täglich 5 |
|----------------------|--------------------------|---|---------------------------------------|--|--------------------------|
| Amphetamin | <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"/> |

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!

| | | | |
|---|---|--------------------------|---|
| Aktuell Schüler/in, besuche eine allgemein bildende Vollzeitschule | 1 | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 2 |
| Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) | 2 | <input type="checkbox"/> | |
| Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) | 3 | <input type="checkbox"/> | |
| Realschulabschluss (Mittlere Reife) | 4 | <input type="checkbox"/> | |
| Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse | 5 | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 3, Seite 30 |
| Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse | 6 | <input type="checkbox"/> | |
| Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule | 7 | <input type="checkbox"/> | |
| Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) | 8 | <input type="checkbox"/> | |
| Einen anderen Schulabschluss | 9 | <input type="checkbox"/> | |

S 2 Welchen allgemein bildenden Schulabschluss streben Sie an?

Bitte machen Sie **nur ein** Kreuz!

| | | | |
|--|---|--------------------------|---|
| Hauptschulabschluss | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife | 2 | <input type="checkbox"/> | |
| Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule | 3 | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 4, Seite 30 |
| Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife | 4 | <input type="checkbox"/> | |
| einen anderen Schulabschluss | 5 | <input type="checkbox"/> | |

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, 450-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..... 11 → Bitte weiter mit Frage S 5
- Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler und Studenten,
die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler,
Rentner ohne Nebenverdienst)..... 12

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, Seite 32
- 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, Seite 32

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?

Ja1

Es gibt keine/n Hauptverdiener/in2

Nein3

→ Bitte weiter mit Frage S 10

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

. 2018
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**