

Leben und Gesundheit 2021

Eine bundesweite Studie im Auftrag
des Bundesministeriums für Gesundheit

Fragebogen

Herzlichen Dank, dass Sie uns bei dieser wichtigen Studie unterstützen.

Die Studie „Leben und Gesundheit 2021“ 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. Der Schwerpunkt der Studie ist der Gebrauch von Genuss- und Suchtmitteln.

Die vom IFT Institut für Therapieforchung in München geleitete Studie wird durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell gefördert. Die Befragung wird vom infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft in Bonn durchgeführt.

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: Die Vorschriften 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: LebenundGesundheit2021@infas.de

Sie können den Fragebogen auch im Internet ausfüllen.

Gehen Sie dazu bitte ins Internet
und geben folgende Adresse ein:

Anschließend geben Sie bitte Ihren
persönlichen Zugangscode ein:

Alternativ können Sie auch direkt zum Fragebogen
gelangen, indem Sie Ihren persönlichen QR-Code einscannen:

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

- Kreuzen Sie bitte die jeweilige Antwortmöglichkeit, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft, in dem dazu vorgesehenen Kästchen an. Sollten Sie sich einmal bei einer Antwort geirrt haben, so streichen Sie dieses Kästchen bitte deutlich durch und kreuzen die für Sie richtige Antwort an.

Beispiel: Ja Nein

- Bitte achten Sie auf entsprechende Hinweise zum Ausfüllen von Fragen:

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

- Handelt es sich um ein Freitextfeld, befüllen Sie dieses bitte handschriftlich mit Druckbuchstaben im dafür vorgesehenen Bereich:

Beispiel:

- Manchmal werden auch Zahlenangaben erfragt. Tragen Sie auch diese bitte handschriftlich in Druckbuchstaben in den dafür vorgesehenen Bereich ein:

Beispiel: In welchem Jahr sind Sie geboren?

- Falls Sie bestimmte Fragen überspringen sollen, werden Sie speziell darauf hingewiesen.

Beispiel: →

Fragen zu Ihrer Person

1 Welches Geschlecht haben Sie?

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

Männlich

Weiblich

Divers

2 In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr:

3 In welchem Land sind Sie geboren?

In Deutschland

In einem anderen Land → 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

Andere → Welche?

5 In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

a) Geburtsland Mutter:

In Deutschland

In einem anderen Land

→ 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

b) Geburtsland Vater:

In Deutschland

In einem anderen Land

→ 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

6 Welche Staatsbürgerschaft haben/hatten Ihre Eltern?

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

a) Staatsbürgerschaft Mutter:

Deutsche

Andere

→ Welche?

b) Staatsbürgerschaft Vater:

Deutsche

Andere

→ 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

... ledig

... geschieden

... verwitwet

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

Ja

Nein

10 Wie viele Kinder haben Sie?

Kind/er Ich habe keine Kinder

Wie viele Kinder leben zurzeit mit Ihnen im Haushalt zusammen?

Kind/er Keine Kinder im Haushalt

11 Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.

Lebe allein → **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

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

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

	Sehr gut	Gut	Durchschnittlich	Schlecht	Sehr schlecht
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. Migräne, Schmerzen im Knie- oder Nackenbereich, Bandscheibenvorfall, Krebs oder Rheuma.

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

Krebserkrankung <input type="checkbox"/>	Schädigung des Nervensystems (z. B. Polyneuropathien, Postzosterneuralgie) <input type="checkbox"/>
Arthrose <input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen (z. B. Fibromyalgie, Restless-Legs-Syndrom) <input type="checkbox"/>
Arthritis <input type="checkbox"/>	Neurologisch Erkrankung (z. B. Parkinson, Epilepsie, Alzheimer Demenz, Multiple Sklerose) <input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen <input type="checkbox"/>	Andere <input type="checkbox"/>
Beschwerden im Nackenbereich <input type="checkbox"/>	
Beschwerden im Knie <input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen, Migräne <input type="checkbox"/>	Nein, keine chronischen Krankheiten <input type="checkbox"/>

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

In den letzten 12 Monaten

Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!

Ja Nein

Litten Sie mehrere Monate lang unter körperlichen Beschwerden oder Schmerzen, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte? Ja Nein

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? Ja Nein

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? Ja Nein

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? Ja Nein

Litten Sie unter unbegründet starken Ängsten vor öffentlichen Plätzen, Verkehrsmittel zu benutzen oder in Geschäfte zu gehen? Ja Nein

Litten Sie unter einer unbegründet starken Angst vor Situationen, wie z. B. Aufzüge, Tunnels, Flugzeuge zu benutzen oder vor Höhen oder Unwettern? Ja Nein

Litten Sie über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit? Ja Nein

Litten Sie über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Interessenverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit? Ja Nein

Waren Sie über mehrere Tage hinweg ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten? Ja Nein

Gab es in Ihrem Leben extrem belastende schreckliche Ereignisse oder Katastrophen, die Sie in den letzten 12 Monaten noch beschäftigten? Ja Nein

Waren Sie in psychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder hat Ihnen ein Arzt oder Therapeut mitgeteilt, eine psychische oder psychosomatische Krankheit zu haben? Ja Nein

Fragen zur Einnahme von Medikamenten

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Einnahme von Medikamenten. Damit Sie sehen können, welche Medikamente zu den Kategorien in den Fragen gehören, haben wir Ihnen Beispiele für die gebräuchlichsten Medikamente nach Kategorien zusammengestellt:

Schlafmittel	Baldriparan N, Betadorm D, Bikalm, Dalmadorm, Dolestan, Dormicum, Eatan N, Ergocalm, Fluninoc, Flunitrazepam, Halbmond, Halcion, Hoggar, Imeson, Lendormin, Lormetazepam, Luvased, Mogadan, Moradorm, 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, Flunitrazepam, Gityl, Lexostad, Librium, Lorazepam, Nitrazepam, Normoc, Oxazepam, Praxiten, Radepur, Rudotel, Sedariston, Sigacalm, Stilnox, Tafil, Tavor, Tranxilium, Valium 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, Cipralext, Citalopram, Cymbalta, Clomipramin, Doneurin, Doxepin, Elontril, Equilibrin, Fevarin, Fluctin, Fluoxetin, Herphonal, Imipramin, Insidon, Ludiomil, Maprotilin, Mareen, Mianserin, Mirtazapin, Noveril, Opipram, Opipramol, Paroxetin, Sertralin, Seroxat, Stangyl, Syneudon, Tianeurax, Tofranil, Trazodon, Trevilor, Trimineurin, Trimipramin, Venlafaxin oder andere.
Neuroleptika	Abilify, Amisulprid, Benperidol, Carbamazepin, Ciatyl-Z, Chlorprothixen, Clozapin, Decentan, Dogmatil, Fluanxol, Flupentixol, Fluphenazin, Fluspi, Glianimon, Haldol, Haloperidol, Jatrosom, Leponex, Lyrica, Melleril, Melperon, 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.

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

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

Trifft zu

Schlafmittel	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 16
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>

Keines dieser
Medikamente

 →

Bitte weiter mit Frage 17

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

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

	Habe ich in den letzten 30 Tagen genommen					Vom Arzt verordnet	
	Nicht genommen	Seltener als ein- mal pro Woche	Einmal pro Woche	Mehr- mals pro Woche	Täglich	Ja	Nein
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"/>

! 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.

17 Zunächst geht es um opioidhaltige Schmerzmittel. Haben Sie in den letzten 12 Monaten opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen? Dazu gehören zum Beispiel:

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

Ja, in den letzten 12 Monaten Nein → **Bitte weiter mit Frage 23, Seite 9**

18 Wurden Ihnen opioidhaltige Schmerzmittel von einem Arzt verschrieben?

Ja, ausschließlich Teilweise Nein


19 Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen (4 Wochen) opioidhaltige Schmerzmittel genommen?

☞ Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

Habe ich in den letzten 30 Tagen ...

- ... nicht genommen
- ... seltener als einmal pro Woche genommen
- ... einmal pro Woche genommen
- ... mehrmals pro Woche genommen
- ... täglich genommen

20 Nun 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
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich unabsichtlich verletzt, d. h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im Zusammenhang mit opioidhaltigen Schmerzmitteln rechtliche Probleme, z. B. wegen Besitz von Medikamenten, Diebstahl oder Fahren unter Medikamenteneinfluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln Vorwürfe gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ging wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln eine Beziehung, z. B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln in finanzielle Schwierigkeiten geraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie unter Einfluss von opioidhaltigen Schmerzmitteln jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja	Nein
Haben Sie opioidhaltige Schmerzmittel in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als verschrieben oder ursprünglich beabsichtigt eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie beim Absetzen von opioidhaltigen Schmerzmitteln oder bei Verminderung der Dosis irgendwelche Beschwerden oder ein Unwohlgefühl gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das gleiche oder ein vergleichbares opioidhaltiges Schmerzmittel weiter eingenommen, um Beschwerden oder ein Unwohlgefühl beim Absetzen oder bei Verminderung der Dosis zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie festgestellt, dass Sie höhere Dosen opioidhaltiger Schmerzmittel brauchten, um die gewünschte Wirkung zu erzielen oder hat sich bei längerer Einnahme der gleichen Menge die Medikamentenwirkung deutlich abgeschwächt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mehrmals vergeblich versucht, die Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln zu reduzieren oder einzustellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 Es geht weiterhin um die Einnahme von opioidehaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

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

In den letzten 12 Monaten

	Ja	Nein
Haben Sie viel Zeit benötigt, um opioidehaltige Schmerzmittel zu erhalten (z. B. mehrere Ärzte aufgesucht) oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie wegen der Einnahme opioidehaltiger Schmerzmittel wichtige Aktivitäten, z. B. Ihre Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie opioidehaltige Schmerzmittel eingenommen, obwohl Sie wussten, dass die Einnahme Ihnen schadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder Drang nach opioidehaltigen Schmerzmitteln, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach opioidehaltigen Schmerzmitteln, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig mehr Medikation (also höhere Dosierungen) ein, als Sie verschrieben bekommen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Ihre Medikation häufiger als verschrieben ein, d. h. verkürzen Sie die Einnahmeabstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie immer früher oder häufiger Folgepreskriptionen Ihrer Medikation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich „high“ nach der Einnahme Ihrer Medikation oder bekommen Sie ein Rausch-Gefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie oder nahmen Sie Ihre Schmerzmedikation, weil Sie verstimmt oder aufgeregt waren oder um andere Symptome als Schmerz zu beeinflussen oder zu beseitigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie oder müssen Sie mehrere Ärzte aufsuchen, die Ihnen Ihre Schmerzmittel verschreiben, um mehr Schmerzmittelrezepte zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23 Nun geht es um nicht-opioidehaltige Schmerzmittel. Haben Sie in den letzten 12 Monaten nicht-opioidehaltige Schmerzmittel eingenommen? Dazu gehören zum Beispiel:


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

Ja, in den letzten 12 Monaten Nein → **Bitte weiter mit Frage 28, Seite 11**

24 Wurden Ihnen nicht-opioidehaltige von einem Arzt verschrieben?

Ja, ausschließlich Teilweise Nein

25 Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen (4 Wochen) nicht-opioidhaltige Schmerzmittel genommen?

 Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

Habe ich in den letzten 30 Tagen ...

- ... nicht genommen
- ... seltener als einmal pro Woche genommen
- ... einmal pro Woche genommen
- ... mehrmals pro Woche genommen
- ... täglich genommen

26 Nun geht es um Gewohnheiten und Schwierigkeiten bei der Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

 Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

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

27 Nun geht es um Ihre persönlichen Überzeugungen zur Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln. Geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder diese ablehnen.

 Bitte machen Sie <i>in jeder Zeile</i> ein Kreuz!	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Meine Schmerzmittel schützen mich davor, dass es mir schlechter geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine derzeitige Gesundheit hängt von meinen Schmerzmitteln ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine zukünftige Gesundheit hängt von meinen Schmerzmitteln ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne meine Schmerzmittel wäre ich sehr krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Leben, so wie ich es jetzt führe, wäre ohne meine Schmerzmittel nicht möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal mache ich mir Sorgen wegen der langfristigen Auswirkungen meiner Schmerzmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Schmerzmittel sind mir ein Rätsel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal mache ich mir Sorgen, von meinen Schmerzmitteln zu abhängig zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bereitet mir Sorgen, Schmerzmittel nehmen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Schmerzmittel stören mein Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


28 Bitte kreuzen Sie nochmals an, was auf Sie zutrifft:

Ich habe in den letzten 12 Monaten ...

... Schmerzmittel genommen ... Schmerzmittel nicht genommen → Bitte weiter mit Frage 30

↓

29 Nun geht es sowohl um Ihren Gebrauch von opioidhaltigen als auch nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln. Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie ...

 Bitte machen Sie <i>in jeder Zeile</i> ein Kreuz!	Stark reduziert	Etwas reduziert	Unverändert	Etwas zugenommen	Stark zugenommen
... wie hat sich die Anzahl der Tage pro Woche, an denen Sie Schmerzmittel einnehmen, verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie hat sich die Menge der Schmerzmittel pro Einnahme verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30 Nun geht es noch einmal um Medikamente im Allgemeinen. Bitte kreuzen Sie nochmals an, was auf Sie zutrifft:

Ich habe in den letzten 12 Monaten ...

... Medikamente genommen → Bitte weiter mit Frage 31, Seite 12

... Medikamente nicht genommen → Bitte weiter mit Frage 32, Seite 12

31 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 ruhiger zu werden

... um leistungsfähiger zu werden

... um sich wohler zu fühlen

... um weniger Schmerzen zu haben

... um körperliche Vorgänge zu regulieren.

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

	Nein, trifft nicht zu	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
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 Medikamenten 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 Medikamente 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"/>

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), E-Zigaretten oder Tabakerhitzer.

32 Rauchen Sie zurzeit?

- Ja, regelmäßig
- Ja, gelegentlich
- Nein

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

Ja Nein → Bitte weiter mit Frage 47, Seite 14

↓

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

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

- Zigaretten
- Zigarren
- Zigarillos
- Pfeife

34 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

35 Wann haben Sie zuletzt geraucht?

 Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

In den letzten 30 Tagen → Bitte weiter mit Frage 36

Vor 1 bis 12 Monaten → Bitte weiter mit Frage 38

Vor mehr als 1 Jahr → Bitte weiter mit Frage 47, Seite 14

36 Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (4 Wochen):
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigaretten geraucht?

An etwa Tagen An keinem Tag

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

Etwa Zigaretten

37 Bitte denken Sie jetzt wieder nur an die letzten 30 Tage (4 Wochen):
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen geraucht?

An etwa Tagen An keinem Tag

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)

38 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 Nein

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

Innerhalb von 5 Minuten

Innerhalb von 6 bis 30 Minuten

Innerhalb von 31 bis 60 Minuten

Später als nach 60 Minuten

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

Ja Nein

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

Die erste am Morgen

Andere

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

Ja Nein

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

Ja Nein

44 Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

 Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.

Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.

Ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.

Ich rauche nicht mehr.

45 Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen ernsthaften Versuch unternommen, das Rauchen aufzugeben?

Ja Nein → Bitte weiter mit Frage 47



War dieser Versuch erfolgreich?

Ja Nein

Haben Sie diesen Versuch aufgrund der Corona-Pandemie unternommen?

Ja Nein

46 Welche Hilfsmittel haben Sie bei Ihrem letzten Versuch in den letzten 12 Monaten verwendet?

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

Entwöhnungskurs oder -seminar App oder Internetseite (PC, Smartphone)

Nikotinhaltige Präparate (Pflaster, Kaugummi, Lutschtabletten, Sublingualtabletten, Nikotin-Inhaler) Elektronische Zigarette

Verschreibungspflichtige Medikamente (Bupropion, Vareniclin) Ärztliche Beratung (inkl. Beratung in der Apotheke)

Bücher, Broschüren, CDs, Videos, DVDs Rauchertelefon

Hypnose Unterstützung durch Partner/Freunde/Familie

Akupunktur, Akupressur Andere Hilfsmittel

Keine Hilfsmittel oder Hilfen

! Die folgenden Fragen beziehen sich auf E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen.

47 Haben Sie jemals eine E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha/E-Pfeife 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

→ Bitte weiter mit Frage 61, Seite 16

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

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

- ... viel schädlicher
- ... etwas schädlicher
- ... genauso schädlich
- ... etwas weniger schädlich
- ... viel weniger schädlich

49 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

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

- Ausschließlich ohne Nikotin
- Hauptsächlich ohne Nikotin
- Hauptsächlich mit Nikotin
- Ausschließlich mit Nikotin
- Sowohl als auch

51 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 → Bitte weiter mit Frage 61, Seite 16

52 Wie oft pro Tag nutzen Sie normalerweise Ihre E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre? (Angenommen, eine Nutzung besteht aus ungefähr 15 Zügen oder dauert ungefähr 10 Minuten.)

mal pro Tag

53 An Tagen, an denen Sie Ihre E-Zigarette /E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre frei nutzen können, wie schnell nach dem Aufwachen nutzen Sie diese zum ersten Mal?

Nach Minuten

54 Wachen Sie manchmal nachts auf, um Ihre E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre zu nutzen?

Ja Nein → Bitte weiter mit Frage 56

55 Wenn ja, an wie vielen Nächten pro Woche wachen Sie normalerweise auf, um Ihre E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre zu nutzen?

Nächte pro Woche

56 Verwenden Sie momentan eine E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre, weil es Ihnen schwerfällt, damit aufzuhören?

Ja Nein



57 Hatten Sie schon einmal ein starkes Verlangen nach einer E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre?
 Ja Nein

58 Wie stark war in der letzten Woche Ihr Verlangen, eine E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre zu nutzen?
 Kein Verlangen
 Schwach
 Mäßig
 Stark
 Sehr stark
 Extrem stark

59 Fällt es Ihnen schwer, auf Ihre E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre an Orten zu verzichten, wo Sie deren Nutzung unterlassen sollten?
 Ja Nein

60 Wenn Sie eine Zeit lang keine E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre mehr genutzt haben oder wenn Sie versucht haben, aufzuhören ...

	Ja	Nein
...waren Sie gereizter, weil Sie sie nicht nutzen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...waren Sie nervös, unruhig oder ängstlich, weil Sie sie nicht nutzen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

! Die folgenden Fragen beziehen sich auf Heat-Not-Burn-Produkte, also Tabakerhitzer wie zum Beispiel IQOS, Glo oder Ploom Tech.

61 Haben Sie jemals Heat-Not-Burn-Produkte bzw. Tabakerhitzer 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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 70

62 Wie schätzen Sie die Gesundheitsgefahren durch Tabakerhitzer im Vergleich zu konventionellen Tabakprodukten ein?

Tabakerhitzer sind ...

... viel schädlicher	<input type="checkbox"/>
... etwas schädlicher	<input type="checkbox"/>
... genauso schädlich	<input type="checkbox"/>
... etwas weniger schädlich	<input type="checkbox"/>
... viel weniger schädlich	<input type="checkbox"/>

63 Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal einen Tabakerhitzer genutzt haben (auch wenn Sie heute keinen mehr nutzen)?

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

War etwa Jahre alt



- 64** Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen):
An wie vielen dieser Tage haben Sie einen Tabakerhitzer genutzt?

An etwa Tagen
↓

An keinem Tag

→ Bitte weiter mit Frage 70

An so einem Tag, an dem Sie einen Tabakerhitzer nutzen, wie viele Stäbchen bzw. Heatsticks nutzen Sie dann im Durchschnitt?

Etwa Stäbchen bzw. Heatsticks

- 65** Wann nach dem Aufwachen nutzen Sie einen Tabakerhitzer?

Innerhalb von 5 Minuten

Innerhalb von 6 bis 30 Minuten

Innerhalb von 31 bis 60 Minuten

Später als nach 60 Minuten

- 66** Finden Sie es schwierig, an Orten, wo es verboten ist (z. B. Kirche, Bücherei, Kino etc.), einen Tabakerhitzer nicht zu nutzen?

Ja

Nein

- 67** Bei welcher Nutzung eines Tabakerhitzers im Laufe des Tages würde es Ihnen am schwersten fallen, diese aufzugeben?

Die erste am Morgen

Andere

- 68** Nutzen Sie einen Tabakerhitzer am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

Ja

Nein

- 69** Nutzen Sie einen Tabakerhitzer, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

Ja

Nein

! Nun geht es um Wasserpfeifen (Shishas).

- 70** Haben Sie jemals eine Wasserpfeife (Shisha) 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

Fragen zu Alkohol

- 71** 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

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

Ja Nein → Bitte weiter mit Frage 73

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

73 Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?

Ja Nein → Bitte weiter mit Frage 74

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

Etwa mal Überhaupt nicht

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

74 Haben Sie schon einmal so viel getrunken, dass Sie danach Erinnerungslücken hatten?

Ja Nein → Bitte weiter mit Frage 75

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten so viel getrunken, dass Sie danach Erinnerungslücken hatten?

Etwa mal Überhaupt nicht

75 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 → Bitte weiter mit Frage 76

Zwischen 1 und 12 Monate → Bitte weiter mit Frage 90, Seite 21

Länger her als 1 Jahr → Bitte weiter mit Frage 99, Seite 24

Habe noch nie Alkohol getrunken

Sie haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken

76 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

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

An etwa Tagen
↓
An keinem Tag

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)

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

An etwa Tagen
↓
An keinem Tag

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)

79 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

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)

80 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

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)

81 Haben Sie in den letzten 30 Tagen selbst gebrauten Alkohol, nichtversteuerten Alkohol aus anderen Ländern oder nicht zum Trinken bestimmten Alkohol (z. B. medizinischer Alkohol) getrunken?

Ja → Bitte weiter mit Frage 82, Seite 20

Nein → Bitte weiter mit Frage 89, Seite 21

82 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie selbst gebräutes Bier getrunken?

An etwa Tagen
 ↓
 An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie selbst gebräutes Bier trinken, wie viele Gläser 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)

83 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie selbst gemachten Wein/Sekt getrunken?

An etwa Tagen
 ↓
 An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie selbst gemachten Wein/Sekt trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,25 Liter)

84 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie selbst gebrannte Spirituosen (z. B. Schnaps) getrunken?

An etwa Tagen
 ↓
 An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie selbst gebrannte Spirituosen (z. B. Schnaps) trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

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

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

85 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie nicht versteuertes Bier aus anderen Ländern getrunken?

An etwa Tagen
 ↓
 An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie nicht versteuertes Bier aus anderen Ländern trinken, wie viele Gläser 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)

86 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie nicht versteuerten Wein/Sekt aus anderen Länder getrunken?

An etwa Tagen An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie nicht versteuerten Wein/Sekt aus anderen Länder trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,25 Liter)

87 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie nicht versteuerte Spirituosen (z. B. Schnaps) aus anderen Ländern getrunken?

An etwa Tagen An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie nicht versteuerte Spirituosen (z. B. Schnaps) aus anderen Ländern trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

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

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

88 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie nicht zum Trinken bestimmten Alkohol (z. B. medizinischer Alkohol) getrunken?

An etwa Tagen An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie nicht zum Trinken bestimmten Alkohol (z. B. medizinischer Alkohol) trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

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

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

89 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

→ Bitte weiter mit Frage 96, Seite 23

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

90 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

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

An etwa Tagen
↓
An keinem Tag

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)

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

An etwa Tagen
↓
An keinem Tag

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)

93 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

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)

94 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

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)

95 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

96 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
... 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"/>

97 Ist es schon einmal vorgekommen, dass ..

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

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

98 Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, ...

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

	Stark reduziert	Etwas reduziert	Unver- ändert	Etwas zuge- nommen	Stark zuge- nommen
... wie hat sich die Anzahl der Tage pro Woche, an denen Sie Alkohol trinken, verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie hat sich die Menge des Alkohols, die Sie pro typischem Trinktag konsumieren, verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Drogen

99 Welche der folgenden Drogen haben Sie schon einmal probiert?

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

- | | |
|---|--------------------------|
| Cannabis (Haschisch, Marihuana) | <input type="checkbox"/> |
| Aufputschmittel, Amphetamine (Speed) | <input type="checkbox"/> |
| Methamphetamin (Crystal Meth) | <input type="checkbox"/> |
| Ecstasy (MDMA) | <input type="checkbox"/> |
| LSD | <input type="checkbox"/> |
| Heroin | <input type="checkbox"/> |
| Andere Opiate (z. B. Codein, Methadon, Opium, Morphium) | <input type="checkbox"/> |
| Kokain | <input type="checkbox"/> |
| Crack | <input type="checkbox"/> |
| Pilze (Halluzinogen) | <input type="checkbox"/> |
| Schnüffelstoffe (Klebstoff, Poppers) | <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 Kräutermischungen oder Pulver.

100 Haben Sie jemals solche Substanzen konsumiert?

- | | | | | |
|----|--------------------------|------------|--------------------------|------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage 102 |
| | ↓ | Weiß nicht | <input type="checkbox"/> | |

101 Haben Sie solche Substanzen in den letzten 12 Monaten konsumiert?

- | | | | | |
|----|--------------------------|------------|--------------------------|------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage 102 |
| | ↓ | Weiß nicht | <input type="checkbox"/> | |

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

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

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Kräutermischungen zum Rauchen | <input type="checkbox"/> |
| Pulver, Kristalle oder Tabletten | <input type="checkbox"/> |
| Flüssigkeiten | <input type="checkbox"/> |

102 Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Ich habe Drogen ...

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| ... schon irgendwann mal probiert | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage 103 |
| ... noch nie probiert | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S1, Seite 29 |

Wie alt waren Sie, als Sie die folgenden Drogen das erste Mal genommen haben?
Vom ersten Mal bis heute, wie oft haben Sie folgende Drogen genommen?


Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!	Das erste Mal genommen	Habe ich vom ersten Mal bis heute insgesamt genommen			
	Im Alter von ... Jahren	Gar nicht	Einmal	2 bis 5 mal	Mehr als 5 mal
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine (Speed)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methamphetamin (Crystal Meth)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy (MDMA)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe (Klebstoff, Poppers)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilze (Halluzinogene)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. Ä.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

104 Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:Haben Sie in den letzten 12 Monaten mindestens eine der in Frage 103 genannten Drogen genommen?Ja Nein → Bitte weiter mit Frage S1, Seite 29
↓**105** 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	Seltener als einmal im Monat	Mindestens einmal im Monat	Mindestens einmal pro Woche	(Fast) täglich
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel, Amphetamine (Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methamphetamin (Crystal Meth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy (MDMA)	<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 (Klebstoff, Poppers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilze (Halluzinogene)	<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"/>

106 Haben Sie folgende Drogen in den letzten 30 Tagen konsumiert?

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

	Ja	Nein
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel, Amphetamine (Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methamphetamin (Crystal Meth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy (MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe (Klebstoff, Poppers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilze (Halluzinogene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. Ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

107 Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:
Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (Haschisch/Marihuana) konsumiert?

Ja ↓
Nein → Bitte weiter mit Frage 112, Seite 28

108 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis in Form von Öl oder Liquid mit E-Zigaretten/ E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeife konsumiert? Hier ist ein Öl/Liquid gemeint, das „high“ machen kann, d. h. mindestens 0,2% THC (Tetrahydrocannabinol) enthält und nicht ausschließlich CBD (Cannabidiol).

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

Gar nicht
Seltener als einmal im Monat
Mindestens einmal im Monat
Mindestens einmal pro Woche
(Fast) täglich

109 Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Stark reduziert	Etwas reduziert	Unverändert	Etwas zugenommen	Stark zugenommen
... wie hat sich die Anzahl der Tage pro Monat, an denen Sie Cannabis konsumieren, verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie hat sich die Menge von Cannabis, die Sie pro typischem Konsumtag konsumieren, verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

110 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Cannabis zu konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machten Sie sich wegen des Konsums von Cannabis Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

111 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

112 Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:
 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Kokain konsumiert?

Ja Nein → Bitte weiter mit Frage 115

↓

113 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Kokain zu konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machten Sie sich wegen des Konsums von Kokain Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Kokain aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

114 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

115 Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:
 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Amphetamin/Methamphetamin konsumiert?

Ja Nein → Bitte weiter mit Frage 118

↓

116 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 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"/>

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

Überhaupt nicht schwierig Ein bisschen schwierig Ziemlich schwierig Sehr schwierig

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

Ja Nein → Bitte weiter mit Frage S1



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

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

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja	Nein
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Entgiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung durch Freunde/Partner/Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

S 1 Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

☞ Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

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

S 2 Welchen allgemeinbildenden Schulabschluss streben Sie an?

☞ Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

Hauptschulabschluss bzw. Abschluss der Mittelschule	<input type="checkbox"/>	
Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife	<input type="checkbox"/>	
Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage S 4, Seite 30
Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife	<input type="checkbox"/>	
einen anderen Schulabschluss	<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 | <input type="checkbox"/> |
| Noch in beruflicher Ausbildung, d. h. Student/in | <input type="checkbox"/> |
| Schüler/in, besuche eine berufsorientierte Aufbauschule, Fachschule o. Ä. | <input type="checkbox"/> |
| Keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung | <input type="checkbox"/> |
| Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen | <input type="checkbox"/> |
| Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen | <input type="checkbox"/> |
| Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschulabschluss (z. B. Diplom, Bachelor, Master) | <input type="checkbox"/> |
| Universitätsabschluss (z. B. Diplom, Magister, Bachelor, Master, Staatsexamen) | <input type="checkbox"/> |
| Einen anderen beruflichen Abschluss | <input type="checkbox"/> |

S 4 Welche Form der Erwerbstätigkeit üben Sie zurzeit hauptsächlich aus?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| Voll erwerbstätig | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 7 |
| Teilzeitbeschäftigt | <input type="checkbox"/> | |
| Altersteilzeit (unabhängig davon, in welcher Phase befindlich) | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 6 |
| Geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job, Mini-Job | <input type="checkbox"/> | |
| „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld 2) | <input type="checkbox"/> | |
| Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt | <input type="checkbox"/> | |
| Berufliche Ausbildung/Lehre | <input type="checkbox"/> | |
| Bundesfreiwilligendienst/Zivildienst/Militärdienst | <input type="checkbox"/> | |
| Freiwilliges Soziales Jahr | <input type="checkbox"/> | |
| Umschulung | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 5 |
| Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung | <input type="checkbox"/> | |
| Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler und Studenten, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler, Rentner ohne Nebenverdienst) | <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 | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 8, Seite 32 |
| Student/in | <input type="checkbox"/> | |
| Renter/in, Pensionär/in, im Vorruhestand | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 6 |
| Arbeitslos | <input type="checkbox"/> | |
| Dauerhaft erwerbsunfähig | <input type="checkbox"/> | |
| Hausfrau/Hausmann | <input type="checkbox"/> | |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | |

S 6 Waren Sie früher einmal voll- oder teilzeiterwerbstätig?

Ja

Nein

 → Bitte weiter mit Frage S8, 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 | <input type="checkbox"/> |
| B | Angelernte/r Arbeiter/in | <input type="checkbox"/> |
| C | Gelernte/r Arbeiter/in und Facharbeiter/in | <input type="checkbox"/> |
| D | Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in | <input type="checkbox"/> |
| E | Meister/in, Polier/in, Brigadier/in | <input type="checkbox"/> |
| 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) | <input type="checkbox"/> |
| 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) | <input type="checkbox"/> |
| 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) | <input type="checkbox"/> |
| 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) | <input type="checkbox"/> |
| L | Akademiker/in in freiem Beruf (z. B. Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/in) | <input type="checkbox"/> |
| M | Selbständige/r Landwirt/in bzw. Genossenschaftsbauer/-bäuerin | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| | ... 1 bis 4 Beschäftigten | <input type="checkbox"/> |
| | ... 5 bis 50 Beschäftigten | <input type="checkbox"/> |
| | ... mehr als 50 Beschäftigten | <input type="checkbox"/> |
| O | Mithelfende/r Familienangehörige/r | <input type="checkbox"/> |
| P | Berufliche Ausbildung/Lehre | <input type="checkbox"/> |
| Q | Sonstige (z. B. Praktikant/in) | <input type="checkbox"/> |

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

Ja



Bitte weiter mit Frage S 10

Es gibt keine/n Hauptverdiener/in



Bitte weiter mit Frage S 9

Nein

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

500 bis unter 750 Euro

750 bis unter 1.000 Euro

1.000 bis unter 1.250 Euro

1.250 bis unter 1.500 Euro

1.500 bis unter 1.750 Euro

1.750 bis unter 2.000 Euro

2.000 bis unter 2.250 Euro

2.250 bis unter 2.500 Euro

2.500 bis unter 3.000 Euro

3.000 bis unter 4.000 Euro

4.000 bis unter 5.000 Euro

5.000 Euro und mehr

S 11 Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit. Bitte tragen Sie hier noch das Datum ein:

2021

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**

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