

Leben und Gesundheit 2024

Eine bundesweite Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit



Herzlichen Dank, dass Sie uns bei dieser wichtigen Studie unterstützen. Die Studie „Leben und Gesundheit 2024“ 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. Das Forschungsinstitut IFT Institut für Therapieforschung gGmbH in München leitet die Studie und führt die Datenauswertungen durch. Die Studie wird durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziell gefördert. Die Befragung wird von der Ipsos GmbH durchgeführt.

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Das IFT Institut für Therapieforschung gGmbH in München und die Ipsos GmbH tragen die volle datenschutzrechtliche Verantwortung. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz, behandelt. Mit der Übermittlung des Fragebogens an das Befragungsinstitut Ipsos erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Daten für die angegebenen Forschungsvorhaben genutzt werden dürfen. Des Weiteren bestätigen Sie, dass Sie das Dokument „Allgemeine Informationen für Teilnehmende“ (inkl. Datenschutzbestimmungen) erhalten, gelesen und akzeptiert haben. Darüber hinaus bestätigen Sie vollumfänglich, über Ihre Rechte informiert worden zu sein und die Möglichkeit gehabt zu haben, Fragen zu stellen. Zusätzlich wurden Sie darüber informiert, dass Ihre Teilnahme freiwillig ist und dass Sie die Möglichkeit haben, ohne Angabe von Gründen aus der Studie auszusteigen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Falls Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an folgende Person: datenschutzbeauftragter@ift.de

Worum bitten wir Sie?

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und im beigefügten frankierten und adressierten Rückumschlag zurückzuschicken an: Ipsos GmbH, Sachsenstraße 6, 20097 Hamburg

Für Fragen steht Ihnen zur Verfügung: Dr. Michael Neuber und Dr. Jörn Pyhel
0800-8258250 (Mo-Fr: 9-17 Uhr)
PA-ESA-Survey2024@ipsos.com

Sie können den Fragebogen auch im Internet ausfüllen.

Gehen Sie dazu bitte in Ihren Browser und geben Sie folgende Adresse ein:

xxx xxx

Anschließend geben Sie bitte Ihren persönlichen Zugangscode ein: xxx xxx

Sie können 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: Geburtsjahr:

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

Beispiel: **Bitte weiter mit Frage 10**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Fragebogen die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

1 Wie lautet Ihr Geburtsdatum?

Bitte nur Zahlen eintragen.

Geburtsjahr:

Geburtsmonat:

2 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:

3 Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

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

Deutsche

☐

Andere

☐

→ Welche?

4 Welchen derzeitigen Familienstand haben Sie?

Ich bin...

... verheiratet bzw. in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

☐

... ledig (in einer Partnerschaft)

☐

... ledig (in keiner Partnerschaft)

☐

... geschieden

☐

... verwitwet

☐

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

Ja ☐

Nein ☐

6

Wie groß sind Sie? cm

Wie viel wiegen Sie? kg

7 Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich ☐

Weiblich ☐

Divers ☐

8 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"/>

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

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

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja	Nein
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, Tunnel, 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"/>

Fragen zur Einnahme von Medikamenten

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Einnahme von Medikamenten. Nicht gemeint sind hier Naturheilmittel, Homöopathika, Tees oder Schüßlersalze. Damit Sie sehen können, welche Medikamente zu den Kategorien in den Fragen gehören, haben wir Ihnen Beispiele für die gebräuchlichsten Medikamente nach Kategorien zusammengestellt:

Opioidhaltige Schmerzmittel	Marke (Abstral, Actiq, Capros, Codein, Codeinum, Codi, Codicaps, Codicompre, Codipertussin, Dolantin, Dolomo, Dolviran, Durogesic, Effentora, FentaMat, Fentanyl, Fentapon, Fentavera, Fentinal, Gelonida, Instanyl, Longtussin, L-Polamidon, Matrifen, Meptid, MSI Mundipharma, MSR Mundipharma, MST Mundipharma, Nedolon, Nubain, Optipyrin, Palladon, PecFent, Sevredol, Temgesic, Tilidin, Titratta, Tramadol, Tramadol, Tramadura, Tramagit, Tramal, Tramundin, Transtec, Tryasol, Tussoret, Valoron N, Voltaren) oder Wirkstoff (Buprenorphin, Codein, Fentanyl, Hydromorphon, Levomethadon, Meptazinol, Morphin, Nalbuphin, Pethidin, Tilidin, Tramadol)
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	Marke (Aktren, Allegro, Almogran, Aspirin, Azur, Berlosin, Ben-u-ron, Buscopan, Copyrkal, Diclofenac, Dolormin, Gabbagamma, Gabapentin, Ibu 1A Pharma, Ibubeta, Ibufhexal, Ibuprofen, Ibu-ratiopharm, Katalodon, Metamizol, Migraeflux, Neuranidal, Novalgin, Novaminsulfon, Nurofen, Paracetamol, Relpax, Spalt, Voltaren) oder Wirkstoff (Acetylsalicylsäure (ASS), Almotriptan, Diclofenac, Eletriptan, Flupirtinmaleat, Frovatriptan, Gabapentin, Ibuprofen, Metamizol, Paracetamol, Pregabalin)

Schlafmittel	Marke (Baldriparan, Betadorm, Bikalm, Chloradurat, Damladorm, Dormicum, Eatan, Ergocalm, Fluninoc, Halcion, Halbmond, Hoggar, Imeson, Lendormin, Luvased, Midazolam, Mogadan, Moradorm, Noctamid, Novanox, Oxa, Planum, Radedorm, Remestan, Rohypnol, Schlafsterne, Sediat, Staurodorm, Stilnox, Vivinox Schlafdragees, Ximovan, ZOP, Zopiclodura) oder Wirkstoff (Alfentanil, Chloralhydrat, Baldrianwurzel, Diphenhydramin, Doxilenin, Doxylamin, Esketamin, Eszopiclon, Flurazepam, Ketamin, Lormetazepam, Flunitrazepam, Midazolam, Nitrazepam, Oxazepam, Temezepam, Trazodon, Triazolam, Zolpidem, Zopiclon, Zalepon)
Beruhigungsmittel	Marke (Atosil, Demetrin, Distraneurin, Dolestan, Gityl, Lexostad, Normoc, Radepur, Rudotel, Sigacal) oder Wirkstoff (Clorazepat, Chlorprothixen, Clomethiazol, Escitalopram, Nitrazepam, Promethazin, Trazodon)
Benzodiazepin	Marke (Adumbran, Alprazolam, Bromazani, Bromazep, Lexotani, Librium, Lorazepam, Nitrazepam, Rivotril, Rohypnol, Tafil, Tavor, Tranxilium, Valium, Xanax) oder Wirkstoff (Alprazolam, Bromazepam, Chlordiazepoxid, Clonazepam, Diazepam, Flunitrazepam, Lorazepam, Loprazolam, Nitrazepam, Oxazepam)
Anregungsmittel	Marke (AN1, Coffeinum, Concerta, Ephedrin, Equasym, HalloWach, Medikinet, Methylphenidat, Methylpheni TAD, Percoffedrinol, Ritalin, Strattera, Viagra, Vigil) oder Wirkstoff (Amphetaminsulfat, Atomoxetin, Ephedrin, Guanfacin, Methylphenidat, Modafinil, Sildenafil)
Appetitzügler	Marke (Alvalin, Amfepramon, Basoplex, Cathin, Norephedrin, Recatol, Regenon) oder Wirkstoff (Amfepramon, Cathin, Norephedrin)
Antidepressiva	Marke (Amineurin, Amioxid, Anafranil, Anticholium, Aponal, Aurorix, Ciprale, Cymbalta, Dogmatil, Doneurin, Elontril, Equilibrin, Fevarin, Fluctin, Herphonal, Hypnorex, Imipramin, Insidon, Jatrosom, Ludiomil, Mareen, Meresasul, Mirta, Mirtazapin, Mirtazelon, Noveril, Opipram, Paroxat, Paroxedura, Paroxetin, Quetiapin, Quilonorm, Remergil, , Sertra, Sertralin, Sertralol, Seroquel, Seroxat, Sulpirid, Sulpivert, Spravato, Stangyl, Syneudon, Tianeura, Tofranil, Tranlycypromn, Trazaxiro, Trazodon, Trevilor, Trimineurin, Zolofit) oder Wirkstoff (Amitriptylin, Bupropion, Clomipramin, Doxepin, Duloxetine, Escitalopram, Esketamin, Fluoxetine, Fluvoxamin, Imipramin, Lithiumcarbonat, Lorazepam, Maprotilin, Mianserin, Mirtazapin, Moclobemid, Nortriptylin, Opipramol, Paroxetin, Quetiapinfumarat, Sertralin, Sulpirid, Tianeptin, Tranlycypromin, Trazodon, Trimipramin, Venlafaxin)
Neuroleptika	Marke (Abilify, Akineton, Amandatin, Amisulprid, Anticholium, Artane, Atosil, Ayupine, Azaporc, Benperidol, Carbadura, Carbamazepin, Chlorprothixen, Ciatyl-Z, Clopixon, Comfortan, Decentan, Dipiperon, Dogmatil, Elcrit, Fluanxon, Fluphenazin, Fluspi, Glianimon, Haldol, Impromen, Jatrosom, Laponex, Melneurin, Melleril, Neogama, Neurocil, Olanzapin, Orap, Parkopan, Pipamperon, PK-Merz, Promethazin, Proneurin, Prothazin, Quetiapin, Quilonorm, Risperdal, Sedanol, Sediron, Solian, Sormodren, Tegretal, Tiaprid, Tiapid, Tiapridal, Tiapridex, Timonil, Zalasta, Zypadhera, Zyprexa) oder Wirkstoff (Amantadin, Amisulprid, Aripiprazol, Azaperon, Benperidol, Biperiden, Bromperidol, Carbamazepin, Chlorprothixen, Clozapin, Fentanyl, Flupentixon, Fluphenazin, Haloperidol, Levomepromazin, Lithiumcarbonat, Lorazepam, Melperon, Methadon, Physostigmin, Pimozid, Pipamperon, Pregabalin, Promethazin, Quetiapin, Risperidon, Sulpirid, Thioridazin, Tiaprid, Trihexyphenidyl, Zuclophenthixoldecanoat)
Anabolika (Anabole Steroide)	Marke (Andriol, Deca Durabolin, Methyltestosteron, Nutriopinaq, Saizen) oder Wirkstoff (Methyltestosteron, Nandrolone Decanoate, Somatropin, Testosterone, Undecanoate)
Cannabinoide	Marke (Bedrocan, Cesamet, Epidiolex, Marinol, Sativex, Syndros, Tilray) oder Wirkstoff (CBD, Dronabinol, Nabilone)

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

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

	Trifft zu	
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<div>Bitte weiter mit Frage 11 (S.5)</div>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	
Benzodiazepin	<input type="checkbox"/>	
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	
Anabolika	<input type="checkbox"/>	
Cannabinoide	<input type="checkbox"/>	<div>Bitte weiter mit Frage 31 (S. 10)</div>
Keines dieser Medikamente	<input type="checkbox"/>	

11 Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen 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 einmal pro Woche	Einmal pro Woche	Mehrmals pro Woche	Täglich		Ja	Teilweise	Nein
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepin	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabinoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Schmerzmittel oder Schlafmittel oder Beruhigungsmittel eingenommen?

Ja, in den letzten 12 Monaten ☐



Bitte weiter mit Frage 13

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 31 (S. 10)



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 genommen haben, antworten Sie bitte mit „Nein“.

13 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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige 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"/>

- 14 **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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige 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"/>

- 15 **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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige 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"/>

- 16 **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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige 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"/>

- 17 **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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige 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"/>

- 18 **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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige 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"/>

- 19 **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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 20 **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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige 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"/>

- 21 **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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 22 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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 23 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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 24 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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 25 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
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 26 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	Nein
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 27 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	Nein
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 28 Haben Sie in den letzten 12 Monaten 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	Nein
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 29 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	Nein
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 30 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	Nein
Opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Konsum von konventionellen Tabakprodukten

! 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.

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

Ja ☐

Nein ☐

→ Bitte weiter mit Frage 39 (S.12)



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 ☐

- 32 Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/Pfeifen 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

- 33 Wann haben Sie zuletzt Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/Pfeifen geraucht?

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an.

In den letzten
30 Tagen

☐

Bitte weiter mit Frage 34

Vor 1 bis 12
Monaten

☐

Bitte weiter mit Frage 36 (S.11)

Vor mehr als
1 Jahr

☐

Bitte weiter mit Frage 39 (S.12)

- 34 Bitte denken Sie jetzt wieder nur an die letzten 30 Tage:
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigaretten geraucht?

An etwa Tagen

An keinem Tag ☐

→ Bitte weiter mit Frage 35 (S.11)



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

Etwa Zigaretten

- 35 Bitte denken Sie jetzt wieder nur an die letzten 30 Tage:
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen geraucht?

An etwa Tagen
↓

An keinem Tag ☐ → Bitte weiter mit Frage 36

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

Etwa ☐ Zigarren ☐ Zigarillos ☐ Pfeifen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 36 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 ☐

- 37 Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihr Rauchverhalten (Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/Pfeifen) in den letzten 12 Monaten.

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

In den letzten 12 Monaten

	Ja	Nein
Haben Sie festgestellt, dass Sie wesentlich mehr rauchen mussten als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie festgestellt, dass die Wirkung des Rauchens abnahm, obwohl Sie gleich viel rauchten wie bisher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig über mehrere Tage hinweg wesentlich mehr geraucht, als Sie sich vorgenommen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie erfolglos versucht, das Rauchen über einige Tage einzuschränken oder ganz aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie Kettenraucher, d.h. rauchten Sie eine Zigarette nach der anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie wegen des Rauchens wiederholt wichtige Aktivitäten über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie während einer ernsthaften Erkrankung weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es ratsam gewesen wäre, darauf zu verzichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie festgestellt, dass Ihr Rauchen Ihre Arbeit, Schule oder Hausarbeit beeinträchtigt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in Situationen geraucht, in denen große Verletzungsgefahr besteht, z.B. im Bett oder beim Umgang mit entzündlichen Substanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie weiter geraucht, obwohl dies andere Menschen, wie z.B. Familienmitglieder oder Freunde, ärgerlich oder unglücklich gemacht hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder einen Drang nach Tabak, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach Tabak, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ja ☐

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 39 (S.12)



War dieser Versuch erfolgreich? Ja ☐ Nein ☐

Fragen zum Konsum von E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen



Die folgenden Fragen beziehen sich auf **E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen**.
Nicht gemeint sind hier Tabakerhitzer.

- 39 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

☐

Vor 1 bis 12 Monaten

☐

Vor mehr als 1 Jahr

☐

Nein, noch nie benutzt

☐

Bitte weiter mit Frage 40

Bitte weiter mit Frage 43

- 40 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

- 41 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

☐

- 42 Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage:**
An wie vielen dieser Tage haben Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen genutzt?

An etwa Tagen

An keinem Tag ☐

Fragen zum Konsum von Heat-Not-Burn-Produkten, also Tabakerhitzern



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

- 43 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

☐

Vor 1 bis 12 Monaten

☐

Vor mehr als 1 Jahr

☐

Nein, noch nie benutzt

☐

Bitte weiter mit Frage 44

Bitte weiter mit Frage 46 (S.13)

- 44 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

- 45 Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage: An wie vielen dieser Tage haben Sie einen Tabakerhitzer genutzt?

An etwa Tagen

An keinem Tag ☐ → Bitte weiter mit Frage 46



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

Etwa Stäbchen bzw. Heatsticks

Fragen zum Konsum von Wasserpfeifen (Shishas)

! Nun geht es um Wasserpfeifen (Shishas).

- 46 Haben Sie jemals eine Wasserpfeife (Shisha) benutzt? Wenn ja, wann haben Sie diese zum letzten Mal genutzt?

In den letzten 30 Tagen

☐

Vor 1 bis 12 Monaten

☐

Vor mehr als 1 Jahr

☐

Nein, noch nie benutzt

☐

Bitte weiter mit Frage 47

Bitte weiter mit Frage 49

- 47 Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal Wasserpfeife (Shisha) geraucht haben (auch wenn Sie heute keine mehr nutzen)? Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa Jahre alt

- 48 Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage: An wie vielen dieser Tage haben Sie Wasserpfeife (Shisha) geraucht?

An etwa Tagen

An keinem Tag ☐

Fragen zu Alkohol



Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Konsum von Alkohol zum Beispiel:
Getränke: Bier, Wein/Sekt, Spirituosen (z. B. Vodka, Schnaps, Cognac, Whisky, Likör)
alkoholhaltige Mixgetränke: Alkopops, Cocktails

- 49 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 1 Glas Alkohol getrunken ☐

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

Ja ☐

Nein ☐



Bitte weiter mit Frage 51 (S. 14)



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

War etwa Jahre alt

- 51 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?

In den letzten 30 Tagen

☐

Bitte weiter mit Frage 52

Vor 1 bis 12 Monaten

☐

Bitte weiter mit Frage 59 (S. 15)

Vor mehr als 1 Jahr

☐

Bitte weiter mit Frage 68 (S. 17)

Habe noch nie Alkohol getrunken

☐

Sie haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken

- 52 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

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

An etwa Tagen

An keinem Tag ☐



Bitte weiter mit Frage 54



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)

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

An etwa Tagen

An keinem Tag ☐



Bitte weiter mit Frage 55



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)

- 55 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 ☐



Bitte weiter mit Frage 56 (S.15)



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)

- 56 **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 ☐ → **Bitte weiter mit Frage 57**

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)

- 57 **An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie 4 oder mehr (kleine oder große) Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?**

An etwa Tagen

An keinem Tag ☐

- 58 **An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie 5 oder mehr (kleine oder große) Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?**

An etwa Tagen

An keinem Tag ☐

Bitte weiter mit Frage 66 (S. 16)

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

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

An etwa Tagen

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

An etwa Tagen
↓

An keinem Tag ☐ → **Bitte weiter mit Frage 61**

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

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter)

Anzahl große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)

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

An etwa Tagen
↓

An keinem Tag ☐ → **Bitte weiter mit Frage 62 (S.16)**

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

Anzahl Gläser (0,2 bis 0,25 Liter)

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

An etwa Tagen
↓

An keinem Tag ☐ → Bitte weiter mit Frage 63

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

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

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

63 An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie 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 ☐ → Bitte weiter mit Frage 64

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)

64 An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie mindestens 4 Gläser Alkohol (falls Sie eine Frau sind) oder 5 Gläser Alkohol (falls Sie ein Mann sind) getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa Tagen

An keinem Tag ☐

65 Denken Sie an alle Arten von alkoholischen Getränken zusammen, d. h. an jede Kombination von Flaschen oder Dosen mit Bier, Gläsern mit Wein/Sekt oder Getränken, die irgendeine Art von Alkohol enthalten. Was war die höchste Anzahl der Gläser alkoholischer Getränke, die Sie in den letzten 12 Monaten an einem einzigen Tag getrunken haben?

Anzahl (kleine oder große) Gläser

66 Bitte denken Sie jetzt an die letzten 12 Monate.

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

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
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"/>

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

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

In den letzten 12 Monaten

	Ja	Nein
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 der Auswirkung 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"/>

68 Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein alkoholfreies oder alkoholarmes Getränk getrunken, d. h. Bier, Wein, Sekt, Spirituosen oder eine andere Art von alkoholischem Getränk mit weniger als 1,2 % Alkoholgehalt?

Ja ☐
↓

Nein ☐ → Bitte weiter mit Frage 69 (S. 18)

Wenn ja, wie oft haben Sie solche alkoholfreien oder alkoholarmen Getränke in den letzten 12 Monaten getrunken?

Ein- oder zweimal	<input type="checkbox"/>
Einmal alle paar Monate	<input type="checkbox"/>
Ein- oder zweimal pro Monat	<input type="checkbox"/>
Ein- oder zweimal pro Woche	<input type="checkbox"/>
Drei oder vier Tage pro Woche	<input type="checkbox"/>
Fünf oder sechs Tage pro Woche	<input type="checkbox"/>
(Fast) jeden Tag	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Drogen und anderen Substanzen

69 Welche der folgenden Drogen/Substanzen haben Sie schon einmal probiert? Wenn Sie eine probiert haben, wann haben Sie sie zuletzt genommen und wie alt waren Sie beim ersten Mal?

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

	Haben Sie folgende Drogen/Substanzen jemals genommen?				Wie alt waren Sie, als Sie die Droge/Substanz zum ersten Mal probiert haben?	
	Noch nie genommen	Ja, zuletzt vor mehr als 1 Jahr	Ja, zuletzt vor 1-12 Monaten	Ja, zuletzt in den letzten 30 Tagen	→	Alter in Jahren
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
CBD-Produkt mit weniger als 0,3% THC (z.B. Öle, Kapseln, Blüten bzw. Haschisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
MDMA („Ecstasy“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
Amphetamin („Speed“, „Pep“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
Methamphetamin („Crystal Meth“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
Andere Halluzinogene (z.B. Pilze, „Magic Mushrooms“, DMT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
GHB/GBL/BDO („Liquid Ecstasy“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
Schnüffelfstoffe (z.B. Poppers, Lachgas, Klebstoff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
Andere Opioide (z.B. Codein, Methadon, Opium, Morphium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>

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 (wie Synthetische Cannabinoide) oder Pulver.

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

	Haben Sie solche Substanzen jemals genommen?				Wie alt waren Sie, als Sie solche Substanzen zum ersten Mal probiert haben?	
	Noch nie genommen	Ja, zuletzt vor mehr als 1 Jahr	Ja, zuletzt vor 1-12 Monaten	Ja, zuletzt in den letzten 30 Tagen	→	Alter in Jahren
Synthetische Cannabinoide (z.B. HHC, „spice“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
Sonstige NPS Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>

70 Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft: Haben Sie jemals eine in Frage 69 gelistete Droge/Substanz konsumiert?

Ja ☐ → **Bitte weiter mit Frage 71 (S.19)**

Nein ☐ → **Bitte weiter mit Frage 105 (S. 28)**

71 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten folgende Drogen/Substanzen genommen?

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

	Habe ich in den letzten 12 Monaten genommen				
	Gar nicht	Seltener als einmal im Monat	Mindestens einmal im Monat	Mindestens einmal pro Woche	(Fast) täglich
Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Cannabisprodukte mit mindestens 0,3% THC (z.B. Cannabisöl, Cannabiskeks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBD-Produkt mit weniger als 0,3% THC (z.B. Öle, Kapseln, Blüten bzw. Haschisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MDMA („Ecstasy“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamin („Speed“, „Pep“)	<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"/>
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"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Halluzinogene (z.B. Pilze, „Magic Mushrooms“, DMT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB/GBL/BDO („Liquid Ecstasy“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelfstoffe (z.B. Poppers, Lachgas, Klebstoff)	<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 Opioide (z.B. Codein, Methadon, Opium, Morphinum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synthetische Cannabinoide (z.B. HHC, „Spice“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige NPS Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (mit mindestens 0,3% THC) oder synthetische Cannabinoide, die "high" machen (z.B. HHC), in Form von Öl oder Liquid mit E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeife konsumiert?

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

Ja, und zwar ...

Nein ☐

... Cannabis (mit mindestens 0,3% THC) ☐

... Synthetische Cannabinoide (z.B. HHC) ☐

! Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit dem Konsum von Cannabis (alle Arten mit mindestens 0,3% THC) in den letzten 12 Monaten.

73 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (alle Arten mit mindestens 0,3% THC) konsumiert?

Ja ☐ → **Bitte weiter mit Frage 74**

Nein ☐ → **Bitte weiter mit Frage 83 (S. 23)**

74 Bitte geben Sie alle Arten an, wie Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (alle Arten mit mindestens 0,3% THC) konsumiert haben.

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

Joint(s)	<input type="checkbox"/>	Pfeife(n)/ Chillum(s)	<input type="checkbox"/>
Wasserpfeife(n)/Bong(s)	<input type="checkbox"/>	Cannabishaltige Speisen oder Getränke	<input type="checkbox"/>
Vaporizer/Verdampfer	<input type="checkbox"/>	Andere, und zwar:	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	

75 Wie konsumieren Sie normalerweise Cannabis (alle Arten mit mindestens 0,3% THC) und an einem typischen Konsumtag, wie viele konsumieren Sie im Durchschnitt?

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

	Nein	Ja	An einem typischen Konsumtag, wie viele konsumieren Sie im Durchschnitt?
Joint(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Wasserpfeife(n)/Bong(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Andere, und zwar: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

76 Wie kamen Sie normalerweise zu Cannabis (alle Arten mit mindestens 0,3% THC)?

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

	Nie	Ja, vor mehr als 12 Monaten	Ja, in den letzten 12 Monaten
Eigenanbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis Anbauvereinigung (Cannabis Social Club)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekannte(r), Freund/in, Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dealer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschlüsselter Markt im Internet/Darknet (z.B. mit TOR oder einem anderen Browser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online-Shop im Clearnet („normales“ Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Ärztin/Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77 Sind Sie Mitglied in einer Cannabis Anbauvereinigung (Cannabis Social Club)?

☐ Nein

☐ Ja → Wenn ja, in wie vielen:

78 Haben Sie jemals innerhalb von vier Stunden, nachdem Sie Cannabis (alle Arten mit mindestens 0,3% THC) konsumiert hatten, ein Fahrzeug (beispielsweise ein Auto, ein Motorrad, ein LKW) geführt?

Nein, nie	<input type="checkbox"/>
Ja, in den letzten 30 Tagen	<input type="checkbox"/>
Ja, vor 1 bis 12 Monaten	<input type="checkbox"/>
Ja, vor mehr als 1 Jahr	<input type="checkbox"/>

79 Bitte denken Sie jetzt wieder nur an die letzten 30 Tage: An wie vielen dieser Tage haben Sie Cannabis genommen?
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft.

Haschisch

An etwa

Tagen

An keinem Tag

☐

Marihuana

An etwa

Tagen

An keinem Tag

☐

Sonstige Cannabisprodukte mit
mindestens 0,3% THC (z.B.
Cannabisöl, Cannabiskeks)

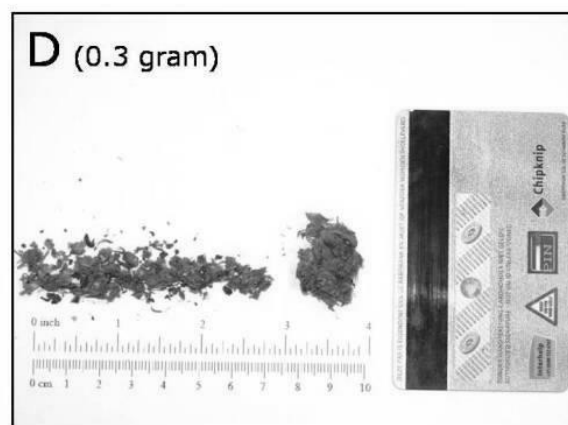
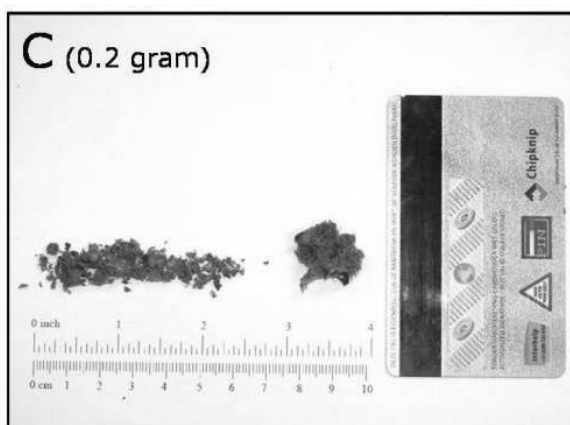
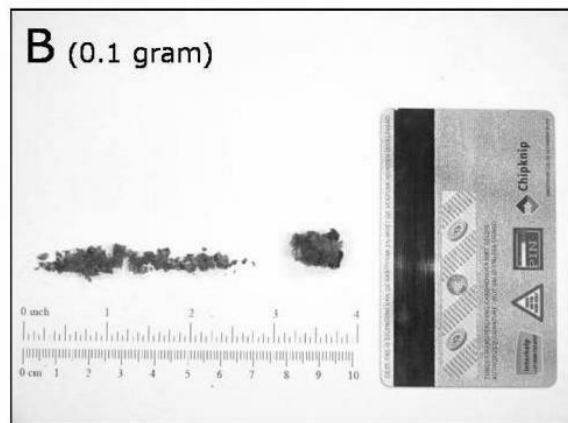
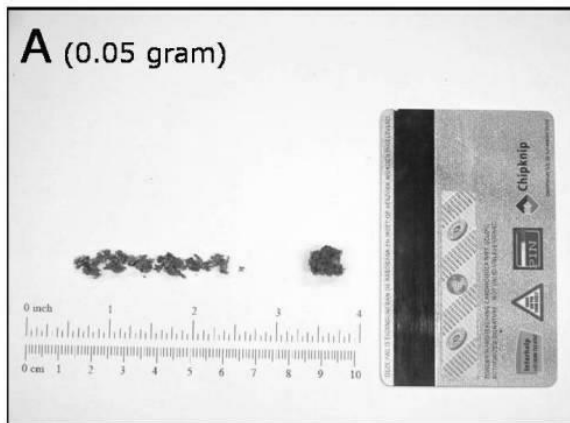
An etwa

Tagen

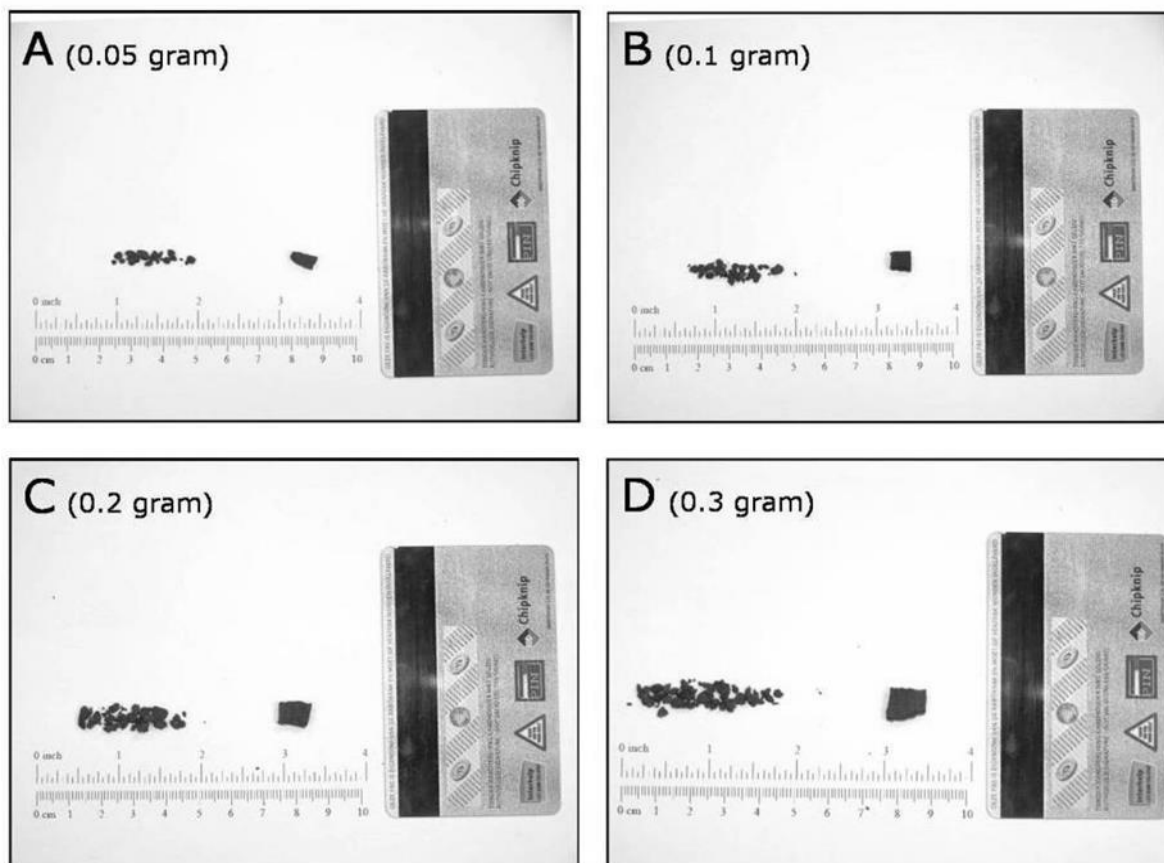
An keinem Tag

☐

Auf den Bildern sind vier verschiedene Mengen Marihuana abgebildet (zerkrümelt und nicht zerkrümelt).



Auf den Bildern sind vier verschiedene Mengen Haschisch abgebildet (zerkrümelt und nicht zerkrümelt).



- 80 Wie viel Marihuana oder Haschisch geben Sie normalerweise in eine(n) Joint/Bong/Andere?
Geben Sie anhand der gezeigten Bilder auf Seite 21/22 die Menge Marihuana oder Haschisch an?
Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft.

	Marihuana	Haschisch
Gar nichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger als 0,05 Gramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,05 Gramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 0,05 und 0,1 Gramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,1 Gramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 0,1 und 0,2 Gramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,2 Gramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 0,2 und 0,3 Gramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,3 Gramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 0,3 Gramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 81 Wenn Sie Cannabis (alle Arten mit mindestens 0,3% THC) rauchen, mischen Sie es mit Tabak?

(Fast) immer ☐ Manchmal ☐ Selten ☐ (Fast) nie ☐

- 82 Aus welchem Grund haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (alle Arten mit mindestens 0,3% THC) konsumiert? Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft.

	Ja	Nein
Um Stress abzubauen/zur Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um besser schlafen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Depressionen/Ängste zu behandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus Neugierde/als Experiment/Versuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um high zu werden/aus Spaß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus sozialen Gründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Leistungssteigerung (z.B. Schule, Arbeit, Sport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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“.

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

Ja ☐ →

Bitte weiter mit Frage 84

Nein ☐ →

Bitte weiter mit Frage 105 (S. 28)

- 84 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	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
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"/>

- 85 Standen Sie in den letzten 12 Monaten unter dem Einfluss von Drogen, wenn Sie sich in Situationen mit erhöhter Verletzungsgefahr befanden, z.B. im Straßenverkehr oder bei der Arbeit, wenn Sie eine Maschine 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	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
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"/>

- 86 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
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"/>

- 87 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
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"/>

- 88 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
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine (Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 89 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
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine (Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 90 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
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 91 Haben Sie 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	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
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 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	Nein
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 93 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 machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz.

	Ja	Nein	Wenn <u>alles</u> mit „Nein“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 95
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- 94 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	Nein
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 95 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	Nein
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 96 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	Nein
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 97 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	Nein
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 98 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	Nein
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 99 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 machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja	Nein
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 101 (S. 27)

- 100 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	Nein
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 101** 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 machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz.

	In den letzten 12 Monaten		
	Ja	Nein	
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	} Wenn alles mit „Nein“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 103
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- 102** 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
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 103** 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
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 104** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten 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
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

105 Haben Sie eine oder mehrere chronische Krankheiten?

Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen (mehr als 4 Wochen), die ständige Behandlung und Kontrolle bedürfen, z. B. Migräne, Schmerzen im Knie- oder Nackenbereich, Bandscheibenvorfall, Krebs oder Rheuma.

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

Krebserkrankung ☐
 Arthrose ☐
 Arthritis ☐
 Rückenschmerzen ☐
 Beschwerden im Nackenbereich ☐
 Beschwerden im Knie ☐
 Kopfschmerzen, Migräne ☐

Schädigung des Nervensystems
(z. B. Polyneuropathien, Postzosterneuralgie) ☐
 Muskelschmerzen
(z. B. Fibromyalgie, Restless-Legs-Syndrom) ☐
 Neurologische Erkrankung
(z. B. Parkinson, Epilepsie, Alzheimer Demenz,
Multiple Sklerose) ☐
 Andere ☐
 Nein, keine chronischen Erkrankungen ☐

106 Besitzen Sie einen Führerschein?

Ja ☐

Nein ☐

107 Wie viele Kinder haben Sie?

Kind/er

Ich habe keine Kinder ☐

108 Wie viele Kinder leben (ständig oder teilweise) zurzeit mit Ihnen im Haushalt zusammen?

Kind/er (ständig)

Kind/er (teilweise)

Keine Kinder im Haushalt ☐

**109 Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?
Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.**

Insgesamt Personen

Lebe allein ☐ → [Bitte weiter mit Frage 111](#)

110 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind unter 14 Jahre alt?

Person/en unter 14 Jahren

Keine Person/en unter 14 Jahren ☐

111 Welche Staatsbürgerschaft haben/hatten Ihre Eltern?

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

Staatsbürgerschaft Mutter:

Deutsche ☐

Andere ☐ → Welche?

Staatsbürgerschaft Vater:

Deutsche ☐

Andere ☐ → Welche?

112 In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

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 ☐

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 ☐

113 Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

*Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.*

Aktuell Schüler/in, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule	<input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>

→ Bitte weiter mit Frage 114

Bitte weiter mit Frage 115 (S.30)

114 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"/>
Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife	<input type="checkbox"/>
Einen anderen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>

Bitte weiter mit Frage 116 (S. 30)

115 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"/>

116 Welche Form der Erwerbstätigkeit üben Sie zurzeit hauptsächlich aus?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

Voll erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	}	Bitte weiter mit Frage 119 (S. 31)
Teilzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/>		
Altersteilzeit (unabhängig davon, in welcher Phase befindlich)	<input type="checkbox"/>	}	Bitte weiter mit Frage 118 (S.31)
Geringfügig erwerbstätig, 538-Euro-Job, Mini-Job	<input type="checkbox"/>		
„Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Bürger-Geld)	<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"/>		
Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung	<input type="checkbox"/>	}	Bitte weiter mit Frage 117
Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler und Studenten, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler, Rentner ohne Nebenverdienst)	<input type="checkbox"/>		

117 Geben Sie bitte an, zu welcher der folgenden Gruppen Sie gehören.

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

Schüler/in an einer allgemeinbildenden Schule	<input type="checkbox"/>	→	Bitte weiter mit Frage 120 (S. 31)
Student/in	<input type="checkbox"/>	}	Bitte weiter mit Frage 118 (S. 31)
Rentner/in, Pensionär/in, im Vorruhestand	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslose	<input type="checkbox"/>		
Dauerhaft erwerbsunfähig	<input type="checkbox"/>		
Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

118 Waren Sie früher einmal voll- oder teilzeiterwerbstätig?

Ja

☐

Nein

☐


Bitte weiter mit Frage 120



119 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.

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 1 | Ungelernte/r Arbeiter/in | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Angelernte/r Arbeiter/in | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Gelernte/r Arbeiter/in und Facharbeiter/in | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Meister/in, Polier/in, Brigadier/in | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 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"/> |
| 7 | 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"/> |
| 8 | 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"/> |
| 9 | 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"/> |
| 10 | Akademiker/in in freiem Beruf
(z. B. Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/in) | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Selbständige/r Landwirt/in bzw. Genossenschaftsbauer/-bäuerin | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 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"/> |
| 13 | ... 1 bis 4 Beschäftigten | <input type="checkbox"/> |
| 14 | ... 5 bis 50 Beschäftigten | <input type="checkbox"/> |
| 15 | ... mehr als 50 Beschäftigten | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Mithelfende/r Familienangehörige/r | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Berufliche Ausbildung/Lehre | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Sonstige (z. B. Praktikant/in) | <input type="checkbox"/> |

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

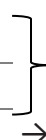
Ja

☐

Es gibt keine/n Hauptverdiener/in

☐

Nein

☐


Bitte weiter mit Frage 122 (S. 32)

Bitte weiter mit Frage 121 (S. 32)

- 121 In welcher beruflichen Stellung ist bzw. war der/die Hauptverdiener/in Ihres Haushalts zuletzt beschäftigt? Verwenden Sie dazu bitte die Vorgaben aus der Frage 119 und tragen Sie die zutreffende Nummer ein.**

Nummer:

- 122 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	<input type="checkbox"/>
500 bis unter 750 Euro	<input type="checkbox"/>
750 bis unter 1.000 Euro	<input type="checkbox"/>
1.000 bis unter 1.250 Euro	<input type="checkbox"/>
1.250 bis unter 1.500 Euro	<input type="checkbox"/>
1.500 bis unter 1.750 Euro	<input type="checkbox"/>
1.750 bis unter 2.000 Euro	<input type="checkbox"/>
2.000 bis unter 2.250 Euro	<input type="checkbox"/>
2.250 bis unter 2.500 Euro	<input type="checkbox"/>
2.500 bis unter 3.000 Euro	<input type="checkbox"/>
3.000 bis unter 4.000 Euro	<input type="checkbox"/>
4.000 bis unter 5.000 Euro	<input type="checkbox"/>
5.000 Euro und mehr	<input type="checkbox"/>

- 123 Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit. Bitte tragen Sie hier noch das Datum und Ihre Postleitzahl ein:
Bitte nur Zahlen eintragen.**

Tag:

Monat:

Jahr:

2024

Postleitzahl:

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 folgende Adresse: **Ipsos GmbH Sachsenstraße 6 20097 Hamburg**

Alle Rechte für die Formulierung des Fragebogens liegen beim IFT Institut für Therapieforchung in München.

Die formale Gestaltung des Fragebogens erfolgte durch die Ipsos GmbH, Hamburg.