

**ZA-Archiv Nummer 3696**

**Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen,  
alkoholischen Getränken, Medikamenten und  
Tabakwaren 1986 (Junge Menschen)**

1986

# Biogramm-Forschung

Wir bitten Dich, alle Fragen zu beantworten. Wenn etwas auf Dich nicht zutrifft und gleichzeitig ein Kästchen "trifft nicht zu" vorhanden ist, kreuze bitte dieses an. Beachte bitte auch, daß Du bei einigen Fragen **mehrere Antworten** ankreuzen kannst. Solltest Du bei einigen Fragen Bedenken haben, berücksichtige bitte, daß Deine Antworten – wie in der beiliegenden "Erklärung für Datenschutz" beschrieben und rechtsverbindlich zugesichert – völlig anonym ausgewertet werden.

Wenn Du noch Fragen hast, kannst Du uns gerne anrufen:

Jürgen Hoeltz 089/5600322  
Wolf Kirschner 030/6115848  
Elisabeth Logemann 089/5600520

Projekt-Nr.

83 / 4232

028420

© Alle Rechte für Fragenformulierung und Fragebogengestaltung bei Infratest

Karte 01

1. **Geschlecht:** Männlich  11/1  
Weiblich  2

2. **Wie alt bist Du?**   Jahre 12-13

## ELTERNHAUS

3. **Bei wem bzw. wo wohnst Du heute?**

Vater und Mutter  14

Nur Vater  15

Nur Mutter  16

Vater und Stiefmutter/  
Freundin (bzw. Partnerin) des Vaters  17

Mutter und Stiefvater/  
Freund (bzw. Partner) der Mutter  18

Großeltern/Großelternteil  19

Verwandte  20

Adoptiveltern  21

Pflegefamilie  22

Freund(in)/Verlobte(r)  23

Ehepartner  24

Familie des Arbeitgebers  25

Internat/Erziehungsheim  26

Krankenhaus/Erholungsheim  27

Militär/Kaserne  28

Wohnheim  29

Wohngemeinschaft  30

Allein  31

Sonstiges und zwar:  32/33

4. **Bei wem bist Du in der Kindheit überwiegend aufgewachsen?**

Nur bei der Mutter  34/1

Nur beim Vater  2

Bei beiden Eltern  3

Bei den Großeltern oder anderen Verwandten  4

Bei Adoptiv-/Pflegeeltern  5

In Heimen/Internat  6

Sonstiges und zwar:  35/36

5. **Welche dieser Angaben treffen heute auf Dich zu?**

Eltern verheiratet  37

Eltern nicht verheiratet  38

Eltern geschieden  39 in welchem Jahr: 19  45/46

Eltern getrennt lebend  40 seit welchem Jahr: 19  47/48

Vater unbekannt  41

Mutter unbekannt  42

Vater gestorben  43 in welchem Jahr: 19  49/50

Mutter gestorben  44 in welchem Jahr: 19  51/52

6. **Wie ist alles in allem Dein Verhältnis zu Deinem Vater? Und wie ist alles in allem Dein Verhältnis zu Deiner Mutter?**

Wenn Du das Kästchen ganz links ankreuzt, ist das Verhältnis sehr gut, wenn Du das Kästchen ganz rechts ankreuzt, sehr schlecht. Mit den dazwischenliegenden Kästchen kannst Du Dein Urteil abstimmen.

Vater

Sehr gut      Sehr schlecht 53

Mutter

Sehr gut      Sehr schlecht 54

7. **Wie viele Kinder wart Ihr insgesamt in Deinem Elternhaus?**

Kinder Bin Einzelkind  01

55/56

**8. Auf der folgenden Liste stehen einige Eigenschaften, wie man Kinder erziehen kann.**

Welche davon, glaubst Du, treffen bzw. trafen für Deinen Vater zu?

Und welche davon treffen bzw. trafen für Deine Mutter zu?

*Du kannst mehrere ankreuzen!*

	Vater	Mutter
Zärtlich, liebevoll	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 66
Streng, befehlend, anordnend	<input type="checkbox"/> 58	<input type="checkbox"/> 67
Ruhig gelassen	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/> 68
Von anderen leicht beeinflussbar	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 69
Heiter, fröhlich, locker	<input type="checkbox"/> 61	<input type="checkbox"/> 70
Drohend, strafend, aggressiv	<input type="checkbox"/> 62	<input type="checkbox"/> 71
Anerkennungsbereit, achtend	<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/> 72
Kühl, ablehnend, reserviert	<input type="checkbox"/> 64	<input type="checkbox"/> 73
Anregend, aufmunternd, lobend	<input type="checkbox"/> 65	<input type="checkbox"/> 74
	1	1

**9. Wenn Du selber Kinder hast (jetzt oder später):**

Wie willst Du sie dann erziehen im Vergleich zu Deiner eigenen Erziehung?

Genauso erziehen	<input type="checkbox"/> 75/1
In einigen Punkten anders	<input type="checkbox"/> 2
In den meisten Punkten anders	<input type="checkbox"/> 3

**10. Sind Deine Eltern heute ganztags berufstätig, halbtags berufstätig oder sind sie nicht berufstätig?**

	Vater	Mutter
Ganztags berufstätig	<input type="checkbox"/> 76/1	<input type="checkbox"/> 77/1
Halbtags berufstätig/teilzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Nicht berufstätig (Rentner, Hausfrau)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Zur Zeit arbeitslos	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

**11. Und wie war das vor 10 Jahren?**

	Vater	Mutter
Ganztags berufstätig	<input type="checkbox"/> 78/1	<input type="checkbox"/> 79/1
Halbtags berufstätig/teilzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Nicht berufstätig (Rentner/Hausfrau)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Damals (längere Zeit) arbeitslos	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Weiß nicht mehr	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

**12. Welchen Beruf übten Deine Eltern aus bzw. haben sie zuletzt ausgeübt?**

Bitte versuche, Deine Eltern in die folgende Liste einzuordnen.

	Vater	Mutter
<b>Selbständige</b>		
Kleinere Selbständige (z.B. Einzelhändler mit kleinem Geschäft, Handwerker)	<input type="checkbox"/> 11/1	<input type="checkbox"/> 13/1
Mittlere Selbständige (z.B. Einzelhändler mit großem Geschäft, Hauptvertreter)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Größere Selbständige (z.B. Fabrikbesitzer)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Freie Berufe, selbständige Akademiker	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<b>Angestellte</b>		
Ausführende Angestellte (z.B. Verkäufer, Schreibkraft)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Qualifizierte Angestellte (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter)	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Leitende Angestellte (z.B. Abteilungsleiter, Prokurist, Direktor)	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
<b>Beamte (einschl. Richter, Berufssoldaten)</b>		
Im Mittleren/Einfachen Dienst (bis Hauptsekretär einschließlich)	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Im Gehobenen Dienst (bis Oberamtsrat einschließlich)	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
Im Höheren Dienst (ab Regierungsassessor/Regierungsrat einschließlich)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<b>Arbeiter (auch landwirtschaftliche Arbeiter)</b>		
Ungeiernte Arbeiter	<input type="checkbox"/> 12/1	<input type="checkbox"/> 14/1
Angelernte Arbeiter	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Facharbeiter (mit Lenre)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<b>Selbständige Landwirte</b>		
Kleine, Mittlere (bis unter 20 ha/80 Morgen)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Große (20 ha/80 Morgen und mehr)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<b>Sonstige</b>		
In Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
War nie berufstätig (z.B. Hausfrau)	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

**13. Welchen Schulabschluß haben/hatten Deine Eltern? (Nur die zuletzt abgeschlossene Ausbildung ankreuzen!)**

	Vater	Mutter
Volksschule ohne abgeschlossene Lenre oder Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> 15/1	<input type="checkbox"/> 16/1
Volksschule mit abgeschlossener Lenre oder Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Mittelschule, Oberschule ohne Abitur, Fachschule, Handelsschule, Mittlere Reife	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Abitur	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Fachhochschule/Fachakademie	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Universität	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

**SCHULE / BERUF**

**14. Besuchst Du zur Zeit eine Schule, machst Du eine Berufsausbildung oder nimmst Du an einem Weiterbildungslehrgang teil?**

Ja  1 17  
 Nein  2 **Du springst auf Frage 16!**

**15. Was für eine Ausbildung oder Weiterbildung ist das?**

Allgemeinbildende Schule	Welche Klasse?
Hauptschule	<input type="checkbox"/> 18/19 / <input type="checkbox"/> 19/20
Realschule	<input type="checkbox"/> 20/21 / <input type="checkbox"/> 21/22
Gymnasium	<input type="checkbox"/> 22/23 / <input type="checkbox"/> 23/24
Gesamtschule	<input type="checkbox"/> 24/25 / <input type="checkbox"/> 25/26
Abendrealschule, Abendgymnasium	<input type="checkbox"/> 26/27 / <input type="checkbox"/> 27/28
Fachoberschule	<input type="checkbox"/> 28/29 / <input type="checkbox"/> 29/30

**Hochschule**

Fachhochschule  31/1

Universität, sonstige Hochschule  2

**Lehrgang / Kursus zur Weiterbildung**

Berufliche Umschulung  32

Berufliche Fortbildung  33

Berufliche Rehabilitation  34

Allgemeine oder politische Weiterbildung  35

Sonstiges, und zwar:

36/37, 38/39

**Berufliche Ausbildung**

Berufsgrundbildungsjahr, Berufsvorbereitungsjahr  40

Berufsschule **ohne** Lehre  41

Lehre  42

Berufsfachschule, Handelsschule  43

Schule des Gesundheitswesens  44

Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule)  45

Beamtenausbildung  46

Sonstiges, und zwar:

47/48, 49/50

**16. Welchen Schulabschluß hast Du?**

Hauptschule, nicht bis zum Ende besucht  51

Hauptschule, bis zum Ende besucht  52

Realschule/Wirtschaftsschule ohne mittlere Reife  53

Realschule/Wirtschaftsschule mit mittlerer Reife  54

Gymnasium ohne Abschluß  55

Gymnasium mit mittlerer Reife  56

Gymnasium mit Abitur (Allgemeine Hochschulreife)  57

Gymnasium mit Abitur (Fachgebundene Hochschulreife, z.B. Wirtschaftsfachschule, etc.)  58

Hochschulstudium ohne Abschluß  59

Hochschulstudium mit Abschluß  60

1

**17. Hast Du im Laufe der Schulzeit eine Klasse wiederholt oder irgendeine Schulausbildung abgebrochen?**

Ja, Klasse wiederholt und Schulausbildung abgebrochen  61/1

Ja, Klasse wiederholt  2

Ja, Schulausbildung abgebrochen  3

Nein, keines von beiden  4

**18. Hast Du eine gewerbliche, landwirtschaftliche oder kaufmännische Lehre abgeschlossen?**

Ja, gewerbliche Lehre abgeschlossen  62

Ja, landwirtschaftliche Lehre abgeschlossen  63

Ja, kaufmännische Lehre abgeschlossen  64

Nein, keine Lehre abgeschlossen  65

1

**19. Bist Du derzeit in irgendeiner Form erwerbstätig? Was trifft für Dich zu?**

Voll erwerbstätig  1 **→ Du springst auf Frage 22!**

In regelmäßiger Teilzeitbeschäftigung  2 **→**

In betrieblicher Berufsausbildung  3 **→**

Geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig (aber nicht arbeitslos gemeldet)  4 **→**

Arbeitslos gemeldet  5 **→**

Als Wehrpflichtiger beim Wehrdienst  6 **→**

Als Ersatzdienstleistender beim Zivildienst/Ersatzdienst  7 **→**

Nicht erwerbstätig  8

**20. Warst Du früher einmal erwerbstätig?**

Ja  1 67

Nein  2 **Du springst auf Frage 24!**

21. Was waren die Gründe für die Beendigung Deiner letzten Erwerbstätigkeit?

Bitte gib alle Punkte aus dieser Liste an, die in Deinem Fall von Bedeutung waren.

- 1
- Heirat .....  11
- Kinderbetreuung .....  12
- Betreuung pflegebedürftiger Personen (Kranke, Ältere, Behinderte) .....  13
- Berufsunfähigkeit .....  14
- Erwerbsunfähigkeit .....  15
- Sonstige gesundheitliche Gründe .....  16
- Einberufung zum Wehrdienst/Zivildienst .....  17
- Entlassung durch den Arbeitgeber .....  18
- Mußte aus persönlichen Gründen meine Stellung aufgeben .....  19
- Aufgabe des eigenen Betriebs/Geschäfts .....  20
- Beginn einer Fortbildung, Umschulung .....  21
- Aufnahme einer sonstigen Ausbildung .....  22
- Wollte mir eine andere Arbeit suchen .....  23
- Brauchte aus finanziellen Gründen nicht mehr zu arbeiten .....  24
- Habe aus sonstigen Gründen aufgehört .....  25

1

22. Welche berufliche Tätigkeit übst Du derzeit aus bzw. hast Du zuletzt ausgeübt?

Bitte gib die genaue Tätigkeitsbezeichnung an, also z.B. nicht "kaufmännischer Angestellter", sondern "Speditionskaufmann", nicht "Arbeiter", sondern "Maschinenschlosser".

Wenn Du Beamter bist, gib bitte Deine Amtsbezeichnung an, z.B. "Polizeimeister".



26-28

23. In welcher beruflichen Stellung bist Du (bzw. für diejenigen, die zur Zeit nicht erwerbstätig sind: warst Du zuletzt) beschäftigt?

**Arbeiter**

- Ungelernte Arbeiter .....  29/1
- Angelernte Arbeiter .....  2
- Gelernte Facharbeiter .....  3
- Vorarbeiter, Kolonnenführer .....  4
- Meister, Polier .....  5

**Selbständige**

(einschließlich mithelfende Familienangehörige)

- Selbständige Landwirte .....  30/1
- Freie Berufe, selbständige Akademiker .....  2
- Sonstige Selbständige mit bis zu 9 Mitarbeitern .....  3
- Sonstige Selbständige mit 10 und mehr Mitarbeitern .....  4
- Mithelfende Familienangehörige .....  5

**Auszubildende/Praktikanten**

- Auszubildende .....  31/1
- Volontäre, Praktikanten u.ä. ....  2

**Angestellte**

- Angestellte mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist, Stenotypistin) .....  3
- Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner) .....  4
- Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Prokurist, Abteilungsleiter) .....  5
- Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände) .....  6

**Beamte (einschl. Richter und Berufssoldaten)**

- Einfacher Dienst .....  32/1
- Mittlerer Dienst .....  2
- Gehobener Dienst .....  3
- Höherer Dienst .....  4

24. Warst Du in den letzten 6 Jahren, also von 1980 bis heute, irgendwann einmal beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet?

- Ja .....  1 33
- Nein .....  2

Wie häufig bist Du von 1980 bis heute arbeitslos gewesen?

mal  
34

Wenn Du einmal alle diese Zeiten der Arbeitslosigkeit bis heute zusammenzählst: Wie viele Monate warst Du seit 1980 alles in allem arbeitslos?

Mte.  
35/36

**25. Welche der auf dieser Liste aufgeführten Dinge empfindest Du bei Deiner normalen Hauptbeschäftigung (Schule oder Beruf) derzeit als belastend?**

*Du kannst mehrere ankreuzen!*

- 37 Überstunden/lange Arbeitszeit
- 38 Schichtarbeit
- 39 Zu viel Arbeit
- 40 Arbeitstempo, Gehetze
- 41 Zu viel Verantwortung (für andere Personen)
- 42 Ungewohnte Arbeit
- 43 Geringe Aufstiegsmöglichkeiten
- 44 Geringe Verdienstmöglichkeiten
- 45 Zu starke geistige Anspannung
- 46 Eintönigkeit, immer dasselbe
- 47 Körperlich schwere Arbeit
- 48 Unfallgefahr, gefährliche Arbeit
- 49 Viele Personen auf engem Raum
- 50 Mit unfreundlichen, rücksichtslosen Menschen zusammenarbeiten
- 51 Notwendigkeit, mit anderen zu wetteifern
- 52 Genaue Beaufsichtigung, Kontrollen, Mißtrauen anderer
- 53 Schlechte Ausbildung
- 54 Getrennt von zu Hause leben
- 55 Lärm
- 56 Staub, Schmutz
- 57 Bildschirmarbeitsplatz
- Sonstiges und zwar:

**26. Wie ist bzw. wie war alles in allem Dein Verhältnis zu der Mehrzahl Deiner Lehrer oder Deiner Ausbilder?**

- Sehr gut  1  2  3  4  5  62 Sehr schlecht

**JUGEND/FREIZEIT**

**27. Bist Du (früher) schon mal von zu Hause ausgerissen?**

- Ja, einmal  1 63  
 Ja, mehrmals  2      Nein, nie  3

**28. Bist Du jetzt oder warst Du früher in einer Clique von Jugendlichen?**

- Ja  1 64      Nein  2

**29. Welche der folgenden Tätigkeiten machst Du oft in Deiner Freizeit?**

- 65 Einfach nichts tun, "herumgammeln", ausruhen
- 66 Zeitschriften, Zeitungen lesen
- 67 Bücher lesen
- 68 Musik hören (Radio, Stereoanlage)
- 69 Videos anschauen
- 70 Fernsehen
- 71 In eine "Kneipe" gehen
- 72 Basteln/handwerkliche Tätigkeiten, Handarbeiten
- 73 Radfahren
- 74 Mannschaftsballspiele (Fuß-, Hand-, Volleyball etc.)
- 75 Sonstige Ballspiele (Squash, Tennis etc.)
- 76 Schwimmen
- 77 Wassersport (Rudern, Kajakfahren, Surfen, Segeln etc.)
- 78 Laufen, Joggen, Wandern
- 79 Kampfsport (Judo, Karate etc.)
- 80 Leichtathletik
- 11 Gymnastik, Turnen
- 12 Kegeln, Bowling
- 13 Abenteuersport (Drachenfliegen, Segelfliegen etc.)
- 14 Sonstige Sportarten
- 15 Kartenspiele, Brettspiele
- 16 Spielen an Glücksspiel/Geldautomaten
- 17 Computerspiele, Computerprogramme
- 18 Flippern, Kickern
- 19 ins Kino gehen
- 20 Theater, Oper etc. besuchen
- 21 In die Disco gehen
- 22 Motorrad oder Auto fahren
- 23 Bei einem Jugendclub, Jugendfreizeitheim oder dem Haus der Jugend etc. mitmachen
- 24 Pop- oder Rockkonzerte besuchen
- 25 An einer Selbsterfahrungs- oder Meditationsgruppe, Gruppentherapie oder sonstigen Psychotherapie teilnehmen
- 26 Mit einer Clique treffen
- 27 Bei einem Sportverein mitmachen
- 28 In einer Band spielen
- 29 In einer politischen Organisation/Jugendorganisation oder der Gewerkschaftsjugend mitmachen
- 30 Bei einem kirchlichen Jugendverband/bei den Pfadfindern mitmachen
- 31 Bei einem sonstigen Verein (z.B. Feuerweh, Jugendrotkreuz-Club, Gesangverein, Musikkapelle) mitmachen
- 79! Tue nichts davon

**30. Wie verbringst Du Deine Freizeit?**

Meistens allein  1 32  
 Mehr mit anderen  2

**31. Wie viele Freunde und Freundinnen hast Du, mit denen Du persönliche Probleme besprechen kannst?**

Freunde / Freundinnen 33/34  
 Keine  00

**32. Wenn Du an Deinen gesamten Freundeskreis denkst: Bist Du mit diesem eher zufrieden oder eher unzufrieden?**

Eher zufrieden  1 35  
 Eher unzufrieden  2

**33. Mit wem kannst Du heute in erster Linie über Deine Probleme und über Dinge, die Dich besonders beschäftigen, sprechen?**

- Mit niemanden  36
- Vater  37
- Mutter  38
- Bruder  39
- Schwester  40
- Großeltern/-teil  41
- Sonstige Verwandte  42
- (Ehe-)Partner  43
- Freund  44
- Freundin  45
- Lehrer  46
- Jugendleiter  47
- Pfarrer/Pastor  48
- Sonstige, und zwar:  49/50

**34. Was trifft auf Dich zu?**

- Verheiratet  51/1
- Zusammenlebend mit festem Partner  2
- Verlobt  3
- Verwitwet  4
- Geschieden/getrennt lebend  5
- Ledig  6

**TABAKWARENKONSUM**

**35. Welche Tabakwaren rauchst Du zur Zeit, wenn auch nur gelegentlich?**

*Du kannst mehrere ankreuzen!*

- Zigaretten mit Filter  52
  - Zigaretten ohne Filter  53
  - Selbstgedrehte Zigaretten  54
  - Zigarren, Zigarillos/Stumpfen  55
  - Pfeife  56
- Weiter mit Frage 36*
- Rauche nicht mehr, habe aber früher geraucht  57 *Du springst auf 39*
  - Rauche jetzt nicht und habe auch früher nicht geraucht  58 *Du springst auf 43*

**36. Welche Zigarettenmarke bzw. Tabakmarke rauchst Du derzeit? Und welche Menge an Nikotin (N) und Kondensat (K) enthält Deine Zigarettenmarke (lt. Steuerzeichen)?**

59/60

Nikotin  mg  
 61-63

Kondensat  mg      Weiß nicht  000  
 64-66

**37. Welche Zigarettenart bevorzugst Du?**

- Sehr leichte Zigaretten  1 67
- Leichte Zigaretten  2
- Mittelstarke Zigaretten  3
- Starke Zigaretten  4
- Sehr starke Zigaretten  5

**38. Woher bekommst Du Deine Tabakwaren?**

	Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	
	1	2	3	4	
Zigarettenautomaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68
Tabakwarengeschäft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69
Kiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70
Einzelhandelsgeschäft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71
Supermarkt/Großhandel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72
Aus dem Vorrat meiner Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
Von Freunden/Bekanntem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74

*Weiter mit Frage 40*

**39. Wenn Du heute nicht mehr rauchst: Seit wie vielen Jahren/Monaten rauchst Du nicht mehr?**

Jahre       Monate

75/76      77/78



**TRINKGEWOHNHEITEN**

48. Wie häufig trinkst Du in etwa die folgenden Getränke?	(Fast) täglich	Mehrmals in der Woche	Mehrmals im Monat	1 mal im Monat und seltener	Nie	
	1	2	3	4	5	
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56
Wein, Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58
Bohnenkaffee/Puiverkaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59
Malzkaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
Kakao, Kaba, Nesquick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62
Cola-Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63
Alsterwasser/Radlermaß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64
Limonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65
Selterswasser, Mineralwasser, Tonic/Bittergetränke	1	2	3	4	5	66
Klare Schnäpse (z.B. Wodka, Gin, Obstbranntwein, Korn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67
Kräuterliköre, Magenbitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68
Liköre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69
Wermutweine, Aperitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70
Fertige Cocktails, Apfelkorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71
Rum (Rum-Verschnitt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72
Weinbrand/Weinbrano-Verschnitt, Cognac/Brandy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
Whisky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74
Fruchtsäfte, Fruchtsaftgetränke, Obstsäfte ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75
Gemüsesaft, Tomatensaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76

**49. Bitte versuche, das ganze auch mal in Mengenangaben auszudrücken.**

Wieviel Gläser Bier trinkst Du im allgemeinen pro Woche?  
 Wieviel Gläser Wein?  
 Und wieviel Gläser Spirituosen im allgemeinen pro Woche?

Bitte beachte, daß Du bei Spirituosen die Gläserzahl aus mehreren Getränken errechnen mußt.

- 1 Glas Bier = 0,3 l
- 1 Glas Wein = 0,25 l, ein Schoppen
- 1 Glas Spirituosen = 0,02 l, ein Kurzer  
z.B. Whisky, Korn, Likör, klare Schnäpse, Cognac (2 cl)

	Gläser pro Woche	Trinke nicht	
Bier	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	16
	10/11		
Wein	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	17
	12/13		
Spirituosen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	18
	14/15	1	

**50. Zu welchen Gelegenheiten trinkst Du im allgemeinen Alkohol?**

*Du kannst mehrere ankreuzen!*

- Zu festlichen Anlässen (Geburtstag, Hochzeit, Silvester etc.)  19
- Zu Parties, Festen mit Freunden  20
- Beim Volksfest  21
- Im Verein (Fußball, Kegeln, Gesangverein etc.)  22
- In der Stammkneipe, beim Fröhschoppen  23
- Wenn man sich mit Freunden trifft  24
- Wenn die Familie abends zusammensitzt  25
- Wenn man allein zu Hause ist  26
- Beim Fernsehen  27
- Nach dem Unterricht, in Freistunden  28
- Im Kreis von Arbeitskollegen  29
- Bei der Arbeit/berufsbedingt  30
- Zum Frühstück  31
- Beim Mittagessen  32
- Beim Abendessen  33
- Wenn man Probleme hat  34
- Wenn man besonders nervös oder angespannt ist  35
- Bei einer Magen- oder Darmverstimmung  36
- Im Urlaub  37
- Trinke keinen Alkohol!  38

**51. Und woher bekommst Du den Alkohol im allgemeinen?**

- Einzelhandel  39
- Supermarkt, Discount  40
- Kiosk  41
- Depot, Abholmarkt  42
- Getränkeautomat  43
- Kantine  44
- Kneipe, Gasthaus, Discothek  45
- Freunde, andere Gleichaltrige  46
- Eltern, Vorrat zu Hause  47
- Sonstiges, und zwar:  48/49
- 50/51
- Trinke keinen Alkohol

**52. Wenn nicht-alkoholische Getränke wie Mineralwasser, Limonade usw. in Kneipen und Gaststätten billiger wären als alkoholische:**

**Würdest Du dann eher nicht-alkoholische Getränke trinken?**

- Ja  1 52
- Nein  2
- Trinke sowieso meistens nicht-alkoholische Getränke  3

**53. Wie alt warst Du, als Du das erste Mal Alkohol getrunken hast?**

Jahre 53 / 54

Habe noch nie Alkohol getrunken  1 55

**54. Und in welchem Alter hast Du zum ersten Mal einen Rausch gehabt ("einen sitzen gehabt")?**

Mit   Jahren 56/57

Noch nie  1 58

**55. Wie häufig trinken eigentlich Deine Eltern Alkohol? Wie häufig trinken sie jeweils Bier, Wein, Spirituosen?**

	Vater			Mutter		
	Bier	Wein	Spirituosen	Bier	Wein	Spirituosen
(Fast) täglich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
Mehrmals in der Woche	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
Mehrmals im Monat	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
1 mal im Monat und seltener	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
Nie	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
Trinkt überhaupt keinen Alkohol	<input type="checkbox"/> 6			<input type="checkbox"/> 6		
Habe keine mehr	<input type="checkbox"/> 7			<input type="checkbox"/> 7		

**56. Sind bei Dir zu Hause im allgemeinen alkoholische Getränke vorrätig?**

- Ja  1 65
- Nein  2

**57. Darfst Du Dir jederzeit etwas davon nehmen, mußt Du jeweils um Erlaubnis bitten oder darfst Du den Vorrat gar nicht benutzen?**

- Jederzeit davon nehmen  1 66/67
- Jeweils um Erlaubnis bitten  2
- Gar nicht benutzen  3

**58. Im folgenden findest Du einige Behauptungen zum Thema "Alkohol".**

Bitte kreuze für jede einzelne an, wie sehr sie Deiner Meinung nach zutrifft.

1 bedeutet: "Trifft genau zu"; 5 bedeutet: "Trifft gar nicht zu".

Die Werte dazwischen dienen zur Abstufung.

	Trifft genau zu	1	2	3	4	5	Trifft gar nicht zu				
Mäßig trinken darf man, so oft man will	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	67
Eine Party ohne Alkohol ist langweilig	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	68
Zu Hause sollte man immer alkoholische Getränke parat haben, um jederzeit überraschendem Besuch etwas anbieten zu können	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	69
Ein kleiner Schwips ist etwas sehr Angenehmes	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	70
Alkohol schadet auch in kleinen Mengen der Gesundheit	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	71
Schlechte Laune und Probleme lassen sich durch Alkohol vertreiben	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	72
Alkoholismus ist eine Krankheit	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	73
Alkohol macht sicherer und selbstbewußter	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	74
Jeder sollte irgendwann mal die Erfahrung des Betrunkenseins gemacht haben	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	75
Leute, die ab und zu Alkohol trinken, sind sympathischer als Nichttrinker	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	76
Solange man es nicht zur Gewohnheit werden läßt, ist es nicht schlimm, wenn man mal "einen über den Durst" trinkt	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	77
Bier, Wein und Sekt zu trinken ist ein Genuß	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	78

**59. Wie viele Deiner engeren Freunde und Bekannte trinken eigentlich Alkohol?**

Alle	<input type="checkbox"/>	1	79/
Die meisten	<input type="checkbox"/>	2	
Etwa die Hälfte	<input type="checkbox"/>	3	
Nur einige	<input type="checkbox"/>	4	
Keine(r)	<input type="checkbox"/>	5	

**60. Hier sind noch einige Aussagen, die sich mit dem Thema Alkohol befassen.**

Bitte kreuze bei jedem Satz an, ob er auf Dich zutrifft oder nicht.

	Trifft zu	1	2	Trifft nicht zu	
Es kommt schon mal vor, daß ich innerhalb weniger Stunden mehr als 6 Glas Bier, Wein oder Schnaps trinke	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	11
Es ist mir schon mal passiert, daß ich abends so viel getrunken habe, daß ich mich am nächsten Tag nicht mehr an alles erinnern konnte	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	12
Ich habe nach den ersten Gläsern Alkohol öfter das Bedürfnis, weiter zu trinken	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	13
Ich trinke manchmal morgens vor der Arbeit/vor der Schule ein Glas Alkohol	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	14
Ich trinke Alkohol, um besondere Belastungen besser bewältigen zu können oder um Ärger und Sorgen zu vergessen	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	15
Ich bin schon einmal wegen Fahrens unter Alkoholeinfluß mit der Polizei in Konflikt gekommen	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	16
Man hat mir an meiner Arbeitsstelle/in der Schule schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	17
Ich habe zeitweise über Zittern und Brechreiz zu klagen und es geht mir dann besser, wenn ich morgens etwas Alkohol trinke	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	18
Ich habe/hatte schon einmal Leberbeschwerden, die mit meinem Alkoholkonsum in Verbindung stehen/standen	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	19
In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	20
Ich habe zeitweilig - besonders morgens - ein Würgegefühl oder Brechreiz	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	21
Ich suche Gelegenheiten, wo ich ohne Wissen der anderen ein paar Gläser trinken kann	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	22
In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	23
Ohne Alkohol fühle ich mich gespannt und unruhig	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	24

61. Wenn Du an die Menge der alkoholischen Getränke denkst, die Du pro Woche zu Dir nimmst, was glaubst Du, ist das –

- sehr viel? .....  1 25  
 eher viel? .....  2  
 normal? .....  3  
 eher wenig? .....  4  
 sehr wenig? .....  5  
 Trinke keine alkoholischen Getränke ...  6

● **GESUNDHEIT**

62. Wie ist das eigentlich bei Dir: Achtest Du im allgemeinen auf Deine Gesundheit?

Wenn Du das Kästchen ganz links ankreuzt, stimmst Du der linken Aussage zu; wenn Du das Kästchen ganz rechts ankreuzt, stimmst Du der rechten Aussage zu. Mit den dazwischenliegenden Kästchen kannst Du Dein Urteil abstimmen.

Achte gar nicht darauf  1  2  3  4  5  6 Achte sehr darauf

26

63. Hast Du in den letzten 12 Monaten folgende Beschwerden gehabt? Wenn ja, war das häufig oder selten?

	Ja	Falls ja	
		Häufig	Selten
	1	1	2
Halsschmerzen .....	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 50
Husten, Heiserkeit .....	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 51
Appetitlosigkeit .....	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 52
Angstgefühl .....	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 53
Benommenheit, Schwindelgefühle, Kreislaufstörungen .....	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 54
Brechreiz am Morgen .....	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 55
Frösteln, Frieren ohne erkennbaren Anlaß .....	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56
Herzjagen, starkes Herzklopfen .....	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 57
Hitzewallungen .....	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 58
Kopfschmerzen, Migräne .....	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 59
Magenschmerzen, Sodbrennen .....	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 60
Schlafstörungen, Schlaflosigkeit .....	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 61
Schweißausbrüche .....	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 62
Traurige Verstimmung .....	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 63
Unruhe, Erregbarkeit, Nervosität .....	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 64
Übelkeit, Brechreiz .....	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 65
Vergeßlichkeit .....	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 66
Zittern der Hände .....	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 67
Herzbeschwerden .....	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 68
Erschöpfungs- und Ermüdungszustände, Abgespanntheit .....	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 69
Hautjucken, Ausschläge, Allergien (nicht Akne) .....	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 70
Menstruationsbeschwerden .....	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 71
Nichts davon .....	<input type="checkbox"/> 1 49	1	2

**64. Wie oft hast Du die folgenden Medikamente im Laufe der letzten 3 Monate eingenommen?**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz!*

	Täglich	Mehrmals wöchentlich	1-2mal wöchentlich	1-3mal monatlich	Selten(er)	Nie	
	1	2	3	4	5	6	
Mittel gegen Erkältungskrankheiten (Husten, Grippe)	<input type="checkbox"/>	72					
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	73					
Abführmittel	<input type="checkbox"/>	74					
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	75					
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	76					
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	77					
Appetitzügler / Abmagerungsmittel	<input type="checkbox"/>	78					
Pille zur Schwangerschaftsverhütung	<input type="checkbox"/>	79					
Vitaminpräparate	<input type="checkbox"/>	80					
	1	2	3	4	5	6	

**65. Warst Du in den letzten 3 Monaten in ärztlicher Behandlung?**

- Nein  <sup>11</sup> → **Du springst auf Frage 68!**
- Ja, beim Zahnarzt  <sup>12</sup>
- Ja, bei einem anderen Arzt (Allgemeinarzt, Praktischer Arzt, Internist, Frauenarzt etc.)  <sup>13</sup>

**66. Weshalb warst Du in ärztlicher Behandlung bzw. beim Arzt?**

- Krankheit, Erkrankung, Beschwerden  <sup>14</sup> → Um was handelte es sich dabei:
- Unfall, Verletzung  <sup>15</sup> → Um was handelte es sich dabei:
- Vorsorgeuntersuchung  <sup>16</sup> 18-23  
24-29  
30-35
- Sonstiger Grund  <sup>17</sup>

**67. Welche der folgenden Arzneimittel sind Dir in den letzten 3 Monaten von einem Arzt verschrieben worden?**

- |  |  |
|--|--|
| Schmerzmittel <input type="checkbox"/> <sup>36</sup>                       | Sonstige Mittel ( <i>bitte angeben</i> ):<br><input type="text"/><br>44-49<br><input type="text"/><br>50-55<br><input type="text"/><br>56-61<br><input type="text"/><br>62-67<br><input type="text"/><br>68-73 |
| Abführmittel <input type="checkbox"/> <sup>37</sup>                        |  |
| Schlafmittel <input type="checkbox"/> <sup>38</sup>                        |  |
| Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/> <sup>39</sup>                   |  |
| Anregungsmittel <input type="checkbox"/> <sup>40</sup>                     |  |
| Appetitzügler / Abmagerungsmittel <input type="checkbox"/> <sup>41</sup>   |  |
| Pille zur Schwangerschaftsverhütung <input type="checkbox"/> <sup>42</sup> |  |
| Mittel gegen Erkältungskrankheiten <input type="checkbox"/> <sup>43</sup>  |  |

● RAUSCHMITTELKONSUM

68. Hier ist eine Reihe von Drogen oder Rauschmitteln, d.h. Mitteln, die einen rauschartigen Zustand erzeugen können.

Kreuze bitte diejenigen Mittel an, die Du schon einmal probiert hast.

Marihuana (Grass) . . . . .	<input type="checkbox"/>	1	DOB . . . . .	<input type="checkbox"/>	1
Haschisch (Schit, Pot) . . . . .	<input type="checkbox"/>	11	Tempidorm . . . . .	<input type="checkbox"/>	36
LSD (Trip) . . . . .	<input type="checkbox"/>	12	Somvit . . . . .	<input type="checkbox"/>	37
Mescaline . . . . .	<input type="checkbox"/>	13	Pantopon . . . . .	<input type="checkbox"/>	38
Psilocybin . . . . .	<input type="checkbox"/>	14	Methadon . . . . .	<input type="checkbox"/>	39
Kath . . . . .	<input type="checkbox"/>	15	L-Polamidon . . . . .	<input type="checkbox"/>	40
Kokain (Koks, Schnee) . . . . .	<input type="checkbox"/>	16	Cliradon . . . . .	<input type="checkbox"/>	41
Pervitin . . . . .	<input type="checkbox"/>	17	Dilaudid . . . . .	<input type="checkbox"/>	42
Ritalin . . . . .	<input type="checkbox"/>	18	Dolantin . . . . .	<input type="checkbox"/>	43
Rosimon Neu . . . . .	<input type="checkbox"/>	19	Dromoran . . . . .	<input type="checkbox"/>	44
Captagon (Caps) . . . . .	<input type="checkbox"/>	20	Eukodal . . . . .	<input type="checkbox"/>	45
Ephedrin . . . . .	<input type="checkbox"/>	21	Scophedal . . . . .	<input type="checkbox"/>	46
Percofedrinol . . . . .	<input type="checkbox"/>	22	Palfium/Jetrium . . . . .	<input type="checkbox"/>	47
Regenon . . . . .	<input type="checkbox"/>	23	Oralin . . . . .	<input type="checkbox"/>	48
Mirapront N . . . . .	<input type="checkbox"/>	24	Mandrax . . . . .	<input type="checkbox"/>	49
Halovolan . . . . .	<input type="checkbox"/>	25	Optalidon . . . . .	<input type="checkbox"/>	50
Berliner Tinke . . . . .	<input type="checkbox"/>	26	Valoron N . . . . .	<input type="checkbox"/>	51
Morphium . . . . .	<input type="checkbox"/>	27	Fortral . . . . .	<input type="checkbox"/>	52
Metamorphin . . . . .	<input type="checkbox"/>	28	Opium . . . . .	<input type="checkbox"/>	53
Codein . . . . .	<input type="checkbox"/>	29	Farben/Sprays . . . . .	<input type="checkbox"/>	54
Heroin . . . . .	<input type="checkbox"/>	30	Chloroform/Äther/ Lachgas . . . . .	<input type="checkbox"/>	55
Temgesic . . . . .	<input type="checkbox"/>	31	Benzin/Terpentin . . . . .	<input type="checkbox"/>	56
Methaqualon . . . . .	<input type="checkbox"/>	32	Klebstoff/Lösungs- mittel/Pattex . . . . .	<input type="checkbox"/>	57
Normi-Nox . . . . .	<input type="checkbox"/>	33	Amylnitrit (Poppers) . . . . .	<input type="checkbox"/>	58
PCP/Engelsstaub . . . . .	<input type="checkbox"/>	34			59
		35			

Andere Rauschmittel probiert (bitte notieren):

60/  
61

62/  
63  
64/  
65

Habe bisher **kein Rauschmittel** probiert . . . . .  66

Die folgenden Fragen bis einschließlich Frage 80 richten sich nur an Personen,  
die schon einmal Rauschmittel genommen haben.

Wir weisen nochmals darauf hin, daß Deine Angaben **absolut anonym** bleiben.  
Mache bitte bei jeder Frage eine Angabe!

69. In welchem Alter hast Du zum ersten Mal Rauschmittel probiert? Zum ersten Mal mit   Jahren 67/68

70. Vom ersten Mal bis heute, wie häufig hast Du Rauschmittel genommen?

1 mal .....	<input type="checkbox"/>	1	69
2— 5 mal .....	<input type="checkbox"/>	2	
6—20 mal .....	<input type="checkbox"/>	3	
21—50 mal .....	<input type="checkbox"/>	4	
Mehr als 50 mal .....	<input type="checkbox"/>	5	

71. Wie hast Du die Rauschmittel zu Dir genommen?

Geschluckt .....	<input type="checkbox"/>	70
Geraucht .....	<input type="checkbox"/>	71
Geschnüffelt .....	<input type="checkbox"/>	72
Geschnupft .....	<input type="checkbox"/>	73
Gespritzt .....	<input type="checkbox"/>	74

72. Wie lange ist es her, daß Du zum letzten Mal Rauschmittel genommen hast?

..... unter 1 Monat .....	<input type="checkbox"/>	1	75
1 Monat bis unter 6 Monate .....	<input type="checkbox"/>	2	
6 Monate bis unter 1 Jahr .....	<input type="checkbox"/>	3	
1 Jahr bis unter 2 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	4	
2 Jahre und mehr .....	<input type="checkbox"/>	5	

73. Was hast Du das letzte Mal genommen?

76/  
77

74. Könntest Du mit dem Rauschmittelgebrauch aufhören?

Ja, ganz bestimmt .....	<input type="checkbox"/>	1	78
Ja, vielleicht .....	<input type="checkbox"/>	2	
Nein, könnte nicht damit aufhören .....	<input type="checkbox"/>	3	
Habe schon ganz damit aufgehört .....	<input type="checkbox"/>	4	

*Du springst  
auf Frage 76!*

75. Aus welchen Gründen hast Du aufgehört?

Angst vor gesundheitlichen Schäden .....	<input type="checkbox"/>	11
Verbot der Eltern .....	<input type="checkbox"/>	12
Angst vor Bestrafung .....	<input type="checkbox"/>	13
Ich hätte sonst in den Leistungen nachgelassen .....	<input type="checkbox"/>	14
Hat mir nichts gebracht .....	<input type="checkbox"/>	15
Die Drogenwirkung war unangenehm .....	<input type="checkbox"/>	16
Ich könnte sonst süchtig werden .....	<input type="checkbox"/>	17
Angehörige, Freunde oder Bekannte haben mich über die Drogenproblematik aufgeklärt .....	<input type="checkbox"/>	18
Drogenaufklärung durch Behörden, Schulen, Beratungsstellen .....	<input type="checkbox"/>	19
Geldprobleme .....	<input type="checkbox"/>	20



80. Für wie schwierig bzw. einfach hältst Du es, innerhalb von 24 Stunden an die folgenden Drogen heranzukommen?

	Wahrscheinlich unmöglich	Sehr schwierig	Ziemlich schwierig	Ziemlich einfach	Sehr einfach	
Haschisch oder Marihuana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	11
Kokain	<input type="checkbox"/>	12				
Heroin	<input type="checkbox"/>	13				

*Erfahrung*

Die Fragen 81 und 82 richten sich nur an Personen, die noch keine Rauschmittel probiert haben.

81. Nehmen wir mal an, Du bist auf einer Party oder einem Popfestival, wo Haschisch geraucht wird.

Für wie wahrscheinlich hältst Du es, daß Du es auch einmal probierst?

1 bedeutet: "Sehr unwahrscheinlich"

6 bedeutet: "Sehr wahrscheinlich"

Mit den Werten dazwischen kannst Du Deine Meinung abstimmen.

Sehr unwahrscheinlich      1   2   3   4   5   6      Sehr wahrscheinlich

—  —  —  —  —

14

82. Nehmen wir mal an, Du bist auf einer Party oder einem Popfestival, wo Kokain genommen wird.

Für wie wahrscheinlich hältst Du es, daß Du es auch einmal probierst?

1 bedeutet: "Sehr unwahrscheinlich"

6 bedeutet: "Sehr wahrscheinlich"

Mit den Werten dazwischen kannst Du Deine Meinung abstimmen.

Sehr unwahrscheinlich      1   2   3   4   5   6      Sehr wahrscheinlich

—  —  —  —  —

15

Die folgenden Fragen richten sich wieder an alle!

83. Nehmen Deine engeren Freunde und Bekannte Drogen, Rauschmittel (wie z.B. Haschisch, Marihuana)?

*alle*

- Ja, alle .....  1 16
- Ja, die meisten .....  2
- Etwa die Hälfte .....  3
- Nur wenige .....  4
- Nein, keine(r) .....  5
- Habe keine engeren Freunde und Bekannte .....  6

84. Könntest Du Dir binnen 24 Stunden derartige Rauschmittel verschaffen?

- Ja .....  1 17
- Nein .....  2

85. Hier ist eine Reihe von verschiedenen Rauschmitteln und Suchtmitteln aufgeführt.

Bitte kreuze für jedes Mittel an, wie stark es Deiner Meinung nach abhängig oder süchtig macht.

	Macht gar nicht abhängig oder süchtig			Macht sehr abhängig oder süchtig			
	1	2	3	4	5	6	
Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
Aufputschtabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
Beruhigungstabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25

86. Was hältst Du von Leuten, die folgende Dinge tun?

	Kann ich gut verstehen	Kann ich verstehen	Lehne eher ab	Lehne völlig ab	
	1	2	3	4	
Zigarettenrauchen, und zwar 20 und mehr Zigaretten täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
1mal in der Woche betrunken sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
Gelegentlich Haschisch oder Marihuana rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
1-2mal Aufputschmittel probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
1-2mal Kokain probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
1-2mal Heroin probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
	1	2	3	4	

87. Wie würdest Du ganz allgemein unsere Gesellschaftsordnung beurteilen?

- Gut .....  32/1
- Bis auf einige Punkte gut .....  2
- In den meisten Punkten reformbedürftig .....  3
- So schlecht, daß man sie total verändern müßte ....  4
- Mich interessiert unsere Gesellschaftsordnung nicht.  5

88. Wie schätzt Du Deine Aussichten für Dein eigenes späteres Leben in unserer Gesellschaft ein?

- |   | Trifft zu                     | Trifft nicht zu               |    |
|---|-------------------------------|-------------------------------|----|
| Ich glaube, daß ich den Beruf bekommen werde, den ich mir wünsche .....                           | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 33 |
| Ich glaube, daß ich bei meinem Streben nach Selbstverwirklichung viele Abstriche machen muß ..... | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | 34 |
| Ich weiß überhaupt nicht, ob mir die Ausbildung, die ich jetzt mache, später was nützt .....      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | 35 |
| Wenn man ein bißchen flexibel ist, kann man ganz gut zurechtkommen .....                          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | 36 |
| Was man auch macht, es ist doch alles sinnlos .....   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | 37 |
|   | 1                             | 2                             |    |

89. Hast Du schon einmal ernsthaft Selbstmordgedanken gehabt?

- Ja .....  1 38
- Nein .....  2

90. Es gibt ja die verschiedensten Dinge, die die Gesundheit beeinträchtigen können.

Was beschäftigt Dich am meisten, was empfindest Du im Hinblick auf Deine Gesundheit und Zukunft als besonders bedrückend?

- 39/40
- 41/42
- 43/44
- 45/46
- 47/48
- 49/50

● STATISTIK

91. Hast Du Kinder?

Nein, habe keine Kinder  1 11

Ja, habe Kind(er)  2

Wie viele Kinder hast Du, und in welchem Jahr wurden die Kinder geboren?

1. Kind  1<sup>12/</sup> geboren 19   13/14

2. Kind  2 geboren 19   15/16

3. Kind  3 geboren 19   17/18

92. Wie viele Kinder willst Du einmal insgesamt haben?

Insgesamt möchte ich haben   Kinder 19/20

Möchte keine Kinder (mehr) haben  1<sup>21/</sup>

Weiß noch nicht  2

93. Besteht bei Dir bzw. Deinem (Ehe-)Partner zur Zeit eine Schwangerschaft oder ist eine für die nächsten 3 Jahre geplant?

Schwangerschaft zur Zeit  1 22

Schwangerschaft geplant  2

Keine Schwangerschaft geplant  3

Entfällt/trifft nicht zu  4

94. Wie viele Personen insgesamt umfaßt der Haushalt, in dem Du zur Zeit lebst, Dich selbst mit eingerechnet?

Lebe in Haushalt mit insgesamt   Personen 23/24

Lebe in Wohngemeinschaft mit   Personen 25/26

Lebe im Heim/Internat/in Kaserne  1 27

95. Wenn mehrere Personen im Haushalt leben:

Wie viele Personen in Deinem Haushalt haben ein eigenes Einkommen, also Lohn, Gehalt oder andere Einkünfte?

Personen 28/29

96. Wenn Du einmal alles zusammenrechnet, was die Personen in dem Haushalt, zu dem Du gehörst, insgesamt an Einkommen haben, also Lohn, Gehalt oder andere Einkünfte abzüglich Steuern:

Wie hoch ist dann ungefähr das monatliche Netto-Einkommen des Haushalts?

unter 1.000 DM  1 30

1.000 bis unter 1.500 DM  2

1.500 bis unter 2.000 DM  3

2.000 bis unter 2.500 DM  4

2.500 bis unter 3.000 DM  5

3.000 bis unter 4.000 DM  6

4.000 bis unter 5.000 DM  7

5.000 DM und mehr  8

Wenn Du es nicht genau weißt: schätze doch bitte!

97. Bei welcher Art von Krankenversicherung bist Du versichert oder z.B. bei Deinen Eltern oder Deinem Ehepartner mitversichert?

	Selbst versichert	Mitversichert
Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31
Ersatzkrankenkasse (z.B. Barmer, DAK, usw.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32
Betriebskrankenkasse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33
Private Krankenkasse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 34
Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 35
	1	2
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	36

98. Wieviel Kilogramm wiegst Du ohne Bekleidung?

				kg
--	--	--	--	----

37-39

99. Und wie groß bist Du?

				cm
--	--	--	--	----

40-42

100. Nun zu unserer letzten Frage:

Wie zufrieden bist Du derzeit mit den folgenden Bereichen Deines Lebens?

	Sehr unzufrieden				Sehr zufrieden			
								
	1	2	3	4	5	6	7	
Wie zufrieden bist Du derzeit – mit Deiner Schul- bzw. Arbeitssituation bzw. Deiner normalen Hauptbeschäftigung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
mit Deiner Wohnsituation? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
mit Deiner finanziellen Lage? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45
mit Deiner Freizeit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
mit Deiner Gesundheit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
mit Deiner familiären Situation? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
mit Deinen Beziehungen zu Freunden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
mit Dir selbst? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
<b>Wenn Du nun einmal Deine gesamte derzeitige Situation berücksichtigst:</b>								
Wie zufrieden bist Du dann insgesamt mit Deinem Leben derzeit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51

**VIELEN DANK FÜR DEINE MITARBEIT!**

Bitte stecke den ausgefüllten Fragebogen in den beigegeführten Rückantwort-Umschlag. Du brauchst keinen Absender anzugeben.