

BEFRAGUNG ÜBER DEN SUBSTANZKONSUM

C-SURF

(Cohort Study on Substance Use Risk Factors)

Zunächst einmal vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an dieser Umfrage teilzunehmen!

Dieser Fragebogen hat das Ziel, den Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis unter jungen Schweizer Männern zu untersuchen und die damit verbundenen Zusammenhänge mit der Freizeitgestaltung, Persönlichkeit und dem Lebensumfeld besser zu verstehen.

Für den Erfolg dieser Studie ist es wichtig, dass Sie möglichst **alle** Fragen beantworten. Falls Sie sich zwischen zwei Antworten nicht sicher sind, wählen Sie jene aus, die Ihrer Situation am nächsten kommt. Es gibt keine richtige oder falsche Antwort. Bitte antworten Sie immer mit einer der vorgeschlagenen Antworten. Um zu antworten, setzen Sie ein Kreuz ins passende Kästchen . Setzen Sie das Kreuz nicht zwischen die Kästchen. Falls Sie eine Korrektur anbringen möchten, malen Sie das versehentlich angekreuzte Kästchen vollständig aus und kreuzen Sie ein anderes Kästchen an.

Wir versichern Ihnen, dass wir **die erhobenen Daten weder an die Armee oder Angestellte des Rekrutierungszentrums, in dem wir Sie zum ersten Mal kontaktiert haben kommunizieren, noch an irgendeine andere Person weitergeben**. Ihre persönlichen Kontaktangaben und Ihre Antworten im Fragebogen werden getrennt voneinander verwaltet, was die **Anonymität** Ihrer Antworten garantiert. Wir benötigen Ihre persönlichen Daten lediglich um festzustellen, ob Sie den Fragebogen bereits ausgefüllt haben und um Ihnen die versprochene Belohnung übermitteln zu können.

A. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

A1. Welches ist Ihre aktuelle berufliche Situation?

Mehrere Antworten möglich

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anlehre | <input type="checkbox"/> Eidg. Technische Hochschule (ETH, EPFL) |
| <input type="checkbox"/> Berufslehre, Berufsschule | <input type="checkbox"/> Universität |
| <input type="checkbox"/> Diplommittelschule oder Fachmittelschule | <input type="checkbox"/> Bezahlte Anstellung |
| <input type="checkbox"/> Berufsmatura | <input type="checkbox"/> Arbeitslos |
| <input type="checkbox"/> Gymnasium (Matura) | <input type="checkbox"/> Auf Arbeitssuche |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschule (FH) | <input type="checkbox"/> IV |
| <input type="checkbox"/> Meisterprüfung, Eidg. Fachausweis | <input type="checkbox"/> Sozialhilfe |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschule (z.B. HTL, HWV, HFG) | <input type="checkbox"/> Andere, nämlich _____ |

A2. Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Obligatorische Schulbildung | <input type="checkbox"/> Berufsmatura |
| <input type="checkbox"/> Anlehre | <input type="checkbox"/> Gymnasium (Matura) |
| <input type="checkbox"/> Berufslehre, Berufsschule | <input type="checkbox"/> Bachelor (Universität, FH) |
| <input type="checkbox"/> Diplommittelschule oder Fachmittelschule | <input type="checkbox"/> Andere nämlich: _____ |

A3. Was ist Ihr Geburtsdatum?

____ . ____ . ____ (tt . mm . jjjj)

A4. Was ist Ihre Postleitzahl?

A5. Was ist Ihre momentane Wohnsituation (unter der Woche)?

- Alleine in einer Wohnung, Studio oder Haus
- Mit Vater und Mutter
- Nur mit einem Elternteil
- In „Patchworkfamilie“ (mit einem Elternteil und ihrem/seinem neuen Partner/in)
- Mit Partner/Partnerin (auch unverheiratet)
- WG mit Freunden, Bekannten, Mitbewohner/innen
- In Lehrlingsheim, Studentenwohnheim, Internat
- In einer sozialen Institution (Weisenhaus, Heim etc.)
- Ohne Domizil

A6. Welche Situation ist der Ihnen am nächsten?

- Ich decke meinen Lebensunterhalt selbst
- Ich decke meinen Lebensunterhalt teilweise und erhalte zusätzlich externe Hilfe (z.B. von Eltern, Stipendium, Sozialhilfe, etc.)
- Meine Eltern oder andere (z.B. Stipendium, Sozialhilfe etc.) decken meinen Lebensunterhalt

A7. Was ist Ihr Zivilstand?

- Ledig
- Weder verheiratet, geschieden oder getrennt, aber zusammenlebend mit Partner/-in (eingeschriebene oder nicht eingeschriebene Partnerschaft)
- Geschieden
- Verheiratet
- Verheiratet aber getrennt
- Verwitwet

A8. Haben Sie Kinder?

- Nein
- Ja => Wie viele? _____

A9. Erwarten Sie ein Kind (ist Ihre Frau/Freundin schwanger)?

- Nein
- Ja

A10. Haben Sie Geschwister?

- Nein
- Ja => Wie viele? _____ Brüder _____ Schwestern

A11. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an (auch wenn nicht praktizierend / gläubig)?

- Römisch-katholisch
- Protestantisch
- Christlich-katholisch
- Christlich-orthodox
- Andere christliche Gemeinschaften
- Islamische Gemeinschaften
- Jüdische Gemeinschaften
- Keine Zugehörigkeit
- Andere Kirche oder Religionsgemeinschaft

A12. Welche Aussage entspricht Ihnen am besten (nur eine Antwort möglich)? Der Begriff „Gott“ steht für alle Formen von Göttlichkeiten

- Ich glaube nicht an Gott (Atheist)
- Ich glaube, man kann nicht wirklich wissen, ob Gott existiert (Agnostiker)
- Ich weiss nicht, was ich bezüglich Gott denken soll
- Ich glaube an Gott, aber ich praktiziere nicht
- Ich glaube an Gott und ich praktiziere

B. GESUNDHEIT

In den nächsten Fragen geht es um Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

B.1. Wie gross sind Sie in Zentimeter (z.B.: 172 cm = 1 Meter 72)?

_____ Zentimeter

B.2. Was ist Ihr Gewicht?

_____ Kilos

B.3. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.4. Die folgenden Fragen beschreiben Tätigkeiten, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an

	JA, stark eingeschränkt	JA, etwas eingeschränkt	NEIN, überhaupt nicht eingeschränkt
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Mehrere</u> Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.5. Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
Ich habe <u>weniger geschafft</u> , als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte <u>nur bestimmte Dinge</u> tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.6. Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
Ich habe <u>weniger geschafft</u> , als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so <u>sorgfältig</u> wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.7. Inwieweit haben körperliche Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

Überhaupt nicht	Etwas	Mässig	Ziemlich	Sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.8. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
Ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagen und deprimiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.9. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.10. Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten folgende Schwierigkeiten?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Nie	1-2 Mal	3-5 Mal	6-9 Mal	10 Mal oder mehr
Körperliche Auseinandersetzung oder Kampf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfall oder Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernsthafte Probleme mit Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernsthafte Probleme mit Freunden/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Ergebnisse in der Schule oder bei der Arbeit (Kurse/Arbeit verpasst oder Rückstand bei Ihren Arbeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opfer eines Diebstahls oder Raubs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit der Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einweisung in ein Krankenhaus oder in eine Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuellen Verkehr, den Sie am nächsten Tag bereut haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuellen Verkehr ohne Kondom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verursachung von Sachschaden (z.B. an Gegenständen, Einrichtungen oder Gebäuden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidversuch unternommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine medizinische Behandlung in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine ganze Nacht im Spital verbracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen kleineren chirurgischen Eingriff ambulant gehabt (ohne die Nacht im Spital zu verbringen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Untersuchung in der Notfallaufnahme/Ambulanz aufgrund eines Unfalls oder Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einer Notfallaufnahme, Ambulanz oder Spezialklinik gewesen wegen Problemen der Substanzabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.11. Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben. Wieviel der Zeit...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Ständig	Meis- tens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Nie
...haben Sie sich bedrückt oder traurig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten Sie kein Interesse an Ihren täglichen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten Sie das Gefühl, dass Ihnen Energie und Kräfte fehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten Sie weniger Selbstvertrauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten Sie ein schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie gefühlt, dass das Leben nicht lebenswert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fiel es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren, z.B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühlten Sie sich aussergewöhnlich rastlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühlten Sie sich passiver als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten Sie Schwierigkeiten, nachts zu schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war Ihr Appetit schlechter als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war Ihr Appetit grösser als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den nächsten Fragen geht es darum herauszufinden, welche Arten von körperlichen Aktivitäten Menschen in ihrem alltäglichen Leben vollziehen. Die Befragung bezieht sich auf die Zeit die Sie **während der letzten 7 Tage** in körperlicher Aktivität verbracht haben.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn Sie sich selbst nicht als aktive Person ansehen.

Bitte berücksichtigen Sie die Aktivitäten im Rahmen Ihrer Arbeit, in Haus und Garten, um von einem Ort zum anderen zu kommen und in Ihrer Freizeit für Erholung, Leibesübungen und Sport.

Denken Sie an all Ihre **anstrengenden** Aktivitäten **in den vergangenen 7 Tagen**. Anstrengende Aktivitäten bezeichnen Aktivitäten die starke körperliche Anstrengungen erfordern und bei denen Sie deutlich stärker atmen als normal. Bitte denken Sie nur an Aktivitäten, die **länger als 10 Minuten** gedauert haben.

B.12. An wie vielen der vergangenen 7 Tage haben Sie anstrengende körperliche Aktivitäten wie schweres Heben, Graben, schwere Bauarbeit, Treppensteigen oder intensive sportliche Aktivitäten verrichtet?

_____ Tage pro Woche
<input type="checkbox"/> Keine anstrengenden Aktivitäten

→ WEITER MIT FRAGE B14, SIEHE UNTEN

B.13. Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich an einem dieser Tage mit anstrengenden körperlichen Aktivitäten verbracht?

_____ Stunden _____ Minuten pro Tag

Denken Sie nun an all Ihre **moderaten** Aktivitäten **in den vergangenen 7 Tagen**. Moderate Aktivitäten bezeichnen Aktivitäten mit moderaten körperlichen Anstrengungen, bei denen Sie ein wenig stärker atmen als normal. Bitte denken Sie nur an Aktivitäten, die **länger als 10 Minuten** gedauert haben.

B.14. An wie vielen der vergangenen 7 Tage haben Sie moderate körperliche Aktivitäten verrichtet, wie Tragen leichter Lasten, langsames Fahrradfahren oder das Spielen eines Doppels im Tennis? Fusswegstrecken bitte nicht mit einbeziehen.

_____ Tage pro Woche
<input type="checkbox"/> Keine moderaten Aktivitäten

→ WEITER MIT FRAGE B16 (nächste Seite)

B.15. Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich an einem dieser Tage mit moderaten körperlichen Aktivitäten verbracht?

_____ Stunden _____ Minuten pro Tag

Nun denken Sie an die Zeit, die Sie **in den vergangenen 7 Tagen mit Fusswegstrecken verbracht haben**. Dies schliesst Wegstrecken von und zur Arbeit aber auch bei der Arbeit ein, aber auch alle Wegstrecken während der Freizeit

B.16. An wie vielen der vergangenen 7 Tage haben Sie Fusswegstrecken von mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zurückgelegt?

_____ Tage pro Woche
<input type="checkbox"/> Keine Fusswegstrecken

→ WEITER MIT FRAGE C1 (nächste Seite)

B.17. Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich an einem dieser Tage mit Fusswegstrecken verbracht?

_____ Stunden _____ Minuten pro Tag

C. FAMILIÄRER KONTEXT

C1. Was beschreibt Ihre Familiensituation am besten bevor Sie 18 Jahre alt waren?

- Ich habe die meiste Zeit mit meinen biologischen Eltern (beiden Elternteilen) gelebt
- Ich habe die meiste Zeit mit meinen Eltern gelebt, davon war aber eine/r ein Stiefelternteil
- Ich habe die meiste Zeit nur mit einem Elternteil gelebt
- Ich bin bei Adoptiveltern aufgewachsen
- Ich bin bei Verwandten, Pflegeeltern oder in einer Institution wie z.B. einem Weisenhaus aufgewachsen

C2. Haben sich Ihre (biologischen oder Adoptiv-) Eltern scheiden lassen oder dauerhaft aufgehört zusammen zu leben bevor Sie 18 Jahre alt waren?

- Nein, sie blieben zusammen
- Ja, aber sie haben bereits vor meiner Geburt nicht mehr zusammen gelebt
- Ja => Wie alt waren Sie damals? _____

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Eltern. Wenn Sie hauptsächlich bei Pflegeeltern, Stiefeltern oder anderen Personen aufgewachsen sind, beziehen Sie Ihre Antworten auf sie. Wenn Sie zum Beispiel einen Stiefvater und einen Vater haben beziehen Sie Ihre Antwort auf denjenigen, der für Ihre Erziehung wichtiger (ausschlaggebender) war.

C3. Welche höchste Ausbildung haben Ihre Eltern abgeschlossen?

Kreuzen Sie das Kästchen an, das am besten passt

	Ihr Vater	Ihre Mutter
Obligatorische Schule abgeschlossen oder nicht abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufslehre oder Berufsschule (mindestens 2 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhere Schule (Gymnasium, Berufsmatura, Lehrerseminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhere Fach- und Berufsausbildung (Meisterdiplom, Fachausweis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eidgenössische Technische Hochschule (ETH, EPFL) oder Universität nicht abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eidgenössische Technische Hochschule (ETH oder EPFL) oder Universität abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. Verglichen mit anderen Familien in der Schweiz, erscheint Ihnen die finanzielle Situation Ihrer Familie als...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sehr deutlich über dem Durchschnitt? | <input type="checkbox"/> etwas unter dem Durchschnitt? |
| <input type="checkbox"/> deutlich über dem Durchschnitt? | <input type="checkbox"/> deutlich unter dem Durchschnitt? |
| <input type="checkbox"/> etwas über dem Durchschnitt? | <input type="checkbox"/> sehr deutlich unter dem Durchschnitt? |
| <input type="checkbox"/> genau Durchschnitt? | |

C5. Denken Sie an Ihre Situation bevor Sie 18 geworden sind, auch wenn sich diese mittlerweile vollständig verändert haben kann. Wie zufrieden waren Sie in der Regel mit...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Sehr zufrieden	Zu-frieden	Weder noch	Unzu-frieden	Sehr unzu-frieden	Ich habe/ken-ne diese Person nicht
...Ihrer Beziehung zu Ihrer Mutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihrer Beziehung zu Ihrem Vater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihrer Beziehung zu Ihren Freunden/-innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C6. Denken Sie an Ihre Situation, als Sie ungefähr 15 Jahre alt gewesen sind. Wie oft trafen die folgenden Aussagen zu:

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Fast immer	Oft	Manch-mal	Selten	Fast nie
Meine Eltern setzten klare Regeln, was ich zu Hause tun konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern setzten klare Regeln, was ich ausser Haus tun konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern wussten, <i>mit wem</i> ich meine Abende verbrachte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern wussten, <i>wo</i> ich meine Abende verbrachte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfuhr Wärme und Zuneigung von meinen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern unterstützten mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekam von meinen Eltern ohne Probleme Geld geliehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekam von meinen Eltern ohne Probleme Geld geschenkt, wenn ich sie danach gefragt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den nächsten Fragen geht es um die Einstellung Ihrer Eltern zu Alkohol, Tabak und Drogen, als **Sie ungefähr 15 Jahre alt waren**, auch wenn diese sich mittlerweile verändert haben mögen.

C7. Wie denken Sie, wäre die Reaktion Ihrer Mutter damals gewesen, wenn Sie die folgenden Dinge gemacht hätten (auch wenn Sie sie nicht gemacht haben)?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Sie hätte (hat) es nicht erlaubt	Sie hätte (hat) mir davon abgeraten	Es wäre ihr egal gewesen (es war ihr egal)	Sie hätte (hat) es erlaubt	Weiss nicht
Mich so betrinken, dass ich nicht mehr gerade gehen kann und/oder undeutlich spreche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana / Haschisch rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zigaretten rauchen oder Tabak auf andere Weise konsumieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeden Tag 1 oder 2 alkoholische Drinks trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeden Tag 3 oder 4 alkoholische Drinks trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jedes Wochenende ein oder zweimal 5 alkoholische Drinks oder mehr pro Tag trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C8. Wie denken Sie, wäre die Reaktion Ihres Vaters damals gewesen, wenn Sie die folgenden Dinge gemacht hätten (auch wenn Sie sie nicht gemacht haben)?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Er hätte (hat) es nicht erlaubt	Er hätte (hat) mir davon abgeraten	Es wäre ihm egal gewesen (es war ihm egal)	Er hätte (hat) es erlaubt	Weiss nicht
Mich so betrinken, dass ich nicht mehr gerade gehen kann und/oder undeutlich spreche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana / Haschisch rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zigaretten rauchen oder Tabak auf andere Weise konsumieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeden Tag 1 oder 2 alkoholische Drinks trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeden Tag 3 oder 4 alkoholische Drinks trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jedes Wochenende ein oder zweimal 5 alkoholische Drinks oder mehr pro Tag trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C9. Hatte jemand von Ihren Verwandten jemals was Sie als bedeutendes Alkohol, Drogen- oder psychiatrisches Problem bezeichnen würden – eines, das zu einer Therapie geführt hat oder zu einer Therapie hätte führen sollen?

In jeder Zeile sind mehrere Kästchen ankreuzbar. Bitte kreuzen Sie aber **mindestens** ein Kästchen in jeder Zeile an, gegebenenfalls „Nein, nie“.

	Alkohol	Drogen	Psychiatrisches Problem	Nein, nie
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie mütterlicherseits				
Grossmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie väterlicherseits				
Grossmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brüder und Schwestern				
Bruder 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C10. Was ist mit Ihren engsten Freunden, das heisst die Freunde, mit welchen Sie die meiste Zeit verbringen oder verbracht haben? Hatte jemand von ihnen jemals was Sie als bedeutendes Alkohol, Drogen- oder psychiatrisches Problem bezeichnen würden - eines, das zu einer Therapie geführt hat oder zu einer Therapie hätte führen sollen?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Ja, die meisten von ihnen	Ja, einige von ihnen	Ja, ein oder zwei	Nein, niemand
Alkoholproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrisches Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. ALKOHOL

In den folgenden Fragen geht es um den Konsum von Alkohol. Dies beinhaltet das Trinken von Alkopops, Bier, Wein, Champagner und starkem Alkohol wie Whiskey, Rum, Gin, Vodka, Absinth, Likör und ebenfalls alle anderen Formen von Alkohol.

D1. Was denken Sie, wie viel Prozent der Männer in Ihrem Alter trinken mehr Alkohol als Sie?

_____ %

D2. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal mindestens ein alkoholisches Standardgetränk (siehe Bilder auf nächster Seite) getrunken?

_____ Jahre

Noch nie => Weiter mit Tabak, Abschnitt E (Seite 25)

D3. In welchem Alter waren Sie zum ersten Mal betrunken?

_____ Jahre

Noch nie

D4. Haben Sie in Ihrem gesamten Leben schon mindestens 12 alkoholische Standardgetränke getrunken (einzelne Probeschluckchen ausgeschlossen)?

Ja

Nein

Im Folgenden sehen Sie die Standardgetränke. **Als 1 Standardgetränk** gelten die unten abgebildeten alkoholischen Getränkemengen. Als **2 Standardgetränke** gelten zum Beispiel eine grosse Flasche oder ein grosses Glas Bier (5dl) oder ein doppelter Schnaps.

1 alkoholisches Standardgetränk

	=		=		=		=		=		=	
1 Glas Wein von 1 dl				1 Bier von 2.5 dl		1 Alkopop		1 starker Alkohol von 2 cl		1 Longdrink mit starkem Alkohol		1 Aperitif von 0.5 dl

Im Folgenden sehen Sie die Standardgetränke. Als **1 Standardgetränk** gelten die unten abgebildeten alkoholischen Getränkemengen. Als **2 Standardgetränke** gelten zum Beispiel eine grosse Flasche oder ein grosses Glas Bier (5dl) oder ein doppelter Schnaps.

1 alkoholisches Standardgetränk

 =
  =
  =
  =
  =
  =
 

1 Glas Wein von 1 dl 1 Bier von 2.5 dl 1 Alkopop 1 starker Alkohol von 2 cl 1 Longdrink mit starkem Alkohol 1 Aperitif von 0.5 dl

D5. Denken Sie an die ersten Male als Sie Alkohol getrunken haben. Wie viel Alkohol (siehe Bilder) haben Sie benötigt, um sich anders zu fühlen?

Geben Sie in jeder Zeile die Anzahl Standardgetränke an. Falls eine Frage nicht auf Ihren Erfahrungen beruht, geben Sie bitte an „Nie vorgekommen“.

	Die ersten Male, wo sie Alkohol getrunken haben	Nie vorgekommen
Wie viele Drinks waren nötig, bis Sie anfangen sich anders zu fühlen (eine Wirkung verspürten)?	_____	<input type="checkbox"/>
Wie viele Drinks waren nötig, bis Sie sich ein wenig benommen fühlten oder anfangen undeutlich zu sprechen?	_____	<input type="checkbox"/>
Wie viele Drinks waren nötig, bis Sie anfangen zu stolpern oder auf unkoordinierte Weise zu gehen?	_____	<input type="checkbox"/>
Wie viele Drinks waren nötig, bis Sie bewusstlos wurden oder unwillentlich einschliefen?	_____	<input type="checkbox"/>

D6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mindestens 1 alkoholisches Standardgetränk konsumiert (einzelne Probeschluckchen ausgeschlossen)?

- Ja
- Nein => weiter mit Tabak, Abschnitt E (Seite 25)

1 alkoholisches Standardgetränk

 =
  =
  =
  =
  =
  =
 

1 Glas Wein von 1 dl 1 Bier von 2.5 dl 1 Alkopop 1 starker Alkohol von 2 cl 1 Longdrink mit starkem Alkohol 1 Aperitif von 0.5 dl

Falls Sie zum Beispiel ein Bier von 5dl oder einen doppelten Schnaps getrunken haben macht das 2 Standardgetränke

D7. An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie gewöhnlich Alkohol?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 7 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> 2 Tage pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 6 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> 1 Tag pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> 2 bis 3 Mal pro Monat |
| <input type="checkbox"/> 4 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> 1 Mal pro Monat oder weniger |
| <input type="checkbox"/> 3 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> Nie |

D8. Wie viele alkoholische Standardgetränke (siehe Bild) trinken Sie im Durchschnitt während eines Tages, an dem Sie Alkohol konsumieren?

_____ alkoholische(s) Standardgetränk(e) pro Tag mit Alkoholkonsum

D9. Wie oft kommt es vor, dass Sie während einer Gelegenheit 6 alkoholische Standardgetränke oder mehr trinken (siehe Bild)?

- Jeden Tag oder fast jeden Tag
- Jede Woche
- Jeden Monat
- Weniger als einmal pro Monat
- Nie

D10. Was war die höchste Anzahl Standardgetränke, die Sie jemals innerhalb eines Tages während den letzten 12 Monaten getrunken haben?

_____ Standardgetränke



Falls Sie zum Beispiel ein Bier von 5dl oder einen doppelten Schnaps getrunken haben macht das 2 Standardgetränke

Denken Sie AN DIE LETZTEN 12 MONATE:

D11. An wie vielen Tagen pro Wochenende (also jeweils von Freitag bis Sonntag) konsumieren Sie durchschnittlich Alkohol?

<input type="checkbox"/> 3 Tage pro Wochenende	<input type="checkbox"/> 2-3 Wochenendtage pro Monat
<input type="checkbox"/> 2 Tage pro Wochenende	<input type="checkbox"/> 1 Wochenendtag pro Monat
<input type="checkbox"/> 1 Tag pro Wochenende	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 Wochenendtag pro Monat
	<input type="checkbox"/> Nie

D12. Wie viele Standardgetränke (siehe Bild) konsumieren Sie durchschnittlich innerhalb EINES Wochenend-Tages, an dem Sie Alkohol trinken (also jeweils von Freitag bis Sonntag)?

<input type="checkbox"/> 12 oder mehr	<input type="checkbox"/> 5 oder 6
<input type="checkbox"/> 9 bis 11	<input type="checkbox"/> 3 oder 4
<input type="checkbox"/> 7 oder 8	<input type="checkbox"/> 1 oder 2

D13. An wie vielen Tagen unter der Woche (also jeweils von Montag bis Donnerstag) konsumieren Sie durchschnittlich Alkohol?

<input type="checkbox"/> Alle 4 Wochentage	<input type="checkbox"/> 2-3 Wochentage pro Monat
<input type="checkbox"/> 3 der 4 Wochentage	<input type="checkbox"/> 1 Wochentag pro Monat
<input type="checkbox"/> 2 der 4 Wochentage	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 Wochentag pro Monat
<input type="checkbox"/> 1 der 4 Wochentage	<input type="checkbox"/> Nie

D14. Wie viele Standardgetränke (siehe Bild) konsumieren Sie durchschnittlich innerhalb EINES Tages, an dem Sie unter der Woche Alkohol trinken (also jeweils von Montag bis Donnerstag)?

<input type="checkbox"/> 12 oder mehr	<input type="checkbox"/> 5 oder 6
<input type="checkbox"/> 9 bis 11	<input type="checkbox"/> 3 oder 4
<input type="checkbox"/> 7 oder 8	<input type="checkbox"/> 1 oder 2

Nun möchten wir Sie über Ihr Trinkverhalten an verschiedenen Orten oder Situationen befragen.

D15. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten an den folgenden Orten oder Anlässen Alkohol getrunken?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Nie	1 oder 2 Mal	1-2 Tage pro Monat	3-4 Tage pro Monat	1-2 Tage pro Woche	3-4 Tage pro Woche	5-6 Tage pro Woche	Täglich
Bei Ihnen zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei jemand anderem zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Beizen, Bar, Pub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Discos, Nachtclubs etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Sportverein (z.B. Fussball, Hockey, Kunstturnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An anderen Vereins- oder Clubanlässen (z.B. Band- oder Orchesterprobe, Schiessclub etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Kino, Theater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Sportanlässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf öffentlichen Plätzen (Park, Strasse, Schwimmbad usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An speziellen Anlässen (Festivals, Strassenparties, Fasnacht, Konzerte, Ausstellungen/Märkte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D16. Denken Sie an die letzten 12 Monate. Wenn Sie an diesen Orten oder Anlässen Alkohol getrunken haben, wie viele alkoholische Standardgetränke (siehe Bild unten) tranken Sie durchschnittlich bei einer Gelegenheit?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Keine	1-2 Standardgetränke	3-4 Standardgetränke	5-6 Standardgetränke	7-8 Standardgetränke	9-11 Standardgetränke	12 oder mehr Standardgetränke
Bei Ihnen zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei jemand anderem zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Beizen, Bar, Pub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Discos, Nachtclubs etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Sportverein (z.B. Fussball, Hockey, Kunstturnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An anderen Vereins- oder Clubanlässen (z.B. Band- oder Orchesterprobe, Schiessclub etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Kino, Theater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Sportanlässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf öffentlichen Plätzen (Park, Strasse, Schwimmbad usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An speziellen Anlässen (Festivals, Strassenparties, Fasnacht, Konzerte, Ausstellungen/Märkte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 alkoholisches Standardgetränk



1 Glas Wein
von 1 dl



1 Bier von
2.5 dl



1 Alkopop



1 starker
Alkohol von
2 cl



1 Longdrink
mit starkem
Alkohol



1 Aperitif
von 0.5 dl

Falls Sie zum Beispiel ein Bier von 5dl oder einen doppelten Schnaps getrunken haben macht das 2 Standardgetränke

D17. Im Folgenden denken Sie bitte an die letzten 7 Tage (bis und mit gestern), auch wenn es sich um eine besondere Woche handelte. Können Sie Ihren Alkoholkonsum während der letzten Woche beschreiben?

Beginnen Sie mit der Beschreibung des gestrigen Tages (z.B. Sonntag), danach vorgestern (z.B. Samstag), danach Freitag, Donnerstag, etc. Falls Sie an einem Tag keinen Alkohol konsumiert haben, kreuzen Sie „Kein alkoholisches Getränk“ an.

	Bier	Wein (rot, weiss, Champaigner)	Starker Alkohol (Whisky, Vodka, Pastis, etc.)	Apéritif (Martini, Suze etc.)	Alcopops (Smirnof Ice, Bacardi Breezer, etc)	Bierpops Weinpops, Chiller, Cooler (Cardinal Lemon, Eve, Swizly, Chiller, Strongbow, Sputnik)	Selbst gemixter Cocktail (z.B. Caipirinha, Vodka orange, Whisky Coca)	Kein alkoholisches Getränk
	<u>Nr. Gläser</u> 2.5 dl	<u>Nr. Gläser</u> 1 dl	<u>Nr. Gläser</u> 2 cl	<u>Nr. Gläser</u> 0.5 dl	<u>Nr. Flaschen</u> 3 dl	<u>Nr. Flaschen</u> 3 dl	<u>Nr. Gläser</u> 2 cl	Kreuzen Sie an
Sonntag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Samstag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Freitag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dienstag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Montag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

1 alkoholisches Standardgetränk



1 Glas Wein
von 1 dl



1 Bier von
2.5 dl



1 Alkopop



1 starker
Alkohol von
2 cl



1 Longdrink
mit starkem
Alkohol



1 Aperitif
von 0.5 dl

Falls Sie zum Beispiel ein Bier von 5dl oder einen doppelten Schnaps getrunken haben macht das 2 Standardgetränke

D18. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der folgenden Konsequenzen erfahren?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

In den letzten 12 Monaten...	Ja	Nein
...habe ich schon einmal einen solchen Kater gehabt, dass ich danach Alkohol getrunken habe oder starke Medikamente (andere als banale Schmerzmittel wie Aspirin oder Paracetamol) genommen habe, um darüber hinweg zu kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich nach dem Alkoholkonsum einen „ Filmriss “ gehabt (konnte mich an nichts mehr oder nur noch an Bruchstücke erinnern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich während des Trinkens etwas getan, was ich später bereut habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich unbeabsichtigten Sex gehabt, weil ich getrunken hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich ungeschützten Sex gehabt, weil ich getrunken hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich einen Unfall gehabt oder mich verletzt , weil ich getrunken hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bin ich <u>mehr als einmal</u> mit der Polizei oder mit Respektspersonen wegen meines Alkoholkonsum in Konflikt gekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich einen ernsthaften Streit oder Schlägerei gehabt während des Alkoholkonsums oder kurz danach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich Eigentum beschädigt , weil ich betrunken war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D19. Ist es in den vergangenen 12 Monaten vorgekommen ...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Ja	Nein
... dass Sie wegen ihres Alkoholkonsums oder weil es ihnen danach nicht so gut ging, <u>mehr als einmal</u> wichtige Verpflichtungen in der Schule oder auf der Arbeit oder auch zu Hause mit ihrer Familie vernachlässigt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie <u>mehr als einmal</u> ein Fahrzeug (z. B. ein Fahrrad, ein Moped, einen Roller oder ein Motorrad) gelenkt haben, nachdem Sie mehrere Gläser getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie sich <u>mehr als einmal</u> in Situationen befunden haben, bei denen sie sich hätten verletzen können (z.B. beim Arbeiten mit Werkzeugen oder an Maschinen, beim Sport oder in anderen gefährlichen Situationen z.B. als Fussgänger im Strassenverkehr) nachdem Sie zu viel getrunken haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie zu Ihrem gewohnten Alkoholkonsum zurückgekehrt sind, obwohl dieser Probleme mit dem Partner/der Partnerin, einem Freund/einer Freundin oder mit einer Bezugsperson verursacht hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie das Gefühl hatten, dass Sie viel mehr als früher Alkohol konsumieren müssen, um angetrunken oder betrunken zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie sich während einem ganzen Tag oder länger zittrig oder nervös gefühlt haben, nachdem Sie Ihren Konsum gestoppt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie länger und mehr getrunken haben, als Sie dies geplant hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie versucht haben Ihren Konsum zu reduzieren , es aber nicht schafften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie viel Zeit damit verbracht haben, sich einen Rausch anzutrinken, berauscht zu sein, oder damit, sich vom Rausch zu erholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie wegen Ihres Alkoholkonsums wichtige Aktivitäten wie Schule, Arbeit oder sich mit Freunden und Familie treffen aufgegeben haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie Ihren Alkoholkonsum fortgesetzt haben, obwohl Sie wussten, dass er bei ihnen wiederholt gesundheitliche Probleme oder psychische Probleme wie Ängste oder Depressionen verursacht hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie so ein starkes Verlangen oder einen starken Drang danach verspürten, dass Sie nicht anders konnten, als Alkohol zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D20. Wenn Sie an alle Gelegenheiten denken, an denen Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol (Bier, Wein, Spirituosen usw.) getrunken haben, bitte geben Sie an, wie oft Sie getrunken haben...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
...um eine Party besser zu genießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil es Ihnen half, als Sie niedergeschlagen oder gereizt waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...um sich aufzumuntern, als Sie in schlechter Stimmung waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil Sie das Feeling (Gefühl) mögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...um berauscht zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil es dann lustiger wurde, wenn Sie mit anderen zusammen waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil Sie gerne zu einer bestimmten Clique gehören wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil dadurch Partys besser wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...um Ihre Probleme zu vergessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil es einfach Spass machte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...um von anderen gemocht zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...um sich nicht ausgeschlossen zu fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D21. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten neben dem Alkoholtrinken zur gleichen Zeit auch andere Substanzen konsumiert?

„Zur gleichen Zeit“ meint auch kurz davor oder kurz danach (am selben Abend), nicht aber am Tag davor oder am Tag danach.

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Fast immer	Oft (in mehr als der Hälfte der Fälle)	Ungefähr in der Hälfte der Fälle	Selten (weniger als die Hälfte der Fälle)	Fast nie	Nie
Tabakprodukte (Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Snus, Schnupftabak, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis (Haschisch, Marihuana, Gras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Drogen (Kokain, Heroin, Speed, LSD, Magic mushrooms, Halluzinogene, Ecstasy usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente: <ul style="list-style-type: none"> - Hypnotika, Tranquilizer, Anxiolytika (Schlaf- und Beruhigungsmittel, angstlösende Mittel; Benzodiazepine wie Temesta®, Valium®, Xanax®, Rohypnol® oder Schlafmittel wie Stilnox®) - Stimulanzien (Amphetamine) wie Ritaline®, Strattera®, Adderal® - Starke Schmerzmittel, meist auf Opiat- oder Codeinbasis (Tamgesic®, Benylin®, Bexin®, Fentanyl; ABER NICHT gewöhnliche Schmerzmittel wie Aspirin, Paracetamol oder Kräutertees) - Antidepressive (z.B. Remeron®, Fluoxétine®, Citalopram®, Trimin®) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. TABAK

E.1. Was denken Sie, wie viel Prozent der Männer in Ihrem Alter rauchen Zigaretten?

 %

E.2. Haben Sie in Ihrem GESAMTEN LEBEN schon eines oder mehrere der folgenden Produkte in der angegebenen Menge konsumiert?

Markieren Sie alle Kästchen, die zutreffen

- mindestens **50 Zigaretten (auch selbstgedrehte)**
- mindestens **10 Wasserpfeifen** (Shisha, nur mit Tabak nicht mit Cannabis oder anderen Drogen)
- mindestens **10 Einheiten Snus / Mundtabak**
- mindestens **10 Prisen Schnupftabak**
- mindestens **10 Einheiten Kautabak**
- mindestens **25 Zigarren oder Zigarillos**
- mindestens **25 Pfeifen** (keine Wasserpfeifen)

- Nein, noch keines der Produkte in der angegebenen Menge**

E.3. Während den ersten Malen als Sie Tabak konsumiert haben, ...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

- Ich habe noch nie Tabak konsumiert => *weiter mit Cannabis, Abschnitt F (Seite 34)*

	Ja	Nein
... haben Sie sich da nicht sehr wohl gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verspürten Sie Hustenreiz oder Brustschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie gereizte Augen oder einen schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie Magenprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... spürten Sie ihr Herz schlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war Ihnen schwindlig oder haben Sie sich benommen gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war Ihnen übel, nahe am Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat Ihnen diese Erfahrung gefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie sich entspannt gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zigaretten (AUCH SELBSTGEDREHTE)

E.4. Wie alt waren Sie als Sie zum ERSTEN MAL eine Zigarette geraucht haben?

_____ Jahre
<input type="checkbox"/> Noch nie vorgekommen

=> weiter mit Frage E9, Wasserpfeife

E.5. Wie alt waren Sie ungefähr als Sie angefangen haben JEDEN TAG (oder fast jeden Tag) Zigaretten zu rauchen?

_____ Jahre

Ich habe nie jeden oder fast jeden Tag Zigaretten geraucht

E.6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten geraucht?

- Ja
 Nein => weiter mit Frage E9, Wasserpfeife

E.7. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten üblicherweise Zigaretten geraucht?

- Jeden Tag
 5-6 Tage pro Woche
 3-4 Tage pro Woche
 1-2 Tage pro Woche
 2-3 Tage pro Monat
 Einmal pro Monat oder weniger

E.8. Während eines typischen Tages, an dem Sie Zigaretten rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie dann?

_____ Zigaretten

Wasserpfeife (Shisha, NUR MIT TABAK ohne Cannabis oder andere Drogen)

E.9. Wie alt waren Sie als Sie zum ERSTEN MAL eine Wasserpfeife geraucht haben?

_____ Jahre
<input type="checkbox"/> Noch nie vorgekommen

=> weiter mit Frage E14, Snus



E.10. Wie alt waren Sie ungefähr als Sie angefangen haben JEDEN TAG (oder fast jeden Tag) Wasserpfeife zu rauchen?

Ich habe nie jeden oder fast jeden Tag Wasserpfeife geraucht

E.11. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Wasserpfeife (Shisha) geraucht?

- Ja
 Nein => weiter mit Frage E14, Snus

E.12. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten üblicherweise Wasserpfeife geraucht?

- Jeden Tag
 5-6 Tage pro Woche
 3-4 Tage pro Woche
 1-2 Tage pro Woche
 2-3 Tage pro Monat
 Einmal pro Monat oder weniger

E.13. Während eines typischen Tages, an dem Sie Wasserpfeife rauchen, wie viele Wasserpfeifen (Einheiten oder Köpfchen Tabak) rauchen Sie dann?

Snus (Mundtabak)

E.14. Wie alt waren Sie, als Sie zum ERSTEN MAL Snus konsumiert haben?

 Noch nie vorgekommen

=> weiter mit Frage E19, Schnupftabak



E.15. Wie alt waren Sie ungefähr, als Sie angefangen haben JEDEN TAG (oder fast jeden Tag) Snus zu konsumieren?

Ich habe nie jeden oder fast jeden Tag Snus konsumiert

E.16. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Snus konsumiert?

- Ja
- Nein => weiter mit Frage E19, Schnupftabak

E.17. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten üblicherweise Snus konsumiert?

- Jeden Tag
- 5-6 Tage pro Woche
- 3-4 Tage pro Woche
- 1-2 Tage pro Woche
- 2-3 Tage pro Monat
- Einmal pro Monat oder weniger

E.18. Während eines typischen Tages, an dem Sie Snus nehmen, wie viele Einheiten (Päckle) Snus konsumieren Sie dann?

_____ Einheiten (Päckle)

Schnupftabak

E.19. Wie alt waren Sie als Sie zum ERSTEN MAL Schnupftabak konsumiert haben?

_____ Jahre



- Noch nie vorgekommen => weiter mit Frage E24, Kautabak

E.20. Wie alt waren Sie ungefähr als Sie angefangen haben JEDEN TAG (oder fast jeden Tag) Schnupftabak zu konsumieren?

_____ Jahre

- Ich habe nie jeden oder fast jeden Tag Schnupftabak konsumiert

E.21. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Schnupftabak konsumiert?

- Ja
- Nein => weiter mit Frage E24, Kautabak

E.22. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten üblicherweise Schnupftabak konsumiert?

- Jeden Tag
- 5-6 Tage pro Woche
- 3-4 Tage pro Woche
- 1-2 Tage pro Woche
- 2-3 Tage pro Monat
- Einmal pro Monat oder weniger

E.23. Während eines typischen Tages, an dem Sie Schnupftabak nehmen, wie viele Einheiten (Prisen) Schnupftabak konsumieren Sie dann?

_____ Einheiten (Prisen)

Kautabak

E.24. Wie alt waren Sie als Sie zum ERSTEN MAL Kautabak konsumiert haben?

_____ Jahre



- Noch nie vorgekommen => weiter mit Frage E29, Zigarren und Zigarillos

E.25. Wie alt waren Sie ungefähr als Sie angefangen haben JEDEN TAG (oder fast jeden Tag) Kautabak zu konsumieren?

_____ Jahre

- Ich habe nie jeden oder fast jeden Tag Kautabak konsumiert

E.26. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Kautabak konsumiert?

- Ja
- Nein => weiter mit Frage E29, Zigarren und Zigarillos

E.27. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten üblicherweise Kautabak konsumiert?

- Jeden Tag
- 5-6 Tage pro Woche
- 3-4 Tage pro Woche
- 1-2 Tage pro Woche
- 2-3 Tage pro Monat
- Einmal pro Monat oder weniger

E.28. Während eines typischen Tages, an dem Sie Kautabak nehmen, wie viele Einheiten (Prisen) Kautabak konsumieren Sie dann üblicherweise?

_____ Einheiten (Prisen)

Zigarren/Zigarillos

E.29. Wie alt waren Sie als Sie zum ERSTEN MAL eine Zigarre/Zigarillo geraucht haben?

_____ Jahre

Noch nie vorgekommen => weiter mit Frage E34, Pfeifen

E.30. Wie alt waren Sie ungefähr als Sie angefangen haben JEDEN TAG (oder fast jeden Tag) Zigarren/Zigarillos zu rauchen?

_____ Jahre

Ich habe nie jeden oder fast jeden Tag Zigarren/Zigarillos geraucht

E.31. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigarren/Zigarillos geraucht?

Ja

Nein => weiter mit Frage E34, Pfeifen

E.32. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten üblicherweise Zigarren/Zigarillos geraucht?

Jeden Tag

5-6 Tage pro Woche

3-4 Tage pro Woche

1-2 Tage pro Woche

2-3 Tage pro Monat

Einmal pro Monat oder weniger

E.33. Während eines typischen Tages, an dem Sie Zigarren/Zigarillos rauchen, wie viele Zigarren/Zigarillos rauchen Sie dann?

_____ Zigarren/Zigarillos

Pfeifen (keine Wasserpfeifen)

E.34. Wie alt waren Sie als Sie zum ERSTEN MAL eine Pfeife geraucht haben?

_____ Jahre

- Noch nie vorgekommen => weiter mit Frage 39, Gewohnheiten zum Tabakkonsum

E.35. Wie alt waren Sie ungefähr als Sie angefangen haben JEDEN TAG (oder fast jeden Tag) Pfeife zu rauchen?

_____ Jahre

- Ich habe nie jeden oder fast jeden Tag Pfeife geraucht

E.36. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Pfeife geraucht?

- Ja
 Nein => weiter mit Frage 39, Gewohnheiten zum Tabakkonsum

E.37. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten üblicherweise Pfeife geraucht?

- Jeden Tag
 5-6 Tage pro Woche
 3-4 Tage pro Woche
 1-2 Tage pro Woche
 2-3 Tage pro Monat
 Einmal pro Monat oder weniger

E.38. Während eines typischen Tages, an dem Sie Pfeife rauchen, wie viele Pfeifen rauchen Sie dann?

_____ Pfeifen

Gewohnheiten zum Tabakkonsum

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Konsum von Tabak in allen Formen (Zigaretten, Wasserpfeifen, Snus, Schnupftabak etc.)

E.39. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mindestens einmal eines der Tabakprodukte konsumiert?

- Ja
 Nein => weiter mit Abschnitt F, Cannabis (Seite 34)

E.40. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

- 0-5 Minuten
- 6-15 Minuten
- 16-30 Minuten
- 31-60 Minuten
- 61 oder mehr Minuten

E.41. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.) das Rauchen zu unterlassen?

- Ja
- Nein

E.42. Auf welche Zigarette/Tabakaufnahme würden Sie nicht verzichten wollen?

- Die Erste am Morgen
- Andere

E.43. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- Ja
- Nein

E.44. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- Ja
- Nein

E.45. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten neben Ihrem Tabakkonsum zur gleichen Zeit auch andere Substanzen konsumiert?

„Zur gleichen Zeit“ meint auch kurz davor oder kurz danach (am selben Abend), nicht aber am Tag davor oder am Tag danach.

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Fast immer	Oft (in mehr als der Hälfte der Fälle)	Ungefähr in der Hälfte der Fälle	Selten (weniger als die Hälfte der Fälle)	Fast nie	Nie
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis (Haschisch, Marihuana, Gras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Drogen (Kokain, Heroin, Speed, LSD, Magic mushrooms, Halluzinogene, Ecstasy usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente: <ul style="list-style-type: none"> - Hypnotika, Tranquilizer, Anxiolytika (Schlaf- und Beruhigungsmittel, angstlösende Mittel; Benzodiazepine wie Temesta®, Valium®, Xanax®, Rohypnol® oder Schlafmittel wie Stilnox®) - Stimulanzen (Amphetamine) wie Ritaline®, Strattera®, Adderal® - Starke Schmerzmittel, meist auf Opiat- oder Codeinbasis (Tamgesic®, Benylin®, Bexin®, Fentanyl; ABER NICHT gewöhnliche Schmerzmittel wie Aspirin, Paracetamol oder Kräutertees) - Antidepressive (z.B. Remeron®, Fluoxétine®, Citalopram®, Trimin®) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. CANNABIS

F1. Was denken Sie, wie viel Prozent der Männer in Ihrem Alter rauchen Cannabis?

 %

F2. Haben Sie schon einmal Cannabis konsumiert (Gras, Haschisch, Marihuana), mehr als nur einen Zug zum Probieren?

- Ja, mindestens einmal
- Nein, ich habe noch nie Cannabis konsumiert => weiter mit Abschnitt G, Andere Substanzen (Seite 38)

F3. Denken Sie an die ersten Male, als Sie Cannabis genommen haben. Wie haben Sie sich da gefühlt oder verhalten?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Ja	Nein
Ich habe mich "high" gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Bewusstsein verloren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war verängstigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viel gelacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich krank oder benommen gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe verrückte Sachen gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich glücklich gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F4. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Cannabis konsumiert?

 Jahre

F5. In welchem Alter waren Sie zum ersten Mal «bekifft»?

 Jahre

- Nie

F6. Haben Sie während der letzten 12 Monate Cannabis konsumiert?

- Ja
- Nein -> WEITER MIT ABSCHNITT G, andere Substanzen (Seite 38)

F7. Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert?

- 1 Mal pro Monat oder weniger 4 bis 5 Mal pro Woche oder häufiger
 2 bis 4 Mal pro Monat Jeden Tag oder fast jeden Tag
 2 bis 3 Mal pro Woche

F8. An einem typischen Tag, an dem Sie Cannabis nehmen, wie viele Stunden sind Sie dann bekiFFT?

- 1 oder 2 Stunden 7 bis 9 Stunden
 3 oder 4 Stunden 10 Stunden oder mehr
 5 oder 6 Stunden

F9. Bitte denken Sie beim Beantworten der nächsten Fragen, wie es Ihnen in den letzten 12 Monaten ergangen ist:

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Nie	Weniger als 1 Mal pro Monat	1 Mal pro Monat	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
Wie häufig sind Sie mindestens 6 Stunden lang bekiFFT gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie den Eindruck gehabt, mit dem Cannabisgebrauch nicht mehr aufhören zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie wegen des Cannabisgebrauches nicht fähig gewesen, das zu machen, was normalerweise von Ihnen erwartet wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie morgens Cannabis genommen, um nach starkem Cannabisgebrauch am Vorabend wieder in Schwung zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie Schuldgefühle oder Gewissensbisse gehabt wegen Ihrem Cannabisgebrauch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie wegen Ihrem Cannabisgebrauch Probleme gehabt, sich zu erinnern oder zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie wegen ihres Cannabisgebrauchs eine Freizeitaktivität aufgegeben, die sie eigentlich machen wollten, zum Beispiel Ausgehen, Sport machen, oder ihr Hobby treiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig hatten Sie während ihrer Ausbildung oder ihrer Arbeit Probleme wegen ihres Cannabiskonsums?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F10. Welche der beiden Aussagen trifft besser auf Sie zu?

- „Ich rauche Cannabis zum Vergnügen, weil es etwas Besonderes ist.“
- „Ich rauche Cannabis aus Gewohnheit, weil es bei mir zum Alltag gehört.“

F11. Sind Sie oder jemand anders in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit Ihrem Cannabisgebrauch körperlich verletzt worden?

- Ja
- Nein

F12. Hat in den letzten 12 Monaten ein Verwandter, ein Freund oder ein Arzt Bedenken wegen Ihrem Cannabisgebrauch geäußert oder Ihnen angeraten, den Gebrauch einzuschränken?

- Ja
- Nein

F13. Wie oft hat Ihr Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten dazu beigetragen, dass Sie...

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
...Schwierigkeiten hatten einzuschlafen ohne vorher geraucht zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sich müde, geschwächt und unmotiviert gefühlt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zur Arbeit gingen direkt nachdem Sie Cannabis konsumiert haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr Cannabis geraucht haben als vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...etwas gemacht haben, dass Sie später bereut haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sich schlecht gefühlt haben wegen des Cannabiskonsums?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr Geld für Cannabis ausgegeben haben als vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F14. Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten innerhalb von 4 Stunden nach dem Cannabiskonsum ein Fahrzeug (Auto, Motorrad, Moped usw.) gelenkt?

- Nie
- Selten
- Manchmal
- Oft
- Immer

F15. Auf welche Weise konsumieren Sie Cannabis?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
Joint aus purem Cannabis (ohne Tabak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joint mit Cannabis und Tabak gemischt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserpfeife (Bong) <u>mit</u> Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserpfeife (Bong) <u>ohne</u> Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Nahrungsmitteln vermischt (Gebäck, Tee etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf andere Weise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F16. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten neben Ihrem Cannabiskonsum zur gleichen Zeit auch andere Substanzen konsumiert?

„Zur gleichen Zeit“ meint auch kurz davor oder kurz danach (am selben Abend), nicht aber am Tag davor oder am Tag danach.

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Fast immer	Oft (in mehr als der Hälfte der Fälle)	Ungefähr in der Hälfte der Fälle	Selten (weniger als die Hälfte der Fälle)	Fast nie	Nie
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabakprodukte (Zigaretten, Snus usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Drogen (Kokain, Heroin, Speed, LSD, Magic mushrooms, Halluzinogene, Ecstasy usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente: - Hypnotika, Tranquilizer, Anxiolytika (Schlaf- und Beruhigungsmittel, angstlösende Mittel; Benzodiazepine wie Temesta®, Valium®, Xanax®, Rohypnol® oder Schlafmittel wie Stilnox®) - Stimulanzien (Amphetamine) wie Ritaline®, Strattera®, Adderal® - Starke Schmerzmittel, meist auf Opiat- oder Codeinbasis (Tamgesic®, Benylin®, Bexin®, Fentanyl; ABER NICHT gewöhnliche Schmerzmittel wie Aspirin, Paracetamol oder Kräutertees) - Antidepressive (z.B. Remeron®, Fluoxétine®, Citalopram®, Trimin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. ANDERE SUBSTANZEN

G1. Was denken Sie, wie viel Prozent der Männer in Ihrem Alter nehmen auch andere Drogen (ausser Cannabis)?

_____ %

G2. Haben Sie in Ihrem Leben schon eine der folgenden Drogen genommen und wenn ja, wie oft?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	noch nie	1 bis 3 Mal	4 Mal oder mehr
Halluzinogene Pilze („Magic Mushrooms“), Psylocibin, Peyote, Mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Halluzinogene (wie LSD, PCP/Angeldust, 2-CB, 2-CI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine, Metamphetamine, Amphetaminsulfate (z.B. Dexedrine, Benzedrin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers (Amylnitrit, Butylnitrit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe (z.B. Klebstoffe, Lösungsmittel und Gase wie Benzin, Äther, Toulol, Trichloräthylen, Lachgas usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain, Crack, Freebase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamin (Special K), DXM (Bexin ®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB / GBL / I-4 Butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forschungschemikalien (z.B. Mephedrone, Butylone und Methedrone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spices oder ähnliche Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie überall « noch nie » angekreuzt haben, fahren Sie weiter mit Abschnitt H, Medikamente, Seite 41.

G3. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Drogen genommen und wenn ja, wie oft?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	noch nie	1 bis 3 Mal	4 Mal oder mehr
Halluzinogene Pilze („Magic Mushrooms“), Psilocybin, Peyote, Mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Halluzinogene (wie LSD, PCP/Angeldust, 2-CB, 2-CI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine, Metamphetamine, Amphetaminsulfate (z.B. Dexedrine, Benzedrin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers (Amylnitrit, Butylnitrit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe (z.B. Klebstoffe, Lösungsmittel und Gase wie Benzin, Äther, Toluol, Trichloräthylen, Lachgas usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain, Crack, Freebase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamin (Special K), DXM (Bexin ®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB / GBL / I-4 Butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forschungschemikalien (z.B. Mephedrone, Butylone und Methedrone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spices oder ähnliche Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie überall « noch nie » angekreuzt haben, fahren Sie weiter mit Abschnitt H, Medikamente, Seite 41.

G4. Haben Sie in den letzten 30 Tagen eine der folgenden Drogen genommen und wenn ja, wie oft?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	noch nie	1 bis 3 Mal	4 Mal oder mehr
Halluzinogene Pilze („Magic Mushrooms“), Psylocibin, Peyote, Mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Halluzinogene (wie LSD, PCP/Angeldust, 2-CB, 2-CI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine, Metaamphetamine, Amphetaminsulfate (z.B. Dexedrine, Benzedrin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers (Amylnitrit, Butylnitrit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe (z.B. Klebstoffe, Lösungsmittel und Gase wie Benzin, Äther, Toulol, Trichloräthylen, Lachgas usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain, Crack, Freebase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamin (Special K), DXM (Bexin ®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB / GBL / I-4 Butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forschungschemikalien (z.B. Mephedrone, Butylone und Methedrone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spices oder ähnliche Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. MEDIKAMENTE

In dieser Frage geht es um Ihre Erfahrungen in den letzten 12 Monaten mit verschreibungspflichtigen Medikamenten oder anderen Arten von Medikamenten, die Sie möglicherweise **AUF EIGENE FAUST** genommen haben – Das heisst **OHNE REZEPT** oder aus einem **ANDEREN GRUND** als der Arzt Ihnen die Medikamente verschrieben hat.

H1. Menschen nehmen Medikamente und Drogen **AUF EIGENE FAUST** um zu entspannen, ihre Nerven zu beruhigen, sich besser zu fühlen, sich zu amüsieren, aus Neugierde oder um berauscht zu werden. Haben Sie folgende Medikamente auf **EIGENE FAUST** genommen und wenn ja, wie oft?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Nie	Einmal	2-3 Mal pro Jahr	4-9 Mal pro Jahr	1-2 Mal pro Monat	3-4 Mal pro Monat	2-3 Mal pro Woche	4 Mal pro Woche oder mehr
Schlafmittel (Hypnotika) z.B. Benzodiazepine (Dalmadorm®, Rohypnol®, Halcion®), Barbiturate, Chloralhydrate (Nervifène®), zopiclon, zolpidem (Imovane®, Stilnox®)	<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 oder Angstlösende Mittel / Tranquilizer z.B. Benzodiazepine (Valium®, Xanax®, Librax®, Temesta®, Normison®, Demetrin®, Dalmadorm®) oder Muskelrelaxantien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Schmerzmittel Nicht einfache Schmerzmittel wie Aspirin oder Paracetamol. z.B. basierend auf Buprenorphin (Tamgesic®), Codein (Benylin®), oder Opiaten (Fentanyl, Hydrocodon, Journista®, Palladon®, Targin®, Oxycontin®, Vicodin®, Dilaudid®) oder DXM (Bexin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulanzien und Amphetamine z.B. Amphetaminsulphate (Aderall) ; Atomoxetine (Strattera®), Methylphenidate (Ritalin®)	<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 (Remeron®, Fluoxétine®, Citalopram®, Trimin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beta-Blocker z.B. Propranolol (Indérial®), Atenolol (Aténil®, Tenormin®), Metoprolol (Loprésor®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun möchten wir Sie über Ihre Erfahrungen mit **SMART DRUGS in den letzten 12 Monaten** befragen. Bei SMART DRUGS handelt es sich um Medikamente, welche häufig bei Krankheiten verschrieben werden, jedoch oft auch wegen anderer Gründe genommen werden. Meistens werden sie verwendet um in Leistungssituationen besser abzuschneiden: um die Wahrnehmung, die mentale „Energie“, die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis, die Lernfähigkeit oder die Aufmerksamkeitsspanne zu verbessern oder Stress zu reduzieren.

H2. Haben Sie aus einem oder mehreren der folgenden Gründe SMART DRUGS genommen und wenn ja, wie oft?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Nie	Einmal	2-3 Mal pro Jahr	4-9 Mal pro Jahr	1-2 Mal pro Monat	3-4 Mal pro Monat	2-3 Mal pro Woche	4 Mal pro Woche oder mehr
Um die Wachsamkeit, Produktivität oder Energie zu erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um die mentale Arbeits- und Aufmerksamkeitsspanne zu erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um das Gedächtnis im Allgemeinen, den Gedächtnisabruf und das Lernen zu verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um die Konzentration und andere kognitiven Fähigkeiten zu verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Angst oder Stress zu reduzieren (z.B. an Prüfungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie überall mit „NIEMALS“ geantwortet haben => weiter mit Frage H4.

H3. Welche/-s Medikament-e haben Sie genommen?

Kreuzen Sie alle Kästchen an, die passen.

- Modafinil (z.B. Modasomil®, Provigil®, Vigil®) ; Adrafinil (z.B. Olmifon®), Armodafinil (z.B. Nuvigil®)
- Venlafaxin (Efexor®), Fluoxetin (Fluctine®, Fluocim®, Fluoxifar®, Fluxet®, Prozac®), Reboxetin (Edronax®, Solvex®), Mirtazapin (Remeron®, Remergil®), Propranolol (Inderal®)
- Donezepil (Aricept®), Rivastigmin (Exelon®), Galantamin (Reminyl®)
- Desmopressin, Vasopressin (Nocutil®, Octostim®, Minirin®), Idebenone (Mnesis®), Selegilin (Jumexal®, Deprenyl®)
- Ritalin®
- Beta-Blocker, z.B. Propranolol (Inderal®), Atenolol (Atenil®, Tenormin®), Metoprolol (Lopresor®)
- Andere: _____

H4. Haben Sie schon Anabolika (anabole Steroide) genommen?

- Nein
- Ja, im letzten Jahr aber NICHT in den letzten 30 Tagen
- Ja, aber NICHT im letzten Jahr
- Ja, in den letzten 30 Tagen

I. GLEICHZEITIGE EINNAHME VON MEHREREN SUBSTANZEN

In den nächsten Fragen möchten wir wissen, welche KOMBINATION von Rauschmitteln Sie in den letzten 12 Monaten an einem einzelnen Abend am Wochenende GEWÖHNLICH konsumiert haben (im Ausgang mit Freunden, zu Hause bei jemandem oder bei Ihnen).

11. Welche Substanzen kombinieren Sie an einem gewöhnlichen Wochenend- oder Urlaubstag?

Markieren Sie alle Produkte, die zutreffen

Alkohol	Bier, Wein Spirituosen, Alkopops usw.	<input type="checkbox"/>
Tabak	Zigaretten, Pfeifen, Wasserpfeife, Snus, Schnupf, Zigarren usw.	<input type="checkbox"/>
Drogen	Cannabis (Gras, Haschisch, Joints)	<input type="checkbox"/>
	Halluzinogene Pilze („Magic Mushrooms“), Psylocibin, Peyote, Mescaline	<input type="checkbox"/>
	Andere Halluzinogene (wie LSD, PCP / Angeldust / 2-CB, 2-Cl)	<input type="checkbox"/>
	Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>
	Speed	<input type="checkbox"/>
	Amphetamine, Metamphetamine, Amphetaminsulfate	<input type="checkbox"/>
	Crystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>
	Poppers (Amylnitrit, Butylnitrit)	<input type="checkbox"/>
	Schnüffelstoffe oder andere Lösungen (z.B. Lachgase, Klebstoffe, Toluol, Benzin)	<input type="checkbox"/>
	Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>
	Kokain, Crack, Freebase	<input type="checkbox"/>
	Heroin	<input type="checkbox"/>
	Ketamin (Special K) DXM (Bexin)	<input type="checkbox"/>
	GHB / GBL / 1-4 Butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>
	Forschungschemikalien (z.B. Mephedrone, Butylone und Methedrone)	<input type="checkbox"/>
Spices oder ähnliche Produkte	<input type="checkbox"/>	
Medikamente	Beruhigungsmittel / Tranquilizer	<input type="checkbox"/>
	Schlafmittel / Sedativa	<input type="checkbox"/>
	Starke Schmerzmittel (Nicht einfache und ohne Rezept zu erhaltende Schmerzmittel wie Aspirin oder Dafalgan®)	<input type="checkbox"/>
	Stimulanzien und Amphetamine (Ritalin®)	<input type="checkbox"/>
	Smart Drugs (Modafinil, Racetams, usw.)	<input type="checkbox"/>
Nichts		<input type="checkbox"/>

12. Denken Sie an den Abend, an welchem Sie Ihre maximale Kombination von verschiedenen Produkten in den letzten 12 Monaten konsumiert haben. Welche Produkte haben Sie an diesem Abend genommen?

Markieren Sie alle Produkte, die zutreffen

Alkohol	Bier, Wein Spirituosen, Alkopol usw.	<input type="checkbox"/>
Tabak	Zigaretten, Pfeifen, Wasserpfeife, Snus, Schnupf, Zigarren usw.	<input type="checkbox"/>
Drogen	Cannabis (Gras, Haschisch, Joints)	<input type="checkbox"/>
	Halluzinogene Pilze („Magic Mushrooms“), Psylocibin, Peyote, Mescaline	<input type="checkbox"/>
	Andere Halluzinogene (wie LSD, PCP / Angeldust / 2-CB, 2-CI)	<input type="checkbox"/>
	Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>
	Speed	<input type="checkbox"/>
	Amphetamine, Metamphetamine, Amphetaminsulfate	<input type="checkbox"/>
	Crystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>
	Poppers (Amylnitrit, Butylnitrit)	<input type="checkbox"/>
	Schnüffelstoffe oder andere Lösungen (z.B. Lachgase, Klebstoffe, Toluol, Benzin)	<input type="checkbox"/>
	Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>
	Kokain, Crack, Freebase	<input type="checkbox"/>
	Heroin	<input type="checkbox"/>
	Ketamin (Special K) DXM (Bexin)	<input type="checkbox"/>
	GHB / GBL / I-4 Butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>
	Forschungschemikalien (z.B. Mephedrone, Butylone und Methedrone)	<input type="checkbox"/>
Spices oder ähnliche Produkte	<input type="checkbox"/>	
Medikamente	Beruhigungsmittel / Tranquilizer	<input type="checkbox"/>
	Schlafmittel / Sedativa	<input type="checkbox"/>
	Starke Schmerzmittel (Nicht einfache und ohne Rezept zu erhaltende Schmerzmittel wie Aspirin oder Dafalgan®)	<input type="checkbox"/>
	Stimulanzien und Amphetamine (Ritalin®)	<input type="checkbox"/>
	Smart Drugs (Modafinil, Racetams, usw.)	<input type="checkbox"/>
Nichts		<input type="checkbox"/>

J. PERSÖNLICHKEIT UND FREIZEITAKTIVITÄTEN

Jede Person fühlt unterschiedlich, hat unterschiedliche Schwierigkeiten und Probleme, genießt unterschiedliche Dinge, hat unterschiedliche Hobbies usw.
Wir möchten gerne mehr über Sie wissen. Bitte antworten Sie spontan ohne lange über jede Frage nachzudenken.

J1. Markieren Sie bei den folgenden Fragen jeweils das Kästchen, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 12 Monaten gefühlt und benommen haben.

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Wie oft haben Sie Probleme, die letzten Feinheiten einer Arbeit zum Abschluss zu bringen, nachdem Sie die wesentlichen Punkte erledigt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft fällt es Ihnen schwer, Dinge in die Reihe zu bekommen, wenn Sie an einer Aufgabe arbeiten, bei der Organisation gefragt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie Probleme, sich an Termine oder Verabredungen zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft vermeiden Sie oder verzögern Sie, die Aufgabe zu beginnen, wenn Sie vor einer Aufgabe stehen, bei der sehr viel Denkvermögen gefragt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft sind Ihre Hände bzw. Füße bei langem Sitzen ständig in Bewegung („rumzappeln“)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft fühlen Sie sich übermäßig aktiv und verspüren den Drang Dinge zu tun, als ob Sie von einem Motor angetrieben würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J2. Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Weder noch	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Ich würde gerne aussergewöhnliche Orte auskundschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde unruhig, wenn ich zu viel Zeit zu Hause verbringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag es, gefährliche Dinge zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag wilde Partys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde gerne auf eine Reise gehen ohne im Voraus die Routen und Zeitpläne zu planen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bevorzuge Freunde, die interessant und deren Aktionen unvorhersagbar sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde gerne einmal Bungee jumping ausprobieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde gerne neue und aufregende Erfahrungen machen, auch wenn sie illegal sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J3. Als nächstes finden Sie eine Reihe von Aussagen, die Personen verwenden können, um sich selbst zu beschreiben. Bitte lesen Sie jede Aussage und entscheiden Sie, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht. Beantworten Sie bitte jede Aussage mit 'richtig' oder 'falsch', auch wenn Sie nicht hundertprozentig sicher sind.

	Richtig	Falsch
Wenn ich verärgert bin, sage ich hässliche Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist ganz normal, dass ich, wenn ich wütend bin, fluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleine auszugehen macht mir nichts aus und ist mir gewöhnlich sogar lieber, als mit einer grossen Gruppe unterwegs zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es passiert mir fast nie, dass ich jemanden schlagen oder ohrfeigen möchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinen Freunden verbringe ich soviel Zeit wie nur möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft ohne ersichtlichen Grund angespannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rege mich häufig auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mich jemand beleidigt, versuche ich, einfach nicht darüber nachzudenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich reagiere schnell überempfindlich und verletzt auf gedankenlose Bemerkungen oder Handlungen anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche nicht viele oberflächliche Freundschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin leicht zu ängstigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere mich ärgern, zögere ich nicht, ihnen dies mitzuteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf grossen Parties fühle ich mich eher unwohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal gerate ich in Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Parties mische ich mich gerne unter viele Leute, egal ob ich sie bereits kenne oder nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft unsicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es würde mir nichts ausmachen, irgendwo für eine gewisse Zeit ganz ohne soziale Kontakte zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir oft Sorgen um Sachen, die andere für unwichtig halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn jemand anderer Meinung ist als ich, gerate ich unweigerlich in eine Auseinandersetzung mit ihm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bin ich gern alleine, um tun zu können, was ich möchte, ohne von anderen abgelenkt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ein aufbrausendes Temperament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann es nicht vermeiden, dass ich zu Leuten, die ich nicht mag ein wenig schroff bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J3. (Folge)

	Richtig	Falsch
Ich bin ein sehr geselliger Mensch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist manchmal grundlos zum Weinen zumute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich nicht durch Nebensächlichkeiten irritieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin immer geduldig mit anderen, selbst wenn sie mich ärgerlich machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewöhnlich bevorzuge ich es, Dinge alleine zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft ohne besonderen Grund unwohl und unbehaglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verbringe wahrscheinlich mehr Zeit gemeinsam mit Freunden als ich sollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Leute mich anschreien, schreie ich zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J4. Wie oft machten Sie in den letzten 12 Monaten folgendes?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Nie	Ein paar Mal im Jahr	1 bis 3 Mal pro Monat	Mindestens 1 Mal pro Woche	Fast jeden Tag
Sport treiben oder trainieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücher zum Vergnügen lesen (Schulbücher zählen nicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Abend ausgehen (Disco, Café, Party usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Hobbys (Musizieren, Singen, Zeichnen, Schreiben usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden/-innen „abhängen“, „rumziehen“ (in Einkaufszentren, Strassen, Parks usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet in der Freizeit benützen (zum chatten, Musik suchen, spielen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Spielautomaten spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online-Computerspiele spielen (z.B. World of Warcraft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computerspiele auf Spielkonsolen (z.B. Play Station, X-Box, Wii) oder PC spielen (NICHT ONLINE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J5. Bei den folgenden Fragen geht es um den Einfluss von Ihren Freunden - das heisst wenn Ihre Freunde Sie ermuntern etwas zu tun oder etwas nicht zu tun.

Jede Zeile bezieht sich auf zwei gegenteilige Situationen, die eine links, die andere rechts. Bitte wählen Sie in jeder Zeile die Situation, die besser zu Ihnen passt und kreuzen Sie nur EIN KÄSTCHEN PRO ZEILE an. Wenn Sie in einer Zeile denken, dass Ihre Freunde keinen Einfluss ausüben, Kreuzen Sie „Kein Einfluss“ an.

Wie STARK ist der Einfluss von Ihren FREUNDEN...	Sehr	Leicht	Wenig	Kein Einfluss	Wenig	Leicht	Sehr	Oder...
...Cannabis zu rauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NICHT Cannabis zu rauchen?
...sozial zu sein, Dinge mit anderen Menschen zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NICHT sozial zu sein, Dinge allein zu machen?
...Alkohol zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NICHT Alkohol zu trinken?
...Teil einer (oder mehreren) Gruppen zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Teil von KEINER Gruppe zu sein?
...NICHT auf Parties zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...auf Parties zu gehen?
...die GLEICHEN Kleiderstile zu tragen wie Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ANDERE Kleiderstile zu tragen als Ihre Freunde?
...Zigaretten zu rauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NICHT Zigaretten zu rauchen?
...ANDERS zu sprechen oder zu handeln als Ihre Freunde es tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...AUF GLEICHE WEISE zu sprechen und handeln, wie es Ihre Freunde tun?
...sich zu betrinken oder „einen anzusaufen“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...sich NICHT zu betrinken?
...Mit Mädchen (bzw. dem anderen Geschlecht) auszugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NICHT mit Mädchen (bzw. dem anderen Geschlecht) auszugehen?
...Ihr Haar ANDERS zu tragen als Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...Ihre Haare gleich zu tragen wie Ihre Freunde?
...die GLEICHE Meinung über Dinge zu haben wie Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...ANDERE Meinungen zu haben als Ihre Freunde?
...Dinge NICHT zu zerstören oder Eigentümer NICHT beschädigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...Dinge zu zerstören oder Eigentümer zu beschädigen?
...Musik oder Bands zu hören, welche Ihre Freunde gut finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...Musik oder Bands zu hören, die niemand anders mag
... «über die Grenze zu gehen» (sexuellen Verkehr zu haben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NICHT «über die Grenze zu gehen » (keinen sexuellen Verkehr zu haben)?
...am Wochenende mit Freunden auszugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...am Wochenende zu Hause zu bleiben?
...Dinge zu tun, um das andere Geschlecht zu beeindrucken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NICHT zu versuchen, dass andere Geschlecht zu beeindrucken?

In den nächsten Fragen geht um die Zeit, die Sie mit „Gamen“ verbracht haben. Dies beinhaltet das Spielen von Cybergames im Internet und auch auf Spielkonsolen (z.B. Nintendo, Playstation, X-Box, Wii).

J6. Wie oft in den letzten 6 Monaten...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
...haben Sie den ganzen Tag ans 'gamen' oder Zeit im Internet gedacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie länger 'gegamed' als ursprünglich beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie 'gegamed' oder Zeit im Internet verbracht, um Ihren Alltag zu vergessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben andere vergeblich versucht, Sie dazu zu bringen, weniger zu 'gamen' oder Zeit im Internet zu verbringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie sich schlecht gefühlt, wenn Sie nicht 'gamen' oder ins Internet gehen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie Streit gehabt mit anderen (z.B. Familie, Freunde) wegen der Zeit, die Sie mit 'gamen' oder im Internet verbrachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie wichtige Aktivitäten (z.B. Schule, Arbeit, Sport) vernachlässigt, um 'gamen' zu können oder im Internet zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J7. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten für die folgenden Glücksspiele Geld ausgegeben?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Nie	Einige Male pro Jahr	Monatlich (aber nicht wöchentlich)	Wöchentlich (aber nicht täglich)	Jeden Tag oder fast jeden Tag
Lotterien und Wetten (ohne elektronische Lotterien) <ul style="list-style-type: none"> • Rubbellose • Zahlenlotto • Vereinslotto/Bingo • Sportwetten (Toto-R, Toto-X, PMU) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektronische Lotterien (z.B. Tactilo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielautomaten (Slot Maschine, Poker Automat etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spieltische in Casinos (Roulette, Black Jack, Poker, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geld- / Glücksspiele im Internet <ul style="list-style-type: none"> • Internet Casino • Poker mit Geld im Internet • Sportwetten (Bet & Win, PMU etc.) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geldspiele und Kartenspiele mit Geld (z.B. Poker) in privaten Vereinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Geld- / Glücksspiele (Geschicklichkeits- oder Strategiespiele mit Gewinn, Wetten in privaten Vereinen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J8. Haben Sie in den letzten 12 Monaten persönliche Schwierigkeiten gehabt aufgrund Ihrer Wett- und Glücksspielaktivitäten?

- Ja
 Nein
 Ich habe in den letzten 12 Monaten nicht gespielt => Weiter mit Frage J10, auf nachfolgender Seite.

J9. Wie viel Geld haben Sie in den letzten 12 Monaten durchschnittlich pro Monat für Glücks-/ Geldspiele ausgegeben?

- CHF 1.- bis CHF 50.- CHF 201.- bis 500.-
 CHF 51.- bis 100.- CHF 501.- bis 1000.-
 CHF 101.- bis 200.- Mehr als CHF 1000.-

J10. Wie oft haben Sie vor dem Alter von 15 Jahren...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Nie	1-2 Mal	3-5 Mal	6-9 Mal	10-19 Mal	20 Mal oder mehr
...die Schule geschwänzt oder sind von zu Hause weg gerannt über Nacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gelogen, gemogelt, andere hereingelegt, oder gestohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Prügeleien angefangen oder andere schikaniert, bedroht oder eingeschüchtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Absichtlich Dinge zerstört oder Feuer gelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Absichtlich Tiere oder Menschen verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Jemanden gezwungen, mit Ihnen Sex zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J11. Seit Sie 15 geworden sind, wie oft haben Sie...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Nie	1-2 Mal	3-5 Mal	6-9 Mal	10-19 Mal	20 Mal oder mehr
...sich auf eine Weise verhalten, die andere als unverantwortlich, impulsiv oder gegen die eigenen Interessen handelnd betrachten würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Dinge gemacht, die illegal waren, auch wenn Sie dabei nicht erwischt wurden (z.B. Eigentum zerstört, Ladendiebstähle, Drogen verkauft oder ein schweres Verbrechen begangen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Körperliche Auseinandersetzungen/ Prügeleien gehabt (auch mit Familienmitgliedern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Andere Leute aus Spass angelogen oder um Geld betrogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Andere Leute Gefahren ausgesetzt ohne sich um sie zu sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...keine Schuld verspürt nachdem Sie andere verletzt, misshandelt, angelogen oder bestohlen oder nachdem Sie Eigentum zerstört haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K. SEXUALITÄT

Es folgen einige sehr persönliche Fragen über Liebe und Sexualität. Denken Sie daran, dass die Umfrage absolut anonym ist.

K1. Leute fühlen sich unterschiedlich von Personen sexuell angezogen. Welches sind Ihre Gefühle? Fühlen Sie sich...

- Nur von Frauen angezogen?
- Überwiegend von Frauen angezogen?
- In gleicher Weise von Frauen und Männern angezogen?
- Überwiegend von Männern angezogen?
- Nur von Männern angezogen?

K2. Hatten Sie schon mal Geschlechtsverkehr?

- Ja, einmal
- Ja, mehrmals
- Nein, nie => *Fahren Sie fort zur letzten Seite des Fragebogens*

K3. Wie alt waren Sie als Sie das erste Mal Geschlechtsverkehr hatten?

- 11-jährig oder jünger
- 12- oder 13-jährig
- 14- oder 15-jährig
- 16- oder 17-jährig
- 18- oder 19-jährig
- 20- oder 21-jährig
- 22- jährig oder älter

K4. Insgesamt, wie viele Sexualpartner hatten Sie in den letzten 12 Monaten?

- Keinen
- Einen
- Zwei
- Drei
- Vier oder mehr

Nun denken Sie bitte an **die letzten 6 Monate** (bei allen nachfolgenden Fragen):

K5. Wie sicher konnten Sie eine Erektion bekommen und diese halten?

- Überhaupt nicht sicher
- Wenig sicher
- Mittelmässig sicher
- Sicher
- Sehr Sicher

K6. Wenn Sie infolge sexueller Stimulation eine Erektion hatten, wie oft war Ihr Penis genügend hart um eine Penetration (Eindringen des Penis in die Vagina) vorzunehmen?

- Fast nie oder nie
- Selten (viel weniger als in der Hälfte der Zeit)
- Manchmal (ungefähr in der Hälfte der Zeit)
- Meistens (viel mehr als in der Hälfte der Zeit)
- Immer oder fast immer

K7. Während des Geschlechtsverkehrs; wie häufig konnten Sie Ihre Erektion halten nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen sind?

- Fast nie oder nie
- Selten (viel weniger als in der Hälfte der Zeit)
- Manchmal (ungefähr in der Hälfte der Zeit)
- Meistens (viel mehr als in der Hälfte der Zeit)
- Immer oder fast immer

K8. Während des Geschlechtsverkehrs, wie schwierig war es für Sie die Erektion bis zur Vollendung des Akts zu halten?

- Extrem schwierig
- Sehr schwierig
- Schwierig
- Etwas schwierig
- Nicht schwierig

K9. Als Sie in den letzten 6 Monaten versucht haben Geschlechtsverkehr zu haben, wie häufig waren Sie zufrieden mit dem Sex?

- Fast nie oder nie
- Selten (viel weniger als in der Hälfte der Zeit)
- Manchmal (ungefähr in der Hälfte der Zeit)
- Meistens (viel mehr als in der Hälfte der Zeit)
- Immer oder fast immer

K10. Denken Sie an die letzten 6 Monate: Beurteilen Sie Ihre Kontrolle über die Ejakulation beim Geschlechtsakt als...

- Schlecht
- OK
- Gut
- Sehr gut
- Ausgezeichnet

K11. Welche der folgenden Aussagen beschreibt am besten, inwiefern die Dauer zwischen der Penetration und Ihrem Höhepunkt Ihre Beziehung belasten?

- Es ist ein Problem für mich, nicht aber für meine Partnerin/meinen Partner
- Es ist kein Problem für mich, aber für meine Partnerin/meinen Partner
- Es ist ein Problem für mich und meine Partnerin/meinen Partner
- Es ist weder für mich noch meine Partnerin/meinen Partner ein Problem

* * *

Bitte geben Sie das heutige Datum an:

___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___ (TT/MM/JJJJ)

Als Dank und Belohnung erhalten Sie bald einen Gutschein per Post (kann zwei bis sechs Wochen dauern). **Bitte wählen Sie einen Gutschein im Wert von CHF 30.-:**

- Gutschein Manor
- Gutschein Ochsner Sport
- Gutschein Fnac

Wünschen Sie den 2. Fragebogen in 18 Monaten online auszufüllen?

- Ja
Wenn ja, wie lautet Ihre E-Mail Adresse? _____
(dies ermöglicht es uns, Ihnen den Fragebogen elektronisch zukommen zu lassen)
- Nein, ich möchte den Fragebogen per Post erhalten

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!!!