

BEFRAGUNG ÜBER DEN SUBSTANZKONSUM

C-SURF

(Cohort Study on Substance Use Risk Factors)

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft auch den 2. Fragebogen zu beantworten!

Das Ausfüllen wird ungefähr **45 Minuten** in Anspruch nehmen. Als Wertschätzung für Ihren Aufwand danken wir Ihnen mit einem **Einkaufsgutschein von CHF 30.-** nach Beantwortung des 2. Fragebogens (Manor, Media Markt oder Ochsner Sport). **Falls Sie bereits vor ungefähr 15 Monaten den 1. Fragebogen beantwortet haben, erhalten Sie zusätzlich einen Treue-Bonus-Gutschein von noch einmal CHF 30.-, insgesamt also 60 Franken.**

Für den Erfolg dieser Studie ist es wichtig, dass Sie **alle Fragen** so **spontan** wie möglich beantworten. Falls Sie sich zwischen zwei Antworten nicht entscheiden können, wählen Sie jene, die Ihrer Situation am nächsten kommt. Es gibt **keine richtigen oder falschen 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.

Ihre Antworten werden **streng vertraulich** behandelt. Wir werden Ihre Antworten in keinem Fall mit Ihren persönlichen Koordinaten verbinden und auch nicht an die Armee oder andere weiterleiten. Wir trennen Ihre persönlichen Angaben strikt von Ihren Antworten im Fragebogen.

A. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

A1. Arbeiten Sie im Moment gegen Entlohnung - auch wenn es nur für eine Stunde pro Woche ist - egal, ob angestellt, selbständig oder als Lehrling?

- ja
 nein => weiter mit Frage A5, auf nachfolgender Seite

A2. Sind Sie ...?

- angestellt (Voll- oder Teilzeit)
 selbständig erwerbend
 in der Lehre
 gelegentlich erwerbstätig

A3. Wieviele Stunden pro Woche arbeiten Sie gegen Entlohnung?

_____ Stunden / Woche

A4. In den folgenden Aussagen geht es um die Wahrnehmung Ihrer Erwerbsarbeit. Geben Sie bitte an, wie stark Sie diesen zustimmen oder Sie ablehnen.

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an

	Lehne völlig ab	Lehne ab	Lehne weder ab noch stimme zu	Stimme zu	Stimme völlig zu
Ich erhalte Anerkennung für gut gemachte Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich den Arbeitskollegen nahe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke mein Arbeitsplatz ist sicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme ein gutes Gehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Arbeitsplatz kommen all meine Begabungen und Fertigkeiten zum Einsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich gut bei meiner Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Im Grossen und Ganzen, welches ist Ihre aktuelle berufliche Situation?

Mehrere Antworten möglich

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

A6. Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

Nur eine einzige Antwort ist möglich

- | | |
|---|---|
| <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: _____ |

A7. Was ist Ihr Geburtsdatum?

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

A8. Was ist Ihre Postleitzahl?

- Ich lebe nicht in der Schweiz

A9. 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 (Weissenhaus, Heim etc.)
- Ohne festen Wohnsitz

A10. Welche Situation ist der Ihren 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

A11. 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

A12. Haben Sie Kinder?

- Nein
- Ja => Wie viele? _____

A13. Erwarten Sie ein Kind (ist Ihre Frau/Freundin schwanger)?

- Nein
- Ja

A14. Geben Sie bitte an, wie stark Sie den folgenden 5 Aussagen zustimmen oder diese ablehnen.

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an	lehne völlig ab	lehne ab	lehne ein wenig ab	lehne weder ab noch stim- me zu	Stim- me ein wenig zu	stim- me zu	stim- me völlig zu
Grösstenteils entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Lebensumstände sind exzellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit dem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis jetzt habe ich die wichtigen Dinge, die ich in meinem Leben erreichen wollte auch erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mein Leben nochmals leben könnte, würde ich fast nichts ändern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Wurden Sie anlässlich der Rekrutierung als militärdiensttauglich beurteilt?

- Nein -> weiter mit Frage B1, auf nachfolgender Seite
- Ja

A16. Welchen Dienst leisten Sie oder werden Sie leisten?

- Zivildienst -> weiter mit Frage B1, auf nachfolgender Seite
- Militärdienst

A17. Haben Sie die Rekrutenschule ...

- noch nicht begonnen?
- begonnen?
- absolviert?
- vorzeitig abgebrochen?

B. GESUNDHEIT

In den nächsten Fragen geht es um Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

B1. Wie gross sind Sie in Zentimeter (z.B.: 172 cm = 1 Meter 72)?

_____	Zentimeter
-------	------------

B2. Was ist Ihr Gewicht?

_____	Kilos
-------	-------

B3. 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"/>

B4. 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
<u>Mittelschwere Tätigkeiten</u> z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Mehrere Treppenabsätze</u> steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B5. 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"/>

B6. 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 <u>nicht so sorgfältig</u> wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B7. Inwieweit haben körperliche Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten 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"/>

B8. 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"/>

B9. 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"/>

B10. 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"/>

B11. 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"/>

B12. Viele Menschen haben irgendwann in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben oder nicht.

Bitte markieren Sie „JA“, wenn sie entweder **persönlich betroffen oder direkter Zeuge** waren (also nicht nur im Fernsehen oder Zeitung darüber gelesen haben). Markieren Sie bitte „NEIN“, wenn es noch nie der Fall war. Sollte es in den letzten 12 Monaten eingetreten sein, kreuzen Sie dies bitte auch an.

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen ein.	Ja, innerhalb der letzten 12 Monate	Ja, vor mehr als 12 Monaten	Nein, noch nie
1. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Zug-, Flugzeug- oder Schiffsunglück)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Andere Situation, in der Sie schwer verletzt worden sind oder jemand anderes schwer verletzt oder gar getötet worden ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eine andere Situation, in der Sie fürchteten Sie oder jemand anders könnte schwer verletzt oder gar getötet werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eine andere Katastrophe (Bankraub, Hauseinsturz), in der Sie um Ihr oder das Leben einer nahestehenden Person fürchteten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ein Einbruchversuch in ihr Haus, während Sie da waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sexueller Angriff durch einen Fremden (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war (z.B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...Folge...	Ja, innerhalb der letzten 12 Monate	Ja, vor mehr als 12 Monaten	Nein, noch nie
13. Gefangenschaft (z.B. Straf- oder Kriegsgefangenschaft, Geiselhaft).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Folter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lebensbedrohliche Krankheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Lebensgefährlichen Chemikalien oder Radioaktivität ausgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Durch Sie verursachte, schwerwiegende Verletzungen oder körperliche Schäden oder Todesfälle an Drittpersonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Plötzlicher (unerwarteter oder gewaltsamer) Tod oder lebensbedrohlichen Krankheit einer nahe stehenden Person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Schwer verletzte Person oder Leiche gesehen (ausserhalb einer Beerdigung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Anderes traumatisches oder ausserordentlich stressvolles Ereignis. Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B13. Geben Sie bitte die Nummer des obengenannten Erlebnisses an, welches Sie am stärksten belastet.

Wenn Sie nur für ein Erlebnis mit „JA“ geantwortet haben, ist mit dem „belastendsten Erlebnis“ dieses Erlebnis gemeint.

⇒ **Wenn Sie keines der Erlebnisse hatten, gehen sie bitte weiter zur Frage C1 auf Seite 14.**

Nummer : _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen für das belastendste Erlebnis:

B14. Wann hatten Sie dieses belastende Erlebnis?

Bitte kreuzen Sie EINE der Antwortmöglichkeiten an

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vor weniger als einem Monat | <input type="checkbox"/> Vor 6 Monaten bis 3 Jahren |
| <input type="checkbox"/> Vor 1 bis 3 Monaten | <input type="checkbox"/> Vor 3 bis 5 Jahren |
| <input type="checkbox"/> Vor 3 bis 6 Monaten | <input type="checkbox"/> Vor mehr als 5 Jahren |

B15. Während des belastenden Erlebnisses...

Kreuzen Sie in jeder Zeile Ja oder Nein an.

	Ja	Nein
... wurden Sie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde jemand anders körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dachten sie, dass das Leben einer Ihnen nahestehenden Person in Gefahr war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlten Sie sich hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie starke Angst oder waren Sie voller Entsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. SOZIALER KONTEXT

C1. In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wahrnehmung Ihrer Nachbarschaft (Ihres Viertels). Mit Nachbarschaft meinen wir die nähere Umgebung, in der Sie wohnen, also Ihr Viertel.

Jede Zeile stellt zwei entgegengesetzte Äusserungen dar. Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile an, was Ihrer Meinung am ehesten entspricht. Bitte nur ein Kreuz pro Zeile. Wenn Sie sich nicht für eine der beiden Aussagen entscheiden können, kreuzen Sie bitte «Weder- Noch» an.

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme ein wenig zu	Weder - Noch	Stimme ein wenig zu	Stimme zu	Stimme völlig zu	
Den meisten Leuten im Viertel kann NICHT vertraut werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Den meisten Leuten im Viertel kann vertraut werden
Leute haben nach Einbruch der Dunkelheit Angst, allein im Viertel zu Fuss unterwegs zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leute fühlen sich sicher , wenn sie allein nach Einbruch der Dunkelheit im Viertel zu Fuss unterwegs sind
Leute im Viertel werden dich ausnutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leute im Viertel werden dich immer fair und korrekt behandeln
Wenn du in Schwierigkeiten wärst, gäbe es im Viertel niemanden, der dir helfen würde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn du in Schwierigkeiten wärst, gäbe es eine Menge Personen , die dir helfen würden
Leute im Viertel würden die Augen verschliessen , wenn in ein Haus eingebrochen würde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leute im Viertel würden etwas unternehmen , wenn in ein Haus eingebrochen würde
Leute im Viertel unternehmen NICHTS dagegen , wenn sie sehen, wie Kinder Sachen mutwillig zerstören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leute im Viertel würden die Kinder aufhalten , wenn sie sähen, wie diese Sachen mutwillig zerstörten
Ich habe den Eindruck nicht in dieses Viertel zu gehören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich wirklich als Teil dieses Viertels
Die meisten Leute im Viertel sind unfreundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die meisten Leute im Viertel sind freundlich
Die Leute im Viertel haben KEINEN Gemeinschaftssinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Leute im Viertel haben einen GROSSEN Gemeinschaftssinn
Die Leute im Viertel achten nur auf sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Leute im Viertel machen etwas um der Gemeinschaft zu helfen

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme ein wenig zu	Weder - Noch	Stimme ein wenig zu	Stimme zu	Stimme völlig zu	
Einige Leute im Viertel sollten NICHT die gleichen Rechte und das gleiche Sagen haben wie andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeder in diesem Viertel sollte die gleichen Rechte und das gleiche Sagen haben
Es ist schwer , sich in diesem Viertel den Respekt anderer zu verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leute im Viertel behandeln einander mit Respekt
Die Leute im Viertel missbilligen andere , die nicht so sind wie sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Leute im Viertel sind tolerant gegenüber anderen , die nicht so sind wie sie selbst
Im Viertel gibt es ein paar Leute, die dazu gehören , andere jedoch nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeder im Viertel gehört dazu wie alle anderen auch
Im Viertel gibt es Druck , sich so zu verhalten wie alle anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In Viertel gibt es KEINEN Druck , sich auf irgendeine Weise zu verhalten
Die Leute im Viertel mischen sich in anderer Leute Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Leute im Viertel respektieren die Privatsphäre anderer

C2. Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder lehnen sie ab.

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an	Lehne sehr stark ab	Lehne stark ab	Lehne eher ab	Stimme weder zu noch lehne	Stimme eher zu	Stimme stark zu	Stimme sehr stark zu
Meine Freunde versuchen wirklich mir zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann auf meine Freunde zählen, wenn etwas schief geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde, mit denen ich meine Sorgen und Freuden teilen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mit meinen Freunden über meine Probleme reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine besondere Person, die da ist, wenn ich in Not bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...Folge...	Lehne sehr stark ab	Lehne stark ab	Lehne eher ab	Stimme weder zu noch lehne	Stim me eher zu	Stim me stark zu	Stim me sehr stark zu
Es gibt eine besondere Person, mit der ich Freuden und Sorgen teilen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine besondere Person, die eine wichtige Quelle des Wohlbefindens für mich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine besonders wichtige Person in meinem Leben, die sich für meine Gefühle interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C3. Denken Sie an weit verbreitete Situationen. Wie treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an	Nie oder fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer oder fast immer
Ich versuche, anderen zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde Mitgefühl mit jenen in Not.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich tue, was ich kann, um anderen dabei zu helfen, nicht in Schwierigkeiten zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle sehr stark, was andere fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche die zu trösten, die traurig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versetze mich leicht in die Lage von jenen, die Unannehmlichkeiten haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche jenen, die in Not geraten sind, nahe zu sein und mich um sie zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. 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. Wie viele Ihrer Freunde oder Freundinnen haben sich in den letzten 12 Monaten mindestens einmal im Monat betrunken?

Keiner meiner Freunde	1 oder 2 meiner Freunde	Mehrere meiner Freunde	Fast alle meine Freunde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D3. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mindestens 1 alkoholisches Standardgetränk konsumiert (einzelne Probeschluckchen ausgeschlossen)?

Siehe Bild

- Ja
 Nein => weiter mit Tabak, Abschnitt E (Seite 27)

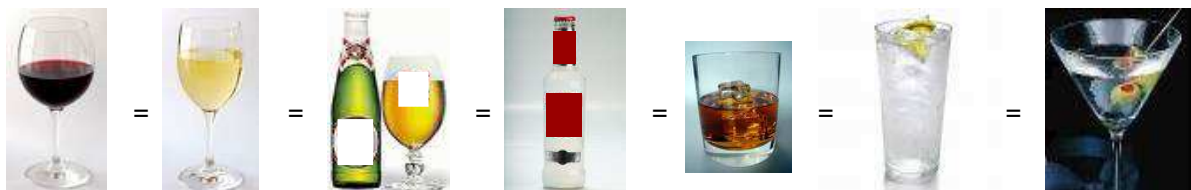
D4. An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie gewöhnlich Alkohol?

- | | |
|---|---|
| <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 |

D5. 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

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 4 cl

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

D6. 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

D7. Was war die höchste Anzahl Standardgetränke, die Sie jemals innerhalb eines Tages während den letzten 12 Monaten getrunken haben (Siehe Bild)?

_____ Standardgetränke

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 4 cl

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:

D8. 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

D9. 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

D10. 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

D11. Wie viele Standardgetränke (siehe Bild auf vorhergehender Seite) 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.

D12. 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"/>

D13. 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 starker
Alkohol von
2 cl



=



1 Longdrink
mit starkem
Alkohol



=



1 Aperitif
von 4 cl

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

D14. Im Folgenden denken Sie bitte an die letzten 7 Tage (bis und mit gestern), auch wenn es sich um eine besondere Woche handelt. Können Sie Ihren Alkoholkonsum während der letzten Woche beschreiben (Siehe Bild)?

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.

Geben Sie Ihren Konsum mit der Anzahl an Standardgetränken an.

	Bier	Wein (rot, weiss, Champaigner)	Starker Alkohol (Whisky, Vodka, Pastis, etc.)	Apéritif (Martini, Suze etc.)	Alcopops (Smirnoff 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> 4 cl	<u>Nr. Flaschen</u> 3 dl	<u>Nr. Flaschen</u> 3 dl	<u>Nr. Gläser</u> Long drink	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 4 cl

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

D15. Bevor Sie die folgende Frage beantworten, stellen Sie sich in einer Situation vor, in welcher Sie gewöhnlich Alkohol trinken (Bar, Club, Party, zu Hause etc.). Sie haben an diesem Tag noch keinen Alkohol getrunken und Sie werden später an keinem anderen Ort mehr trinken.

Wie viele alkoholische Standardgetränke konsumieren Sie, wenn:

Eine Anzahl Gläser pro Zeile angeben (Siehe Bild)	Anzahl Getränke
- Jedes Getränk gratis ist?	_____
- Jedes Getränk 50 Rappen kostet?	_____
- Jedes Getränk 1 Franken kostet?	_____
- Jedes Getränk 2 Franken kostet?	_____
- Jedes Getränk 3 Franken kostet?	_____
- Jedes Getränk 4 Franken kostet?	_____
- Jedes Getränk 6 Franken kostet?	_____
- Jedes Getränk 8 Franken kostet?	_____
- Jedes Getränk 10 Franken kostet?	_____
- Jedes Getränk 15 Franken kostet?	_____
- Jedes Getränk 20 Franken kostet?	_____

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 4 cl

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

D16. 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"/>

D17. 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, mehr als einmal 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 mehr als einmal 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 mehr als einmal 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 zitterig 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"/>

D18. 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"/>

D19. 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) - Antidepressiva (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

E1. Was denken Sie, wie viel Prozent der Männer in Ihrem Alter rauchen Zigaretten?

 %

E2. Wie viele Ihrer FREUNDE oder Freundinnen haben in den letzten 12 Monaten regelmässig geraucht?

Keiner meiner Freunde	1 oder 2 meiner Freunde	Mehrere meiner Freunde	Fast alle meine Freunde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zigaretten (auch selbstgedrehte)

E3. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten geraucht?

- Ja
 Nein => weiter mit Frage E9 (e-Zigaretten), auf nachfolgender Seite

E4. 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

E5. Während eines typischen Tages, an dem Sie Zigaretten rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie dann?

 Zigaretten

E6. Haben Sie **IN DEN LETZTEN 12 MONATEN** einen ernsthaften Versuch unternommen, mit dem Rauchen aufzuhören, d.h. ein Versuch, bei dem Sie **MEHRERE TAGE** nicht geraucht haben, bevor Sie wieder angefangen haben. Wie oft war das?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-mal | ⇒ Weiter mit Frage E8 auf nachfolgender Seite |
| <input type="checkbox"/> 2 -mal | |
| <input type="checkbox"/> 3-mal | |
| <input type="checkbox"/> 4-mal oder häufiger | |

- Kein Versuch ⇒ Weiter mit der Frage E9 (e-Zigaretten), auf nachfolgender Seite.

E7. Wie lange dauerte Ihr längster Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten?

<input type="checkbox"/> 2- 5 Tage
<input type="checkbox"/> 1 Woche
<input type="checkbox"/> 2-3 Wochen
<input type="checkbox"/> 1 Monat

<input type="checkbox"/> 2-3 Monate
<input type="checkbox"/> 4-6 Monate
<input type="checkbox"/> 7 Monate bis 1 Jahr
<input type="checkbox"/> Länger als 1 Jahr

E8. Wie lange dauerte Ihr letzter Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten?

<input type="checkbox"/> 2- 5 Tage
<input type="checkbox"/> 1 Woche
<input type="checkbox"/> 2-3 Wochen
<input type="checkbox"/> 1 Monat

<input type="checkbox"/> 2-3 Monate
<input type="checkbox"/> 4-6 Monate
<input type="checkbox"/> 7 Monate bis 1 Jahr
<input type="checkbox"/> Länger als 1 Jahr

E-Zigaretten

E9. Haben Sie in den letzten 12 Monaten e-Zigaretten (also elektronische Zigaretten ohne Rauch) geraucht?

- Ja
- Nein => weiter mit Frage E12, auf nachfolgender Seite

E10. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten üblicherweise e-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

E11. Während eines typischen Tages, an dem Sie e-Zigaretten rauchen, wie viele e-Zigaretten rauchen Sie dann?

_____ e-Zigaretten

Andere Tabakprodukte

E12. Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten andere Tabakprodukte konsumiert und wenn ja wie häufig?

	Jeden Tag	5-6 Tage pro Woche	3-4 Tage pro Woche	1-2 Tage pro Woche	2-3 Tage pro Monat	1-mal im Monat oder seltener (ab und zu)	Nie
Wasserpfeife (shisha) nur mit Tabak (nicht mit Cannabis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snus (Mundtabak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupftabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kautabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zigarren/Zigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normale Pfeifen (keine Wasserpfeifen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wasser_ pfeife



Snus (Mundtabak)



Schnupftabak



Kautabak

Gewohnheiten zum Tabakkonsum

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

E13. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mindestens einmal geraucht oder eines der Tabakprodukte konsumiert?

- Ja
 Nein => weiter mit Abschnitt F, Cannabis (Seite 32)

E14. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette / nehmen Sie Ihr erstes Tabakprodukt?

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

E15. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.), das Rauchen zu unterlassen?

- Ja
- Nein

E16. Auf welche Zigarette/Tabakaufnahme würden Sie nicht verzichten wollen?

- Die erste am Morgen
- Andere

E17. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- Ja
- Nein

E18. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- Ja
- Nein

E19. 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®) - 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) - Antidepressiva (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. Wie viele Ihrer Freunde oder Freundinnen haben in den letzten 12 Monaten mindestens einmal pro Monat Cannabis konsumiert?

Keiner meiner Freunde	1 oder 2 meiner Freunde	Mehrere meiner Freunde	Fast alle meine Freunde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F3. Haben Sie während der letzten 12 Monate Cannabis konsumiert?

- Ja
 Nein => weiter mit Abschnitt G, andere Substanzen (Seite 36)

F4. 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

F5. 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

F6. Bitte denken Sie beim Beantworten der nächsten Fragen daran, 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"/>

F7. 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.“

F8. Sind Sie oder jemand anders in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit Ihrem Cannabisgebrauch körperlich verletzt worden?

- Ja
- Nein

F9. 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

F10. 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"/>

F11. 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

F12. 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: <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) - Antidepressiva (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) wie Kokain, Methamphetamin „Meth“, Ecstasy, LSD etc.?**

_____ %

- G2. Wie viele Ihrer Freunde oder Freundinnen haben in den letzten 12 Monaten andere, härtere Drogen (als Cannabis, wie z.B. Kokain, Methamphetamin « Meth », Ecstasy, LSD etc...) genommen?**

Keiner meiner Freunde	1 oder 2 meiner Freunde	Mehrere meiner Freunde	Fast alle meine Freunde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 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.	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, Methamphetamine, 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, Jurnista®, 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 (Indéral®), 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"/>

H2. 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-CI)	<input type="checkbox"/>
	Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>
	Speed	<input type="checkbox"/>
	Amphetamine, Methamphetamine, 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 Substanzen in den letzten 12 Monaten konsumiert haben. Welche Substanzen haben Sie an diesem Abend genommen?

Markieren Sie alle Produkte, die zutreffen

Alkohol	Bier, Wein Spirituosen, Alkopolos 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“), Psilocybin, 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, Methamphetamine, 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

J1. Die folgenden Feststellungen können auf jeden zutreffen oder nicht zutreffen. Wie sieht es bei Ihnen aus? Wenn Sie einmal nicht sicher sind, welche Antwort für Sie zutrifft, kreuzen Sie diejenige Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Kreuzen sie bitte nur ein Kästchen pro Zeile an.

...trifft FÜR MICH ...	genau zu	eher zu	eher nicht zu	gar nicht zu
Sogar wenn mir etwas Schlimmes bevorsteht, bin ich selten nervös oder ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache auch aussergewöhnliche Dinge, um zu erreichen, was ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mir etwas gut gelingt, bleibe ich sehr gern bei der Sache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin immer bereit, etwas Neues zu versuchen, wenn ich denke, daß es Spass machen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich erreiche, was ich will, bin ich voller Energie und Spannung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritik oder Beschimpfungen verletzen mich ziemlich stark.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas haben will, tue ich gewöhnlich alles, um es zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde oft Dinge nur deshalb tun, weil sie Spass machen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich eine Chance sehe, etwas Erwünschtes zu bekommen, versuche ich sofort mein Glück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ziemlich besorgt oder verstimmt, wenn ich glaube oder weiß, daß jemand wütend auf mich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich eine Gelegenheit für etwas sehe, das ich mag, bin ich sofort ganz aufgeregt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich handle oft so, wie es mir gerade in den Sinn kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich glaube, daß mir etwas Unangenehmes bevorsteht, bin ich gewöhnlich ziemlich unruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mir etwas Schönes passiert, berührt mich das sehr stark.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin besorgt, wenn ich glaube, daß ich eine wichtige Sache schlecht gemacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche ständig nach Abwechslung und neuen Erfahrungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...trifft FÜR MICH ...	genau zu	eher zu	eher nicht zu	gar nicht zu
Wenn ich etwas erreichen will, verfolge ich mein Ziel hartnäckig und rüchhaltlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verglichen mit meinen Freunden habe ich sehr wenig Ängste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fände es sehr aufregend, einen Wettbewerb zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst, Fehler zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J2. Bitte denken Sie über die heutige Zeit in Ihrem Leben nach. Mit der heutigen Zeit in Ihrem Leben ist Ihre augenblickliche Lebensphase plus die letzten paar Jahre, die vergangen sind, sowie die nächsten paar Jahre, die noch kommen werden, gemeint.

Um es kurz zu sagen, es geht um etwa einen Abschnitt von 5 Jahren, mit dem augenblicklichen Zeitpunkt genau in der Mitte.

Kreuzen sie bitte nur ein Kästchen pro Zeile an.

Ist diese Periode Ihres Lebens...	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
...eine Zeit vieler Möglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit der Erkundung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit der Verwirrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit des Experimentierens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit persönlicher Freiheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit, in der Sie sich eingeschränkt fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit der Eigenverantwortlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit, in der Sie im Stress sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit der Unbeständigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit des Optimismus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit grossen Drucks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit um herauszufinden, wer sie sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit sich niederzulassen, beständig zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...Folge...	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
...eine Zeit der Verantwortung für andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit der Unabhängigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit freier Wahlmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit der Unvorhersehbarkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit des Commitments, der Bekenntnis zu anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit der Selbstgenügsamkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit vieler Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit Neues auszuprobieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit sich auf sich selbst zu fokussieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit sich von den Eltern abzulösen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit sich selbst zu definieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit für die Zukunft zu planen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit der Suche nach dem Sinn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit, über Ihre eigenen Werte und Überzeugungen zu entscheiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit, um zu lernen für sich selbst zu denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit sich bei manchem erwachsen zu fühlen bei anderen Sachen jedoch nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit Schritt für Schritt erwachsen zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Zeit, wo man sich nicht sicher ist schon ganz erwachsen zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J3. Geben Sie für die folgenden Aussagen auf einer Skala von 1 (trifft gar nicht zu) bis 9 (trifft völlig zu) an, wie stark das Folgende auf Sie zutrifft.

Kreuzen sie bitte nur ein Kästchen pro Zeile an.

Ich bin eine Person, die ...	Trifft gar nicht zu					Trifft völlig zu			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
...als ausserordentlich begabt oder talentiert auf akademischem Niveau gilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die als aussergewöhnlich oder ungewöhnlich intelligent erachtet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...als blitzgescheite und gelehrige Person gilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...üblicherweise unter den Besten in jedem Fach war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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...				Kein Einfluss				Oder...
	Sehr	Leicht	Wenig		Wenig	Leicht	Sehr	
...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 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 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 'gegamet' als ursprünglich beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie 'gegamet' 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 J11, auf Seite 48.

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. In den letzten 12 Monaten....

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an

	Ja	Nein
...waren Sie jemals über mehrere Tage häufig oder ständig gedanklich mit dem Spielen beschäftigt (z.B. Erinnerung an Glücksspielerlebnisse, Planung des nächsten Spiels, Nachdenken über Geldbeschaffung für das Spielen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mussten Sie mit immer höheren Einsätzen spielen, um den gewünschten „Kick“ zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sind Sie unruhig und gereizt beim Versuch das Spielen einzuschränken oder aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...spielen Sie, um Problemen zu entkommen oder um negative Gefühlszustände (z.B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu verringern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie jemals gezielt am darauffolgenden Tag gespielt, um zuvor verlorenes Geld wieder zurückzugewinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie schon mehrmals Ihren Angehörigen, Freunden oder anderen Personen nicht die Wahrheit gesagt, um das Ausmaß Ihres Glücksspielverhaltens zu verheimlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Haben Sie wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Haben Sie jemals Geld entwendet oder sich auf andere Weise illegal Geld beschafft (z.B. gefälschte/ ungedeckte Checks ausgestellt, Geld unterschlagen etc.), um Ihr Spielverhalten finanzieren zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie eine wichtige Beziehung, Ihren Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie sich finanzielle Hilfe gesucht, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J11. Wir interessieren uns dafür, wie Personen reagieren, wenn sie mit schwierigen oder stressreichen Ereignissen konfrontiert sind. Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten auf Stress zu reagieren. Was machen oder fühlen Sie üblicherweise, wenn Sie stressvolle Situationen erleben?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an	Ich mache das...			
	...überhaupt nicht	...selten	...ab und zu	... oft
Ich beschäftige mich mit Arbeit oder anderen Sachen, um auf andere Gedanken zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konzentriere mich darauf, etwas an meiner Situation zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rede mir ein, dass das alles nicht wahr ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche aufmunternde Unterstützung von anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebe es auf, mich damit zu beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich handle aktiv, um die Situation zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich will einfach nicht glauben, dass mir das passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche Hilfe und Rat bei anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kritisiere mich selbst und mache mir Vorwürfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, mir einen Plan zu überlegen, was ich tun kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche Trost und Verständnis bei anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebe den Versuch auf, der Situation die Stirn zu bieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich unternehme etwas, um mich abzulenken, z.B. ins Kino gehen, fernsehen, lesen, vor mich hinträumen, schlafen oder einkaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir viele Gedanken darüber, was hier das Richtige wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebe mir für die Dinge, die mir widerfahren sind, selbst die Schuld.	<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 mit der letzten Seite des Fragebogens beim Datum des heutigen Tages

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.-** (wenn Sie BEREITS an der **ERSTEN** Befragung vor etwa 15 Monaten teilgenommen haben, ist der Gutschein **CHF 60.-wert**):

- Gutschein Manor Gutschein Ochsner Sport Gutschein Media Markt

Falls wir weitere Mittel erhalten, möchten wir die Studie gerne weiterführen, natürlich auch mit der entsprechenden Belohnung für Sie.

Würden Sie sich dann ggf. Wünschen, den nächsten Fragebogen eher online auszufüllen ?

- Ja
Wenn ja, wie lautet Ihre E-mail Adresse ? _____
- Nein, ich möchte den Fragebogen per Post erhalten

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!!!

Diese Etiketle bitte nicht entfernen.
Sie dient dazu, Ihnen die versprochene Belohnung zu übermitteln.