



Studie zum Substanzkonsum unter jungen Männern in der Schweiz

Dieser Fragebogen hat das Ziel den **Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis** unter jungen Schweizer Männern besser zu verstehen.

Wir laden Sie ein, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen und **alle nachfolgenden Fragen zu beantworten**. Im Zweifelsfall oder wenn Sie Fragen haben zögern Sie nicht sich an die Person zu wenden die Ihnen den Fragebogen ausgeteilt hat.

Es ist uns wichtig Ihnen mitzuteilen, dass die Teilnahme an dieser Befragung vollständig **anonym** ist. Unser Forschungsteam hat **keine Verbindung mit der Armee** und die gewonnenen Daten werden **nicht an die Armee** oder Angestellte des Rekrutierungszentrums **kommuniziert**.

Wir danken Ihnen herzlich in Voraus für Ihre Teilnahme!

ALKOHOL

A.1. An wie vielen Tagen pro Woche konsumieren Sie gewöhnlich Alkohol?

Tag(e) pro Woche

Weniger als einmal pro Woche:

- 2-3 Mal pro Monat
- 1 Mal pro Monat oder weniger
- Nie

Falls Sie **nie** Alkohol trinken, fahren Sie fort bei Frage A.13 auf der nachfolgenden Seite

A.2. Wie viele alkoholische Standardgetränke (siehe untenstehendes Bild) trinken Sie im Durchschnitt während eines Tages an dem Sie Alkohol konsumieren?

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

A.3. Wie oft kommt es vor, dass Sie während einer Gelegenheit 6 alkoholische Standardgetränke oder mehr trinken (siehe untenstehendes Bild)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Jede Woche |
| <input type="checkbox"/> Weniger als 1 Mal pro Monat | <input type="checkbox"/> Jeden oder fast jeden Tag |
| <input type="checkbox"/> Jeden Monat | |

1 alkoholisches Standardgetränk



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

1 alkoholisches Standardgetränk



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

A.4. Was ist die höchste Anzahl Standardgetränke, die Sie jemals innerhalb eines Tages während der letzten 12 Monate getrunken haben?

___ alkoholische(s) Standardgetränk(e) innerhalb eines Tages

Denken Sie beim beantworten der folgenden Fragen an die letzten 12 Monate:

	Nie	Weniger als 1 mal im Monat	Jeden Monat	Jede Woche	Jeden Tag oder fast jeden Tag
A.5. Wie häufig im letzten Jahr sind Sie wegen dem Trinken 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"/>
A.6. Wie häufig im letzten Jahr haben Sie den Eindruck gehabt, dass Sie nicht aufhören können mit Trinken, wenn Sie einmal damit angefangen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.7. Wie häufig im letzten Jahr haben Sie Schuldgefühle oder Gewissensbisse gehabt wegen Ihrem Alkoholkonsum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.8. Wie häufig im letzten Jahr haben Sie sich nicht mehr an das erinnern können, was in der Nacht vorher passiert ist, weil Sie getrunken haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.9. Wie häufig im letzten Jahr haben Sie am Morgen Alkohol getrunken, um wieder in Schwung zu kommen nach ein paar Gläsern zuviel am Abend vorher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr	Ja, im letzten Jahr		
A.10. Sind Sie oder jemand anders im Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum körperlich verletzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
A.11. Hat ein Verwandter, ein Freund oder ein Arzt Bedenken geäußert wegen Ihrem Alkoholkonsum oder Ihnen angeraten, den Konsum einzuschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

A.12. Können Sie Ihren Alkoholkonsum während der letzten Woche beschreiben, also genau bis gestern?

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

	Bier	Wein (rot, weiss, Champagner)	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
	Nr. Gläser 2.5 dl	Nr. Gläser 1 dl	Nr. Gläser 0.25 dl	Nr. Gläser 0.5 dl	Nr. Flaschen 3 dl	Nr. Flaschen 3 dl	Nr. Gläser 1dl	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"/>

A.13. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal mindestens ein ganzes alkoholisches Standardgetränk getrunken?

___ Jahre

Nie

A.14. In welchem Alter waren Sie zum ersten Mal betrunken?

___ Jahre

Nie

TABAK

B.1. Rauchen Sie Zigaretten, auch wenn nur gelegentlich?

- Ja, ich rauche regelmässig (1 Zigarette oder mehr pro Tag)
- Ja, ich rauche gelegentlich
- Nein, aber ich bin ein ehemaliger Raucher (vor 6 Monaten oder mehr aufgehört)
- Nein, ich habe aufgehört zu rauchen (vor weniger als 6 Monaten aufgehört)
- Nein, ich rauche nie Zigaretten



Falls Sie **ehemaliger Raucher sind oder nie Zigaretten rauchen**, fahren Sie fort mit Frage B.3

B.2. Rauchen Sie jeden (oder fast jeden) Tag?

<input type="checkbox"/> Ja	Falls ja, wie viele Zigaretten (auch Selbstgedrehte) rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? <input type="text"/> Zigaretten
<input type="checkbox"/> Nein	Falls nein, wie viele Zigaretten (auch Selbstgedrehte) rauchen Sie im Durchschnitt an den Tagen an denen Sie rauchen? <input type="text"/> Zigaretten

B.3. Falls Sie Tabak auf andere Weise konsumieren, können Sie angeben mit welcher Häufigkeit (wie oft) und mit welcher Menge (wie viel) im Durchschnitt?

	Häufigkeit					Menge (an Tagen mit Konsum)		
	Nie	Jeden Tag	Mehrere Male pro Woche	Mehrere Male pro Monat	Mehrere Male pro Jahr	1 bis 2	3 bis 5	6 oder mehr
Wasserpfeife, Shisha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupf, Schnupftabak	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Zigarre/Zigarillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfeife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.4. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Tabak geraucht (mindestens 1 Zigarette oder 1 Wasserpfeife etc.)?

<input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/> Nie
----------------------------	------------------------------


B.5. In welchem Alter haben Sie angefangen regelmässig zu rauchen (Zigarette, Wasserpfeife, Zigarillo etc.)?

<input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/> Nie
----------------------------	------------------------------

CANNABIS

C.1. Haben Sie schon Cannabis konsumiert (Gras, Haschisch, Joint)?

<input type="checkbox"/> Ja, ich habe mindestens einmal Cannabis konsumiert
<input type="checkbox"/> Nein, ich habe noch nie Cannabis konsumiert

 Falls Sie noch nie Cannabis konsumiert haben, fahren Sie fort bei Frage D1, „Andere Substanzen“, siehe unten

C.2. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert?

<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 2 bis 3 Mal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1 Mal pro Monat oder weniger häufig	<input type="checkbox"/> 4 Mal pro Woche oder häufiger
<input type="checkbox"/> 2 bis 4 Mal pro Monat	

C.3. Konsumieren Sie noch Cannabis?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

C.4. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Cannabis konsumiert?

___ Jahre

C.5. In welchem Alter waren Sie zum ersten Mal „bekifft“?

___ Jahre	<input type="checkbox"/> Nie
-----------	------------------------------

ANDERE SUBSTANZEN

D.1. Haben Sie bereits andere Rauschmittel konsumiert?

	Während Ihres Lebens			Während den letzten 12 Monaten		
	Nie	1 bis 3 mal	4 mal oder mehr	Nie	1 bis 3 mal	4 mal oder mehr
Medikamente (genommen als Droge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinogene Pilze („Magic Mushrooms“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Halluzinogene (z.B. LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine, Metaamphetamine, Amphetaminsulfate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chrystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers (Amylnitrit, Butylnitrit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe oder andere Lösungen (z.B. Lachgase, Klebstoffe, Toluol, Benzin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain, Crack, Freebase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamin (Special K) DXM (Bexin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB / GBL / I-4 Butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spices oder ähnliche Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUSEINANDERSETZUNG MIT GESUNDHEIT

E.1. Haben Sie in den letzten 12 Monaten im Internet nach Informationen oder Rat zu Gesundheit oder Gesundheitsvorsorge gesucht?

Ja Nein

E.2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemals Email-Verkehr oder das Internet genutzt um mehr über Drogen zu erfahren (Alkohol, Tabak, Cannabis oder andere Drogen)?

Ja Nein

E.3. Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft:

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Die in (Print-) Zeitungen und Magazinen verfügbaren Informationen über Gesundheitsthemen sind leicht verständlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die im Fernsehen und Radio verfügbaren Informationen über Gesundheitsthemen sind leicht verständlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die im Internet verfügbaren Informationen über Gesundheitsthemen sind leicht verständlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.4. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Kenntnisse über diverse Gesundheitsrisiken. Bitte geben Sie auf einer Skala von 1 bis 10 an, was auf Sie zutrifft, wobei 1 „sehr schlecht“ und 10 „sehr gut“ bedeutet:

	Sehr schlecht sehr gut									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie gut sind Ihre Kenntnisse über diverse Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit dem Trinken von zu viel Alkohol ?	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut sind Ihre Kenntnisse über diverse Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit Rauchen ?	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut sind Ihre Kenntnisse über diverse Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit Cannabiskonsum ?	<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"/>	<input type="checkbox"/>

BERUFSÖKONOMISCHE SITUATION

F.1. Welches ist Ihre AKTUELLE berufliche Situation?

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

F.2. Welches ist Ihre HÖCHSTE ABGESCHLOSSENE schulische Ausbildung?

<input type="checkbox"/> Obligatorische Schulbildung	<input type="checkbox"/> Berufsmatura
<input type="checkbox"/> Anlehre	<input type="checkbox"/> Gymnasium (Matura)
<input type="checkbox"/> Berufslehre, Berufsschule	<input type="checkbox"/> Bachelor (Universität, Fachhochschule)
<input type="checkbox"/> Diplommittelschule oder Fachmittelschule	

F.3. Was ist Ihr Geburtsdatum?

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

F.4. Leben Sie in der Stadt (>10'000) oder auf dem Land?

Stadt Land

F.5. In welchem Kanton leben Sie?

<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> BL	<input type="checkbox"/> BS	<input type="checkbox"/> LU	<input type="checkbox"/> Andere
<input type="checkbox"/> NW	<input type="checkbox"/> OW	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> UR	

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

MÖCHTEN SIE CHF 100.- IN NUR 2 STUNDEN VERDIENEN?

Vielen Dank, dass Sie den Kurzfragebogen ausgefüllt haben!

Falls wir Ihr Interesse geweckt haben, sind Sie herzlich eingeladen, Teil unserer Kohortenbefragung zu werden. Insgesamt können Sie CHF 100.- verdienen. In zwei bis vier Wochen würden Sie einen ersten Fragebogen erhalten (siehe Informationsblatt) und mit Ihren Antworten einen wichtigen Beitrag zur Substanzkonsum-Forschung in der Schweiz leisten.

Bitte füllen Sie dazu die beigelegte Einwilligungserklärung aus und geben Sie Ihre Kontaktdaten an.