

# BEFRAGUNG ÜBER DEN SUBSTANZKONSUM

## C-SURF

(Cohort Study on Substance Use Risk Factors)

**Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, auch den 3. Fragebogen zu beantworten!**

Zunächst möchten wir Ihnen für Ihre Teilnahme an früheren Befragungen danken. Diese Studie ist zu einer der wichtigsten Studien in der Schweiz und eine der grössten Studien weltweit geworden. Dann möchten wir uns entschuldigen. Wir verwenden standardisierte Instrumente. Dabei unterscheiden sich manche Fragen nur sehr gering und dürften Ihnen langweilig und wiederholend vorkommen. Wir können diese Fragen nicht weglassen, weil sonst die Vergleichbarkeit mit anderen Studien nicht mehr gewährleistet ist.

Das Ausfüllen wird ungefähr **55 Minuten** in Anspruch nehmen. Als Wertschätzung für Ihren Aufwand danken wir Ihnen mit einem **Einkaufsgutschein von CHF 50.-** (Coop, Media Markt, Zalando, iTunes). Wir wissen, das ist nicht viel. Es soll Sie aber ein wenig für Ihren Zeitaufwand entschädigen.

Es ist 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 A6 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. Was ist Ihr derzeitiger Beruf?**

\_\_\_\_\_

**A5. 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<br>völlig<br>ab    | Lehne<br>ab              | Lehne<br>weder<br>ab<br>noch<br>stimme<br>zu | Stimme<br>zu             | Stimme<br>völlig<br>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 meinen 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 einen guten Lohn.   | <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"/> |

**A6. 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:<br>_____ |

**A7. 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"/> Master (Universität, FH)   |
|   | <input type="checkbox"/> Andere nämlich:<br>_____   |

**A8. Denken Sie an Ihre Arbeit, an Ihr Studium oder an Ihre Ausbildung. Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten .....**

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an.

|  | Nie                      | Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Immer                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... darüber nachgedacht, wie Sie mehr Zeit zum Arbeiten finden können?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...viel mehr gearbeitet, als ursprünglich beabsichtigt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...gearbeitet, um Gefühle wie Schuld, Hilflosigkeit, Depressionen oder Angst zu reduzieren?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... von anderen gesagt bekommen, dass Sie weniger arbeiten sollten, haben aber nicht auf sie gehört? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich gestresst gefühlt, wenn Sie nicht arbeiten konnten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Hobbies, Freizeitaktivitäten und sportliche Betätigungen wegen Ihrer Arbeit vernachlässigt?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... so viel gearbeitet, dass Ihre Gesundheit darunter gelitten hat?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**A9. Was ist Ihr Geburtsdatum?**

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (tt . mm . jjjj)

**A10. Was ist Ihre Postleitzahl?**

\_\_\_\_

Ich lebe nicht in der Schweiz

**A11. 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
- Im Lehrlingsheim, Studentenwohnheim, Internat
- In einer sozialen Institution (Waisenhaus, Heim etc.)
- Ohne festen Wohnsitz

**A12. 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.

**A13. Was ist Ihr Zivilstand?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ledig   | <input type="checkbox"/> Verheiratet                |
| <input type="checkbox"/> Weder verheiratet, geschieden oder getrennt, aber zusammenlebend mit Partner/-in (eingeschriebene oder nicht eingeschriebene Partnerschaft) | <input type="checkbox"/> Verheiratet, aber getrennt |
| <input type="checkbox"/> Geschieden  | <input type="checkbox"/> Verwitwet                  |

**A14. Haben Sie Kinder?**

- Nein, weiter mit Frage A16       Ja => Wie viele? \_\_\_\_\_

**A15. Leben Sie mit Ihrem Kind oder Ihren Kindern zusammen?**

- Nein       Ja       Ja, teilweise (z.B. geteiltes Sorgerecht)

**A16. Erwarten Sie ein Kind (ist Ihre Frau/Freundin schwanger)?**

- Nein       Ja

## 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)?**

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 GEGENWÄRTIGEN GESUNDHEITZUSTAND 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 |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>Mittelschwere Tätigkeiten</b> , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <b>Mehrere</b> Treppenabsätze 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 insgesamt <b>weniger geschafft</b> , als ich wollte.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich konnte <b>bestimmte Dinge nicht oder nur eingeschränkt</b> 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 insgesamt <b>weniger geschafft</b> , als ich wollte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich konnte <b>nicht so sorgfältig</b> 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 Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?**

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

**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"/> |

Wir interessieren uns für jegliche Kopfverletzungen, die zur Folge hatten, dass Sie für ZUMINDEST 5 MINUTEN bewusstlos waren, oder dazu führten, dass Sie wegen dieser Kopfverletzung ZUMINDEST 1 NACHT im Krankenhaus verbringen mussten (Schädel-Hirn-Trauma).

**B10. Hatten sie schon einmal eine solche Kopfverletzung im Verlaufe ihres Lebens?**

| Ja, ich hatte eine solche Kopfverletzung IN DEN LETZTEN 12 MONATEN | Ja, ich hatte schon mal eine solche Kopfverletzung, aber NICHT in den letzten 12 Monaten | Nein, ich hatte noch nie in meinem Leben eine solche Kopfverletzung |
|--|--|---|
| <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-<br>tens            | Etwas<br>mehr als<br>die<br>Hälfte<br>der Zeit | Etwas<br>weniger<br>als die<br>Hälfte<br>der Zeit | Ab und<br>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 Zeitunglesen 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"/> |



Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre körperliche Betätigung. Dabei unterscheiden wir 3 grosse Bereiche, nämlich a) Aktivitäten im Alltag, also während der ARBEIT/STUDIUM/LEHRE, b) beim SPORT und c) in der FREIZEIT.

Wir beginnen mit den Aktivitäten im Alltag, also während der ARBEIT/STUDIUM/LEHRE. Wenn Sie weder arbeiten, noch in der Ausbildung sind, denken Sie einfach an Ihre alltägliche Aktivitäten.

**B12. Wie stark ist Ihr Niveau körperlicher Betätigung unter der Woche während der Arbeit/Studium/Lehre?**

| <b>Geringes Niveau</b><br>(z.B. wenig tägliche Bewegung, Schreibtisch-, Büroarbeit, Unterrichten oder Beraten, ...) | <b>Mittleres Niveau</b><br>(z.B. mittlere tägliche Bewegung, Arbeit in der Landwirtschaft, einer Fabrik oder Werkstatt, ...) | <b>Hohes Niveau</b><br>(z.B. anstrengende tägliche Aktivitäten, Bauarbeiter, Möbelpacker, ...) |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |

**B13. Bei meinen Aktivitäten im Alltag, also während der Arbeit/Studium/Lehre ...**

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

|  | <b>Niemals</b>           | <b>Selten</b>            | <b>Manchmal</b>          | <b>Oft</b>               | <b>Sehr oft/<br/>immer</b> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ...trage ich schwere Lasten.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ...schwitze ich.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ...sitze ich.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ...stehe ich.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ...gehe ich.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Nach diesen Aktivitäten bin ich körperlich ausgelaugt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

**B14. Wenn ich mich im Allgemeinen mit anderen Personen MEINES ALTERS vergleiche, so meine ich, meine ALLTAGSAKTIVITÄTEN sind körperlich...**

| <b>Sehr viel anstrengender</b> | <b>Anstrengender</b>     | <b>Etwa gleich anstrengend</b> | <b>Weniger anstrengend</b> | <b>Sehr viel weniger anstrengend</b> |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             |

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre sportlichen Aktivitäten.

**B15. Wie häufig IN DEN LETZTEN 12 MONATEN haben Sie Sport getrieben oder trainiert?**

| Nie                      | Einige Male im letzten Jahr | 1- bis 3- mal pro Monat  | Wenigsten 1- mal pro Woche | Nahezu täglich           |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

**B16. Üben Sie eine oder mehrere Sportarten REGELMÄSSIG aus?**

Ja       Nein => gehen Sie zur Frage B19, Seite 11

a. Welchen Sport üben Sie am häufigsten aus?

b. Ungefähr wie viele Stunden pro Woche üben Sie diesen Sport aus?

c. Wie viele Monate im Jahr üben Sie diesen Sport aus? (Beispielsweise, wenn Sie nur im Winter während 3 Monaten Ski fahren, tragen Sie bitte 3 ein)

**B17. Wenn Sie noch einen anderen Sport ausüben, welchen Sport üben Sie am zweithäufigsten aus?**

Ich übe keine zweite Sportart aus => gehen Sie zur Frage B18, Seite 11

a. Ungefähr wie viele Stunden pro Woche betreiben Sie diesen Sport?

b. Wie viele Monate im Jahr üben Sie diesen Sport aus? (Beispielsweise, wenn Sie nur im Winter während 3 Monaten Ski fahren, tragen Sie bitte 3 ein.)

**B18. Wie einverstanden sind Sie mit den folgenden Aussagen?**

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

|   | Überhaupt nicht einverstanden | Eher nicht einverstanden | Weder einverstanden noch nicht einverstanden | Eher einverstanden       | Absolut einverstanden    |
|---|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Training ist das, was am meisten für mich zählt.  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es haben sich bereits Probleme zwischen mir und meiner Familie und/oder meiner Partnerin/Partner wegen meines grossen Trainingsumfangs ergeben.               | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich benutze das Training als Mittel um meine Stimmung zu ändern (aufputschen, abreagieren).   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit der Zeit habe ich meinen täglichen Trainingsumfang gesteigert.  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ich ein Training auslassen muss, bin ich schlecht gelaunt und reizbar.   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ich meinen Trainingsumfang zu reduzieren versuche und dann wieder anfangen, endet es stets damit, dass ich wieder beim Trainingsumfang von vorher lande. | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Die folgenden Fragen betreffen Ihre Freizeitaktivitäten*

**B19. In meiner Freizeit, ...**

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

|   | Niemals                  | Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Sehr oft                 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...sitze ich vor dem Fernseher, einer Spielkonsole, dem Computer oder ich höre Musik oder lese. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...gehe ich spazieren (alleine, mit der Familie, mit meinem Hund).                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...bewege ich mich körperlich (Heimwerken, Gartenarbeit, Einkäufe erledigen, ...).              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...treibe ich Sport, zusätzlich zu meinen <b>regelmässigen</b> Sportarten.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...schwitze ich (denken Sie an Gartenarbeit, Heimarbeit, zügiges Gehen).                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B20. Wenn ich mich im Allgemeinen mit anderen Personen MEINES ALTERS vergleiche, so meine ich, meine FREIZEITAKTIVITÄTEN sind körperlich...**

| Sehr viel anstrengender  | Anstrengender            | Etwa gleich anstrengend  | Weniger anstrengend      | Sehr viel weniger anstrengend |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

**B21. Wie viele Minuten pro Tag verbringen Sie damit, sich fortzubewegen (gehen, Treppensteigen, Fahrrad fahren, Roller/Trotinette, ... ABER OHNE DABEI MOTORISIERTE FAHRZEUGE ZU BENUTZEN), um zur Arbeit/Schule/Ausbildung und zurück zu kommen, den Hund auszuführen oder Einkäufe zu erledigen?**

| Weniger als 5 min.       | 5 bis 15 min.            | 15 bis 30 min.           | 30 bis 45 min.           | Mehr als 45 min.         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B22. Waren Sie in den LETZTEN 12 MONATEN schon einmal bei einem Arzt oder einer anderen Gesundheitsfachperson in Behandlung wegen Aufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitätsproblemen?**

- Ja       Nein, gehen Sie zur Frage B24 weiter unten

**B23. Wenn JA, dann durch**

| Hausarzt/-ärztin         | Psychiater/Psychiaterin  | Psychologe/Psychologin   | andere                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B24. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN wegen Aufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitätsproblemen von einem Arzt verschriebene Medikamente wie RITALIN®, MODASOMIL®, CONCERTA®, MEDIKINET®, EQUASIM®, FOCALIN®, METHYLPHENIDAT®, STRATTERA® genommen?**

- Ja       Nein

**B25. Wie oft hatten Sie in den LETZTEN 12 MONATEN folgende Schwierigkeiten?**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.  | Nie                      | 1- bis 2-<br>mal         | 3- bis 5-<br>mal         | 6- bis 9-<br>mal         | 10-mal<br>oder<br>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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |

## C. SOZIALER KONTEXT

### C1. In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wahrnehmung Ihrer Nachbarschaft. 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 man <b>NICHT vertrauen</b>                                      | <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 man <b>vertrauen</b>  |
| Leute im Viertel werden dich <b>ausnutzen</b>  | <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 <b>fair und korrekt behandeln</b>   |
| Wenn du in <b>Schwierigkeiten</b> wärst, gäbe es im Viertel <b>niemanden, der dir helfen würde</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn du in <b>Schwierigkeiten</b> wärst, gäbe <b>es eine Menge Personen</b> im Viertel, die dir <b>helfen würden</b> |
| Die meisten Leute im Viertel sind <b>unfreundlich</b>  | <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 <b>freundlich</b>  |
| Die Leute im Viertel haben <b>KEINEN Gemeinschaftssinn</b>   | <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 <b>GROSSEN Gemeinschaftssinn</b>  |
| Die Leute im Viertel <b>achten</b> nur auf sich <b>selbst</b>                                      | <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 <b>etwas</b> um der <b>Gemeinschaft zu helfen</b>  |
| Es ist <b>schwer</b> , sich in diesem Viertel den <b>Respekt anderer</b> 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 <b>behandeln</b> einander <b>mit Respekt</b>  |
| Die Leute im Viertel <b>missbilligen andere</b> , die <b>nicht so sind wie sie selbst</b>          | <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 <b>tolerant gegenüber anderen</b> , die <b>nicht so sind wie sie selbst</b>                |
| Im Viertel gibt es ein paar Leute, die <b>dazu gehören</b> , andere <b>jedoch nicht</b>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Jeder</b> im Viertel <b>gehört dazu wie alle anderen auch</b>   |

**C2. Mit den folgenden Fragen möchten wir erfassen, wie Ihre Zufriedenheit mit Ihrem sozialen Umfeld ist.**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.   | Viele                    | Genau passend            | Wenige                   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wie viele Freunde haben Sie Ihrer Meinung nach?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie viele Vereine, Sportclubs, kulturelle und gesellschaftliche Veranstaltungen gibt es in ihrem sozialen Lebensumfeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**C3. Für mein soziales Umfeld gilt : ...**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.  | Absolut einverstanden    | Eher einverstanden       | Weder einverstanden noch nicht einverstanden | Eher nicht einverstanden | Überhaupt nicht einverstanden |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|
| ...mit Bekannten im Austausch zu sein, motiviert mich, neue Dinge auszuprobieren.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| ... mit Bekannten im Austausch zu sein, motiviert mich zu erfahren, was andere Menschen denken.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| ... mit Bekannten im Austausch zu sein, gibt mir das Gefühl, zu einer grossen Gemeinschaft zu gehören. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| ... mit Bekannten im Austausch zu sein, gibt mir das Gefühl von Verbundenheit im grossen Masstab.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| ... ich suche ständig den Kontakt mit Menschen, die ich noch nicht kenne.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| ...es gibt mehrere Menschen zu denen ich Vertrauen habe, um meine Probleme zu lösen.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| ...wenn ich Geld brauche, dann kenne ich eine Person, an die ich mich wenden kann.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| ...es gibt eine Person, die ich um Rat fragen kann, wenn ich wichtige Entscheidungen treffen muss.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| ...ich kenne mehrere Personen ausreichend gut, um sie um einen wichtigen Gefallen bitten zu können.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| ...die Bekannten, mit denen ich im Austausch stehe, wären gute Referenzen bei einer Jobsuche.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

C4. Was ist mit IHREN ENGSTEN FREUNDEN, das heisst mit denjenigen Freunden, mit welchen Sie die meiste Zeit verbringen oder verbracht haben? Hatte jemand von ihnen ein Problem, das 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.

|                                | <b>Ja, die meisten von ihnen</b> | <b>Ja, einige von ihnen</b> | <b>Ja, ein oder zwei</b> | <b>Nein, niemand</b>     |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Alkoholproblem</b>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Drogenproblem</b>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Psychiatrisches Problem</b> | <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 Whisky, 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 (vgl. Bild) konsumiert (einzelne Schlückchen zum Probieren ausgenommen)?**

- Ja  
 Nein => weiter mit Tabak, Abschnitt E (Seite 24)

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

- 7 Tage pro Woche  
 6 Tage pro Woche  
 5 Tage pro Woche  
 4 Tage pro Woche  
 3 Tage pro Woche  
 2 Tage pro Woche  
 1 Tag pro Woche  
 2 bis 3 Mal pro Woche  
 1 Mal pro Monat oder weniger

**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. Im Verlaufe der LETZTEN 12 MONATE, was war die höchste Anzahl Standardgetränke, die Sie jemals innerhalb eines Tages 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 (siehe Bild)?**

|  |   |
|--|---|
| <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 => weiter mit der Frage D10      |

**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 => weiter mit der Frage D12   |

**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 |

**D12. 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 würden Sie konsumieren, wenn:**

| Eine Anzahl Gläser pro Zeile angeben.<br>(Siehe Bild) | Anzahl Getränke |
|---|-----------------|
| - Jedes Getränk <b>gratis</b> wäre?                   | _____           |
| - Jedes Getränk <b>50 Rappen</b> kosten würde?        | _____           |
| - Jedes Getränk <b>1 Franken</b> kosten würde?        | _____           |
| - Jedes Getränk <b>2 Franken</b> kosten würde?        | _____           |
| - Jedes Getränk <b>3 Franken</b> kosten würde?        | _____           |
| - Jedes Getränk <b>4 Franken</b> kosten würde?        | _____           |
| - Jedes Getränk <b>6 Franken</b> kosten würde?        | _____           |
| - Jedes Getränk <b>8 Franken</b> kosten würde?        | _____           |
| - Jedes Getränk <b>10 Franken</b> kosten würde?       | _____           |
| - Jedes Getränk <b>15 Franken</b> kosten würde?       | _____           |
| - Jedes Getränk <b>20 Franken</b> kosten würde?       | _____           |

**D13. Denken Sie bitte daran, wie Sie sich fühlen, DIREKT NACHDEM Sie 5 Standardgläser getrunken haben? Beurteilen Sie für jedes Item, wie Sie sich in dem Moment fühlten.**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.                        | Überhaupt nicht          |                          |                          | Mittelmässig             |                          |                          |                          |                          |                          | Extrem                   |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| ...voll unter Spannung   | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...erregt  | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...entspannt   | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...im Denken verlangsamt   | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...träge   | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...im Stimmungshoch  | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...lebhaft   | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich würde die <b>Wirkung</b> vom Alkohol <b>spüren</b> .           | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich würde mich berauscht fühlen.                                   | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich würde die <b>Wirkung</b> , die ich spüre, <b>mögen</b> .       | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich würde die <b>Wirkung</b> , die ich spüre, <b>nicht mögen</b> . | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich würde <b>mehr</b> von dem wollen, was ich getrunken habe.      | <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"/> | <input type="checkbox"/> |

**D14. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN eine oder mehrere der folgenden Konsequenzen erlebt?**

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

| In den letzten 12 Monaten...  | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ...habe ich schon einmal einen solchen <b>Kater</b> 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 „ <b>Filmriss</b> “ gehabt (konnte mich an nichts mehr oder nur noch an Bruchstücke erinnern).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...habe ich während des Trinkens <b>etwas getan, was ich später bereut</b> habe.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...habe ich <b>unbeabsichtigten Sex</b> gehabt, weil ich getrunken hatte.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...habe ich <b>ungeschützten Sex</b> gehabt, weil ich getrunken hatte.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...habe ich einen <b>Unfall gehabt</b> oder mich <b>verletzt</b> , weil ich getrunken hatte.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**D14. (Fortsetzung) Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN eine oder mehrere der folgenden Konsequenzen erlebt?**

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

| In den letzten 12 Monaten...  | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ...bin ich <b>MEHR ALS EINMAL mit der Polizei oder mit Respektspersonen</b> wegen meines Alkoholkonsums <b>in Konflikt gekommen</b> . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...habe ich einen ernsthaften <b>Streit</b> oder eine <b>Schlägerei</b> gehabt während des Alkoholkonsums oder kurz danach.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...habe ich <b>Eigentum beschädigt</b> , weil ich betrunken war.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**D15. Ist es in den LETZTEN 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, <b>MEHR ALS EINMAL</b> 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 <b>MEHR ALS EINMAL</b> ein <b>Fahrzeug</b> (z. B. ein Fahrrad, ein Moped, einen Roller oder ein Motorrad) <b>gelenkt</b> haben, nachdem Sie mehrere Gläser getrunken hatten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...dass Sie sich <b>MEHR ALS EINMAL</b> 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 <b>gewohnten Alkoholkonsum</b> zurückgekehrt sind, obwohl dieser <b>Probleme mit dem Partner/der Partnerin</b> , einem <b>Freund/einer Freundin</b> oder mit einer <b>Bezugsperson</b> verursacht hat?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dass Sie das Gefühl hatten, dass Sie <b>viel mehr</b> als früher Alkohol konsumieren müssen, um angetrunken oder betrunken zu werden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dass Sie sich während eines ganzen Tages oder länger <b>zitterig oder nervös</b> gefühlt haben, nachdem Sie Ihren Alkoholkonsum gestoppt haben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dass Sie <b>länger und mehr</b> getrunken haben, <b>als Sie dies geplant hatten?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dass Sie versucht haben Ihren <b>Konsum zu reduzieren</b> , es aber nicht schafften?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dass Sie <b>viel Zeit damit verbracht</b> 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 <b>Schule, Arbeit oder sich mit Freunden und Familie treffen aufgegeben</b> 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 <b>Ängste oder Depressionen</b> verursacht hatte?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dass Sie so ein <b>starkes Verlangen oder einen starken Drang</b> danach verspürten, dass Sie nicht anders konnten, als Alkohol zu trinken?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**D16. 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"/> |

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Strategien beim Konsum von Alkohol, die man benutzen kann, um eventuelle Risiken oder Folgen des Alkoholkonsums zu reduzieren.

**D17. IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN, wie häufig haben Sie die folgenden Strategien benutzt, wenn Sie Alkohol konsumiert oder Party gemacht haben?**

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

|   | Nie                      | Sehr selten              | Selten                   | Manchmal                 | Meistens                 | Immer                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Einen Fahrer zu bestimmen, der nüchtern bleibt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Voraus zu entscheiden, eine bestimmte Menge alkoholischer Getränke nicht zu überschreiten.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zwischen alkoholischen und nicht-alkoholischen Getränken (z.B. Wasser) abzuwechseln.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einen Freund darum zu bitten, Ihnen Bescheid zu geben, wenn Sie genug Alkohol getrunken haben.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinkspiele zu vermeiden.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nur mit Personen auszugehen, die Sie kennen und zu denen Sie Vertrauen haben.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Beiz oder das Fest zu einer vorab festgelegten Zeit zu verlassen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sicherzustellen, dass Sie mit einem Freund nach Hause gehen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu jeder Zeit zu wissen, wo sich das eigene Getränk befindet (nicht unbeaufsichtigt lassen).                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu vermeiden, den Konsum von Alkohol und Cannabis zu mischen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das « Vorglühen » zu vermeiden (also nicht bereits vor dem Ausgang Alkohol zu konsumieren).                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich zu weigern, bei jemandem in einem Auto mitzufahren, der Alkohol getrunken hat.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit dem Alkoholkonsum zu einer vorab festgelegten Uhrzeit aufzuhören.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sicherzustellen, mit Leuten Alkohol zu konsumieren, die sich um Sie kümmern, wenn Sie selbst zu viel getrunken haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auch Wasser zu trinken, wenn sie Alkohol konsumieren.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Den alkoholischen Getränken Eis zuzufügen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vor oder während des Alkoholkonsums zu essen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu vermeiden, verschiedene alkoholische Getränke zu mischen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Langsam zu trinken, anstatt die Getränke runterzukippen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu vermeiden, gleichviel oder gar mehr als die Anderen zu trinken.  | <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 Zigaretten rauchen?**

 %

**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 E8 (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 seltener (ab und zu)

**E5. Wenn Sie an die LETZTEN 30 TAGE denken, wie häufig rauchen Sie NORMALERWEISE Zigaretten?**

- Täglich
- 5-6 Tage pro Woche
- 3-4 Tage pro Woche
- 1-2 Tage pro Woche
- 2-3 Tage pro Monat
- Einmal pro Monat oder seltener (ab und zu)
- Nie

**E6. Während eines TYPISCHEN TAGES, wie viele Zigaretten rauchen Sie dann?**

 Zigaretten



**E7. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN einen ernsthaften Versuch unternommen, mit dem Rauchen aufzuhören, d.h. einen Versuch, bei dem Sie MEHRERE TAGE nicht geraucht haben, bevor Sie wieder angefangen haben. Wie oft war das?**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nein                    |
| <input type="checkbox"/> Ja, 1-mal               |
| <input type="checkbox"/> Ja, 2 -mal              |
| <input type="checkbox"/> Ja, 3-mal               |
| <input type="checkbox"/> Ja, 4-mal oder häufiger |

### E-Zigaretten

**E8. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN E-Zigaretten (also elektronische Zigaretten ohne Rauch) benutzt?**

- Ja  
 Nein => weiter mit Frage E17 (andere Tabakprodukte), auf Seite 28

**E9. Wie oft haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN üblicherweise E-Zigaretten benutzt?**

- 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

**E10. Wenn Sie an die LETZTEN 30 TAGE denken, wie oft haben Sie da normalerweise E-Zigaretten benutzt?**

- 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 seltener (ab und zu)  
 Nie

**E11. Allgemein, an Tagen, an denen Sie E-Zigaretten benutzen, an wie vielen Gelegenheiten (wie viele Male) benützen Sie diese dann?**

(Rechnen sie als eine Gelegenheit etwa 15 Züge oder den Gebrauch während etwa 5-10 Minuten)

\_\_\_\_\_ Male an Konsumtagen

**E12. Besitzen Sie selber ein E-Zigaretten Kit oder Einweg E-Zigaretten?**

- Ja
- Nein => weiter mit Frage E17 (andere Tabakprodukte), auf Seite 28

**E13. Welchen Typ E-Zigaretten benutzen Sie die meiste Zeit?**

- Einweg E-Zigaretten oder E-Zigaretten, die mit vorgefertigten Kartuschen nachgefüllt werden können (E-Zigaretten der ersten Generation, cigalike)
- E-Zigaretten, die direkt mit Flüssigkeit (Liquid) nachgefüllt werden können (penlike, E-Zigaretten der zweiten Generation)
- E-Zigaretten, die direkt mit Flüssigkeit (Liquid) nachgefüllt werden können, und bei denen die Möglichkeit besteht, die Intensität zu regulieren (MOD, E-Zigaretten der dritten Generation)



E-Zigarette der ersten Generation

E-Zigarette der zweiten Generation

E-Zigarette der dritten Generation

**E14. Benützen Sie Nachfüllflüssigkeiten (Liquids), die Nikotin enthalten?**

- Nur Liquids OHNE Nikotin
- Nur Liquids MIT Nikotin (Wechselkartuschen oder Nachfüllliquids)
- Beides (Nutzung von Liquids MIT und OHNE Nikotin)

**E15. Bevor Sie E-Zigaretten benutzten, waren Sie da Raucher?**

- Ich habe niemals geraucht.
- Ich hatte aufgehört zu rauchen.
- Ich habe täglich geraucht.
- Ich habe gelegentlich geraucht.

**E16. Man kann E-Zigaretten aus unterschiedlichen Gründen benutzen. Können Sie uns sagen, ob die unten stehenden Gründe auf Sie zutreffen?**

**Ich benutze E-Zigaretten, ....**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ...um die Risiken für die Gesundheit zu reduzieren.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... weil ich es mag, weil ich den Geschmack mag.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... um meinen Tabkkonsum zu reduzieren <b>ohne</b> gänzlich mit dem Rauchen aufzuhören.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... um meinen Tabakkonsum im Rahmen eines Aufhörversuches zu reduzieren.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... um nicht mehr zu rauchen oder um zu vermeiden, wieder mit dem Rauchen anzufangen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... um es in Situationen zu nutzen, in denen ich nicht rauchen darf (zum Beispiel zu Hause, bei der Arbeit, bei Arbeitstreffen, beim Besuch von nicht-rauchenden Freunden, im Flugzeug, im Bus oder im Zug) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... um zu vermeiden, zum Rauchen nach draussen gehen zu müssen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... um andere nicht mit dem Tabakrauch zu stören.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... um Symptomen des Tabakentzugs entgegenzuwirken.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... um meinen Nikotinbedarf zu decken.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... um ein Rauchritual aufrechtzuerhalten.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...weil es billiger ist als normale Zigaretten.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Andere Tabakprodukte

**E17. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN andere Tabakprodukte konsumiert und wenn ja wie häufig?**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.  | 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"/> |
| Tabakprodukte ohne Verbrennung (heat not burn), in Form von Tabakkapseln oder Tabakröllchen (heat sticks) wie IQOS oder Ploom (Achtung: hiermit sind keine E-Zigaretten gemeint) | <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



Tabakprodukte « heat not burn » wie IQOS oder Ploom

## Gewohnheiten zum Tabakkonsum

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Konsum von Tabak in allen Formen (Zigaretten, E-Zigaretten, Wasserpfeifen, Snus, Schnupftabak, Zigarren, Zigarillos, Pfeife)

**E18. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN mindestens einmal geraucht oder ein anderes Tabakprodukt konsumiert?**

- Ja
- Nein => weiter mit Abschnitt F, Cannabis (Seite 30)

**E19. Wie viele Minuten 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

**E20. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.), das Rauchen zu unterlassen?**

- Ja
- Nein

**E21. Auf welche Zigarette/Tabakaufnahme würden Sie nicht verzichten wollen?**

- Die erste am Morgen
- Andere

**E22. Rauchen/konsumieren Sie am Morgen im Allgemeinen mehr Tabak als am Rest des Tages?**

- Ja
- Nein

**E23. Kommt es vor, dass Sie rauchen oder sonst Tabak konsumieren, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?**

- Ja
- Nein

## F. CANNABIS

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

 %

**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 MONATEN Cannabis konsumiert?**

- Ja  
 Nein => weiter mit Abschnitt G, andere Substanzen (Seite 33)

**F4. Wie häufig haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN Cannabis konsumiert?**

- 1 Mal pro Monat oder weniger     4 bis 5 Mal pro Woche  
 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 konsumieren, 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. Auf welche Weise konsumieren Sie Cannabis?**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.     | Nie                      | Selten                   | Manchmal                 | Meistens                 | Immer                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Joint aus purem Cannabis (ohne Tabak)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Joint mit Cannabis und Tabak gemischt           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wasserpfeife (Bong) mit Tabak                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wasserpfeife (Bong) ohne Tabak                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In Nahrungsmitteln vermischt (Gebäck, Tee etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**F7. Gebrauchen Sie, selbst wenn nur selten, E-Zigaretten oder Vaporisatoren, um Cannabis zu konsumieren (dampfen)?**

- Ja
- Nein => Gehen sie zur Frage F10 auf der nächsten Seite

**F8. Wie häufig benutzen sie E-Zigaretten oder Vaporisatoren, um Cannabis zu konsumieren (dampfen)?**

| Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Immer                    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**F9. Welche Cannabisprodukte benutzen Sie mit Ihrer E- Zigarette/Vaporisator?**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an. | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Gras (Cannabis)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haschisch                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cannabisöl                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wax/BHO                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**F10. 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          | 1-mal pro Woche          | Täglich oder fast täglich |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Wie häufig sind Sie mindestens 6 Stunden lang bekrifft 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 Ihres Cannabisgebrauchs?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Wie häufig haben Sie wegen Ihres Cannabisgebrauchs 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"/>  |

**F11. 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.“

**F12. Sind Sie oder jemand anders in den LETZTEN 12 MONATEN im Zusammenhang mit Ihrem Cannabisgebrauch körperlich verletzt worden?**

- Ja
- Nein

**F13. Hat in den LETZTEN 12 MONATEN ein Verwandter, ein Freund oder ein Arzt Bedenken wegen Ihres Cannabisgebrauchs geäußert oder Ihnen angeraten, den Gebrauch einzuschränken?**

- Ja
- Nein



## G. ANDERE SUBSTANZEN

**G1. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN eine der folgenden Drogen genommen und wenn ja, wie oft?**

**Für jede Droge, die Sie genommen haben, geben Sie in den Spalten « Einnahmeart » bitte an, wie Sie diese genommen haben:**

1. **Oral, geschluckt (Tabletten, Kapseln, Flüssigkeiten, Nahrung wie Kekse)**
2. **Geraucht, inhaliert**
3. **Nasal (geschnupft)**
4. **Injektion (intravenös, intramuskulär, subkutan, in den Knochen hinein)**
5. **Anderes (z.B. unter die Zunge, gekaut, transkutan, rektal)**

Kreuzen Sie erst ja oder nein an. Geben Sie dann bitte die Einnahmeart(en) in den entsprechenden Spalten an (wenn Sie z.B. Kokain geraucht und gesnifft haben, kreuzen Sie bitte bei „Kokain, Crack, Freebase“ die Spalten „rauchen“ und „nasal“ an).

|  |                          |                          | Einnahmeart              |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Nein                     | Ja                       | oral                     | rauchen                  | nasal                    | Injektion                | anderes                  |
| Natürliche Halluzinogene (Pilze, „Magic Mushrooms“, Psylocybin, Peyote, Mescaline)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderer synthetischer Halluzinogene (wie LSD, PCP/Angeldust, 2-CB, 2-CI)   | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amphetamine/Speed, Amphetaminsulfate (z.B. Dexedrine, Benzedrin)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Khat   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Methamphetamine (Thaipillen, Chrystal Meth (Ice))  | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kokain, Crack, Freebase  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heroin, Morphin, Opium   | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Methadon   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GHB / GBL / 1-4 butandiol (BDO)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| « Badesalze », Forschungchemikalien oder Legal Highs (z.B. MDPV, Mephedron, Butylon und Methedron)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spices oder ähnliche Mischungen zum Rauchen, die synthetische Cannabinoide (= cannabisähnliche Substanzen) enthalten können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ayahuasca / DMT, « psychedelische Regenwaldpflanzen »  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ibogain  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**G2. Was denken Sie, wie viel Prozent der Männer in Ihrem Alter auch andere Drogen (ausser Cannabis) wie Kokain, Methamphetamin („Meth“), Ecstasy, LSD etc. einnehmen?**

|         |
|---------|
| _____ % |
|---------|

**G3. 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"/> |

**G4. Haben Sie schon einmal in IHREM LEBEN die Erfahrung gemacht, dass Sie unter Einfluss einer Droge ...**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ...das Gefühl hatten, dass sich die Grenzen zwischen Ihnen und der Umgebung auflösen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...sich in grosser Angst oder bedroht fühlten, ohne recht zu wissen warum?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Dinge gesehen haben, von denen Sie wussten, dass sie nicht real waren?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...nicht mehr wussten, wer Sie waren, oder wo Sie sich befanden?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Wenn Sie auf mindestens eine der vorherigen Fragen mit „Ja“ geantwortet haben, beantworten Sie bitte noch die 2 folgenden Fragen; wenn Sie auf alle Fragen mit „Nein“ geantwortet haben, gehen Sie weiter zur Frage H1 auf der nächsten Seite.*

**G5. IM VERLAUFE IHRES LEBENS, wie oft hatte Sie einen wie oben beschriebenen veränderten Wachbewusstseinszustand?**

| Einmal                   | 2- bis 10-mal            | 11- bis 30-mal           | Mehr als 30-mal          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**G6. Welchen Einfluss hat Ihrer Einschätzung nach diese Erfahrung auf ihr Leben insgesamt gehabt?**

| Sehr positiv             | Eher positiv             | Weder positiv noch negativ | Eher negativ             | Sehr negativ             |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 jener, für den Ihnen der Arzt das Medikament verschrieben hat.

**H1. Menschen nehmen Medikamente und Drogen AUF EIGENE FAUST, um sich 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- bis 3-mal pro Jahr    | 4- bis 9-mal pro Jahr    | 1- bis 2-mal pro Monat   | 3- bis 4-mal pro Monat   | 2- bis 3-mal pro Woche   | 4-mal pro Woche oder mehr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <b>Schlafmittel</b> (Hypnotika)<br>z.B. Benzodiazepine (Dalmadorm®, Rohypnol®, Halcion®), Barbiturate, Chloralhydrate (Nervifen®), 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"/>  |
| <b>Beruhigungsmittel oder Angstlösende Mittel / Tranquilizer</b><br>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"/>  |
| <b>Starke Schmerzmittel</b><br>(nicht einfache Schmerzmittel wie Aspirin oder Paracetamol)<br>z.B. basierend auf Buprenorphin (Temgesic®), 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"/>  |
| <b>Stimulanzien und Amphetamine</b><br>z.B. Amphetaminsulfat (Aderall®), Atomoxetine (Strattera®), Methylphenidat (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"/>  |
| <b>Antidepressiva</b> (Remeron®, Fluoxetin®, 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"/>  |
| <b>Beta-Blocker</b><br>z.B. Propranolol (Inderal®), Atenolol (Atenil®, Tenormin®), Metoprolol (Lopresor®)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

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

**H2. Wie häufig haben Sie Smart Drugs in den LETZTEN 12 MONATEN - aus anderen Gründen als der Behandlung einer Erkrankung - genommen?**

| 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 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <u>Modafinil</u><br>(z.B. Modasomil®, Provigil®, Vigil®) ; Adrafinil (z.B. Olmifon®), Armodafinil (z.B. Nuvigil®)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <u>Methylphenidat</u><br>(Ritalin®, Adderall®, Concerta®, Focalin®, Medikinet®, Strattera®)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <u>Antidepressiva</u><br>z.B. Venlafaxine (Efexor®), Fluoxetin (Fluctine®, Fluocim®, Fluoxifar®, Prozac®), Reboxetin (Edronax®, Solvex®), Mirtazapin (Remeron®, Remergil®), Bupropion (Wellbutrin®), Duloxetin (Cymbalta®), Citalopram (Seropram®), Sertralin (Zoloft®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <u>Antidemensiva (gegen Demenz oder Alzheimer)</u><br>z.B. Donezepil (Aricept®), Rivastigmin (Exelon®), Galantamin (Reminyl®), Memantin (Axura®), Piracetam (Nootropil®)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <u>Antidiuretika,</u><br>z.B. Desmopressin, Vasopressin (Nocutil®, Octostim®, Minirin®)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <u>Anti-Parkinson,</u><br>z.B. Selegilin (Jumexal®, Deprenyl®)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <u>Beta-Blocker,</u><br>z.B. Propranolol (Inderal®), Atenolol (Atenil®, Tenormin®), Metoprolol (Lopresor®)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

Wenn Sie überall « Nie » angegeben haben, gehen sie direkt zur Frage H4 weiter unten.

### H3. Aus welchen Gründen haben Sie die folgenden Smart Drugs genommen?

| Kreuzen Sie an was zutrifft.   | Modafinil                | Methylphenidat           | Antidepressiva           | Antidementiva (gegen Demenz oder Alzheimer) | Antidiuretika            | Anti-Parkinson           | Beta-blocker             |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe diese Smart Drugs nicht genommen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Um Wachsamkeit zu erhöhen, länger wach bleiben zu können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Um intellektuelle Fähigkeiten und Leistungen zu erhöhen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Konzentration). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Um angeregt zu sein (psychoaktiver Effekt, veränderter Bewusstseinszustand).                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Um berauscht zu sein (high sein).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Um Angst und Stress zu reduzieren (z.B. bei Prüfungen).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Um die Schüchternheit zu reduzieren, enthemmter zu sein.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Um besser schlafen oder sich entspannen zu können.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

## I. PERSÖNLICHKEIT UND FREIZEITAKTIVITÄTEN

Jede Person fühlt unterschiedlich, hat unterschiedliche Schwierigkeiten und Probleme, genießt unterschiedliche Dinge, hat unterschiedliche Hobbies usw.

Wir möchten gerne mehr über Sie wissen. Bitte antworten Sie spontan, ohne lange über jede Frage nachzudenken.

### 11. Markieren Sie bei den folgenden Fragen jeweils das Kästchen, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den LETZTEN 12 MONATEN gefühlt und verhalten haben.

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

### 12. Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

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

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

| Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an.   | lehne<br>völlig<br>ab    | lehne<br>ab              | lehne<br>ein<br>wenig<br>ab | lehne<br>weder<br>ab<br>noch<br>stim-<br>me zu | stim-<br>me ein<br>wenig<br>zu | stim-<br>me zu           | stim-<br>me<br>völlig<br>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 anders machen.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

**14. 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<br>überhaupt<br>nicht zu | Trifft<br>eher<br>nicht zu | Trifft<br>eher zu        | Trifft<br>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, in der Sie im Stress sind?  | <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, über Ihre eigenen Werte und Überzeugungen zu entscheiden?                     | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...eine Zeit, sich in manchen Bereichen erwachsen zu fühlen in anderen Fragen jedoch nicht? | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...eine Zeit, um Schritt für Schritt erwachsen zu werden?                                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**15. Gab es einmal einen Zeitabschnitt in Ihrem Leben, in dem Sie anders fühlten und handelten als sonst und in dem...**

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an

|  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ...Sie so gehobener Stimmung waren, dass Ihre Mitmenschen den Eindruck hatten, Sie seien anders als sonst oder dass Sie aufgrund der gehobenen Stimmung Schwierigkeiten mit Ihren Mitmenschen bekamen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Sie sich so gereizt fühlten, dass Sie Mitmenschen anschreien oder in Streitigkeiten oder Handgreiflichkeiten verwickelt wurden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Sie sich sehr viel selbstbewusster fühlten als gewöhnlich?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Sie weniger Schlafbedürfnis hatten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Sie mehr Rededrang verspürten oder schneller sprachen als sonst?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Ihre Gedanken zu rasen begannen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Sie so schnell von äußeren Ereignissen abgelenkt wurden, dass Sie sich nicht mehr konzentrieren konnten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Sie viel mehr Energie hatten als sonst und sich leistungsfähiger fühlten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Sie deutlich mehr Aktivitäten durchführten als gewöhnlich?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Sie geselliger waren als sonst oder Sie weniger soziale Hemmungen hatten (z.B. mitten in der Nacht einen Freund anrufen)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Sie mehr Interesse an Sex hatten als sonst?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Sie Dinge taten, die für Sie untypisch sind bzw. von denen Mitmenschen sagten, sie seien übertrieben, leichtsinnig oder riskant?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Sie so viel Geld ausgaben, dass Sie sich selbst oder Ihre Familie in finanzielle Schwierigkeiten brachten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**16. Haben Sie mehr als eine Frage mit „Ja“ beantwortet? Wenn ja: Sind manche der oben genannten Symptome innerhalb desselben Zeitabschnitts aufgetreten?**

Ja       Nein

**17. Wie starke Probleme (z.B. nicht arbeiten zu können, familiäre/finanzielle/rechtliche Probleme, Streitigkeiten oder Handgreiflichkeiten) sind Ihnen aus einer oder mehrerer dieser Erlebens- und Verhaltensweisen erwachsen?**

| Keine Probleme           | Geringfügige Probleme    | Mittelgradige Probleme   | Grosse Probleme          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**18. Im Folgenden eine Reihe von Fragen. Lesen Sie diese bitte aufmerksam und entscheiden Sie, was AM EHESTEN auf Sie zutrifft, auch wenn Sie sich nicht ganz sicher sind. Ist es also eher „richtig“ oder eher „falsch“?**

| Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an.   | Richtig                  | Falsch                   |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ist eine Ihrer engsten Beziehungen häufig durch Streitigkeiten oder wiederholte Trennungen belastet worden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie sich absichtlich selbst körperlich verletzt (z.B. sich selbst geschlagen, geschnitten, verbrannt)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie wenigstens zwei andere Probleme mit Ihrer Impulsivität (z.B. Fressorgien, Kaufräusche, zu viel getrunken, verbale Zorn- oder Wutausbrüche)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie extrem launisch gewesen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie häufig wütend? Haben Sie häufig zornig oder sarkastisch reagiert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie anderen Leuten häufig misstrauisch gegenüber?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie sich häufig unwirklich gefühlt oder dachten Sie, die Dinge um sie herum wären unwirklich?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie sich chronisch leer gefühlt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie häufig das Gefühl, dass Sie nicht wussten, wer Sie sind oder dass Sie keine eigene Identität hätten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben sie verzweifelt versucht, Gefühle des Verlassenseins zu vermeiden? Oder fühlten Sie sich verlassen? Haben Sie z.B. wiederholt jemanden angerufen, um sich zu versichern, dass sich diese Person um Sie sorgt? Oder haben Sie darum gebettelt, dass Sie nicht verlassen werden, oder hingen Sie wie eine Klette an dieser Person? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**19. Bis zu welchem Punkt beschreiben die folgenden Aussagen Ihren Gefühlszustand der LETZTEN WOCHE, heute eingeschlossen?**

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an.

|  | <b>Fast nie wahr</b>     | <b>Selten wahr</b>       | <b>Manchmal wahr</b>     | <b>Oft wahr</b>          | <b>Fast immer wahr</b>   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich hatte grosse Angst davor, von anderen beurteilt zu werden.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte totale Angst vor Situationen mit vielen Menschen.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich war besorgt, ich könnte einen Fehler vor anderen machen und dumm aussehen.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich vermied gesellschaftliche Situationen, in denen Leute mir Aufmerksamkeit schenken könnten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte Angst davor, in einen überfüllten Raum zu gehen, weil mich jeder anstarren würde.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte Angst, in Anwesenheit von anderen zu essen, zu trinken oder zu schreiben.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich befürchtete, andere Personen könnten merken, dass ich ängstlich war.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich vermied es, in Anwesenheit von anderen Personen zu essen, zu trinken oder zu schreiben.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte Angst, etwas Dummes vor anderen Leuten zu sagen.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich war besorgt, von anderen kritisiert zu werden.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich war besorgt, dass andere Leute mich nicht leiden können.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nach einer Kritik musste ich noch eine lange Zeit darüber nachdenken.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an.

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

**I10. (Fortsetzung)**

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

**I11. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihren Gefühlen und Gedanken im LETZTEN MONAT.**

**Wie oft ...**

Bitte kreuzen Sie pro Aussage eine Antwort an.

|  | Nie                      | Selten                   | Manchmal                 | Häufig                   | Sehr oft                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... waren Sie dadurch belastet, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...hatten Sie das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...hatten Sie sich nervös und „gestresst“ gefühlt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...hatten Sie sich sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...hatten Sie das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...hatten Sie das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...hatten Sie das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...hatten Sie das Gefühl, alles im Griff zu haben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...hatten Sie sich darüber geärgert, dass wichtige Dinge ausserhalb ihrer Kontrolle lagen?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...hatten Sie das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

In den nächsten Fragen geht es um die Zeit, die Sie mit „Gamen“ verbracht haben. Dies beinhaltet das Spielen von Computerspielen online (im Internet) oder auch offline (ohne Internet).

**I12. Wie oft haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN folgendes gemacht?**

| 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           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| ONLINE Computerspiele spielen               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| OFFLINE Computerspiele spielen              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Spiele auf dem Smartphone spielen           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

**I13. 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' 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', 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'?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... haben Sie sich schlecht gefühlt, wenn Sie nicht 'gamen' 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' 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?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nun fragen wir Sie einige Dinge zum Internet. Bei den folgenden Fragen geht es ausschließlich um das, was Sie in IHRER FREIZEIT ODER PRIVAT IM INTERNET tun - also nicht um berufliche oder schulische Aktivitäten im Internet. Mit dem Internet ist das Onlinegehen gemeint, um zu surfen, zu mailen, zu chatten oder zum Gamen mit einem Computer, einem Smartphone, einem Tablet oder IPad.

**114. Benutzen Sie das Internet in ihrer Freizeit oder zu privaten Zwecken für zumindest eine Stunde pro Woche?**

- Ja  
 Nein => gehen Sie zur Frage 119 auf der Seite 47

**115. Wie viele Tage pro Woche im Durchschnitt benutzen Sie das Internet in ihrer Freizeit oder zu privaten Zwecken?**

\_\_\_ Tage / Woche

**116. Wie viele Stunden verbringen Sie im Internet in Ihrer Freizeit oder zu privaten Zwecken an den TAGEN, AN DENEN SIE DAS INTERNET BENUTZEN?**

\_\_\_ \_\_\_ Stunden \_\_\_ \_\_\_ Minuten / Tag

**117. Hier sind einige Aktivitäten aufgeführt, die man im Internet machen kann. Wie viel Zeit verbringen Sie IM DURCHSCHNITT PRO TAG privat, beziehungsweise in Ihrer Freizeit, im Internet mit diesen Aktivitäten?**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.  | Praktisch keine          | < 1 Stunde               | 1 Stunde bis <2 Stunden  | 2 Stunden bis <3 Stunden | 3 Stunden bis <4 Stunden | 4 Stunden oder mehr      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aufsuchen von Sozialen Netzwerken, wie z.B. Facebook, Twitter oder Google plus       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzen von Online-Kommunikationsmitteln, wie z.B. E-Mail, Chatten oder Bloggen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Online-Spiele, wie z.B. Rollenspiele oder Actionspiele spielen                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Online-Glücksspiele, wie z.B. Online-Poker spielen oder Sportwetten platzieren       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etwas einkaufen oder verkaufen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informationen und News suchen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Musik über das Internet hören oder Musik herunterladen                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Filme, z.B. auf YouTube oder im Internetfernsehen anschauen oder Filme herunterladen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 118. Wie häufig ...

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.  | Nie                      | Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Sehr oft                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... finden Sie es schwierig, mit dem Internetgebrauch aufzuhören, wenn Sie online sind?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... setzen Sie Ihren Internetgebrauch fort, obwohl Sie eigentlich aufhören wollten?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sagen Ihnen andere Menschen (z.B. Partner, Kinder, Eltern, Freunde), dass Sie das Internet weniger nutzen sollten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bevorzugen Sie das Internet, statt Zeit mit anderen zu verbringen (z.B. Partner, Kinder, Eltern, Freunde)?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... schlafen Sie zu wenig wegen des Internets?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... denken Sie an das Internet, auch wenn Sie gerade nicht online sind?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... freuen Sie sich bereits auf Ihre nächste Internetsitzung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... denken Sie darüber nach, dass Sie weniger Zeit im Internet verbringen sollten?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... haben Sie erfolglos versucht, weniger Zeit im Internet zu verbringen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... erledigen Sie Ihre Aufgaben (zu Hause oder auf der Arbeit) hastig, damit Sie früher ins Internet können?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vernachlässigen Sie Ihre Alltagsverpflichtungen (Arbeit, Schule, Familienleben), weil Sie lieber ins Internet gehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... gehen Sie ins Internet, wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... nutzen Sie das Internet, um Ihren Sorgen zu entkommen oder um sich von einer negativen Stimmung zu entlasten?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... fühlen Sie sich unruhig, frustriert oder gereizt, wenn Sie das Internet nicht nutzen können?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die folgenden Fragen betreffen die Nutzung eines Smartphones.

### 119. Besitzen Sie ein Smartphone?

- Ja  
 Nein => gehen Sie zur Frage I22 auf Seite 49

### 120. Wie viele Stunden pro Tag haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN durchschnittlich Ihr Smartphone benutzt?

|   |
|---|
| ____ ____ Stunden ____ ____ Minuten / Tag |
|---|

**I21. Geben Sie bitte an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.   | Gar nicht zutreffend     | Nicht zutreffend         | Eher nicht zutreffend    | Ein wenig zutreffend     | Zutreffend               | Sehr zutreffend          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wegen des Gebrauchs meines Smartphones fällt es mir schwer, geplante Aufgaben zu erledigen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wegen des Gebrauchs meines Smartphones fällt es mir schwer, mich auf den Unterricht in der Schule oder auf meine Arbeit zu konzentrieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich spüre Schmerzen im Nacken oder im Handgelenk aufgrund des Gebrauchs meines Smartphones.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich könnte es nicht ertragen, kein Smartphone zu besitzen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ich mein Smartphone nicht zur Hand habe, bin ich unruhig und gereizt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich muss ständig an mein Smartphone denken, sogar dann, wenn ich es nicht benutze.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auch wenn durch meinen Gebrauch des Smartphones schon Probleme im Alltag aufgetreten sind, kann ich nicht darauf verzichten.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Um keine Neuigkeiten (z.B. auf Twitter, Facebook) zu verpassen, muss ich ständig mein Smartphone kontrollieren.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ich einmal damit angefangen habe, beschäftige ich mich länger mit meinem Smartphone als beabsichtigt.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Menschen in meinem Umfeld sagen mir, dass ich zu viel Zeit mit meinem Smartphone verbringe.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**I22. Wie oft haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN für die folgenden Glücksspiele Geld ausgegeben?**

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

**I23. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN das Internet genutzt, um an Geld- oder Glücksspielen teilzunehmen?**

- Ja, und ich habe ausschliesslich im Internet an Geld- und Glücksspielen teilgenommen
- Ja, ich habe sowohl im Internet als auch woanders an Geld- und Glücksspielen teilgenommen
- Nein, ich nutze niemals das Internet für Geld- und Glücksspielen
- In den letzten 12 Monaten habe ich an keinerlei Geld- und Glücksspielen teilgenommen => *gehen Sie zur Frage I27, Seite 51*

**I24. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN aufgrund Ihrer Geld- oder Glücksspielaktivitäten persönliche Schwierigkeiten gehabt?**

- Ja
- Nein

**I25. Wie viel Geld haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN durchschnittlich PRO MONAT für Glücks-/ Geldspiele ausgegeben?**

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

**I26. 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"/> |
| ...waren Sie unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...haben Sie gespielt, 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"/> |

**I27. Seitdem Sie 20 JAHRE ALT geworden sind, wie oft haben Sie...**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.  | Nie                      | 1- bis<br>2-mal          | 3- bis<br>5-mal          | 6- bis<br>9-mal          | 10- bis<br>19-mal        | 20-mal<br>oder<br>mehr   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...sich auf eine Weise verhalten, die andere als unverantwortlich, impulsiv oder gegen ihr eigenes Interesse gerichtet, betrachten würden?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Dinge gemacht, die illegal waren, auch wenn Sie dabei nicht erwischt wurden (z.B. Eigentum zerstört, Ladendiebstähle, Drogen verkauft oder ein schweres Verbrechen begangen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...körperliche Auseinandersetzungen/ Prügeleien gehabt (auch mit Familienmitgliedern)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...andere Leute angelogen oder betrogen aus Spass oder um Geld zu bekommen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...andere Leute Gefahren ausgesetzt, ohne sich Gedanken hierüber zu machen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...keine Schuld verspürt, nachdem Sie andere verletzt, misshandelt, angelogen oder bestohlen oder nachdem Sie fremdes Eigentum zerstört hatten?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**I28. 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<br>nicht    | ...selten                | ...ab und<br>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"/> |

**I28. (Fortsetzung)**

| Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.  | Ich mache das...         |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | ...überhaupt nicht       | ...selten                | ...ab und zu             | ... oft                  |
| Ich will einfach nicht glauben, dass mir das passiert.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hole mir 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 dazu einzuholen, was ich jetzt tun soll.                                     | <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"/> |

## J. SEXUALITÄT

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

### J1. 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?

### J2. Hatten Sie schon mal Geschlechtsverkehr?

- Ja, einmal
- Ja, mehrmals
- Nein, nie => Gehen Sie zur Frage J4

### J3. Insgesamt, wie viele Sexualpartner/innen hatten Sie in den LETZTEN 12 MONATEN?

- Keine/n
- Eine/n
- Zwei
- Drei
- Vier oder mehr

### J4. Bitte schätzen Sie den Zeitpunkt des Beginns Ihrer Pubertät im Vergleich zu Gleichaltrigen zum damaligen Zeitpunkt ein und kreuzen Sie die am besten zutreffende Aussage an.

- Viel früher als meine gleichaltrigen Freunde
- Früher als meine gleichaltrigen Freunde
- Zur gleichen Zeit wie meine gleichaltrigen Freunde
- Später als meine gleichaltrigen Freunde
- Viel später als meine gleichaltrigen Freunde

### J5. In welchem Alter hatten Sie Ihren ersten Samenerguss?

Im Alter von \_\_\_\_ Jahren

**J6. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN zumindest einmal pro Monat pornographische Seiten im Internet besucht?**

- Ja
- Nein, => gehen sie zur Frage J10 auf der nächsten Seite

**J7. An wie vielen TAGEN PRO MONAT besuchen Sie pronographische Internetseiten?**

\_\_\_ \_\_\_ Tage / Monat

**J8. AN DIESEN TAGEN, wie viel Zeit verbringen Sie privat oder während Ihrer Freizeit, um pornographische Internetseiten zu besuchen?**

| Praktisch keine          | < 1 Stunde               | 1 Stunde bis <2 Stunden  | 2 Stunden bis <3 Stunden | 3 Stunden bis <4 Stunden | 4 Stunden oder mehr      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**J9. Geben Sie bitte an, was AM EHESTEN auf Ihr Verhalten zutrifft. Fragen Sie sich, ob die unten beschriebene Situation in den LETZTEN 12 MONATEN vorgekommen ist und antworten Sie mit „richtig“ oder „falsch“.**

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

|   | Richtig                  | Falsch                   |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Internetsex hat manchmal andere Bereiche meines Lebens beeinträchtigt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe mir schon mal geschworen, aufzuhören, das Internet für sexuelle Zwecke zu benutzen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich benutze manchmal Internetsex als Belohnung dafür, dass ich andere Dinge geschafft habe (z.B. ein Projekt beendet zu haben, einen stressigen Tag hinter mich gebracht zu haben). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ich nicht im Internet auf Sexseiten gehen kann, fühle ich mich ängstlich, wütend oder enttäuscht.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe mich dafür bestraft, wenn ich das Internet für sexuelle Zwecke benutzt habe (z.B. indem ich eine Auszeit vom Computer genommen, oder den Internetzugang gestrichen habe).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich glaube ich bin internetsexsüchtig.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die folgenden Fragen betreffen Verhaltensweisen, die irgendwann einmal in Ihrem Leben vorgekommen sein könnten. Die Fragen sind etwas heikel. Wenn Sie sich beim Beantworten emotional berührt fühlen, sich verstört oder unwohl fühlen, können Sie Unterstützung zum Beispiel bei der „Dargebotenen Hand“ unter der Telefonnummer 143 finden. Zögern Sie nicht, dort anzurufen, wenn Sie mit jemandem reden möchten.

**J10. IM VERLAUF IHRES LEBENS, haben Sie schon einmal daran gedacht, sich selbst umzubringen (Suizid zu begehen)?**

Ja       Nein => gehen Sie zur Frage J18, auf Seite 58

**a. Wie alt waren Sie, als Sie zum ERSTEN MAL Gedanken an eine Selbsttötung (Suizid) hatten?**

\_\_ \_\_ Jahre

**b. Wann haben Sie das LETZTE MAL daran gedacht, sich selbst zu töten?**

Kreuzen sie nur ein Feld an.

| Im letzten Monat         | Nicht im letzten Monat, aber in den letzten 6 Monaten | Nicht in den letzten 6 Monaten, aber im letzten Jahr | Nicht im letzten Jahr, aber in den letzten 3 Jahren | Vor mehr als 3 Jahren    |
|--------------------------|---|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> |

**J11. Haben Sie im Verlaufe Ihres Lebens schon mal einen Versuch unternommen, sich selbst zu töten, also mit einer gewissen Absicht versucht, zu sterben? Wir bezeichnen das als « Suizidversuch ».**

Ja       Nein => gehen Sie zur Frage J18, auf Seite 58

**a. Wie alt waren Sie bei Ihrem ERSTEN Suizidversuch?**

\_\_ \_\_ Jahre

**b. Wann war Ihr LETZTER Suizidversuch?**

Kreuzen sie nur ein Feld an.

| Im letzten Monat         | Nicht im letzten Monat, aber in den letzten 6 Monaten | Nicht in den letzten 6 Monaten, aber im letzten Jahr | Nicht im letzten Jahr, aber in den letzten 3 Jahren | Vor mehr als 3 Jahren    |
|--------------------------|---|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie sich beim Beantworten emotional berührt fühlen, sich verstört oder unwohl fühlen, können Sie Unterstützung zum Beispiel bei der „Dargebotenen Hand“ unter der Telefonnummer 143 finden. Zögern Sie nicht, dort anzurufen, wenn Sie, mit jemandem reden möchten.

**J12. Welche Methode(n) haben Sie bei Ihrem LETZTEN Suizidversuch angewendet?**

Kreuzen Sie alles an, was zutrifft.

|   |                          |                       |                          |                                       |                          |
|---|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Verschriebene Medikamente                             | <input type="checkbox"/> | Erhängen              | <input type="checkbox"/> | Ertrinken                             | <input type="checkbox"/> |
| Illegale Drogen (nicht verschrieben)                  | <input type="checkbox"/> | Scharfe Objekte       | <input type="checkbox"/> | Ersticken                             | <input type="checkbox"/> |
| Frei erhältliche (nicht-rezeptpflichtige) Medikamente | <input type="checkbox"/> | Auspuffgase           | <input type="checkbox"/> | Verschriebene Medikamente von anderen | <input type="checkbox"/> |
| Gift  | <input type="checkbox"/> | Andere Gase           | <input type="checkbox"/> | Alkohol                               | <input type="checkbox"/> |
| Feuerwaffen   | <input type="checkbox"/> | Auto/Zug              | <input type="checkbox"/> | Anderes                               | <input type="checkbox"/> |
| Selbstverbrennung                                     | <input type="checkbox"/> | Aus der Höhe springen | <input type="checkbox"/> |                                       |                          |

**J13. Wie genau haben Sie Ihren LETZTEN Suizidversuch geplant?**

|                                |                          |   |  |
|--------------------------------|--------------------------|---|--|
| <b>Überhaupt nicht geplant</b> | <b>Ein wenig geplant</b> | <b>Eine gewisse Planung war dabei (mittelmässige Planung)</b> | <b>Sehr genau geplant (starke Planung)</b> |
| <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                   |

**J14. Bezogen auf Ihren LETZTEN Suizidversuch, wie lange haben Sie vor dem Versuch darüber nachgedacht?**

|                               |   |  |   |   |                               |
|-------------------------------|---|--|---|---|-------------------------------|
| <b>5 Minuten oder weniger</b> | <b>Mehr als 5 Minuten, aber weniger als eine Stunde</b> | <b>Eine Stunde oder mehr, aber weniger als 3 Stunden</b> | <b>3 Stunden oder mehr, aber weniger als 24 Stunden</b> | <b>Einen Tag oder mehr, aber weniger als eine Woche</b> | <b>Eine Woche oder länger</b> |
| <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>      |

**J15. War Ihr LETZTER Suizidversuch impulsiv?**

Ja       Nein



Wenn Sie sich beim Beantworten emotional berührt fühlen, sich verstört oder unwohl fühlen, können Sie Unterstützung zum Beispiel bei der „Dargebotenen Hand“ unter der Telefonnummer 143 finden. Zögern Sie nicht, dort anzurufen, wenn Sie mit jemandem reden möchten.

**J16. In den 6 Stunden VOR Ihrem letzten Suizidversuch haben Sie da eine der folgenden Substanzen eingenommen, seien es illegale Drogen oder Medikamente (die Ihnen nicht verschrieben worden sind oder die Sie ohne Rücksicht auf die vorgesehene Verschreibung eingenommen haben)?**

**Bemerkung: Dies betrifft nicht die Substanzen, die Sie eventuell als Methode für den Suizidversuch (siehe oben) benützt haben.**

Kreuzen Sie alles an, was zutrifft.

|                                |                          |                   |                          |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Alkohol                        | <input type="checkbox"/> | Kokain            | <input type="checkbox"/> |
| Schlaf- oder Beruhigungsmittel | <input type="checkbox"/> | Halluzinogene/PCP | <input type="checkbox"/> |
| Cannabis                       | <input type="checkbox"/> | Inhalate          | <input type="checkbox"/> |
| Stimulanzien/Amphetamine       | <input type="checkbox"/> | anderes           | <input type="checkbox"/> |
| Opioide                        | <input type="checkbox"/> |                   |                          |

Ich habe keine dieser Substanzen in den 6 Stunden vor dem Suizidversuch genommen => gehen sie zur Frage J18, nachfolgende Seite

**J17. Haben sie diese Substanzen in den letzten 6 Stunden vor dem Suizidversuch genommen, um ...**

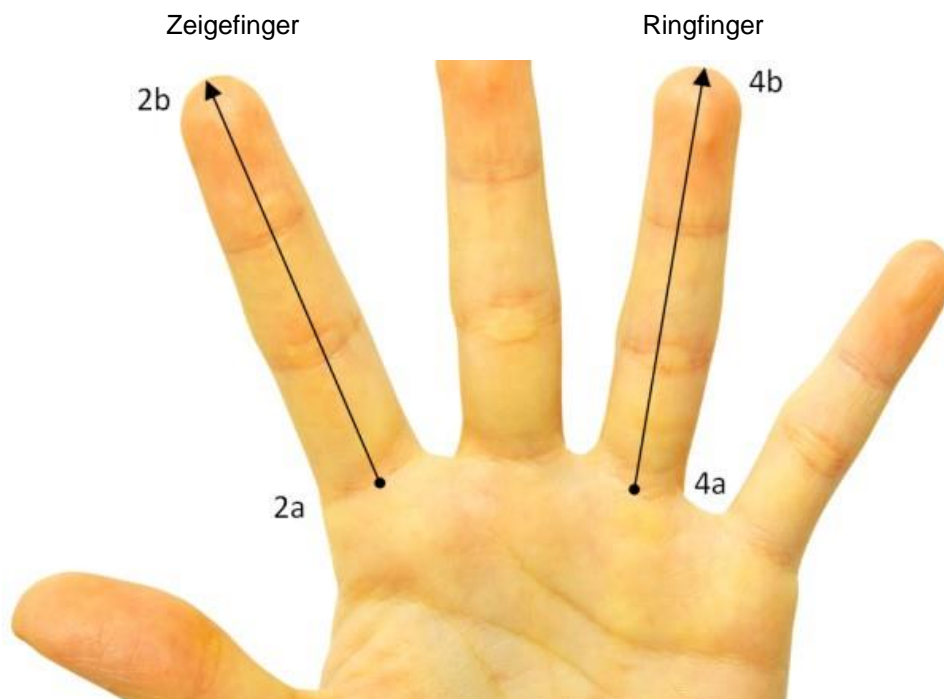
Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

|  | Gar nicht einverstanden  | Eher nicht einverstanden | Eher einverstanden       | Völlig einverstanden     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... Ihnen ein angenehmes Gefühl zu geben?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Ihnen zu helfen, weil Sie deprimiert oder nervös waren?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...um Ihre Motivation zu steigern, sich das Leben zu nehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...um während des Suizids keine Schmerzen zu haben?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...um die Angst zu betäuben, sich das Leben zu nehmen?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wir bitten Sie jetzt darum, die Längen des Zeige- und Ringfingers beider Hände auszumessen. Dies mag Ihnen komisch vorkommen, doch es ist bekannt, dass das Wachstum dieser Finger von der Wirkung bestimmter Hormone während der Schwangerschaft abhängt. Zugleich beeinflusst diese Hormonwirkung aber auch andere Merkmale beim Menschen. Aus diesem Grund lässt die Kenntnis der Fingerlängen gewisse Rückschlüsse auf manche hormonell mitbeeinflusste Persönlichkeitsmerkmale zu.

Nehmen Sie nun bitte ein Lineal oder Zeichendreieck zur Hand und messen Sie Ihre Fingerlängen entsprechend der folgenden Anleitung (siehe Abbildung). Eine möglichst genaue Messung ist wichtig für das Studienprojekt. Bitte verwenden Sie kein flexibles Massband, da dies zu einer ungenauen Messung führt.

Betrachten Sie die Innenseite Ihrer **linken** Hand. Sehen Sie sich den Bereich an, an dem der Zeigefinger mit der Handfläche verbunden ist. Dort befinden sich eine oder mehrere Hautfalten. Suchen Sie die Mitte der untersten (zur Handinnenfläche am nächsten gelegenen) Hautfalte und setzen Sie dort exakt den Nullpunkt des Lineals an (2a in der Abbildung). Stellen Sie sicher, dass das Lineal ganz gerade entlang der Mitte des Zeigefingers bis zur Fingerspitze läuft. Messen Sie nun so präzise wie möglich die Distanz bis zur Spitze Ihrer Fingerspitze (2b), nicht des Fingernagels. Tragen Sie den Wert in Millimetern ganz unten auf der Seite ins Feld ein, z.B. 75.



Gehen Sie dann genauso mit dem Ringfinger (4. Finger) Ihrer **linken** Hand vor. Messen Sie also genau die Strecke von der Mitte der untersten Hautfalte (4a) bis zur Fingerspitze (4b).

Vermessen Sie anschließend bitte auf die gleiche Weise den Zeige- und Ringfinger Ihrer **rechten** Hand.

**J18. Tragen Sie Ihre Messwerte in Millimetern in den Feldern ein, z.B. die Zahl 75.**

| Linker Zeigefinger | Linker Ringfinger | Rechter Zeigefinger | Rechter Ringfinger |
|--------------------|-------------------|---------------------|--------------------|
| _____ mm           | _____ mm          | _____ mm            | _____ mm           |



\* \* \*

Bitte geben Sie das heutige Datum an:

\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (TT/MM/JJJJ)

**Als Dank und Belohnung erhalten Sie bald einen Gutschein per Post A+ im Wert von CHF 50.-** (dies kann zwei bis sechs Wochen dauern).

**Bitte wählen Sie den Gutschein, der Ihnen am besten passt**

- Gutschein Media Markt       Gutschein COOP  
 Gutschein iTunes       Gutschein Zalando

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 4. Fragebogen (in etwa 3 Jahren) 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 Etikette bitte nicht entfernen.  
Sie dient dazu, Ihnen die versprochene Belohnung zu übermitteln.

