

BEFRAGUNG ÜBER DEN SUBSTANZKONSUM

C-SURF

(Cohort Study on Substance Use Risk Factors)

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, auch den 4. 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. Das Ziel unserer Studie war es, Sie ungefähr im Alter von 20 bis 30 Jahren zu begleiten. Mit Ihrer Teilnahme an diesem vierten Fragebogen ermöglichen Sie es uns, dieses Ziel zu erreichen. Da die Finanzierung für unser Projekt danach ausläuft, wird dieser Fragebogen der letzte in dieser Form sein.

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 oder Zalando).

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 falsch 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 Kontaktangaben verbinden und trennen Ihre persönlichen Angaben strikt von Ihren Antworten im Fragebogen.

+

+

+

+

A. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

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

- ja
 nein => weiter mit Frage A7 auf Seite 5

A2. Sind Sie ...?

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

A3. Wie viele Stunden pro Woche gehen Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nach?

_____ 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 völlig ab	Lehne ab	Lehne weder ab noch stimme zu	Stimme zu	Stimme völlig zu
Ich erhalte Anerkennung für gut gemachte Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich 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. Bei den folgenden Aussagen geht es darum, wie Sie Ihre berufliche Aktivität wahrnehmen. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie mit diesen Aussagen einverstanden sind.

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an.	Überhaupt nicht einverstanden	Nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Eher einverstanden	Einverstanden	Völlig einverstanden
In meiner Arbeit kann ich Entscheidungen treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Probleme bei der Arbeit nach meinem Ermessen lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann bei der Arbeit Verantwortung übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Arbeit fühle ich mich frei, meine Aufgaben in meiner Art und Weise zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Fähigkeiten, um meine Arbeit gut zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich kompetent bei meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin fähig, Probleme bei meiner Arbeit zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Arbeit bin ich erfolgreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit den Leuten in meinem Arbeitsumfeld zusammen bin, fühle ich mich verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit den Leuten in meinem Arbeitsumfeld zusammen bin, fühle ich mich gehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann den Leuten in meinem Arbeitsumfeld vertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, meine Arbeitskollegen nehmen mich als ihren Freund wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. 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: |
-

A8. Welches ist Ihre HÖCHSTE ABGESCHLOSSENE Ausbildung?

Nur eine einzige Antwort ist möglich.

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

A9. Denken Sie an Ihre Arbeit/Studium/Lehre: IN DEN LETZTEN 12 MONATEN, wie häufig...

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an.

	Immer	Häufig	Manchmal	Selten	Nie/ fast nie
...fühlten Sie sich am Ende eines Arbeitstages ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühlten Sie sich schon am Morgen erschöpft beim Gedanken an einen weiteren Tag auf der Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...empfanden Sie jede Arbeitsstunde als ermüdend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten Sie ausreichend Energie für Ihre Familie und Freunde während Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehr hoch	Hoch	Mittel	Tief	Sehr tief
Zu welchem Grad war Ihre Arbeit emotional ermüdend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu welchem Grad war Ihre Arbeit frustrierend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu welchem Grad fühlten Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausgebrannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Denken Sie an Ihre Arbeit/Studium/Lehre. 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, Depression 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"/>
...Hobbys, 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"/>

A11. Verglichen mit anderen Personen in Ihrem Alter in der Schweiz, erscheint Ihnen Ihre finanzielle Situation als...

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

A12. Wie kommen Sie mit Ihrem gesamten Einkommen bis zum Monatsende finanziell über die Runden, d.h. wie gut können Sie die notwendigen Ausgaben bezahlen? Ist das...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ...sehr schwierig | <input type="checkbox"/> ...ziemlich einfach |
| <input type="checkbox"/> ...schwierig | <input type="checkbox"/> ...einfach |
| <input type="checkbox"/> ...eher schwierig | <input type="checkbox"/> ...sehr einfach |

A13. Was ist Ihr Geburtsdatum?

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

+

A14. Was ist Ihre Postleitzahl?

Ich lebe nicht in der Schweiz

A15. 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/seiner neuen Partner/in sowie Geschwistern)
- Mit Partner/Partnerin (auch unverheiratet)
- WG mit Freunden/innen, Bekannten, Mitbewohner/innen
- Im Lehrlingsheim, Studentenwohnheim, Internat
- In einer sozialen Institution (Waisenhaus, Heim etc.)
- Ohne festen Wohnsitz

A16. Welche Situation ist der Ihren am nächsten?

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

A17. 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 |

A18. Haben Sie Kinder?

- Nein, *weiter mit Frage A20 weiter unten* Ja => Wie viele? _____

A19. Leben Sie mit Ihrem Kind oder Ihren Kindern zusammen?

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

A20. 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 Zentimetern (z.B.: 1 Meter 72 Zentimeter = 172 cm)?

__ __ __ Zentimeter

B2. Was ist Ihr Gewicht?

__ __ __ Kilo

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
Mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere 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 weniger geschafft , als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte bestimmte Dinge nicht oder nur eingeschränkt 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 weniger geschafft , als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig 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 EINE NACHT im Krankenhaus verbringen mussten (Schädel-Hirn-Trauma).

B10. Hatten Sie schon einmal eine solche Kopfverletzung...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Ja	Nein
...in den letzten 12 Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vor mehr als 12 Monaten, aber in den letzten 3 Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vor mehr als 3 Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B11. Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie sich IN DEN LETZTEN 2 WOCHEN gefühlt haben. Wie viel der Zeit...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Ständig	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Nie
...haben Sie sich bedrückt oder traurig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten Sie kein Interesse an Ihren täglichen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten Sie das Gefühl, dass Ihnen Energie und Kräfte fehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten Sie weniger Selbstvertrauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten Sie ein schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie gefühlt, dass das Leben nicht lebenswert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fiel es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren, z.B. beim 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) während der ARBEIT/STUDIUM/LEHRE, beziehungsweise AKTIVITÄTEN IM ALLTAG, b) beim SPORT und c) in der FREIZEIT.

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

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

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

B13. Während der Arbeit/Studium/Lehre, bzw. Aktivitäten im Alltag...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft/ immer
...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 erschöpft.	<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...

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"/>



Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre sportlichen Aktivitäten.

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

Nie	Ein paar Mal im Jahr	1- bis 3-mal pro Monat	Wenigstens 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 B18, Seite 13

a. Welchen Sport üben Sie am häufigsten aus?

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

_____ Stunden _____ Minuten / Woche

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

_____ Monate / Jahr

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 13

a. Wie viele Stunden pro Woche üben Sie diesen Sport aus?

_____ Stunden _____ Minuten / Woche

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

_____ Monate / Jahr



Die folgenden Fragen betreffen Ihre Freizeitaktivitäten.

B18. 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 regelmässigen Sportarten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...schwitze ich (denken Sie an Gartenarbeit, werkeln, zügiges Gehen, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B19. 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"/>

B20. Wie viele Minuten pro Tag verbringen Sie damit, sich fortzubewegen (gehen, Treppen steigen, Fahrrad fahren, Roller/Trottinette, ... 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"/>

B21. Wie oft hatten Sie in den LETZTEN 12 MONATEN folgende Schwierigkeiten?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Nie	1- bis 2- mal	3- bis 5- mal	6- bis 9- mal	10-mal oder mehr
Körperliche Auseinandersetzung oder Kampf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfall oder Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernsthafte Probleme mit Eltern/Familie	<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"/>
Sex, 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 ambulant-chirurgischen Eingriff 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 oder Behandlung in der Notfallaufnahme aufgrund eines Unfalls oder einer Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einer Notfallaufnahme, ambulanten Einrichtung oder Spezialklinik gewesen wegen Problemen der Substanzabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsverkehr ohne Kondom ausserhalb einer stabilen Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidversuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B22 bis B30 : Bei diesen Fragen handelt es sich um den Pittsburgh-Schlafqualitätsindex (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI). Diese Fragen können aufgrund von Urheberrechtsbeschränkungen hier nicht veröffentlicht werden. Die vollständige Version des Fragebogens finden Sie unter [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4). Für Namen von Variablen wenden Sie sich bitte an contact@c-surf.ch.

B31. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Schmerzen, die Sie in den letzten 3 Monaten möglicherweise empfunden haben. Bitte geben Sie an, wie stark diese Schmerzen im Durchschnitt, auf einer Skala von 0 bis 10, waren. (Es geht hier um Ihre üblicherweise empfundenen Schmerzen im Moment, wo Sie diese verspüren.)

Keine Schmerzen						Die stärksten vorstellbaren Schmerzen				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>

B32. Haben Sie in den letzten 3 Monaten die folgenden Mittel gegen Ihre Schmerzen und das damit verbundene Unwohlsein benutzt?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Ja	Nein
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin oder Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezeptpflichtige Medikamente, die Sie ohne entsprechendes Rezept verwendet haben (z.B. narkotisierende Schmerzmittel, Beruhigungsmittel/Benzodiazepine oder Ritalin/Amphetamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezeptpflichtige Medikamente, die Sie in höherer Dosis als verschrieben verwendet haben (z.B. narkotisierende Schmerzmittel, Beruhigungsmittel/Benzodiazepine oder Ritalin/Amphetamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B22-B30: Copyright 1989 and 2010. University of Pittsburgh. All rights reserved. Developed by Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., and Kupfer, D.J. of the University of Pittsburgh using National Institute of Mental Health Funding.

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 NICHT vertrauen	<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 vertrauen
Leute im Viertel nutzen Sie aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leute im Viertel behandeln Sie immer fair und korrekt
Wenn Sie in Schwierigkeiten wären, gäbe es im Viertel niemanden, der Ihnen helfen würde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Sie in Schwierigkeiten wären, gäbe es eine Menge Personen im Viertel, die Ihnen helfen würden
Die meisten Leute im Viertel sind unfreundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die meisten Leute im Viertel sind freundlich
Die Leute im Viertel haben KEINEN Gemeinschaftssinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Leute im Viertel haben einen GROSSEN Gemeinschaftssinn
Die Leute im Viertel achten nur auf sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Leute im Viertel machen etwas , um der Gemeinschaft zu helfen
Es ist schwer , sich in diesem Viertel den Respekt anderer zu verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Leute im Viertel behandeln einander mit Respekt
Die Leute im Viertel missbilligen andere , die nicht so sind wie sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Leute im Viertel sind tolerant gegenüber anderen , die nicht so sind wie sie selbst
Im Viertel gibt es ein paar Leute, die dazu gehören , andere jedoch nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeder im Viertel gehört dazu wie alle anderen auch

C2. Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Beziehung zu Ihrem sozialen Umfeld. 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 Leuten 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 Leuten 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 Leuten 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 Leuten im Austausch zu sein, gibt mir das Gefühl von Verbundenheit im grossen Massstab.	<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 etwas 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 Leute, 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"/>

C3. Was ist mit IHREN ENGSTEN FREUNDEN, d.h. mit denjenigen Freunden, mit welchen Sie die meiste Zeit verbringen? Hatte jemand von ihnen ein Problem, das Sie als BEDEUTENDES Alkohol-, Drogen- oder psychiatrisches Problem bezeichnen würden - eines, das zu einer Behandlung geführt hat oder zu einer Behandlung hätte führen sollen?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

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

D. ALKOHOL

In den folgenden Fragen geht es um Ihren Alkoholkonsum. Dies beinhaltet das Trinken von Bier, Wein, Champagner und starkem Alkohol wie Whisky, Rum, Gin, Vodka, Likör, Alkopops 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 (siehe 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 Monat
 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 5 dl 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 5 dl oder einen doppelten Schnaps getrunken haben, macht das 2 Standardgetränke

Denken Sie AN DIE LETZTEN 12 MONATE:

D8. An wie vielen Tagen pro Wochenende (also jeweils VON FREITAG BIS SONNTAG) konsumieren Sie durchschnittlich Alkohol?

<input type="checkbox"/> 3 Tage pro Wochenende	<input type="checkbox"/> 2-3 Wochenendtage pro Monat
<input type="checkbox"/> 2 Tage pro Wochenende	<input type="checkbox"/> 1 Wochenendtag pro Monat
<input type="checkbox"/> 1 Tag pro Wochenende	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 Wochenendtag pro Monat
<input type="checkbox"/> Nie => weiter mit der Frage D10, Seite 21	

D9. Wie viele Standardgetränke (siehe Bild) konsumieren Sie durchschnittlich innerhalb EINES Wochenendtages, 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. 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 Kater gehabt, dass ich danach Alkohol getrunken habe oder starke Medikamente (andere als gewöhnliche Schmerzmittel wie Aspirin oder Paracetamol) genommen habe, um darüber hinweg zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich nach dem Alkoholkonsum einen „ Filmriss “ gehabt (konnte mich an nichts mehr oder nur noch an Bruchstücke erinnern).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich während des Trinkens etwas getan, was ich später bereut habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich unbeabsichtigten Sex gehabt, weil ich getrunken hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich ungeschützten Sex gehabt, weil ich getrunken hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich einen Unfall gehabt oder mich verletzt , weil ich getrunken hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bin ich MEHR ALS EINMAL mit der Polizei oder mit Respektspersonen wegen meines Alkoholkonsums in Konflikt gekommen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich einen ernsthaften Streit oder eine Schlägerei gehabt während des Alkoholkonsums oder kurz danach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich Eigentum beschädigt , weil ich betrunken war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D13. 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, mehr als einmal wichtige Verpflichtungen in der Schule oder auf der Arbeit oder auch zu Hause mit Ihrer Familie vernachlässigt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie mehr als einmal ein Fahrzeug (z.B. ein Fahrrad, ein Moped, einen Roller oder ein Motorrad) gelenkt haben, nachdem Sie mehrere Gläser getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie sich mehr als einmal in Situationen befunden haben, bei denen Sie sich hätten verletzen können (z.B. beim Arbeiten mit Werkzeugen oder an Maschinen, beim Sport oder in anderen gefährlichen Situationen z.B. als Fussgänger im Strassenverkehr), nachdem Sie zu viel getrunken haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie zu Ihrem gewohnten Alkoholkonsum zurückgekehrt sind, obwohl dieser Probleme mit dem Partner/der Partnerin , einem Freund/einer Freundin oder mit einer Bekantschaft verursacht hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie das Gefühl hatten, dass Sie viel mehr Alkohol als früher konsumieren müssen, um angetrunken oder betrunken zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie sich während eines ganzen Tages oder länger zittrig oder nervös gefühlt haben, nachdem Sie Ihren Alkoholkonsum gestoppt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie länger und mehr getrunken haben, als Sie dies geplant hatten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie versucht haben, Ihren Konsum zu reduzieren , es aber nicht schafften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie viel Zeit damit verbracht haben, sich einen Rausch anzutrinken, berauscht zu sein, oder damit, sich vom Rausch zu erholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie wegen Ihres Alkoholkonsums wichtige Aktivitäten wie Schule, Arbeit oder sich mit Freunden und Familie treffen aufgegeben haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie Ihren Alkoholkonsum fortgesetzt haben, obwohl Sie wussten, dass er bei Ihnen wiederholt gesundheitliche Probleme oder psychische Probleme wie Ängste oder Depressionen verursacht hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie ein so starkes Verlangen oder einen starken Drang nach Alkohol verspürten, dass Sie nicht anders konnten, als Alkohol zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D14. Wenn Sie an alle Gelegenheiten denken, an denen Sie in den LETZTEN 12 MONATEN Alkohol (Bier, Wein, Spirituosen usw.) getrunken haben, geben Sie bitte 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 hilft, wenn Sie niedergeschlagen oder gereizt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...um sich aufzumuntern, wenn Sie in schlechter Stimmung sind?	<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 wird, wenn Sie mit anderen zusammen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil Sie gerne zu einer bestimmten Clique gehören möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil dadurch Partys besser werden?	<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 macht?	<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"/>

E. TABAK

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

 %

E2. Wie viele Ihrer FREUNDE oder FREUNDINNEN haben in den LETZTEN 12 MONATEN regelmässig geraucht?

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

Zigaretten (auch selbstgedrehte)

E3. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN Zigaretten geraucht?

- Ja
 Nein => weiter mit Frage 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, AN DEM Sie Zigaretten rauchen, 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 hatten, bevor Sie wieder angefangen haben? Wenn ja, 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, inklusive Juul) 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 (inklusive Juul) 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 (ab und zu)

- E10. **Wenn Sie an die LETZTEN 30 TAGE denken, wie oft haben Sie da normalerweise E-Zigaretten (inklusive Juul) 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 (inklusive Juul) benutzen, an wie vielen Gelegenheiten (wie viele Male) benutzen 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 (inklusive Juul) oder Einweg-E-Zigaretten?

- Ja
- Nein

E13. Welchen Typ E-Zigarette benutzen Sie die meiste Zeit (siehe Bild)?

- 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 oder vierten Generation)
- E-Zigaretten mit Nikotinsalz wie Juul oder Suorin (mit Kartusche/Pods)



E14. Im Allgemeinen, welche Art Liquid (oder Kartusche/Pods wie bei Juul) verwenden Sie?

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

E15. Als Sie angefangen haben, E-Zigaretten zu benutzen, haben Sie da geraucht?

- Nein, ich habe niemals geraucht (höchstens mal probiert).
- Nein, ich hatte bereits aufgehört zu rauchen.
- Ja, ich habe täglich geraucht.
- Ja, ich habe gelegentlich geraucht.

E16. Man kann E-Zigaretten aus unterschiedlichen Gründen benutzen. Können Sie uns sagen, ob die untenstehenden 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 Tabakkonsum zu reduzieren, ohne 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 sie in Situationen oder Orten zu nutzen, wo ich nicht rauchen darf (z.B. 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. Wie häufig haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN andere Tabakprodukte konsumiert?

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"/>



Wasserpfeife



Snus (Mundtabak)



Schnupftabak



Kautabak



Tabakprodukte «heat not burn»

Gewohnheiten zum Tabakkonsum

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Konsum von Tabak in allen Formen (Zigaretten, E-Zigaretten, Wasserpfeifen, Snus, Kautabak, 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 zu sich?

- 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. Kino, Bücherei, Restaurant), 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

Heutzutage ist es wichtig, zu unterscheiden zwischen:

- dem «**illegalen**» Cannabis mit einem THC-Gehalt von über 1%, in diesem Fragebogen «**illegaler Cannabis**» genannt, und
- dem «**legalen**» Cannabis mit einem THC-Gehalt von unter 1%, in diesem Fragebogen «**CBD-Produkte**» genannt.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den «**illegalen**» Cannabis. Die Fragen zu den «**CBD-Produkten**» folgen im nächsten Kapitel.

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

 %

F2. Wie viele Ihrer FREUNDE oder FREUNDINNEN haben in den LETZTEN 12 MONATEN mindestens EINMAL PRO MONAT «illegalen» Cannabis (Pot, Marihuana, Haschisch, Joint) 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 «illegalen» Cannabis konsumiert?

- Ja
 Nein => weiter mit der Frage F16 zu den CBD-Produkten («**legaler**» Cannabis), Seite 33

F4. Wie häufig haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN normalerweise «illegalen» Cannabis konsumiert?

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

F5. Während eines typischen Tages, an dem Sie «illegalen» Cannabis konsumieren, wie viele Male konsumieren Sie Cannabis?

- Nur ein Zug
 1 Mal
 2 Mal
 3 Mal
 4 Mal
 5 Mal
 6 bis 9 Mal
 10 Mal oder häufiger

F6. An einem TYPISCHEN TAG, an dem Sie «illegalen» Cannabis konsumieren, wie viele Stunden sind Sie dann bekiift?

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

F7. Auf welche Weise konsumieren Sie «illegalen» 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"/>
Mit Nahrungsmitteln vermischt (Gebäck, Tee etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F8. Benutzen Sie, selbst wenn nur selten, E-Zigaretten oder Vaporisatoren, um «illegalen» Cannabis zu konsumieren («dampfen»)?

- Ja
 Nein => Gehen sie zur Frage F11 weiter unten

F9. Wie häufig benutzen Sie E-Zigaretten oder Vaporisatoren, um «illegalen» Cannabis zu konsumieren («dampfen»)?

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

F10. Welche «illegalen» 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"/>

F11. Wenn Sie an Ihren bisherigen Cannabiskonsum denken, inwiefern denken Sie, dass «illegaler» Cannabis Ihren Erfolg in der Schule, im Studium oder in der Arbeit negativ beeinflusst hat?

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

F12. Bitte denken Sie beim Beantworten der nächsten Fragen daran, wie es Ihnen in den LETZTEN 12 MONATEN bezüglich ihres Konsums von «illegalem» Cannabis 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 bekifft gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie den Eindruck gehabt, mit dem Cannabisgebrauch nicht mehr aufhören zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie wegen des Cannabisgebrauchs 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"/>

F13. 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.»

F14. Sind Sie oder jemand anderes in den LETZTEN 12 MONATEN im Zusammenhang mit Ihrem Gebrauch von «illegalem» Cannabis körperlich verletzt worden?

- Ja Nein

F15. Hat in den LETZTEN 12 MONATEN ein Verwandter, ein Freund oder ein Arzt Bedenken wegen Ihres Gebrauchs von «illegalem» Cannabis geäußert oder Ihnen angeraten, den Gebrauch einzuschränken?

- Ja Nein

In der Schweiz können gewisse Arten von Cannabis ganz legal verkauft und konsumiert werden. Es handelt sich dabei um Cannabis mit einem geringen THC-Gehalt (<1%) und einem hohen CBD-Gehalt. Wir sprechen in diesem Fall von CBD-Produkten («legaler» Cannabis).

F16. IM VERLAUFE IHRES LEBENS, haben Sie bereits CBD-Produkte («legaler» Cannabis) konsumiert?

- Ja
- Nein => weiter mit Abschnitt G (andere Substanzen), Seite 35

F17. Wann haben Sie CBD-Produkte («legaler» Cannabis) DAS ERSTE MAL konsumiert? Das war vor...

...weniger als 12 Monaten	...zwischen 12 Monaten und 2 Jahren	...zwischen 2 und 3 Jahren	...zwischen 3 und 4 Jahren	...zwischen 4 und 5 Jahren	...mehr als 5 Jahren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F18. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN CBD-Produkte («legaler» Cannabis) konsumiert?

- Ja
- Nein => weiter mit Abschnitt G (andere Substanzen), Seite 35

F19. Wenn Sie an die LETZTEN 12 MONATE denken, wie häufig konsumierten Sie NORMALERWEISE CBD-Produkte («legaler» Cannabis)?

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

F20. Wie oft haben Sie IN DEN LETZTEN 12 MONATEN NORMALERWEISE die folgenden CBD-Produkte («legaler» Cannabis) konsumiert?

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
Blüten, Marihuana (Joints, Bongs, Wasserpfeifen) MIT Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blüten, Marihuana (Joints, Bongs, Wasserpfeifen) OHNE Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBD-Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öl, Tinktur, Tropfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Liquid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«essbare» Produkte (Tee, Nahrungsmittel, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapseln, Pastillen, Zäpfchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wax/Wachs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kristalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F21. Aus welchen Gründen konsumieren Sie CBD-Produkte («legaler» Cannabis)?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Um eine Krankheit zu behandeln oder deren Symptome zu reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für mein Wohlbefinden und meine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um die Wirkung von Cannabis zu verspüren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um die Wirkung von THC zu vermeiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Cannabis ganz legal konsumieren zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um meinen Konsum von «illegalem» Cannabis zu reduzieren oder zu stoppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um meinen Tabakkonsum zu reduzieren oder zu stoppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um meinen Konsum einer anderen Substanz zu reduzieren oder zu stoppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfach aus Neugier ohne konkrete Erwartungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. ANDERE SUBSTANZEN

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

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Nie	1 bis 3 Mal	4 Mal oder mehr
Natürliche Halluzinogene (Pilze, «Magic Mushrooms», Psylocybin, Peyote, Mescaline)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere synthetische Halluzinogene (wie LSD, PCP/Angeldust, 2-CB, 2-CI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine/Speed, Amphetaminsulfate (z.B. Dexedrine, Benzedrin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methamphetamine (Thaipillen, Crystal Meth (Ice))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers (Amylnitrit, Butylnitrit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe oder Lösungsmittel (z.B. Lachgas, Klebstoffe, Toluol, Äther oder Benzin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy (MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain, Crack, Freebase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin, Morphin, Opium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamin (Special K), DXM (Bexin ®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB/GBL/1-4 butandiol (BDO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Badesalze», Forschungschemikalien oder Legal Highs (z.B. MDPV, Mephedron, Butylon und Methedron)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spice oder ähnliche Mischungen zum Rauchen, die synthetische Cannabinoide (= cannabisähnliche Substanzen) enthalten können.	<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, Methamphetamine («Meth»), Ecstasy, LSD etc. einnehmen?

%

G3. Wie viele Ihrer FREUNDE oder FREUNDINNEN haben in den LETZTEN 12 MONATEN andere Drogen als Cannabis (wie z.B. Kokain, Methamphetamine «Meth», Ecstasy, LSD) 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"/>

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 jenem, 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 IN DEN LETZTEN 12 MONATEN 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
Schlafmittel (Hypnotika) 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"/>
Beruhigungsmittel oder Angstlösende Mittel/Tranquilizer z.B. Benzodiazepine (Valium®, Xanax®, Librax®, Temesta®, Normison®, Demetrin®, Dalmadorm®) oder Muskelrelaxantien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Schmerzmittel (nicht einfache Schmerzmittel wie Aspirin oder Paracetamol) z.B. basierend auf Buprenorphin (Temgesic®), Codein (Benylin®), oder anderen Opiaten (Fentanyl, Hydrocodon, Journista®, Palladon®, Targin®, Oxycontin®, Vicodin®, Dilaudid®) oder DXM (Bexin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulanzien und Amphetamine z.B. 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"/>
Antidepressiva (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"/>
Beta-Blocker 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"/>

I. PERSÖNLICHKEIT UND FREIZEITAKTIVITÄTEN

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

11. Geben Sie bitte an, wie stark Sie den folgenden 5 Aussagen zustimmen oder sie ablehnen.

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an.	Lehne völlig ab	Lehne ab	Lehne ein wenig ab	Lehne weder ab noch stimme zu	Stimme ein wenig zu	Stimme zu	Stimme völlig zu
Grösstenteils entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Lebensumstände sind exzellent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit meinem 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 mir vom Leben wünsche, auch bekommen.	<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"/>

12. Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Stimme über- haupt 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 aufregend unvorhersehbar 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. 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 es, 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"/>

14. 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 16 weiter unten

15. Wenn JA, dann durch

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

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

- Ja Nein

17. Gab es einmal einen Zeitabschnitt in Ihrem Leben, in dem Sie nicht wirklich Sie selbst waren 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 bekamen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Sie sich so gereizt fühlten, dass Sie Mitmenschen anschrien 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 deutlich weniger schliefen als sonst, ohne dass der Schlaf Ihnen wirklich fehlte?	<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 oder Sie Ihren Gedankenfluss nicht beruhigen konnten?	<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?	<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 denken könnten, 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"/>

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

Ja Nein

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

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

110. 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 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)? Oder gar einen Suizidversuch unternommen?	<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"/>

111. Inwiefern beschreiben die folgenden Aussagen Ihren Gefühlszustand in den LETZTEN 7 TAGEN, heute eingeschlossen?

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an.	Fast nie wahr	Selten wahr	Manchmal wahr	Oft wahr	Fast immer wahr
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 anderen 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"/>

112. 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 so viel 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 verängstigen.	<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"/>

112. (Fortsetzung) Bitte entscheiden Sie, ob die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht.

Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an	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"/>

113. 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 das Spielen von Computerspielen online (im Internet) oder auch offline (ohne Internet). Es geht hierbei nicht um Geld- oder Glücksspiele, diese werden später im Fragebogen behandelt.

114. Wie oft haben Sie IN DEN LETZTEN 12 MONATEN Videospiele gespielt (online, offline, Konsole oder Smartphone)?

- Nie => Weiter zur Frage I20, Seite 46 1- bis 2-mal pro Woche
 Ein paar Mal im Jahr 3- bis 4-mal pro Woche
 1- bis 3-mal pro Monat Jeden oder fast jeden Tag

115. An Tagen, an denen Sie Spiele gespielt haben, wie viele Stunden pro Tag haben Sie IN DEN LETZTEN 12 MONATEN durchschnittlich gespielt?

_____ Stunden _____ Minuten

116. Wie oft haben Sie IN DEN LETZTEN 12 MONATEN die folgenden Spielarten gespielt?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Nie	Ein paar Mal im Jahr	1- bis 3-mal pro Monat	1- bis 2-mal pro Woche	3- bis 4-mal pro Woche	Jeden oder fast jeden Tag
MMORPG (z.B. World of Warcraft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiplayer Online Battle Arena (z.B. League of Legends, DotA, Heroes of the Storm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shooter (z.B. Counter-Strike, Call of Duty)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportspiele (z.B. Fifa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strategiespiele (z.B. Starcraft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollenspiele (RPG, z.B. Final Fantasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rennspiele (z.B. Need for Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sandbox (z.B. Minecraft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiele auf sozialen Netzwerken (z.B. Farmville)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smartphone-Spiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hack 'n Slash (z.B. Devil May Cry)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puzzle (z.B. Candy Crush)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartenspiele ohne Geldeinsatz (z.B. Solitaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Spiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

117. Wie oft haben Sie IN DEN LETZTEN 12 MONATEN 5 Stunden oder mehr ohne Unterbrechung Videospiele gespielt? (Pausen wegen Grundbedürfnissen wie Ernährung, dem Gang auf die Toilette etc. zählen nicht als Unterbrechung.)

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

118. Wie viel Geld haben Sie IN DEN LETZTEN 12 MONATEN innerhalb von Spielen ungefähr ausgegeben (In-Game-Käufe)? Nicht um die Spiele zu kaufen oder ein Abonnement zu bezahlen, sondern für virtuelle Dinge, z.B. um den Charakter zu verbessern, Zubehör im Spiel oder eine neue Ausrüstung für Ihren Charakter etc.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nichts | <input type="checkbox"/> CHF 501.- bis 1'000.- |
| <input type="checkbox"/> CHF 1.- bis 50.- | <input type="checkbox"/> CHF 1'001.- bis 2'000.- |
| <input type="checkbox"/> CHF 51.- bis 100.- | <input type="checkbox"/> CHF 2'001.- bis 5'000.- |
| <input type="checkbox"/> CHF 101.- bis 200.- | <input type="checkbox"/> CHF 5'001.- oder mehr |
| <input type="checkbox"/> CHF 201.- bis 500.- | |

119. 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 zu Ihrer Internetnutzung. Dabei 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.

I20. Benutzen Sie das Internet in Ihrer Freizeit oder zu privaten Zwecken für mindestens eine Stunde pro Woche?

Ja

Nein => gehen Sie zur Frage I24 auf der Seite 48

I21. Wie viele Tage pro Woche im Durchschnitt benutzen Sie das Internet in Ihrer Freizeit oder zu privaten Zwecken?

Tage / Woche

I22. 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



I23. Wie häufig...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Nie	Selten	Manchmal	Offt	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/in, 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/in, 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 Benutzung von sozialen Medien wie Facebook, Snapchat, Twitter, Reddit, WhatsApp oder Instagram.

I24. Wie oft besuchten Sie IN DEN LETZTEN 12 MONATEN soziale Medien?

- Nie -> Weiter zur Frage I27, Seite 49
- Ein paar Mal pro Jahr
- 1 bis 3 Mal pro Monat
- 1 bis 2 Mal pro Woche
- 3 bis 4 Mal pro Woche
- Jeden Tag oder fast jeden Tag

I25. An Tagen, an denen Sie soziale Medien besucht haben, wie viel Zeit haben Sie IN DEN LETZTEN 12 MONATEN normalerweise damit verbracht?

_____ Stunden _____ Minuten

I26. IN DEN LETZTEN 12 MONATEN, wie häufig...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Sehr selten	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
...haben Sie viel Zeit damit verbracht, über soziale Medien nachzudenken oder die Nutzung von sozialen Medien zu planen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...spürten Sie einen Drang, soziale Medien immer mehr zu nutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...benutzten Sie soziale Medien, um Ihre Probleme zu vergessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie erfolglos versucht, Ihre Nutzung von sozialen Medien zu reduzieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wurden Sie unruhig oder aufgewühlt, wenn Sie soziale Medien gerade nicht nutzen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie soziale Medien derart häufig benutzt, dass dies einen negativen Einfluss auf Ihre Arbeit/Ihr Studium hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen betreffen die Nutzung eines Smartphones.

I27. Besitzen Sie ein Smartphone?

- Ja
- Nein => gehen Sie zur Frage I30 auf Seite 50

I28. Wie viele Stunden pro Tag haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN durchschnittlich Ihr Smartphone benutzt?

_____ Stunden _____ Minuten / Tag

I29. 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"/>

Die folgenden Fragen betreffen Geld- und Glücksspiele. Es geht dabei um Spiele, bei denen Geld eingesetzt wird und Geld gewonnen werden kann, etwa Lotterien und Wetten, aber auch Geld- und Glücksspiele im Casino, Internet oder im privaten Rahmen.

I30. Wie oft haben Sie IN DEN LETZTEN 12 MONATEN Geld- oder Glücksspiele gespielt (Lotterien und Wetten, Spiele im Casino, Geldspiele im Internet oder auch im privaten Rahmen)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nie -> Weiter zur Frage I38, Seite 53 | <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Ein paar Mal pro Jahr | <input type="checkbox"/> 3 bis 4 Mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1 bis 3 Mal pro Monat | <input type="checkbox"/> Jeden Tag oder fast jeden Tag |

I31. Wie viel Zeit haben Sie IN DEN LETZTEN 12 MONATEN durchschnittlich mit Geld- oder Glücksspielen an Tagen verbracht, an denen Sie gespielt haben?

_____ Stunden _____ Minuten

I32. Wie oft haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN für die folgenden Glücksspiele Geld ausgegeben?

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

I33. Haben Sie in den LETZTEN 12 MONATEN aufgrund Ihrer Geld- oder Glücksspielaktivitäten persönliche Schwierigkeiten gehabt?

- Ja
 Nein

I34. 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 1'000.-
 CHF 101.- bis 200.- Mehr als CHF 1'000.-

I35. Wenn Sie an Ihre Ausgaben insgesamt für Geld- und Glücksspiele IN DEN LETZTEN 12 MONATEN denken, welchen Anteil dieser Ausgaben haben Sie bei Geld- und Glücksspielen IM INTERNET ausgegeben (z.B. Internet-Casino oder Online-Poker)?

- Keine Ausgaben online / nur offline 51% bis 75% online
 1% bis 25% online 76% bis 90% online
 26% bis 50% online 91% oder mehr online

I36. In den LETZTEN 12 MONATEN

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Ja	Nein
...haben Sie sich häufig in Gedanken beim Spielen gefunden (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"/>

I37. Wie oft haben Ihnen Geld- und Glücksspiele IN DEN LETZTEN 12 MONATEN die folgenden Probleme verursacht?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Nie	Selten	Manchmal	Oft
Ernsthafte persönliche finanzielle Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernsthafte finanzielle Probleme für jemanden, der Ihnen nahe steht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernsthafter psychischer Stress in Form von Schuldgefühlen, Angstzuständen oder Depressionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernsthafte Probleme in Ihrer Beziehung mit der Partnerin/ dem Partner, mit wichtigen Freunden oder der Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernsthafte gesundheitliche Probleme oder Verletzungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernsthafte Probleme auf der Arbeit oder in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduzierte Leistung bei Ihrer Arbeit oder Ihrem Studium (aufgrund von Müdigkeit oder Ablenkung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmangel aufgrund von Stress oder Sorgen im Zusammenhang mit dem Geldspiel oder Problemen aufgrund des Geldspiels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigerung meines Tabakkonsums.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigerung meines Alkoholkonsums.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Ich mache das...			
	...überhaupt nicht	...selten	...ab und zu	...oft
Ich beschäftige mich mit Arbeit oder anderen Sachen, um auf andere Gedanken zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konzentriere mich darauf, etwas an meiner Situation zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rede mir ein, dass das alles nicht wahr ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche aufmunternde Unterstützung von anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebe es auf, mich damit zu beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich handle aktiv, um die Situation zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich will einfach nicht glauben, dass mir das passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich 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"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Fernsehserien (z.B. Game of Thrones, Big Bang Theory), die Sie im Fernsehen, auf DVD, über Streaming, Netflix, Amazon, heruntergeladen etc. schauen.

I39. Wie häufig haben Sie IN DEN LETZTEN 12 MONATEN Fernsehserien geschaut (im Fernsehen, Netflix, Amazon, Streaming, DVD etc.)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nie -> Weiter zur Frage I42, Seite 55 | <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Ein paar Mal pro Jahr | <input type="checkbox"/> 3 bis 4 Mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1 bis 3 Mal pro Monat | <input type="checkbox"/> Jeden Tag oder fast jeden Tag |

I40. An einem Tag, an dem Sie Serien schauen, wie viel Zeit verbringen Sie durchschnittlich damit?

_____ Stunden _____ Minuten

I41. Im Folgenden finden Sie 6 Fragen zu Ihrem Konsum von Fernsehserien. Bitte wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen am besten entspricht.

IN DEN LETZTEN 12 MONATEN, wie häufig...

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
...haben Sie darüber nachgedacht, wie Sie mehr Zeit fürs Serien schauen freimachen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie viel mehr Zeit mit dem Schauen von Serien verbracht als ursprünglich geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie Serien geschaut um Gefühle von Schuld, Angst, Hilfslosigkeit oder Depression zu reduzieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat Ihnen jemand gesagt, dass Sie Ihren Konsum von Serien reduzieren sollten, aber Sie haben nicht darauf gehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wurden Sie unruhig oder aufgewühlt, wenn Sie keine Serien schauen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Sie Ihre Partnerin/ Ihren Partner, Familienmitglieder oder Freunde ignoriert wegen Serien schauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I42. Seitdem Sie 25 JAHRE ALT geworden sind, wie oft haben Sie...

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Nie	1- bis 2-mal	3- bis 5-mal	6- bis 9-mal	10- bis 19-mal	20-mal oder 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 darüber 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"/>

143. Inwiefern sind Sie mit den folgenden Aussagen einverstanden?

Kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.	Sehr zutreffend	Eher zutreffend	Eher unzutreffend	Völlig unzutreffend
Gewöhnlich denke ich sorgfältig nach, bevor ich irgendetwas unternehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich wirklich voller Begeisterung bin, neige ich dazu, nicht über die Konsequenzen meiner Handlungen nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal tue ich gerne etwas, das ein wenig furchterregend ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich verärgert bin, handle ich oft unüberlegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich führe Dinge im Allgemeinen gerne zu Ende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Denken ist in der Regel sorgfältig und zielgerichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Hitze eines Wortgefechts sage ich oft Dinge, die ich später bereue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich einmal angefangen habe, bringe ich auch zu Ende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe ziemlich gerne Risiken ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich überglücklich bin, kann ich mich nicht davon abhalten, zu überdrehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich erst einmal mit einem Projekt beginne, so führe ich es fast immer zu Ende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich verärgert bin, mache ich oft etwas nur noch schlimmer, weil ich unüberlegt handle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidungen fälle ich gewöhnlich nach reiflicher Überlegung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche im Allgemeinen nach neuen und aufregenden Erfahrungen und Erlebnissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich wirklich voller Begeisterung bin, neige ich dazu, unüberlegt zu handeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ein produktiver Mensch, der seine Arbeit immer erledigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich abgelehnt fühle, sage ich oft Dinge, die ich später bereue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag neue und aufregende Erfahrungen und Erlebnisse, selbst wenn sie ein bisschen furchterregend und unkonventionell sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevor ich eine Entscheidung fälle, wäge ich alle Vor- und Nachteile ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich sehr glücklich bin, finde ich es normal, meinem Verlangen nachzugeben und es zu übertreiben.	<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 Ihre Antworten streng vertraulich behandelt werden.

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

- Ja
- Nein, => *gehen Sie auf die Seite 59*

J5. An wie vielen TAGEN PRO MONAT besuchen Sie pornographische Internetseiten?

_____ Tage / Monat

J6. An Tagen, an denen Sie pornographische Internetseiten besuchen, wie viel Zeit verbringen Sie damit?

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"/>

J7. 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 etwas 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"/>



* * *

Bitte geben Sie das heutige Datum an:

__ __ / __ __ / 2 0 __ __ (TT/MM/JJJJ)

Als Dank erhalten Sie einen Gutschein per Post A+ im Wert von CHF 50.- (dies kann zwei bis sechs Wochen dauern, vielen Dank für Ihre Geduld).

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

- Gutschein Media Markt Gutschein COOP
- Gutschein Zalando

Ich stimme zu, von den Autoren einer anderen Studie zum Thema **Schlaf und Wachheit tagsüber*** bezüglich einer möglichen Teilnahme an der Studie kontaktiert zu werden

- Ja
 Nein

*In der Studie geht es um die Erfassung Ihrer Schlafgewohnheiten und Ihrer Wachheit mithilfe eines Smartphones. Mit einer App, die Sie herunterladen können, werden Ihr Schlaf-Wach-Rhythmus und Ihre Wachheit anhand der Tippgeschwindigkeit auf Ihrem Smartphone erfasst. Anschliessend werden Ihnen Massnahmen für einen besseren Schlaf vorgeschlagen und die Auswirkungen dieser Massnahmen auf Ihren Schlaf-Wach-Rhythmus sowie auf Ihre Wachheit evaluiert.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!!!





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

