

FRAGEBOGEN FÜR SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER

Genehmigt vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus
am 13.12.2018, Aktenzeichen: IV.8-BO4106.2018/27/8

Liebe Schülerin, lieber Schüler,

dieser Fragebogen ist Teil einer internationalen Studie über den Gebrauch von Alkohol, Drogen und Tabak unter Schülern deines Alters. Die Erhebung wird dieses Jahr in mehr als 35 europäischen Ländern durchgeführt. Du bist eine(r) von ca. 4000 Schüler/innen in Bayern, die an dieser Studie teilnehmen.

Schreibe deinen Namen nicht auf den Fragebogen!

Wenn du den Fragebogen beantwortet hast, gib ihn bitte persönlich in den bereitgestellten gemeinsamen Umschlag. Dieser wird dann in deinem Beisein von der Lehrerin / dem Lehrer verschlossen, der die Durchführung der Untersuchung beaufsichtigt. Die ausgefüllten Fragebögen werden von niemandem an deiner Schule eingesehen. Sie gehen direkt an ein drittes Institut zur Datenaufbereitung. Dieses Institut kann die Fragebögen weder dir noch deiner Schule zuordnen.

Für den Erfolg der Studie ist es wichtig, dass du jede Frage so gewissenhaft und ehrlich wie möglich beantwortest. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

Dies ist kein Test, es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten. Solltest du keine genau passende Antwort finden, wähle die Kategorie, die ihr am nächsten kommt.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist sehr einfach:

- Kreuze einfach die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen kleinen Kästchen an.
- Bei einigen Fragen müssen Zahlenangaben gemacht werden.

Beispiel: **Wann wurdest du geboren?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 0 | 0 | 3 |
|---|---|---|---|

Wir hoffen, dass du den Fragebogen interessant findest.

Vielen Dank für deine Teilnahme!

BITTE BEGINNE ERST MIT DEM FRAGEBOGEN, NACHDEM DU DIE ANWEISUNGEN AUF DEM DECKBLATT GELESEN HAST.

Der erste Abschnitt erfragt Informationen über dich, die Schule und deine Freizeit.

1. Du bist

- 1 männlich
2 weiblich

2. Wann wurdest du geboren?

Monat: Jahr:
(01 für Januar, ... 12 für Dezember)

3. An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) machst du Folgendes?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | nie | ein paar mal im Jahr | 1 oder 2 mal pro Monat | mind. 1 mal pro Woche | (fast) jeden Tag |
|--|--------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| a) Computerspiele spielen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Sport treiben oder trainieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Bücher zum Vergnügen lesen (Schulbücher zählen nicht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Am Abend ausgehen (Disco, Café, Party etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Andere Hobbies (Musizieren, Singen, Zeichnen, Schreiben etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Mit Freunden treffen (im Einkaufszentrum, im Park oder auf der Straße) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Im Internet surfen (Chats, Musik, Spiele, soziale Netzwerke (z.B. Facebook), Videos etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) An Spielautomaten spielen, an denen man Geld gewinnen kann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. An wie vielen Schultagen (wenn überhaupt) hast du in den letzten 30 Tagen eine oder mehrere Stunden gefehlt?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| Ich habe eine oder mehrere Stunden gefehlt... | an keinem Tag | an 1 Tag | an 2 Tagen | an 3 - 4 Tagen | an 5 - 6 Tagen | an 7 Tagen oder mehr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| a) wegen Krankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) wegen „Schwänzen“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) aus anderen Gründen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

5. Welche Note entspricht am ehesten deiner Durchschnittsnote am Ende des letzten Schuljahrs?

- sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend
1 2 3 4 5 6

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit dem Rauchen (Zigaretten inklusive selbst gerollte Zigaretten aber nicht mit Elektronischen Zigaretten (E-Zigaretten))

6. Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach für dich, an Zigaretten (nicht E-Zigaretten) heranzukommen, wenn du es möchtest?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| unmöglich | sehr schwierig | ziemlich schwierig | ziemlich leicht | sehr leicht | weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

7. Wie oft (wenn überhaupt) hast du in deinem Leben Zigaretten (nicht E-Zigaretten) geraucht?

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nie | 1-2mal | 3-5mal | 6-9mal | 10-19mal | 20-39mal | 40mal oder öfter |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

8. Wie viele Zigaretten (nicht E-Zigaretten) hast du in den letzten 30 Tagen geraucht?

- 1 keine
- 2 weniger als 1 Zigarette in der Woche
- 3 weniger als 1 Zigarette pro Tag
- 4 1-5 Zigaretten pro Tag
- 5 6-10 Zigaretten pro Tag
- 6 11-20 Zigaretten pro Tag
- 7 mehr als 20 Zigaretten pro Tag

9. Wann (wenn überhaupt) hast du Folgendes zum ersten Mal getan?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | nie | mit 9 Jahren oder jünger | mit 10 Jahren | mit 11 Jahren | mit 12 Jahren | mit 13 Jahren | mit 14 Jahren | mit 15 Jahren | mit 16 Jahren oder älter |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Deine <u>erste</u> Zigarette (nicht E-Zigaretten) geraucht | <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"/> |
| b) <u>Täglich</u> Zigaretten (nicht E-Zigaretten) geraucht | <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"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

10. Hast du jemals E-Zigaretten genutzt (gedampft)?

Kreuze alles an, was zutrifft.

- Ja, in den letzten 30 Tagen
- Ja, in den letzten 12 Monaten
- Ja, vor mehr als 12 Monaten
- Nein

11. Wie oft hast du in den letzten 30 Tagen E-Zigaretten genutzt (gedampft)?

Kreuze alles an, was zutrifft.

- Gar nicht
- Weniger als 1mal pro Woche
- Mindestens 1mal pro Woche
- Fast jeden Tag

12. Wann (wenn überhaupt) hast du Folgendes zum ersten Mal getan?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | nie | mit 9 Jahren oder jünger | mit 10 Jahren | mit 11 Jahren | mit 12 Jahren | mit 13 Jahren | mit 14 Jahren | mit 15 Jahren | mit 16 Jahren oder älter |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Deine <u>erste</u> E-Zigarette genutzt (gedampft)? | <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"/> |
| b) <u>Täglich</u> E-Zigaretten genutzt (gedampft)? | <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"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

13. Als du das erste Mal eine E-Zigarette genutzt (gedampft) hast (wenn überhaupt), welchen Bezug hattest du zu Tabak?

- Ich habe noch nie E-Zigaretten probiert
- Ich hatte noch nie Tabak geraucht
- Ich hatte gelegentlich Tabak geraucht
- Ich rauche regelmäßig Tabak

14. Warum hast du eine E-Zigarette das erste Mal probiert?

Kreuze alles an, was zutrifft

- Ich habe noch nie E-Zigaretten probiert
- Um Zigaretten rauchen aufzuhören
- Aus Neugier
- Weil meine Freunde mir eine E-Zigarette angeboten haben
- Keine der oben genannten Gründe

15. **Das erste Mal** als du eine E-Zigarette genutzt (gedampft) hast, was hat deine E-Zigarette enthalten?

Kreuze alles an, was zutrifft

- Ich habe noch nie E-Zigaretten probiert
- Nikotin
- Aroma
- Weiß nicht

16. Hast du **jemals** Wasserpfeife (Shisha), Schnupftabak oder Tabakerhitzer (z.B. IQOS) genutzt?

Kreuze alles an, was zutrifft

| | Ja, in den letzten 30 Tagen | Ja, in den letzten 12 Monaten | Ja, aber vor mehr als 12 Monaten | Nein |
|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|
| a) Wasserpfeife (Sisha) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Schnupftabak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Tabakerhitzer (z.B. IQOS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 1 | 1 | 1 |

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit alkoholischen Getränken wie Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltigen Mixgetränken.

17. Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach für dich, an eines der folgenden Getränke heranzukommen, wenn du es möchtest?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | un- möglich | sehr schwierig | ziemlich schwierig | ziemlich leicht | sehr leicht | weiß nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Bier (alkoholfreies Bier ausgenommen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Wein/Sekt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Spirituosen (Whiskey, Kognak, Schnaps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Alkoholhaltige Mixgetränke (Alkopops, Longdrinks (z.B. Wodka-Cola), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

18. Wie oft (wenn überhaupt) hast du irgendein alkoholisches Getränk getrunken?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Anzahl der Gelegenheiten | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 oder mehr |
| a) In deinem ganzen Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Während der letzten 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Während der letzten 30 Tage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

**Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit dem Konsum alkoholischer Getränke
in den letzten 30 Tagen.**

19. Denke an die letzten 30 Tage. Wie oft (wenn überhaupt) hast du folgende alkoholische Getränke getrunken?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Anzahl der Gelegenheiten | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 oder mehr |
| a) Bier (alkoholfreies Bier ausgenommen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Wein/Sekt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Spirituosen (Whiskey, Kognak, Schnaps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Alkoholhaltige Mixgetränke (Alkopops, Longdrinks (z.B. Wodka-Cola), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

20. Denke bitte an die letzten 30 Tage. Wie oft (wenn überhaupt) hast du bei einer Gelegenheit 5 oder mehr alkoholische Drinks getrunken?

Bitte beachte die jeweiligen Flaschen- und Gläsergrößen und versuche auf „Drinks“ umzurechnen! (z.B. 1 großes Glas Wein = 2 Drinks, 2 große Bier á 0,5l = 3 Drinks usw.)

1 „Drink“ entspricht ungefähr:

| | | | | | | |
|---|-------------|---|-------------|--|-------------|---|
|  | <i>oder</i> |  | <i>oder</i> |  | <i>oder</i> |  |
| 1 kleine Flasche oder 1 kl. Glas Bier = 0,33l | | 1 kleines Glas Wein oder Sekt = 0,1l | | 1 Glas Spirituosen = 0,04l („doppelter Schnaps“) | | 1 Glas alkoholhaltige Mixgetränke = 0,33l |

- 1 nie
- 2 1mal
- 3 2mal
- 4 3-5mal
- 5 6-9mal
- 6 10mal oder mehr

Denke jetzt bitte an den letzten Tag, an dem du Alkohol getrunken hast.

21. Wann hast du das letzte Mal Alkohol getrunken?

- 1 Ich trinke niemals Alkohol
- 2 vor 1-7 Tagen
- 3 vor 8-14 Tagen
- 4 vor 15-30 Tagen
- 5 vor 1 Monat -1 Jahr
- 6 vor mehr als 1 Jahr

22. Bitte denke an den letzten Tag, an dem du Alkohol getrunken hast.

Welches der folgenden Getränke hast du an diesem Tag getrunken?

Kreuze alles Zutreffende an.

- 1 Ich trinke niemals Alkohol
- 1 Bier (alkoholfreies Bier ausgenommen)
- 1 Wein oder Sekt
- 1 Spirituosen (Whiskey, Kognak, Schnaps)
- 1 Alkoholhaltige Mixgetränke (Alkopops, Longdrinks (z.B. Wodka-Cola), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle)

Bitte beachte die jeweiligen Flaschen- und Gläsergrößen!



1 kleine Flasche oder 1 kl. Glas Bier
= 0,33l



1 kleines Glas Wein oder Sekt
= 0,1l



1 Glas Spirituosen
= 0,04l
(„doppelter Schnaps“)



1 Glas alkoholhaltige
Mixgetränke
= 0,33l

22 a. Wenn du an diesem Tag Bier getrunken hast, wie viel hast du getrunken?

(alkoholfreies Bier ausgeschlossen)

- 1 Ich trinke niemals Bier
- 2 Ich habe an diesem Tag kein Bier getrunken
- 3 weniger als 2 Flaschen/Gläser
- 4 2-3 Flaschen/Gläser
- 5 4-6 Flaschen/Gläser
- 6 mehr als 6 Flaschen/Gläser

22 b. Wenn du an diesem Tag Wein oder Sekt getrunken hast, wie viel hast du getrunken?

- 1 Ich trinke niemals Wein/Sekt
- 2 Ich habe an diesem Tag keinen Wein/Sekt getrunken
- 3 weniger als 2 Gläser
- 4 2-3 Gläser oder eine halbe Flasche
- 5 4-6 Gläser
- 6 mehr als 6 Gläser oder mehr als 1 Flasche

22 c. Wenn du an diesem Tag Spirituosen getrunken hast, wie viel hast du getrunken?

- 1 Ich trinke niemals Spirituosen
- 2 Ich habe an diesem Tag keine Spirituosen getrunken
- 3 weniger als 2 Gläser
- 4 2-3 Gläser
- 5 4-6 Gläser
- 6 mehr als 6 Gläser

22 d. Wenn du an diesem Tag alkoholhaltige Mixgetränke getrunken hast, wie viel hast du getrunken?

- 1 Ich trinke niemals alkoholhaltige Mixgetränke
- 2 Ich habe an diesem Tag keine alkoholhaltigen Mixgetränke getrunken
- 3 weniger als 2 Gläser
- 4 2-3 Gläser
- 5 4-6 Gläser
- 6 mehr als 6 Gläser

22 e. Bitte kreuze auf dieser Skala von 1-10 an, wie betrunken du deiner Einschätzung nach an dem letzten Tag, an dem du Alkohol getrunken hast, warst.

(Wenn du überhaupt keine Alkoholwirkung gespürt hast, solltest du die "1" ankreuzen.)

überhaupt nicht betrunken
schwer betrunken, beispielsweise so, dass ich mich an nichts mehr erinnern konnte

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Ich trinke niemals Alkohol

11

Die folgenden Fragen beschäftigen sich auch mit Alkohol.

23. Wie oft (wenn überhaupt) warst du aufgrund alkoholischer Getränke betrunken, so dass du z.B. beim Laufen hin und hergeschwankt bist, nicht mehr ordentlich sprechen konntest oder dich am nächsten Tag an nichts mehr erinnern konntest?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | 0 mal | 1-2 mal | 3-5 mal | 6-9 mal | 10-19 mal | 20-39 mal | 40mal oder öfter |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) In deinem ganzen Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Während der letzten 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Während der letzten 30 Tage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

24. In den letzten 12 Monaten, wie oft hast du Alkohol getrunken,...

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Nie | Selten | Manchmal | Meistens | Immer |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) weil es hilft, dass du Spaß auf einer Party hast? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) weil es hilft, wenn du dich depressiv oder nervös fühlst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) um dich aufzuheitern, wenn du schlechte Stimmung hast? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) weil du das Gefühl magst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) um „high“ zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) weil es das gesellige Beisammensein lustiger macht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) um in eine Gruppe zu passen, die du magst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) weil Partys und Feiern besser werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) um deine Probleme zu vergessen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) weil es Spaß macht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) um gemocht zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) damit du dich nicht ausgeschlossen fühlst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

25. Wann (wenn überhaupt) hast du Folgendes zum ersten Mal getan?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | nie | mit 9 Jahren oder jünger | mit 10 Jahren | mit 11 Jahren | mit 12 Jahren | mit 13 Jahren | mit 14 Jahren | mit 15 Jahren | mit 16 Jahren oder älter |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Alkohol getrunken (mind. 1 Glas) | <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"/> |
| b) Dich mit Alkohol betrunken | <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"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

26. Diese Frage beschäftigt sich mit deinem Alkoholkonsum in den letzten 7 Tagen.

Bitte jede Frage beantworten. Für keinen Konsum eines Getränks bitte eine „0“ angeben.

a. An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du irgendein alkoholisches Getränk getrunken?

In den letzten 7 Tagen an Tagen **irgendein alkoholisches Getränk** getrunken
(0 = an keinem Tag – 7 = jeden Tag)

b. Wie viele Flaschen oder Gläser Bier hast du getrunken?

In den letzten 7 Tagen Gläser oder Flaschen **Bier** getrunken
(0 = kein Bier getrunken)



1 kleine Flasche oder **1** kl. Glas Bier = **0,33l**

c. Wie viele Gläser Wein oder Sekt hast du getrunken?

In den letzten 7 Tagen Gläser **Wein oder Sekt** getrunken
(0 = kein Wein oder Sekt getrunken)



1 kleines Glas Wein oder Sekt = **0,1l**

d. Wie viele Gläser Spirituosen hast du getrunken?

In den letzten 7 Tagen Gläser **Spirituosen** getrunken
(0 = keine Spirituosen getrunken)



1 Glas Spirituosen = **0,04l** („doppelter Schnaps“)

e. Wie viele Gläser alkoholhaltige Mixgetränke hast du getrunken?

In den letzten 7 Tagen Gläser **alkoholhaltige Mixgetränke** getrunken
(0 = keine alkoholhaltigen Mixgetränke getrunken)



1 Glas alkoholhaltige Mixgetränke = **0,33l**

Beruhigungs- und Schlafmittel wie Valium oder Rohypnol werden manchmal von Ärzten verschrieben, um Menschen zu helfen, sich zu beruhigen, Schlaf zu finden oder sich zu entspannen. Apotheken dürfen diese Mittel nur mit ärztlicher Verschreibung verkaufen.

27. Hast du jemals Beruhigungs- oder Schlafmittel genommen, weil dir ein Arzt gesagt hat, du sollst sie nehmen?

- 1 Nein, niemals
 2 Ja, aber nur über einen Zeitraum von weniger als 3 Wochen
 3 Ja, über einen Zeitraum von mehr als 3 Wochen

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Cannabis (Marihuana oder Haschisch).

28. Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach für dich, an Cannabis heranzukommen, wenn du es möchtest?

- unmöglich sehr schwierig ziemlich schwierig ziemlich leicht sehr leicht weiß nicht

 1 2 3 4 5 6

29. Wie oft (wenn überhaupt) hast du Cannabis konsumiert?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Anzahl der Gelegenheiten | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 oder mehr |
| a) In deinem ganzen Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Während der letzten 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Während der letzten 30 Tage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

30. Wann (wenn überhaupt) hast du Cannabis zum ersten Mal probiert?

- nie mit 9 Jahren oder jünger mit 10 Jahren mit 11 Jahren mit 12 Jahren mit 13 Jahren mit 14 Jahren mit 15 Jahren mit 16 Jahren oder älter

 1 2 3 4 5 6 7 8 9

31. Hast du während der letzten 12 Monate Cannabis konsumiert?

1 nein

2 ja → **Wie oft ist dir in den letzten 12 Monaten Folgendes passiert?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | nie | selten | von Zeit zu Zeit | ziemlich oft | sehr oft |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Hast du Cannabis am Vormittag geraucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Hast du Cannabis geraucht als du allein warst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Hattest du Gedächtnisprobleme als du Cannabis geraucht hast? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Haben Freunde oder Mitglieder deiner Familie dir geraten, deinen Cannabiskonsum zu reduzieren oder aufzuhören? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Hast du erfolglos versucht deinen Cannabiskonsum zu reduzieren oder damit aufzuhören? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Hattest du Probleme wegen deines Cannabiskonsums, wie zum Beispiel Streit, Kampf, Unfall, schlechte Schulleistungen etc.? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit anderen Drogen.

32. Wie oft (wenn überhaupt) hast du Substanzen (z.B. Klebstoff, Lack, Feuerzeuggas) geschnüffelt um „high“ zu werden?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Anzahl der Gelegenheiten | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0mal | 1-2mal | 3mal oder mehr |
| a) In deinem ganzen Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Während der letzten 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Während der letzten 30 Tage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 |

33. Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach für dich, an eine der folgenden Substanzen heranzukommen, wenn du es möchtest?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | unmöglich | sehr schwierig | ziemlich schwierig | ziemlich leicht | sehr leicht | weiß nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Aufputschmittel / Amphetamine (z.B. Speed, Pep) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Methamphetamine (z.B. Crystal Meth) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Beruhigungs- oder Schlafmittel (ohne ärztliche Verschreibung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Ecstasy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Kokain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Crack | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

34. Wie oft (wenn überhaupt) hast du folgende Drogen konsumiert?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Anzahl der Gelegenheiten | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | 0mal | 1-2mal | 3mal oder mehr |
| a) Ecstasy in deinem ganzen Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ecstasy während der letzten 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Amphetamine in deinem ganzen Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Amphetamine während der letzten 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Methamphetamine in deinem ganzen Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Methamphetamine während der letzten 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Kokain in deinem ganzen Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Kokain während der letzten 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Crack in deinem ganzen Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Crack während der letzten 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Heroin in deinem ganzen Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Heroin während der letzten 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 |

35. Wie oft in deinem Leben (wenn überhaupt) hast du eine der folgenden Drogen genommen?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Anzahl der Gelegenheiten | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0mal | 1-2mal | 3mal oder mehr |
| a) LSD oder andere Halluzinogene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Drogenpilze („Magic mushrooms“) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) GHB / Liquid Ecstasy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Relevin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Drogen durch Injektion mit einer Nadel (Heroin, Kokain, Amphetamine) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 |

36. Wie oft in deinem Leben (wenn überhaupt) hast du eine der folgenden Drogen genommen?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Anzahl der Gelegenheiten | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0mal | 1-2mal | 3mal oder mehr |
| a) Verschreibungspflichtige Beruhigungs- oder Schlafmittel (ohne ärztliche Verschreibung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Anabole Steroide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Alkohol mit Medikamenten zusammen, um „high“ zu werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Schmerzmittel, um „high“ zu werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 |

37. Wann (wenn überhaupt) hast du Folgendes zum ersten Mal getan?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | nie | mit 9 Jahren oder jünger | mit 10 Jahren | mit 11 Jahren | mit 12 Jahren | mit 13 Jahren | mit 14 Jahren | mit 15 Jahren | mit 16 Jahren oder älter |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Verschreibungspflichtige Beruhigungs- oder Schlafmittel probiert (ohne ärztliche Verschreibung) | <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"/> |
| b) Aufputzmittel / Amphetamine oder Methamphetamine probiert | <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"/> |
| c) Kokain oder Crack probiert | <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"/> |
| d) Ecstasy probiert | <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"/> |
| e) Geschnüffelt, um „high“ zu werden (z.B. Klebstoff, Lack, Feuerzeuggas) | <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"/> |
| f) Alkohol mit Medikamenten zusammen genommen, um „high“ zu werden | <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"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

In den folgenden Fragen geht es um sogenannte „Neue psychoaktive Substanzen“.

38. „Neue psychoaktive Substanzen“ imitieren den Effekt von illegalen Substanzen wie zum Beispiel Cannabis oder Ecstasy. „Neue psychoaktive Substanzen“ werden auch „Legal Highs“ oder „Research Chemicals“ genannt und werden in unterschiedlichen Formen hergestellt und verkauft, zum Beispiel als Kräutermischung, als Puder oder in Form von Kristallen oder Tabletten.

Hast du jemals solche Substanzen konsumiert?

| | Anzahl an Gelegenheiten | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0mal | 1-2mal | 3mal oder öfter | Weiß nicht/nicht sicher |
| a) In deinem Leben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) In den letzten 12 Monaten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

39. In welcher Form hast du „Neue psychoaktive Substanzen“ in den letzten 12 Monaten konsumiert?

Bitte alles ankreuzen, was zutrifft.

- Ich habe solche Substanzen in den letzten 12 Monaten nicht konsumiert
- Kräutermischungen mit drogenähnlichen Effekten
- Puder, Kristalle oder Tablette mit drogenähnlichen Effekten
- Flüssigkeiten mit drogenähnlichen Effekten
- andere Form

40. Wie oft in deinem Leben (wenn überhaupt) hast du eine der folgenden Substanzen genommen?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Anzahl der Gelegenheiten | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0mal | 1-2mal | 3mal oder mehr |
| a) Synthetische Cannabinoide (Räuchermischungen, Spice etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Synthetische Cathinone (Badesalze, Mephedron, MDPV, „Alphas“, Methylone etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Halluzinogene Substanzen (5-Meo-MiPT, 4-AcO-DMT, 1p-LSD etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Stimulierende Substanzen (2C-B, 4-FA etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 |

In den folgenden Fragen geht es noch einmal um verschiedene Substanzen.

41. Welches Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art gehen deiner Meinung nach Leute ein, wenn sie...

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | kein Risiko | leichtes Risiko | mäßiges Risiko | großes Risiko | weiß nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) gelegentlich Zigaretten rauchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ein oder zwei Päckchen Zigaretten am Tag rauchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) E-Zigaretten ein- oder zweimal probieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) einen oder zwei Drinks fast jeden Tag trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) vier oder fünf Drinks fast jeden Tag trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) fünf oder mehr Drinks zu einer Gelegenheit fast jedes Wochenende trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

42. Und nochmal: welches Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art gehen deiner Meinung nach Leute ein, wenn sie...

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | kein Risiko | leichtes Risiko | mäßiges Risiko | großes Risiko | weiß nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Cannabis ein- oder zweimal probieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Cannabis gelegentlich rauchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Cannabis regelmäßig rauchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Ecstasy ein- oder zweimal probieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Ecstasy regelmäßig nehmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Aufputschmittel/Amphetamine ein- oder zweimal probieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Aufputschmittel/Amphetamine regelmäßig nehmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Synthetische Cannabinoide ein- oder zweimal probieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Die folgenden Fragen befassen sich mit Sozialen Medien

43. Wie viele Stunden (wenn überhaupt) hast du während der letzten 7 Tage auf sozialen Medien zur Kommunikation mit anderen im Internet verbracht? (z.B. du hast WhatsApp, Twitter, Facebook, Skype, Snapchat, Instagramm etc. benutzt)

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | überhaupt nicht | bis zu ½ Stunde | ca. 1 Stunde | ca. 2-3 Stunden | ca. 4-5 Stunden | 6 Stunden oder mehr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) An einem Schultag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) An einem Nicht-Schultag (Wochenende, Ferien) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

44. Wie bewertest du die folgenden Aussagen zu sozialen Medien (z.B. du hast WhatsApp, Twitter, Facebook, Skype, Snapchat, Instagramm etc. benutzt)?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | stimme sehr zu | stimme eher zu | weder noch | stimme eher nicht zu | stimme überhaupt nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| a) Ich denke, ich verbringe zu viel Zeit mit sozialen Medien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ich bin schlecht gelaunt, wenn ich keine Zeit für sozialen Medien habe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Meine Eltern sagen, dass ich zu viel Zeit mit sozialen Medien verbringe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Die folgenden Fragen befassen sich mit Computerspielen (Gaming)

45. Wie viele Stunden (wenn überhaupt) hast du während der letzten 30 Tage einen Computer, ein Tablet, eine Konsole, ein Smartphone oder andere elektronische Hilfsmittel benutzt, um Spiele zu spielen? (Strategie, Puzzle, Adventure, Fußball, Kriegsspiele etc.)

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | überhaupt nicht | bis zu ½ Stunde | ca. 1 Stunde | ca. 2-3 Stunden | ca. 4-5 Stunden | 6 Stunden oder mehr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) An einem Schultag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) An einem Nicht-Schultag (Wochenende, Ferien) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

46. An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du in den letzten 7 Tagen einen Computer, ein Tablet, eine Konsole, ein Smartphone oder andere elektronische Hilfsmittel benutzt, um Spiele zu spielen? (Strategie, Puzzle, Adventure, Fußball, Kriegsspiele etc.).

| an keinem Tag | 1 Tag | 2 Tage | 3 Tage | 4 Tage | 5 Tage | 6 Tage | 7 Tage |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

47. Wie bewertest du die folgenden Aussagen zu Spielen (Gaming) auf einem Computer, einem Tablet, einer Konsole, einem Smartphone oder anderen elektronischen Hilfsmitteln?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | stimme sehr zu | stimme eher zu | weder noch | stimme eher nicht zu | stimme überhaupt nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| a) Ich denke, ich verbringe zu viel Zeit, Spiele zu spielen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ich bin schlecht gelaunt, wenn ich keine Zeit zum Spielen habe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Meine Eltern sagen, dass ich zu viel Zeit mit Spielen verbringe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Die folgenden Fragen befassen sich mit Glücksspiel mit Geldeinsatz auch im Internet (Glücksspielautomaten, Karten-oder Würfelspiele, Lotterien, Sportwetten etc.)

48. Wie oft (wenn überhaupt) hast du in den letzten 12 Monaten um Geld gespielt?

- Ich habe in den letzten 12 Monaten nicht um Geld gespielt 1
- monatlich oder seltener 2
- 2-4 Mal pro Monat 3
- 2-3 Mal oder öfter pro Woche 4

49. Wie viel Zeit (wenn überhaupt) hast du an einem typischen Tag in den letzten 12 Monaten mit Glücksspiel mit Geldeinsatz verbracht?

- 1 Ich habe in den letzten 12 Monaten nicht um Geld gespielt
- 2 Weniger als 30 Minuten
- 3 Zwischen 30 Minuten und 1 Stunde
- 4 Zwischen 1 und 2 Stunden
- 5 Zwischen 2 und 3 Stunden
- 6 3 Stunden und mehr

50. Wie oft (wenn überhaupt) hast du in den letzten 12 Monaten mehr als 2 Stunden (bei einer einzigen Gelegenheit) um Geld gespielt?

- 1 Ich habe in den letzten 12 Monaten nicht um Geld gespielt
- 2 Nie
- 3 Weniger als monatlich
- 4 Monatlich
- 5 Wöchentlich
- 6 Täglich oder fast täglich

51. Falls du in den letzten 12 Monaten um Geld gespielt hast, welche Spiele hast du dann gespielt?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Ich habe diese Spiele nicht gespielt | monatlich oder weniger | 2-4mal pro Monat | 2-3mal oder häufiger pro Woche |
|---|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| a) Geldspielautomaten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Karten- oder Würfelspiel (z.B. Poker, Bridge, Würfelspiele) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Lotteriespiele (z.B. Lotto, Bingo, Rubbellose, Brieflose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Sportwetten oder Rennwetten (z.B. Pferde- oder Hunderennen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

52. Sofern du in den letzten 12 Monaten um Geld gespielt hast, wie oft hast du hierzu das Internet benutzt?

- 1 Ich habe in den letzten 12 Monaten nicht um Geld gespielt
- 2 Ich habe nie über das Internet um Geld gespielt
- 3 Selten
- 4 Manchmal
- 5 Meistens
- 6 Immer

Nun denk nochmals an Glücksspielen mit Geldeinsatz im Allgemeinen

53. Hast du jemals das Bedürfnis verspürt, um immer mehr Geld zu spielen?

- 1 Nein
- 2 Ja

54. Hast du jemals gegenüber Menschen, die dir wichtig sind, lügen müssen, wie viel du gespielt hast?

- 1 Nein
- 2 Ja

Die folgenden Fragen beziehen sich auf deine Eltern. Wenn du hauptsächlich von Pflegeeltern, Stiefeltern oder von anderen Personen aufgezogen wurdest, beziehe deine Antwort auf diese.

Zum Beispiel: Wenn du Stiefvater und Vater bzw. Stiefmutter und Mutter hast, beziehe deine Antwort auf denjenigen, der dir näher steht.

55. Welches ist der höchste Schulabschluss deines Vaters?

Kreuze nur ein Kästchen an.

- 1 kein Abschluss
- 2 Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- 3 Mittlere Reife (Realschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule)
- 4 Abitur, Fachhochschulreife
- 5 Hochschulabschluss
- 6 Ich weiß es nicht
- 7 Es trifft nichts davon zu

56. Welches ist der höchste Schulabschluss deiner Mutter?

Kreuze nur ein Kästchen an.

- 1 kein Abschluss
- 2 Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- 3 Mittlere Reife (Realschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule)
- 4 Abitur, Fachhochschulreife
- 5 Hochschulabschluss
- 6 Ich weiß es nicht
- 7 Es trifft nichts davon zu

57. Wie wohlhabend ist deine Familie im Vergleich zu anderen Familien in Deutschland?

Kreuze nur ein Kästchen an.

- 1 sehr weit über den Durchschnitt
- 2 weit über dem Durchschnitt
- 3 über dem Durchschnitt
- 4 im Durchschnitt
- 5 unter dem Durchschnitt
- 6 weit unter dem Durchschnitt
- 7 sehr weit unter dem Durchschnitt

58. Welche der folgenden Personen leben im gleichen Haushalt wie du?

Kreuze alles Zutreffende an.

- 1 Ich lebe allein
- 1 Vater
- 1 Stiefvater
- 1 Mutter
- 1 Stiefmutter
- 1 Bruder / Brüder
- 1 Schwester(n)
- 1 Großeltern
- 1 Andere Verwandte
- 1 Nicht verwandte Person(en)

59. Welche der folgenden Aussagen treffen auf dich zu?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | fast immer | oft | manchmal | selten | fast nie |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Meine Eltern legen genau fest, was ich zu Hause tun darf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Meine Eltern legen genau fest, was ich außerhalb von zu Hause tun darf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Meine Eltern wissen, mit wem ich abends unterwegs bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Meine Eltern wissen, wo ich am Abend bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Ich kann mir leicht Geld von meiner Mutter und / oder meinem Vater borgen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Ich bekomme leicht Geld von meiner Mutter und/oder meinem Vater geschenkt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

60. Wir sind daran interessiert, was du von diesen Aussagen hältst.

Lies jede Aussage genau durch. Gib an, was du von diesen Aussagen hältst.

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Stimme gar nicht zu | | | | | | Stimme sehr zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| a) Meine Familie versucht mir wirklich zu helfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ich bekomme die emotionale Hilfe und Unterstützung, die ich von meiner Familie benötige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Ich kann mit meiner Familie über meine Probleme sprechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Meine Familie ist bereit, mir zu helfen, Entscheidungen zu treffen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

61. Wir sind daran interessiert, was du von diesen Aussagen hältst.

Lies jede Aussage genau durch. Gib an, was du von diesen Aussagen hältst.

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

| | Stimme gar nicht zu | | | | | | Stimme sehr zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| a) Meine Freunde versuchen mir wirklich zu helfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ich kann mich auf meine Freunde verlassen falls etwas schief läuft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Ich habe Freunde, mit denen ich meine Freuden und Sorgen teilen kann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Ich kann mit meinen Freunden über meine Probleme sprechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

62. Wissen deine Eltern, wo du deine Samstagabende verbringst?

Kreuze nur ein Kästchen an.

Sie wissen es immer

1

Sie wissen es meistens

2

Sie wissen es manchmal

3

Sie wissen es
gewöhnlich nicht

4

63. Wenn du jemals Cannabis genommen hättest, glaubst du, dass du eine entsprechende Frage in diesem Fragebogen wahrheitsgetreu beantwortet hättest?

Kreuze nur ein Kästchen an.

1 Ich habe angekreuzt, dass ich Cannabis genommen habe

2 sicher ja

3 wahrscheinlich ja

4 wahrscheinlich nicht

5 sicher nicht

**Verhalte dich bitte ruhig, um auch den anderen Schülern das ungestörte Ausfüllen
des Fragebogens zu ermöglichen!**

Herzlichen Dank für die Beantwortung des Fragebogens!