



## Präventionsradar

### Fragebogen für Schülerinnen und Schüler

Liebe Schülerin, lieber Schüler,  
vielen Dank, dass du an dieser Umfrage teilnimmst!

Bitte beachte:

- Die Teilnahme ist **freiwillig**. Falls du nicht teilnehmen willst, hast du keine Nachteile davon. Du kannst auch jederzeit ohne Begründung deine Teilnahme beenden. Wenn du eine Frage nicht beantworten möchtest, kannst du sie einfach auslassen.
- Der Fragebogen ist **kein Test!** Du kannst also nichts falsch machen.
- Deine Antworten werden absolut **vertraulich** behandelt. Alle Fragebögen werden nur mit dem Computer ausgewertet. Weder deine Lehrerinnen oder Lehrer, deine Eltern, noch sonstige Personen erfahren etwas über deine Antworten.
- Wir brauchen deinen Namen nicht. Wir benötigen jedoch ein Kennwort, das du auf der nächsten Seite selbst erstellst. Damit können wir bei einer weiteren Umfrage deine Daten richtig zuordnen.

Bist du dabei? Dann füllst du einfach den Fragebogen aus und  
➡ gibst ihn ausgefüllt wieder zurück. Das Ausfüllen des Fragebogens gilt als Zustimmung zur Teilnahme.

➡ Du willst nicht mitmachen? Dann sagst du das deiner Lehrerin oder deinem Lehrer und füllst den Fragebogen nicht aus.

## Jetzt bist du dran:

### Auf dieser Seite erstellst du dein geheimes Kennwort.

1. Nimm einen **dunklen Stift**.
2. Trage deine Angaben unten in die Kästchen ein.
3. Übertrage die farbig umrandeten Buchstaben und Zahlen auf die nächste Seite. Diese Buchstaben ergeben dann dein Kennwort.
4. Trenne die beiden gelben Blätter vom Fragebogen ab und behalte sie bei dir.

Schreibe bitte ...

- ... GROSSBUCHSTABEN
- ... keine Umlaute, sondern AE statt Ä, OE statt Ö und UE statt Ü
- ... SS statt ß
- ... keine Bindestriche oder Leerzeichen → Anna-Lena = ANNALENA  
→ Max Ernst = MAXERNST

Dein Vorname

Dein Geburtstag  /    
Tag Monat Jahr

Vorname deiner Mutter

Vorname deines Vaters

## Nichts vergessen?

Hast du die beiden gelben Blätter abgetrennt und dein 7-stelliges Kennwort eingetragen?



Gut! Dann kannst du jetzt beginnen, die Fragen zu beantworten.



Achtung! Reiß diese Seite bitte **nicht** ab!



# Es geht los.

1.) Ich bin  männlich  weiblich  divers

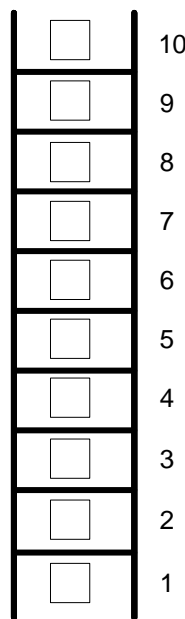
2.) Bitte kreuze an, wie sehr du dich als Junge/Mädchen fühlst.



3.) Trage hier bitte dein Alter ein:

4.) Stell dir eine Leiter mit zehn Sprossen vor, die zeigen soll, wo die **Menschen in Deutschland** stehen. Wo würdest du deine Familie auf dieser Leiter platzieren?

Das meiste Geld,  
die besten Jobs,  
die höchste Bildung



Das wenigste Geld,  
die schlechtesten Jobs,  
die niedrigste Bildung

5.) Ich wohne ...

... in einer Stadt. ... in einem Dorf/auf dem Land.

## 6.) Wie wirst du erzogen?

Sehr  
streng

Streng

Eher streng

Eher  
locker

Locker

Sehr  
locker

## 7.) Stimmen die folgenden Aussagen für dich?

**Wenn ich mal Probleme habe, sind meine Eltern für mich da.**Stimmt gar  
nichtStimmt  
überwiegend  
nicht

Teils, teils

Stimmt  
überwiegendStimmt ganz  
genau**Meine Kinder würde ich so erziehen, wie ich von meinen Eltern erzogen wurde.**Stimmt gar  
nichtStimmt  
überwiegend  
nicht

Teils, teils

Stimmt  
überwiegendStimmt ganz  
genau**Zu Hause fühle ich mich sehr wohl.**Stimmt gar  
nichtStimmt  
überwiegend  
nicht

Teils, teils

Stimmt  
überwiegendStimmt ganz  
genau

## 8.) Wie oft machst du gefährliche Sachen, um Spaß zu haben?

Überhaupt nicht

Gelegentlich

Manchmal

Oft

Sehr oft

## 9.) Wie oft machst du aufregende Sachen, auch wenn sie gefährlich sind?

Überhaupt nicht

Gelegentlich

Manchmal

Oft

Sehr oft

- 10.) Nicht alle Schülerinnen und Schüler fühlen sich **in der Schule** gleich wohl. Wenn du deine gesamte Lage in der Schule betrachtest, wie wohl fühlst du dich dann?

Sehr wohl

Eher wohl

Eher unwohl

Sehr unwohl

- 11.) Nicht alle Schülerinnen und Schüler fühlen sich **in der Klasse** gleich wohl. Wenn du deine gesamte Lage in der Klasse betrachtest, wie wohl fühlst du dich dann?

Sehr wohl

Eher wohl

Eher unwohl

Sehr unwohl

- 12.) Gibt es an deiner Schule Schülerinnen und/oder Schüler, vor denen du Angst hast?

Nein, keine/n

Ja, eine/n

Ja, zwei

Ja, mehr als zwei

- 13.) Wie schätzt du deine Schulleistungen im Vergleich zu den Mitschülerinnen und Mitschülern deiner Klasse ein?

Viel schlechter

Etwas schlechter

Etwa gleich

Etwas besser

Viel besser

- 14.) Wie sehr fühlst du dich durch die Schule und ihre Aufgaben gestresst?

Gar nicht

Ein bisschen

Eher stärker

Sehr stark

- 15.) Was sind Gründe dafür, dass du dich durch die Schule gestresst fühlst? Du kannst mehrere Antworten auswählen.

Tests oder Klassenarbeiten

Probleme mit Lehrer\*innen

Probleme mit Mitschüler\*innen

Hausaufgaben

Veränderungen des Schulalltags durch die Corona-Pandemie

Keiner davon

↓  
Weiter bei 16.)

16.) Ich habe Angst vor Klassenarbeiten und Tests.

Trifft gar  
nicht zu

Trifft eher  
nicht zu

Trifft eher zu

Trifft voll zu

17.) Ich habe Angst etwas Falsches zu sagen, wenn ich drangenommen werde.

Trifft gar  
nicht zu

Trifft eher  
nicht zu

Trifft eher zu

Trifft voll zu

18.) Ich melde mich gar nicht erst, weil ich Angst davor habe,  
etwas Falsches zu sagen.

Trifft zu

Trifft nicht zu

Weiter bei 19.)

## Nun geht es um Mobbing.

Mit Mobbing meinen wir, dass jemand immer wieder mit Absicht geärgert, angegriffen oder ausgegrenzt wird. Damit meinen wir nicht, dass zwei gleich starke Schülerinnen oder Schüler miteinander kämpfen oder sich streiten.

19.) Wie häufig wurdest du in den letzten drei Monaten ...

... in der Schule **mit Absicht** geärgert, angegriffen oder ausgegrenzt?

Niemals

Etwa einmal  
in drei Monaten

Etwa einmal  
im Monat

Etwa einmal pro  
Woche

(Fast) täglich

... über das Handy/Internet belästigt oder gemobbt?

Niemals

Etwa einmal  
in drei Monaten

Etwa einmal  
im Monat

Etwa einmal pro  
Woche

(Fast) täglich

20.) Wie häufig hast du **in den letzten drei Monaten** ...

... in der Schule andere **mit Absicht** geärgert, angegriffen oder ausgegrenzt?

Niemals	Etwa einmal in drei Monaten	Etwa einmal im Monat	Etwa einmal pro Woche	(Fast) täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... andere über das Handy/Internet belästigt oder gemobbt?

Niemals	Etwa einmal in drei Monaten	Etwa einmal im Monat	Etwa einmal pro Woche	(Fast) täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... Mobbing in der Schule beobachtet?

Niemals	Etwa einmal in drei Monaten	Etwa einmal im Monat	Etwa einmal pro Woche	(Fast) täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... Mobbing über das Internet z. B. in WhatsApp-Gruppen mitbekommen?

Niemals	Etwa einmal in drei Monaten	Etwa einmal im Monat	Etwa einmal pro Woche	(Fast) täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.) Ich weiß genau, an welche Person ich mich **in der Schule** wenden sollte, wenn ich Mobbing beobachte oder selbst davon betroffen bin.

Trifft zu	Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jetzt geht es um deinen Tag und deine Nacht.**

22.) Wann wachst du **unter der Woche** (also montags bis freitags) **normalerweise** auf oder wann wirst du geweckt? Schreibe bitte die Uhrzeit in die Kästchen.

*Beispiel:* Du wachst meistens um halb 7 auf. Dann schreibe 6:30.

		:		
--	--	---	--	--

Uhr



- 23.) Wann verlässt du morgens dein Zuhause, um zur Schule zu kommen? Schreibe bitte die Uhrzeit in die Kästchen.

*Beispiel:* Du verlässt meistens um halb 8 das Haus. Dann schreibe 7:30.

		:		
--	--	---	--	--

Uhr

- 24.) Wann beginnt normalerweise dein Unterricht am Morgen? Schreibe bitte die Uhrzeit in die Kästchen.

*Beispiel:* Dein Unterricht beginnt normalerweise um Viertel nach 8. Dann schreibe 8:15.

		:		
--	--	---	--	--

Uhr

- 25.) Isst du mindestens eine Mahlzeit am Tag gemeinsam mit deiner Familie?

Ja

Nein



- 26.) Um wieviel Uhr schläfst du **unter der Woche** (also montags bis freitags) **normalerweise** ein?

Gemeint ist die Uhrzeit, zu der du auch wirklich schläfst und nicht mehr liest, auf das Handy schaust oder wach liegst. Schreibe bitte die Uhrzeit in die Kästchen.

*Beispiel:* Du schläfst meistens um halb 10 ein. Dann schreibe 21:30.

		:		
--	--	---	--	--

Uhr

- 27.) Um wie viel Uhr schläfst du **am Wochenende** normalerweise ein?

Gemeint ist die Uhrzeit, zu der du auch wirklich schläfst und nicht mehr liest, auf das Handy schaust oder wach liegst. Schreibe bitte die Uhrzeit in die Kästchen.

*Beispiel:* Du schläfst meistens um halb 11 ein. Dann schreibe 22:30.

		:		
--	--	---	--	--

Uhr

- 28.) Wann stehst du am Wochenende normalerweise auf? Schreibe bitte die Uhrzeit in die Kästchen.  
*Beispiel:* Du stehst am Wochenende meistens um halb 10 auf. Dann schreibe 9:30.

		:		
--	--	---	--	--

Uhr

- 29.) Würdest du sagen, dass dich dein Handy vom Schlafen abhält (z. B. weil du es zu lange nutzt)?

Ja

Nein

Ich habe  
kein Handy

- 30.) Wenn du deinen Schlaf ganz allgemein beurteilen müsstest, würdest du sagen, du schläfst ...?

sehr gut

gut

mittelmäßig

schlecht

sehr schlecht

- 31.) Hast du schon einmal Schlafmittel genommen?

Ja

Nein

Weiß ich nicht

### Nun noch einige Fragen zu dir:

- 32.) Bitte denke nun an das **letzte halbe Jahr**. Überlege bei jeder Aussage, wie sehr sie auf dich zutrifft.

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen, mir wird oft schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir häufig Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen, ich muss häufig weinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Situationen machen mich nervös, ich verliere leicht das Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viele Ängste, ich fürchte mich leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33.) Bitte denke nun an das **letzte halbe Jahr**. Überlege bei jeder Aussage, wie sehr sie auf dich zutrifft.

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich bin oft unruhig, ich kann nicht lange stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht ablenken, ich finde es schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nach, bevor ich handele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende, ich kann mich lange genug konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34.) Bitte denke nun an das **letzte halbe Jahr**. Überlege bei jeder Aussage, wie sehr sie auf dich zutrifft.

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich werde leicht wütend, ich verliere oft meine Beherrschung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise tue ich, was man mir sagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlage mich häufig, ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere behaupten oft, dass ich lüge oder moegele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35.) Wie oft hast du Stress?

Nie

Selten

Oft

Sehr oft





36.) Wie zufrieden bist du allgemein mit deinem Leben?

Sehr unzufrieden

Sehr zufrieden

37.) Wenn du deine Zukunftsaussichten mit anderen Personen in deinem Alter vergleichst, denkst du, deine Aussichten sind ...

viel schlechter

etwas schlechter

genauso gut

etwas besser

viel besser

38.) Wie oft fühlst du dich alleine?

Kaum

Manchmal

Oft

39.) Wie oft fühlst du dich ausgeschlossen?

Kaum

Manchmal

Oft

40.) Wie oft hast du das Gefühl, dass dir Freunde fehlen?

Kaum

Manchmal

Oft

## Nun geht es um dein Wohlbefinden.

Die folgenden Aussagen betreffen dein Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markiere bei jeder Aussage die Antwort, die deiner Meinung nach am besten beschreibt, wie du dich in den letzten zwei Wochen gefühlt hast.

In den **letzten zwei Wochen ...**

41.) ... war ich froh und guter Laune.

Zu keinem Zeitpunkt

Ab und zu

Etwas weniger als die Hälfte der Zeit

Etwas mehr als die Hälfte der Zeit

Meistens

Die ganze Zeit



## 48.) ... das Homeschooling?

Gar nicht

Etwas

Ziemlich

Sehr

Ich hatte kein  
Homeschooling

## 49.) ... das Händewaschen in der Schule?

Gar nicht

Etwas

Ziemlich

Sehr

Wir mussten in der  
Schule nicht die  
Hände waschen.

## 50.) ... das Lüften in der Schule?

Gar nicht

Etwas

Ziemlich

Sehr

Wir haben in der  
Schule nicht  
gelüftet

## 51.) ... die Angst dich bei anderen in der Schule mit dem Coronavirus anzustecken?

Gar nicht

Etwas

Ziemlich

Sehr

Ich hatte keine Angst  
mich bei anderen  
anzustecken

## 52.) Hast du Angst davor, dass die Schule bei einer neuen Corona-Welle wieder geschlossen wird?

Nein

Ja, etwas

Ja, ziemlich

Ja, sehr

## 53.) Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Sehr gut

Gut

Mittelmäßig

Schlecht

Sehr schlecht

54.) Die folgenden Fragen beziehen sich auf das **letzte halbe Jahr**:

<input checked="" type="checkbox"/> Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.	Nie oder kaum	Jeden Monat	Jede Woche	Mehrere Male pro Woche	(Fast) täglich
Hattest du Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hattest du Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hattest du Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warst du erschöpft oder müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hattest du Probleme beim Einschlafen oder bist öfter aufgewacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Jetzt geht es um Bewegung.

55.) Die folgenden Fragen beziehen sich auf **gestern**.

(Ausnahme: Falls heute Montag ist, beziehen die Fragen sich auf letzten Donnerstag.)

Wie viel Zeit hast du an diesem Tag ungefähr mit folgenden Aktivitäten verbracht?

#### Zu Fuß gehen

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	10 bis 29 Minuten	30 bis 59 Minuten	1 bis 1,5 Stunden	Mehr als 1,5 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Mit dem Fahrrad fahren (oder mit dem Skateboard oder einem Tretroller)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	10 bis 29 Minuten	30 bis 59 Minuten	1 bis 1,5 Stunden	Mehr als 1,5 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Leichte sportliche Aktivitäten, bei denen du nicht so sehr außer Atem warst

(z. B. Inline skaten, draußen spielen, baden gehen)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	10 bis 29 Minuten	30 bis 59 Minuten	1 bis 1,5 Stunden	Mehr als 1,5 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Anstrengende sportliche Aktivitäten, bei denen du außer Atem warst

(z. B. Training, Sport im Verein, Wettkämpfe, Joggen, Trampolin springen)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	10 bis 29 Minuten	30 bis 59 Minuten	1 bis 1,5 Stunden	Mehr als 1,5 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden beiden Fragen beziehen sich auf die gesamte Zeit, die du jeden Tag körperlich aktiv bist. Körperliche Aktivitäten schließen alle Tätigkeiten ein, bei denen das Herz schneller schlägt und für eine Zeit die Atmung erhöht ist. Hierzu zählen Sport (z.B. Basketball, Fußball oder Schwimmen), Spielen mit Freunden oder das Fahrradfahren zur Schule.

**Zähle die gesamte Zeit zusammen, die du jeden Tag mit körperlicher Aktivität verbringst.**

- 56.) An wie vielen Tagen der **letzten sieben Tage** warst du für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

0 Tage    1 Tag    2 Tage    3 Tage    4 Tage    5 Tage    6 Tage    7 Tage

- 57.) An wie vielen Tagen einer **normalen Woche** bist du für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

0 Tage    1 Tag    2 Tage    3 Tage    4 Tage    5 Tage    6 Tage    7 Tage

### Jetzt geht es um deine Mediennutzung.

- 58.) Wie viel Zeit verbringst du an einem **gewöhnlichen Schultag** vor dem Computer, dem Handy oder der Spielkonsole? Gemeint ist die gesamte Zeit, also z. B. Zocken, Chatten, Videos oder Filme anschauen und mehr. Bitte schreib die Zeit in die Kästchen. Gib die Dauer in Stunden und Minuten an.

*Beispiel 1:* Du bist insgesamt 2,5 Stunden am Computer/Handy/Spielkonsole. Dann schreibe 2:30.

*Beispiel 2:* Du bist insgesamt 45 Minuten am Computer/Handy/Spielkonsole. Dann schreibe 45 hinter den Doppelpunkt.

Stunden					:					
						Minuten				

- 59.) Wie viel Zeit verbringst du an einem **gewöhnlichen schulfreien Tag** vor dem Computer, dem Handy oder der Spielkonsole? Gemeint ist die gesamte Zeit, also z. B. Zocken, Chatten, Videos oder Filme anschauen und mehr. Bitte schreib die Zeit in die Kästchen. Gib die Dauer in Stunden und Minuten an.

*Beispiel 1:* Du bist insgesamt 2,5 Stunden am Computer/Handy/Spielkonsole. Dann schreibe 2:30.

*Beispiel 2:* Du bist insgesamt 45 Minuten am Computer/Handy/Spielkonsole. Dann schreibe 45 hinter den Doppelpunkt.

Stunden					:					
						Minuten				



## Jetzt geht es um Energydrinks.

60.) Hast du in deinem Leben schon einmal Energydrinks (z. B. Red Bull, Monster) getrunken?

Ja

Nein

→ Weiter bei 63.)

61.) Wie häufig trinkst du zurzeit Energydrinks?

Gar nicht

Seltener als  
1-mal im MonatMindestens 1-mal  
im Monat, aber nicht  
jede WocheMindestens 1-mal  
pro Woche,  
aber nicht jeden Tag(Fast) jeden  
Tag

↓  
Weiter bei 63.)

62.) Würdest du sagen, dass du ...?

Sehr abhängig  
bistEtwas  
abhängig bistGar nicht  
abhängig bistWeiß ich  
nicht

## Jetzt geht es um Alkohol.

63.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher Alkohol getrunken?

Noch nie

Nur ein bisschen probiert

1-mal

2 bis 5-mal

Mehr als 5-mal

Weiter bei 68.)

64.) Wie häufig trinkst du zurzeit Alkohol?

Gar nicht

Seltener als 1-mal im Monat

Mindestens 1-mal im Monat, aber nicht jede Woche

Etwa 1-mal pro Woche

2 bis 3-mal pro Woche

4 bis 5-mal pro Woche

(Fast) täglich

65.) Würdest du sagen, dass du ...?

Sehr abhängig bist

Etwas abhängig bist

Gar nicht abhängig bist

Weiß ich nicht

Die nächsten beiden Fragen unterscheiden zwischen  Mädchen und  Jungen :

66.) Hast du jemals  4 oder mehr  5 oder mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit getrunken?

Ja

Nein

Weiter bei 68.)

67.) In den **letzten 30 Tagen**: Wie häufig hast du  4 oder mehr  5 oder mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit getrunken?

Gar nicht

1-mal

2 bis 3-mal

4 bis 5-mal

6 bis 10-mal

Mehr als 10-mal

## Nun geht es ums Rauchen.

68.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher **Zigaretten** geraucht?

- Noch nie    
  Nur ein paar Züge    
  1 bis 19-mal    
  20 bis 100-mal    
  Mehr als 100-mal

Weiter bei 71.)

69.) Wie häufig rauchst du zurzeit **Zigaretten**?

- Gar nicht  
 Seltener als einmal im Monat  
 Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche  
 Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag  
 (Fast) jeden Tag

70.) Würdest du sagen, dass du ...?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sehr abhängig bist       | Etwas abhängig bist      | Gar nicht abhängig bist  | Weiß ich nicht           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

71.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher **E-Zigarette/E-Shisha** geraucht?

- Noch nie    
  Nur ein paar Züge    
  1 bis 19-mal    
  20 bis 100-mal    
  Mehr als 100-mal

Weiter bei 75.)

72.) Wie häufig rauchst du zurzeit **E-Zigarette/E-Shisha**?

- Gar nicht  
 Seltener als einmal im Monat  
 Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche  
 Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag  
 (Fast) jeden Tag

Weiter bei 73.)

73.) Würdest du sagen, dass du ...?

Sehr abhängig bist

Etwas abhängig bist

Gar nicht abhängig bist

Weiß ich nicht

74.) Benutzt du Aromen (Geschmacksrichtungen wie z. B. Apfel, Kirsch)?

Ja

Nein

75.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher **Shisha/Wasserpfeife** geraucht?

Noch nie

Nur ein paar Züge

1 bis 19-mal

20 bis 100-mal

Mehr als 100-mal

76.) Wie häufig rauchst du zurzeit **Shisha/Wasserpfeife**?

Gar nicht

Seltener als einmal im Monat

Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche

Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag

(Fast) jeden Tag

77.) Würdest du sagen, dass du ...?

Sehr abhängig bist

Etwas abhängig bist

Gar nicht abhängig bist

Weiß ich nicht

78.) Benutzt du Aromen (Geschmacksrichtungen wie z. B. Apfel, Kirsch)?

Ja

Nein

Weiter bei 79.)

# Nun geht es um Cannabis.

79.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher **Cannabis/Marihuana** konsumiert?

- Noch nie
- Nur ein bisschen probiert
- 1 bis 19-mal
- 20 bis 100-mal
- Mehr als 100-mal



Weiter bei 82.)

80.) Wie häufig konsumierst du zurzeit **Cannabis/Marihuana**?

- Gar nicht
- Seltener als einmal im Monat
- Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche
- Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag
- (Fast) jeden Tag



81.) Würdest du sagen, dass du ...?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sehr abhängig bist       | Etwas abhängig bist      | Gar nicht abhängig bist  | Weiß ich nicht           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

82.) Welches der Produkte hast du zuerst geraucht?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zigarette                | E-Zigarette              | Shisha/<br>Wasserpfeife  | Cannabis/<br>Marihuana   | Das weiß ich nicht       | Ich rauche nicht         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

83.) Was denkst du, wie groß ist das Risiko sich körperlich und auf andere Weise zu schaden, wenn man ...

<input checked="" type="checkbox"/> Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.	Kein Risiko	Geringes Risiko	Erhöhtes Risiko	Großes Risiko
... kiff/Marihuana raucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Zigaretten raucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Alkohol trinkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... E-Zigaretten/E-Produkte raucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Shisha/Wasserpfeife raucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84.) Was würdest du sagen, wie viele deiner Freunde ...

<input checked="" type="checkbox"/> Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.	Keiner	Wenige	Die meisten	Alle
... kiffen/konsumieren Cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... trinken Energy-Drinks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... trinken Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... betrinken sich mit Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... rauchen Zigaretten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... rauchen E-Zigarette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... rauchen Wasserpfeife/Shisha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85.) Wie viele Erwachsene (über 18 Jahre) kennst du persönlich, die ...

<input checked="" type="checkbox"/> Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.	Keinen	1 Erwach-senen	2 Erwach-sene	3 oder 4 Erwach-sene	5 oder mehr Erwach-sene
... Energy-Drinks trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kiffen/Cannabis konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Alkohol trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Zigaretten rauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... E-Zigaretten rauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Wasserpfeife/Shisha rauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86.) Ist das Rauchen von Cannabis/Marihuana (kiffen/“Joint“ rauchen) in Deutschland legal?

Ja

Nein

Weiß ich nicht

Das war's! Vielen Dank für deine Teilnahme.