



# 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 à Anna-Lena = ANNALENA

à 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.) Trage hier bitte dein Alter ein:

--	--	--

3.) 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

□	10
□	9
□	8
□	7
□	6
□	5
□	4
□	3
□	2
□	1

Das wenigste Geld,  
die schlechtesten Jobs,  
die niedrigste Bildung

4.) Wie wirst du erzogen?

Sehr streng	Streng	Eher streng	Eher locker	Locker	Sehr locker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.) Isst Du mindestens einmal am Tag gemeinsam mit Deiner Familie (z. B. gemeinsames Frühstück/Mittagessen oder Abendessen)?

Ja

Nein

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

Überhaupt nicht

Gelegentlich

Manchmal

Oft

Sehr oft

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

Überhaupt nicht

Gelegentlich

Manchmal

Oft

Sehr oft

8.) Wie findest du deinen Körper?

Zu dünn

Genau richtig

Zu dick

9.) Bitte gib deine Körpergröße an (in cm):

--	--	--



Falls du nicht weißt wie groß du bist, beantworte bitte folgende Frage.

10.) Bist du kleiner, größer oder etwa genauso groß wie die meisten deiner Mitschüler/innen?

Sehr viel kleiner

Ein bisschen kleiner

Etwa genauso groß

Ein bisschen größer

Sehr viel größer

11.) Bitte gib dein Körpergewicht an (in kg):

--	--	--



Falls du nicht weißt wie viel du wiegst, beantworte bitte folgende Frage.

12.) Bist du leichter, schwerer oder etwa genauso schwer wie die meisten deiner Mitschüler/innen?

Sehr viel leichter

Ein bisschen leichter

Etwa genauso schwer

Ein bisschen schwerer

Sehr viel schwerer

13.) 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

14.) 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

15.) 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

16.) 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

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

Gar nicht

Ein bisschen

Eher stärker

Sehr stark

Weiter bei 19.)

18.) 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

Druck von Eltern

Keiner davon

19.) Ich habe Angst vor Klassenarbeiten und Tests.

Trifft gar  
nicht zu

Trifft eher  
nicht zu

Trifft eher zu

Trifft voll zu

20.) 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

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

Trifft zu

Trifft nicht zu

Weiter bei 22.)

22.) Gibt es ein Schulfach vor dem du besonders Angst hast? (Bitte wähle **nur ein** Fach aus)

Deutsch

Mathematik

Kunst

Physik

Latein

Musik

Französisch

Chemie

Sport

Erdkunde

Biologie

Sonstiges Fach

Religion

Englisch

Geschichte

Ich fürchte mich vor  
keinem Fach

## 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.

### 23.) 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... 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"/>

### 24.) 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"/>

### 25.) 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.

- 26.) 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

- 27.) 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

- 28.) 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

- 29.) 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

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

Ja

Nein

Ich habe  
kein Handy

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

sehr gut

gut

mittelmäßig

schlecht

sehr schlecht

### 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 mogele.	<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.) 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 meistens für mich alleine, ich beschäftige mich lieber mit mir selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36.) 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 versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich teile normalerweise mit Anderen (Essen, Spiele, Stifte).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nett zu jüngeren Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37.) Wie oft hast du Stress?

Nie	Selten	Oft	Sehr oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38.) Wie zufrieden bist du im allgemeinen mit deinem Leben?

Sehr unzufrieden Sehr zufrieden

39.) Wenn du mal an deine persönliche Zukunft denkst, also wie es bei dir mit der Schule weitergeht: Wie blickst du im Augenblick in die Zukunft?

Eher positiv/ optimistisch	Eher zurückhaltend/ skeptisch	Eher negativ/ pessimistisch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40.) Wie oft fühlst du dich alleine?

Kaum	Manchmal	Oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41.) Wie oft fühlst du dich ausgeschlossen?

Kaum	Manchmal	Oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

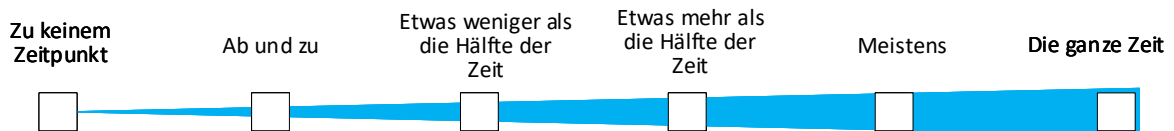
Kaum	Manchmal	Oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Nun geht es um dein Wohlbefinden.

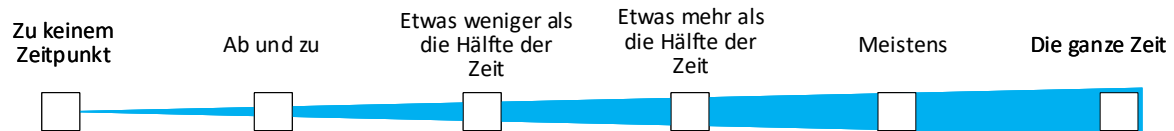
Die folgenden Aussagen betreffen dein Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markiere bei jeder Aussage die Antwort, die deiner Meinung nach am besten beschreibt, wie du dich in den letzten zwei Wochen gefühlt hast.

In den letzten zwei Wochen ...

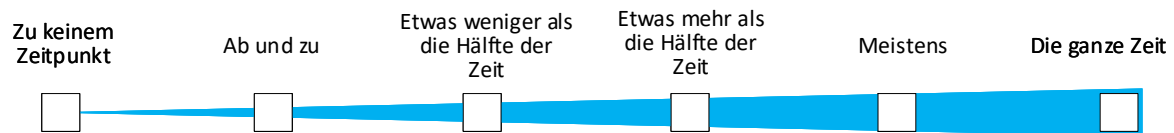
43.) ... war ich froh und guter Laune.



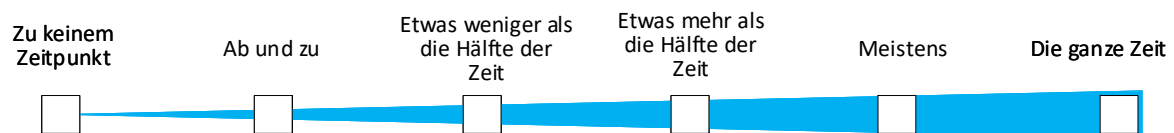
44.) ... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.



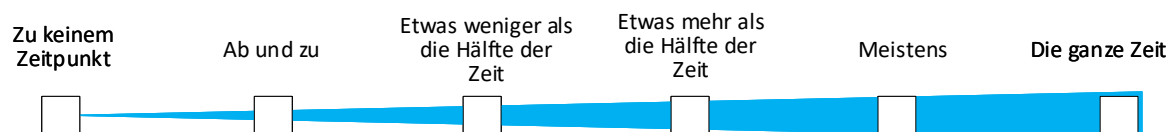
45.) ... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.



46.) ... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.



47.) ... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.



48.) Hast du Angst, dass die Krisen (z. B. Klimakrise, Ukraine-Krieg, Corona) noch lange bleiben werden?

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

49.) Hast du Angst, dass dein Leben durch die Krisen (z. B. Klimakrise, Ukraine-Krieg, Corona) schlechter wird?

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

50.) Hast du Angst, dass sich deine Familie durch die Krisen (z. B. Klimakrise, Ukraine-Krieg, Corona) bald weniger leisten kann?

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

51.) Hast du Angst, dass du durch die Ereignisse in den letzten Jahren (z. B. Klimakrise, Ukraine-Krieg, Corona) in Zukunft deine Hobbies, deinen Schulabschluss oder deinen Wunschberuf nicht mehr machen kannst?

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

52.) Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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"/>

54.) Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst?

Ja

Nein

55.) Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?

Ja

Nein

56.) Hast du in der letzten Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten zugenommen?

Ja

Nein

57.) Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden?

Ja

Nein

58.) Würdest du sagen, dass das Nachdenken über das Essen bzw. die Kalorienzufuhr dein Leben sehr beeinflusst?

Ja

Nein

59.) Habt ihr eine Schulkantine/Mensa?

Ja

Nein

 Weiter bei 64.)

60.) Bietet die Schulkantine/Mensa **Mittagessen** an?

Ja

Nein

Weiß ich nicht

61.) Wie häufig isst du **Mittagessen** in der Schulkantine/Mensa?

0 Tage	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62.) Welche der folgenden Aussagen trifft deiner Meinung nach auf das angebotene Mittagessen zu?

Das angebotene Mittagessen ist überwiegend eher **gesund**.

Das angebotene Mittagessen ist überwiegend eher **ungesund**.

63.) Findest du, dass das angebotene **Mittagessen** lecker ist? Vergib eine Schulnote 1= sehr lecker, 6= nicht lecker

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64.) An wie vielen Tagen in der Woche isst du normalerweise Süßigkeiten?

0	1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65.) An wie vielen Tagen in der Woche isst du normalerweise Junk-Food (z. B. Chips, Pommes, Döner, Currywurst, Hamburger, Tiefkühl-Pizza)?

0	1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66.) An wie vielen Tagen in der Woche trinkst du normalerweise Softdrinks (z. B. Cola, Cola light/zero, Fanta, Sprite, Schweppes, Bionade)?

0	1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Jetzt geht es um Bewegung.

67.) 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.

68.) 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69.) 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Jetzt geht es um deine Mediennutzung.

- 70.) 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

- 71.) 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.

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

Ja

Nein

**Weiter bei 74.)**

- 73.) 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

## Jetzt geht es um Alkohol.

74.) 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



75.) 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

Weiter bei 76.)

## Nun geht es ums Rauchen.

76.) 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



Zigarette

77.) 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

Weiter bei 78.)

78.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher **E-Zigarette/E-Shisha** (z. B. Elf-Bar, E-Shisha, IQOS) geraucht?

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



E-Zigarette



E-Shisha

Weiter bei 80.)

79.) 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

80.) 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



Shisha

Weiter bei 82.)

81.) 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

82.) Welches der Produkte hast du zuerst geraucht?


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


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

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Keiner	Wenige	Die meisten	Alle
... trinken Energydrinks?	<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"/>

84.) Gibt es eine oder mehrere Personen („Influencer“), der/denen du regelmäßig in sozialen Medien folgst?

Ja       Nein   Weiter bei 86.)



85.) Wie häufig schaust du dir Reels/Clips/Videos der Influencer an?

Mehrmals am Tag	Täglich	Mehrmals in der Woche	Einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Seltener
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86.) Hast du schon einmal gesehen, dass ein Influencer in einem Video...

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Ja	Nein	Erinnere ich nicht
... E-Zigaretten geraucht hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Zigaretten geraucht hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Alkohol getrunken hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Energydrinks getrunken hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Softdrinks (z. B. Cola, Cola light/zero, Fanta, Sprite) getrunken hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Junk Food (z. B. Chips, Döner, Pommes) oder Süßigkeiten gegessen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sport/Fitness gemacht hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... über das Thema Schönheit/Beauty gesprochen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... über Körpergewicht/Dünnsein/Dicksein gesprochen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... über Gesundheitsthemen gesprochen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das war's! Vielen Dank für deine Teilnahme.