



## 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 Gründe 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Dein Geburtstag

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag			Monat		Jahr		

Vorname deiner Mutter

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vorname deines Vaters

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## Nichts vergessen?

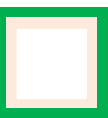
Hast du die beiden gelben Blätter abgetrennt und dein 7-stelliges Kennwort eingetragen?



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.

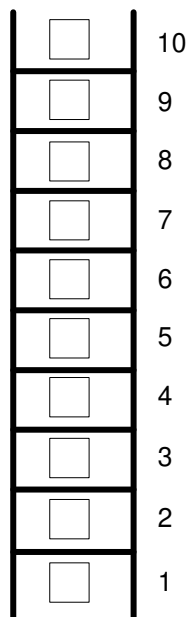


3.) Trage hier bitte dein Alter ein:

--	--

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.) Wie oft machst du dir Sorgen darüber, wie viel Geld deine Familie hat?

Nie Selten Manchmal Oft Sehr oft

6.) 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

7.) Haben sich deine Zukunftsaussichten durch die Corona-Pandemie verändert?

Viel schlechter geworden

Etwas schlechter geworden

Ungefähr gleich geblieben

Etwas besser geworden

Viel besser geworden

8.) Glaubst du, dass du ...

viel zu dünn bist?

ein bisschen zu dünn bist?

genau das richtige Gewicht hast?

ein bisschen zu dick bist?

viel zu dick bist?

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

Überhaupt nicht

Gelegentlich

Manchmal

Oft

Sehr oft

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

Überhaupt nicht

Gelegentlich

Manchmal

Oft

Sehr oft

11.) Fühlst du dich in deiner Klasse wohl?

Nein

Eher nein

Eher ja

Ja

12.) Fühlst du dich in deiner Schule wohl?

Nein

Eher nein

Eher ja

Ja

13.) Gibt es an deiner Schule Schüler\*innen, vor denen du Angst hast?

Nein, keine/n

Ja, eine/n

Ja, zwei

Ja, mehr als zwei

14.) Gibt es an deiner Schule Schüler\*innen, die vor dir Angst haben?

Nein, keine/n

Ja, eine/n

Ja, zwei

Ja, mehr als zwei

15.) Wie schätzt du deine Schulleistungen im Vergleich zu den Mitschüler\*innen deiner Klasse ein?

Viel schlechter	Etwas schlechter	Etwa gleich	Etwas besser	Viel besser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.) Was denkst du, wie schädlich ist es für die Gesundheit, wenn man viel Zeit des Tages im Sitzen verbringt?

Gar nicht	Etwas	Ziemlich	Sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.) Was denkst du, wie gut ist Alltagsbewegung für die Gesundheit?

(Zum Beispiel Gartenarbeit machen, Strecken zu Fuß/mit dem Fahrrad zurücklegen)

Gar nicht	Etwas	Ziemlich	Sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Wenn du z.B. 1,57m groß bist, dann schreibe bitte 157 in das Feld).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
----------------------	----------------------	----------------------	----

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

19.) 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Bitte gib nur ganze Zahlen wie 50 an, nicht 50,2).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
----------------------	----------------------	----------------------	----

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

21.) 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22.) An einem gewöhnlichen Tag: Wie viel Zeit verbringst du vor einem Bildschirm (z. B. fernsehen, DVD anschauen, Handy, soziale Netzwerke, im Internet surfen, Videos angucken, Spiele auf Handy/Computer/Tablet spielen, ...)?

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23.) Die folgenden Fragen beziehen sich auf **gestern**.  
(Ausnahme: Falls heute Montag ist, beziehen sich die Fragen auf letzten Donnerstag.)

**Wie viel Zeit hast du an diesem Tag mit folgenden Aktivitäten im Sitzen oder Liegen verbracht?**

**Sitzen oder Liegen vor dem Bildschirm** (z. B. beim Fernsehen, Surfen oder Spielen, am Handy)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sitzen in der Schule** (Schulstunden und Pausen)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hausaufgaben machen oder Nachhilfe erhalten**

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sitzen in Auto, Bus oder Bahn**

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hobbies im Sitzen oder Liegen** (z. B. Lesen, Malen, Instrumente spielen)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mit Freund\*innen oder deiner Familie zusammensitzen oder beim Telefonieren**

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.) Die folgenden Fragen beziehen sich auf **letzten Sonntag**.

**Wie viel Zeit hast du an diesem Tag mit folgenden Aktivitäten im Sitzen oder Liegen verbracht?**

**Sitzen oder Liegen vor dem Bildschirm** (z. B. beim Fernsehen, Surfen oder Spielen, am Handy)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hausaufgaben machen oder Nachhilfe erhalten**

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sitzen in Auto, Bus oder Bahn**

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hobbies im Sitzen oder Liegen** (z. B. Lesen, Malen, Instrumente spielen)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mit Freund\*innen oder deiner Familie zusammensitzen oder beim Telefonieren**

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<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.

25.) 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

26.) 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

27.) Welche der folgenden Geräte kannst du jederzeit und solange du willst nutzen, ohne deine Eltern um Erlaubnis zu bitten? Du kannst mehrere Antworten auswählen.

- Fernseher
- Computer/Laptop/Tablet
- Handy
- Spielekonsole
- Keins davon

28.) Würdest du sagen, dass du ...

- |                          |                          |                                |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zu viel sitzt            | viel sitzt               | weder viel noch<br>wenig sitzt | wenig sitzt              | zu wenig sitzt           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29.) Wie oft hast du Stress?

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

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

Gar nicht     Ein bisschen     Eher stärker     Sehr stark

Weiter bei 32.)

31.) Was sind Gründe dafür, dass du dich durch die Schule gestresst fühlst? Du kannst mehrere Kästchen ankreuzen.

- Tests oder Klassenarbeiten
- Probleme mit Lehrer\*innen
- Probleme mit Mitschüler\*innen
- Hausaufgaben
- Veränderungen des Schulalltags durch die Corona-Pandemie
- Keiner davon

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 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"/>
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.) Wie haben sich deine Freundschaften durch die Corona-Pandemie verändert?

Deutlich besser  
geworden

Etwas besser  
geworden

Ungefähr gleich  
geblieben

Etwas schlechter  
geworden

Deutlich schlechter  
geworden

## Jetzt geht es um deinen Schlaf.

34.) 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 schaut oder wach liegst. Schreibe bitte die Uhrzeit in die Kästchen.

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

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

Uhr

35.) 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

## Nun noch einige Fragen zu dir:

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 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"/>

37.) 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"/>

## 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.

38.) 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"/>

39.) 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 oder über das Internet 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"/>

## Jetzt geht es um Bewegung.

- 40.) 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"/>

41.) Die folgenden Fragen beziehen sich auf **letzten Sonntag**.

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

<b>Zu Fuß gehen</b>						
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"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Mit dem Fahrrad fahren (oder mit dem Skateboard, oder einem Tretroller)</b>						
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"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Leichte sportliche Aktivitäten, bei denen du nicht so sehr außer Atem warst</b> (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"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Anstrengende sportliche Aktivitäten, bei denen du außer Atem warst</b> (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"/>	<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.**

42.) 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"/>

43.) 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"/>

44.) Würdest du sagen, dass du dich ...

zu viel bewegst?      viel bewegst?      weder viel noch  
wenig bewegst?      wenig bewegst?      zu wenig bewegst?

45.) Wie stark haben dich die folgenden Gründe **in der vergangenen Woche** davon abgehalten, dich zu bewegen oder Sport zu machen?

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Gar nicht	Etwas	Ziemlich	Sehr
Ich habe in meiner Freizeit lieber etwas anderes gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte keine Lust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe lieber auf dem Computer oder einer Spielekonsole gespielt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war verletzt oder krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich musste zu viel für die Schule machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte niemanden, der mitmachen wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte keine geeignete Ausrüstung (z. B. Sportsachen, Trainings- oder Spielgeräte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Jetzt geht es um Energydrinks.

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

Ja      Nein

            Weiter bei 48.)

47.) Wie häufig trinkst du zurzeit Energydrinks?

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

## Jetzt geht es um Alkohol.

48.) 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 50.)

49.) 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

## Nun geht es ums Rauchen.

50.) 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 52.)

51.) 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

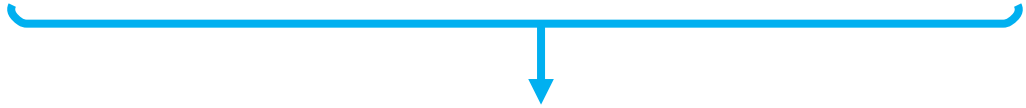


52.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher **E-Zigarette/E-Shisha** geraucht?

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



Weiter bei 55.)



53.) 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

54.) Bitte beantworte diese Frage nur, wenn du jemals **Zigaretten** und **E-Zigarette** geraucht hast:  
Was hast du zuerst geraucht?

- E-Zigaretten   
  Zigaretten   
  Weiß nicht

55.) Was denkst du: Wie gesundheitsschädlich sind **E-Zigaretten/E-Shishas**?

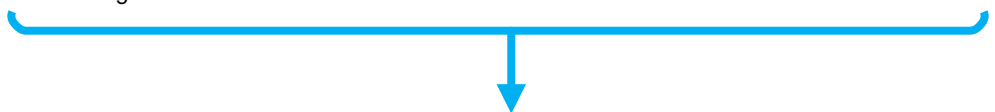
- Gar nicht   
  Etwas   
  Ziemlich   
  Sehr

56.) 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



Weiter bei 58.)



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

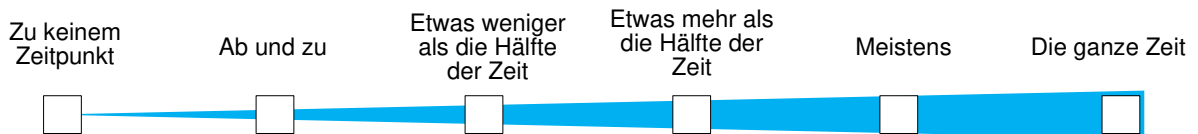
- Gar nicht  
 Seltener als einmal im Monat  
 Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche  
 Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag  
 (Fast) jeden Tag

## Nun geht es um dein Wohlbefinden.

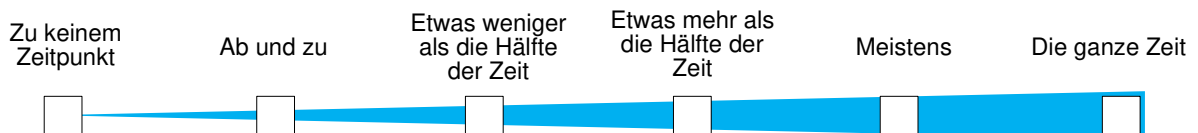
Die folgenden Aussagen betreffen dein Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markiere bei jeder Aussage die Antwort, die deiner Meinung nach am besten beschreibt, wie du dich in den letzten zwei Wochen gefühlt hast.

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

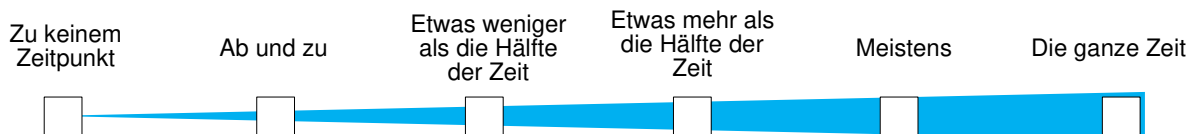
**58.)** ... war ich froh und guter Laune.



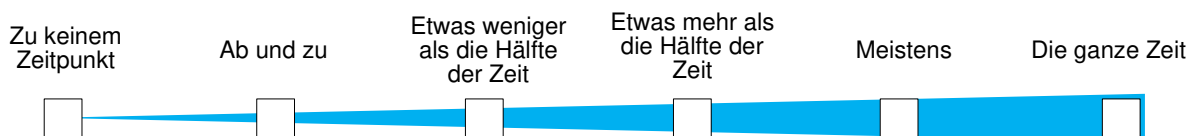
**59.)** ... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.



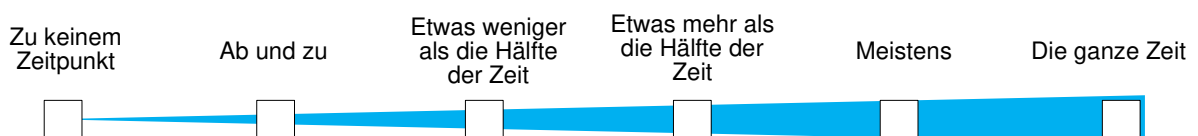
**60.)** ... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.



**61.)** ... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.



**62.)** ... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.



## Nun geht es um deine Ernährung

63.) Wie häufig isst du Obst?

Nie                      Selten                      Einmal pro Woche                      Mehrmals pro Woche                      Jeden Tag

64.) Wie häufig isst du Gemüse?

Nie                      Selten                      Einmal pro Woche                      Mehrmals pro Woche                      Jeden Tag

65.) Wie häufig trinkst du Softdrinks wie z. B. Cola oder andere zuckerhaltige Limonaden?

Nie                      Selten                      Einmal pro Woche                      Mehrmals pro Woche                      Jeden Tag

66.) Wie häufig isst du Süßigkeiten?

Nie                      Selten                      Einmal pro Woche                      Mehrmals pro Woche                      Jeden Tag

67.) Wie häufig isst du süße oder herzhaft Snacks vor einem Bildschirm (z. B. beim Fernsehen, Spielen oder Surfen im Internet)?

Nie                      Selten                      Einmal pro Woche                      Mehrmals pro Woche                      Jeden Tag

68.) Wie häufig isst du (Haupt-) Mahlzeiten vor einem Bildschirm (z. B. beim Fernsehen, Spielen oder Surfen im Internet)?

Nie                      Selten                      Einmal pro Woche                      Mehrmals pro Woche                      Jeden Tag

69.) Dieser Fragebogen beinhaltet Fragen zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Wir untersuchen, ob die Fragen richtig gelesen werden. Um zu zeigen, dass du das hier gelesen hast, antworte „Stimmt ziemlich“.

Stimmt sehr                      Stimmt ziemlich                      Stimmt mittelmäßig                      Stimmt wenig                      Stimmt nicht

## Nun noch einige Fragen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie

### 70.) Wie hat die Corona-Pandemie deinen Alltag beeinflusst?

Hast du das Folgende während der Corona-Pandemie häufiger oder seltener gemacht oder erlebt? Falls die Corona-Pandemie keinen Einfluss darauf hatte, kreuze "Keine Veränderung" an.  
Falls du das Folgende nicht machst oder erlebt hast, kreuze "Trifft auf mich nicht zu" an.

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Häufiger	Seltener	Keine Veränderung	Trifft auf mich nicht zu
Handy, Computer oder Spielekonsole zocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social Media nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood oder Süßigkeiten essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobbing in deiner Klasse beobachten (in der Schule oder im Internet, z.B. in WhatsApp-Gruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mich einsam fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langeweile erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 71.) Wie zufrieden bist du allgemein mit deinem Leben?



### 72.) Wie hat sich durch die Corona-Pandemie deine Lebenszufriedenheit verändert?

Hat sich deutlich verschlechtert	Hat sich verschlechtert	Ist gleich geblieben	Hat sich verbessert	Hat sich deutlich verbessert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 73.) Wie hat sich durch die Corona-Pandemie dein Gesundheitszustand verändert?

Hat sich deutlich verschlechtert	Hat sich verschlechtert	Ist gleich geblieben	Hat sich verbessert	Hat sich deutlich verbessert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 74.) Falls du ein Handy hast: Einen typischen Tag ohne mein Handy auskommen zu müssen ist für mich...

überhaupt kein Problem	kein Problem	eher kein Problem	eher ein Problem	ein Problem	undenkbar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Das war's! Vielen Dank für deine Teilnahme.**