

Fragebogen (Frage 1 bis 70) – insgesamt 11 Seiten

Schülerbefragung zum Konsumverhalten von Suchtmitteln und Medien 2016

Die Befragung erfolgt anonym. Es können keine Rückschlüsse auf deine Person gemacht werden. Bitte beantworte die Fragen so gewissenhaft wie möglich.

Sozialstatistische Daten

1. Wie alt bist du?

-- Alter in Jahren --

2. Bist du

- weiblich männlich

3. In welcher Klasse bist du?

6. Klasse 10. Klasse
 8. Klasse

Nikotin

4. Wie oft hast du im letzten halben Jahr geraucht?

- gar nicht nur am Wochenende
 täglich gelegentlich
 mehrmals pro Woche

5. Wie oft hast du im letzten halben Jahr E-Zigaretten geraucht?

- gar nicht gelegentlich
 täglich nur am Wochenende
 mehrmals pro Woche

6. Wie oft hast du im letzten halben Jahr Shisha geraucht?

- gar nicht nur am Wochenende
 täglich gelegentlich
 mehrmals pro Woche

7. Wie oft hast du im letzten halben Jahr E-Shisha geraucht?

- gar nicht nur am Wochenende
 täglich gelegentlich
 mehrmals pro Woche



8. Wenn du rauchst: warum? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ich rauche gar nicht | <input type="checkbox"/> weil es schmeckt |
| <input type="checkbox"/> Langeweile | <input type="checkbox"/> Probleme/Frust/Ärger |
| <input type="checkbox"/> Party, Geburtstag, Silvester | <input type="checkbox"/> weil Freunde es auch tun |
| <input type="checkbox"/> Rausch/Kick | <input type="checkbox"/> immer wenn ich Alkohol trinke |
| <input type="checkbox"/> weil es cool ist | <input type="checkbox"/> andere Gründe |

9. Wo rauchst du am häufigsten?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> zu Hause | <input type="radio"/> in der Freizeit (außerhalb von Schule und zu Hause) |
| <input type="radio"/> in der Schule | |

10. Hat mit dir schon einmal jemand über die möglichen Gefahren des Rauchens gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein, noch nie | <input type="checkbox"/> ja, meine Lehrer |
| <input type="checkbox"/> ja, meine Eltern | <input type="checkbox"/> ja, andere Personen (Geschwister, Schulsozialarbeiter, Mitarbeiter Jugendzentrum....) |

Alkohol

11. Wie oft hast du im letzten halben Jahr Bier getrunken?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> gar nicht | <input type="radio"/> nur am Wochenende |
| <input type="radio"/> täglich | <input type="radio"/> gelegentlich |
| <input type="radio"/> mehrmals pro Woche | |

12. Wie oft hast du im letzten halben Jahr Biermixgetränke (z.B. Bier-Cola/Bier-Limonade) getrunken?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> gar nicht | <input type="radio"/> nur am Wochenende |
| <input type="radio"/> täglich | <input type="radio"/> gelegentlich |
| <input type="radio"/> mehrmals pro Woche | |

13. Wie oft hast du im letzten halben Jahr Wein oder Sekt getrunken?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> gar nicht | <input type="radio"/> nur am Wochenende |
| <input type="radio"/> täglich | <input type="radio"/> gelegentlich |
| <input type="radio"/> mehrmals pro Woche | |



14. Wie oft hast du im letzten halben Jahr Schnaps (Wodka, Korn, Rum etc.) oder Likör getrunken?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> gar nicht | <input type="radio"/> nur am Wochenende |
| <input type="radio"/> täglich | <input type="radio"/> gelegentlich |
| <input type="radio"/> mehrmals pro Woche | |

15. Wie oft hast du im letzten halben Jahr Mixgetränke(z.B. Rum-Cola, Wodka-Energy) oder Cocktails getrunken?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> gar nicht | <input type="radio"/> nur am Wochenende |
| <input type="radio"/> täglich | <input type="radio"/> gelegentlich |
| <input type="radio"/> mehrmals pro Woche | |

16. In welchem Alter hast du zum ersten Mal Alkohol getrunken?

Alter in Jahren

17. Warst du schon einmal betrunken?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> nein, noch nie | <input type="radio"/> ja, öfter als dreimal |
| <input type="radio"/> ja, zwei- bis dreimal | |

18. In welchem Alter warst du zum ersten Mal betrunken?

Alter in Jahren

19. Hattest du schon mal einen "Filmriss"?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> nein, noch nie | <input type="radio"/> ja, öfter als dreimal |
| <input type="radio"/> ja, zwei- bis dreimal | |

20. Wenn du trinkst: warum? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ich trinke gar nicht | <input type="checkbox"/> weil es schmeckt |
| <input type="checkbox"/> Langeweile | <input type="checkbox"/> Probleme/Frust/Ärger |
| <input type="checkbox"/> Party, Geburtstag, Silvester | <input type="checkbox"/> weil Freunde es auch tun |
| <input type="checkbox"/> Rausch/Kick | <input type="checkbox"/> andere Gründe |
| <input type="checkbox"/> weil es cool ist | |

21. Wo trinkst du am häufigsten?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> zu Hause | <input type="radio"/> in der Freizeit (außerhalb von Schule und zu Hause) |
| <input type="radio"/> in der Schule | |



22. Hat mit dir schon einmal jemand über die möglichen Gefahren des Alkoholkonsums gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein, noch nie | <input type="checkbox"/> ja, meine Lehrer |
| <input type="checkbox"/> ja, meine Eltern | <input type="checkbox"/> ja, andere Personen (Geschwister, Schulsozialarbeiter, Mitarbeiter Jugendzentrum....) |

Medikamente

23. Nimmst du Medikamente ein, die vom Arzt verschrieben wurden?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|

24. Unten aufgezählt findest du verschiedene Arzneimittel. Welche davon hat dir dein Arzt verschrieben? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ich nehme gar nichts ein | <input type="checkbox"/> Appetitzügler |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafmittel | <input type="checkbox"/> Globuli |
| <input type="checkbox"/> Beruhigungsmittel | |

25. Nimmst du Medikamente ein, die nicht vom Arzt verschrieben wurden?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|

26. Unten aufgezählt findest du verschiedene Arzneimittel. Welche davon nimmst du ein, obwohl sie dir kein Arzt verschrieben hat? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ich nehme gar nichts ein | <input type="checkbox"/> Appetitzügler |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafmittel | <input type="checkbox"/> Globuli |
| <input type="checkbox"/> Beruhigungsmittel | |

27. Hat mit dir schon einmal jemand über die möglichen Gefahren von Medikamenten gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein, noch nie | <input type="checkbox"/> ja, meine Lehrer |
| <input type="checkbox"/> ja, meine Eltern | <input type="checkbox"/> ja, andere Personen (Geschwister, Schulsozialarbeiter, Mitarbeiter Jugendzentrum....) |

Haschisch

28. Hast du schon einmal gekifft?

- | | |
|----------------------------|---|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> ich weiß gar nicht, was das ist |
| <input type="radio"/> nein | |



29. In welchem Alter hast du das erste mal gekiff? 1

Alter in Jahren

30. Hast du im letzten halben Jahr gekiff?

- ja nein

31. Wie oft kiffst du zur Zeit?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> gar nicht | <input type="radio"/> nur am Wochenende |
| <input type="radio"/> täglich | <input type="radio"/> gelegentlich |
| <input type="radio"/> mehrmals täglich | <input type="radio"/> ich kiffe nicht mehr |
| <input type="radio"/> mehrmals pro Woche | |

32. Wenn du kiffst: warum? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ich kiffe gar nicht | <input type="checkbox"/> weil es schmeckt |
| <input type="checkbox"/> Langeweile | <input type="checkbox"/> Probleme/Frust/Ärger |
| <input type="checkbox"/> Party, Geburtstag, Silvester | <input type="checkbox"/> weil Freunde es auch tun |
| <input type="checkbox"/> Rausch/Kick | <input type="checkbox"/> andere Gründe |
| <input type="checkbox"/> weil es cool ist | |

33. Wo kiffst du am häufigsten?

- zu Hause in der Freizeit (außerhalb von Schule und zu Hause)
- in der Schule

34. Hat mit dir schon einmal jemand über die möglichen Gefahren des Kiffens gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein, noch nie | <input type="checkbox"/> ja, meine Lehrer |
| <input type="checkbox"/> ja, meine Eltern | <input type="checkbox"/> ja, andere Personen (Geschwister, Schulsozialarbeiter, Mitarbeiter Jugendzentrum....) |

Amphetamine

35. Hast du schon einmal Amphetamine (Speed, XTC etc.) genommen?

- ja ich weiß gar nicht, was das ist
- nein

36. In welchem Alter hast du das erste mal Amphetamine genommen?

Alter in Jahren



37. Hast du im letzten halben Jahr Amphetamine genommen?

- ja nein

38. Wie oft hast du Amphetamine genommen?

- gar nicht nur am Wochenende
 täglich gelegentlich
 mehrmals täglich ich nehme nichts mehr
 mehrmals pro Woche

39. Wenn du Amphetamine nimmst: warum? Mehrfachnennungen möglich.

- ich nehme es gar nicht weil es schmeckt
 Langeweile Probleme/Frust/Ärger
 Party, Geburtstag, Silvester weil Freunde es auch tun
 Rausch/Kick andere Gründe
 weil es cool ist

40. Wo konsumierst du am häufigsten?

- zu Hause in der Freizeit (außerhalb von Schule und zu Hause)
 in der Schule

41. Hat mit dir schon einmal jemand über die möglichen Gefahren von Amphetaminen gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- nein, noch nie ja, meine Lehrer
 ja, meine Eltern ja, andere Personen (Geschwister, Schulsozialarbeiter, Mitarbeiter Jugendzentrum....)

Kokain / Heroin

42. Hattest du schon einmal Kontakt zu härteren Drogen wie Kokain oder Heroin?

- ja ich weiß gar nicht, was das ist
 nein

43. Hast du schon mal Kokain oder Heroin eingenommen?

- gar nicht mehrmals pro Woche
 einmal nur am Wochenende
 täglich gelegentlich
 mehrmals täglich ich nehme nichts mehr



44. Hat mit dir schon einmal jemand über die möglichen Gefahren von Kokain / Heroin gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein, noch nie | <input type="checkbox"/> ja, meine Lehrer |
| <input type="checkbox"/> ja, meine Eltern | <input type="checkbox"/> ja, andere Personen (Geschwister, Schulsozialarbeiter, Mitarbeiter Jugendzentrum....) |

Körperbild / Figur

45. Bist du zufrieden mit deiner Figur?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|

46. Formst du deinen Körper gezielt durch...

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Muskelaufbau / Krafttraining | <input type="radio"/> Anderes |
| <input type="radio"/> Fitness-Studio | |

47. Nimmst du Muskelaufbaupräparate?

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja, legale wie z. B. Eiweißshakes | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> ja, illegale wie z. B. Anabolika | |

48. Hast du schon einmal eine Diät gemacht?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|

49. Wie oft?

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="radio"/> noch nie | <input type="radio"/> zweimal |
| <input type="radio"/> einmal | <input type="radio"/> mehr als dreimal |

50. Hast du schon mal etwas eingenommen, dass dir beim Abnehmen helfen soll? (z. B. Shakes, Tabletten, Pulver, Tropfen o.ä.)

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|

Mediennutzung

51. Welche digitalen Endgeräte hast du zur Verfügung? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Handy / Smartphone | <input type="checkbox"/> Fernseher |
| <input type="checkbox"/> Computer / Laptop | <input type="checkbox"/> MP3-Player / iPod |
| <input type="checkbox"/> Tablet / iPad | <input type="checkbox"/> Smartwatch |
| <input type="checkbox"/> Spielkonsole (z.B. Playstation, X-Box, Wii) | <input type="checkbox"/> ich habe keins |



52. Was machst du im Internet am häufigsten?(Dauer / Häufigkeit)

Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kommunikation (z. B. Communities, Chat, Mail) | <input type="checkbox"/> Unterhaltung (z. B. Fotos, Musik, Video) |
| <input type="checkbox"/> Spiele | <input type="checkbox"/> Schulische Vorbereitung |
| <input type="checkbox"/> Informationssuche | |

53. Schwerpunkt Kommunikation: Wozu nutzt du das Internet am liebsten? Bitte höchstens 3 Möglichkeiten ankreuzen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Twitter | <input type="checkbox"/> Instagram |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Tumblr |
| <input type="checkbox"/> Skype | <input type="checkbox"/> Ask FM |
| <input type="checkbox"/> Snapchat | <input type="checkbox"/> ich unterhalte mich in Multi-User-Spielen |
| <input type="checkbox"/> Google Plus | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Emails schreiben | |

54. Schwerpunkt Information: Was nutzt du im Internet am häufigsten? Bitte höchstens 3 Möglichkeiten ankreuzen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suchmaschinen | <input type="checkbox"/> Nachrichtenportale von Zeitungen / Zeitschriften / TV-Sendern / Providern |
| <input type="checkbox"/> Videos bei YouTube anschauen, um mich über Themen zu informieren | <input type="checkbox"/> Newsgroups / Foren |
| <input type="checkbox"/> Wikipedia / vergleichbare Angebote | |

55. Schwerpunkt Unterhaltung: Was nutzt du im Internet am liebsten? Bitte höchstens 3 Möglichkeiten ankreuzen.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Videoportale (Youtube, myVideo) | <input type="checkbox"/> Flirt- oder Partnerbörsen |
| <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Youporn / Porno |
| <input type="checkbox"/> Musik Streaming Dienste | <input type="checkbox"/> online shoppen |
| <input type="checkbox"/> Mediatheken | <input type="checkbox"/> an Versteigerungen / Auktionen teilnehmen |
| <input type="checkbox"/> Radioprogramme | <input type="checkbox"/> Onlinespiele spielen (z. B. World of Warcraft oder Seafight) |



56. Hat mit dir schon einmal jemand über die möglichen Gefahren der Internetnutzung gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein, noch nie | <input type="checkbox"/> ja, meine Lehrer |
| <input type="checkbox"/> ja, meine Eltern | <input type="checkbox"/> ja, andere Personen (Geschwister, Schulsozialarbeiter, Mitarbeiter Jugendzentrum....) |

57. Wie hoch sind deine monatlichen Handy- / Smartphone-Kosten (Betriebskosten) ungefähr?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> unter 10€ | <input type="radio"/> über 20€ |
| <input type="radio"/> unter 20€ | <input type="radio"/> weiß ich nicht |

58. Was machst du am häufigsten mit deinem Handy / Smartphone? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> WhatsApp usw. | <input type="checkbox"/> Nachrichtenportale |
| <input type="checkbox"/> telefonieren | <input type="checkbox"/> Nutzung als Terminkalender |
| <input type="checkbox"/> spielen | <input type="checkbox"/> Nutzung Navigation / Stadtpläne |
| <input type="checkbox"/> Musik | <input type="checkbox"/> Facebook |
| <input type="checkbox"/> Videos | <input type="checkbox"/> Twitter |
| <input type="checkbox"/> Online Communities besuchen | <input type="checkbox"/> Instagram |
| <input type="checkbox"/> Fotos / Filme machen | <input type="checkbox"/> Snapchat |

59. Wie hoch sind deine monatlichen App-Kosten?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> unter 10€ | <input type="radio"/> über 20€ |
| <input type="radio"/> unter 20€ | <input type="radio"/> weiß ich nicht |

60. Wie bezahlst du deine Apps?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> über meinen Handyvertrag | <input type="radio"/> PayPal |
| <input type="radio"/> Bezahlkarten | <input type="radio"/> ich lade mir nur kostenlose Apps runter |
| <input type="radio"/> Kreditkarte meiner Eltern | |

61. Wie viele Stunden nutzt du ungefähr am Tag (Mo-Do) dein mobiles Endgerät (Handy / Smartphone / Tablet usw.)?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> weniger als eine Stunde | <input type="radio"/> mehr als fünf Stunden |
| <input type="radio"/> 1-2 Stunden | <input type="radio"/> keine Ahnung |
| <input type="radio"/> bis vier Stunden | |



62. Wie viele Stunden nutzt du ungefähr am Tag (Fr-So) dein mobiles Endgerät (Handy / Smartphone / Tablet usw.)?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> weniger als eine Stunde | <input type="radio"/> mehr als fünf Stunden |
| <input type="radio"/> 1-2 Stunden | <input type="radio"/> keine Ahnung |
| <input type="radio"/> bis vier Stunden | |

63. Hat mit dir schon einmal jemand über die möglichen Gefahren des Medienkonsums gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein, noch nie | <input type="checkbox"/> ja, meine Lehrer |
| <input type="checkbox"/> ja, meine Eltern | <input type="checkbox"/> ja, andere Personen (Geschwister, Schulsozialarbeiter, Mitarbeiter Jugendzentrum....) |

64. Welche Spiele spielst du am häufigsten auf dem Computer oder der Spielekonsole (z. B. Playstation, X-Box, Wii)? Bitte höchstens 3 Spiele ankreuzen.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Action-Adventure z.b. Tomb Raider, Grand Theft Auto (GTA), Assassins´ s Creed | <input type="checkbox"/> Shooter z. B. Counterstrike, Call of Duty, Battlefield |
| <input type="checkbox"/> Arcade z. B. Street Fighter, Geometry Dash | <input type="checkbox"/> Simulationen z. B. Die Sims, Cities Skyline |
| <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele z. B. Singstar, Mario Kart, Solitär | <input type="checkbox"/> Sportspiele z. B. FIFA, NBA |
| <input type="checkbox"/> Denkspiele z. B. Minesweeper, The Room | <input type="checkbox"/> Strategiespiele z. B. Anno, Civilisation, Age of Empires |
| <input type="checkbox"/> Managerspiele z. B. Rollercoaster-Tycoon, Fußball-Manager | <input type="checkbox"/> Lernspiele / Edutainment z. B. für Vokabeln |
| <input type="checkbox"/> Rollenspiele z. B. Dark Souls, The Witcher, Fallout | <input type="checkbox"/> Open-World-Spiele z. B. Minecraft, Skyrim |
| <input type="checkbox"/> Jump&Run-Spiele z. B. Rayman, Lego (Batman, Star Wars etc.) | <input type="checkbox"/> Online-Spiel z. B. League of Legends (LOL), Heroes of the Storm (HotS) |

65. Hat mit dir schon einmal jemand über die möglichen Gefahren von Computerspielen gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein, noch nie | <input type="checkbox"/> ja, meine Lehrer |
| <input type="checkbox"/> ja, meine Eltern | <input type="checkbox"/> ja, andere Personen (Geschwister, Schulsozialarbeiter, Mitarbeiter Jugendzentrum....) |

66. Stellen deine Eltern Regeln zur Internetnutzung auf?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|



67. Regeln...

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zur Dauer | <input type="checkbox"/> zur Uhrzeit |
| <input type="checkbox"/> zu Inhalten | |

68. Musst du zu Hause dein Handy zu bestimmten Zeiten abgeben?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Jugendschutzgesetz

69. Kennst du das Jugendschutzgesetz?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> ja, gut | <input type="radio"/> nein, gar nicht |
| <input type="radio"/> ja, einige Bestimmungen | |

Monatliche Geldeinnahmen

70. Wie viel Geld hast du im Monat ungefähr zur Verfügung?

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> weniger als 10€ | <input type="radio"/> 60-70€ |
| <input type="radio"/> 10-20€ | <input type="radio"/> 70-80€ |
| <input type="radio"/> 20-30€ | <input type="radio"/> 80-90€ |
| <input type="radio"/> 30-40€ | <input type="radio"/> 90-100€ |
| <input type="radio"/> 40-50€ | <input type="radio"/> mehr als 100€ |
| <input type="radio"/> 50-60€ | |

Der Fragebogen ist jetzt:

- noch nicht fertig
 fertig zum Abschicken

Vielen Dank!

Abschicken

Eingabe loeschen

Dieses Formular wurde mit GrafStat (Ausgabe 2011 / Ver 4.249) erzeugt.
Ein Programm v. Uwe W. Diener 4/2011.
Informationen zu GrafStat: <http://www.grafstat.de>