



Die Europäische Schülerstudie zu
Alkohol und anderen Drogen
www.espad.org

Fragebogen zu Substanzkonsum

2024

Bitte zuerst lesen!

Dieser Fragebogen ist Teil einer internationalen Studie zum Substanzkonsum unter europäischen Schülern und Schülerinnen. Er wird von mehr als 100.000 Schülern und Schülerinnen in über 35 Ländern beantwortet. Die Studie trägt den Namen ESPAD.

Es handelt sich um einen Fragebogen, der die erhobenen Daten vertraulich behandelt. Du solltest weder deinen Namen noch andere Informationen, die dich identifizieren, angeben. Die Umfrage speichert keine Informationen über das Gerät, mit dem sie beantwortet wird, einschließlich der IP-Adresse.

Deine Klasse wurde nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, um an dieser Studie teilzunehmen. In Deutschland wird die Umfrage vom IFT Institut für Therapieforschung München und der Charlotte-Fresenius Hochschule durchgeführt. Die Teilnahme ist freiwillig. Wenn du eine Frage aus irgendeinem Grund nicht beantworten möchtest, lasse sie einfach frei. Es ist wichtig, dass du so durchdacht und ehrlich wie möglich antwortest. Die Ergebnisse werden nicht nach einzelnen Klassen oder Schulen aufgeschlüsselt. Die Ergebnisse die anschließend veröffentlicht werden, sind völlig anonym.

Solltest du keine genau passende Antwort finden, wähle die Kategorie, die ihr am nächsten kommt. Wenn du eine Frage hast, hebe bitte die Hand und deine Lehrkraft wird dir helfen.

Vielen Dank im Voraus für deine Teilnahme! Bitte beginne.



In den ersten Fragen wirst du um einige Hintergrundinformationen zu deiner Person und deinen möglichen Tätigkeiten gebeten.

C01 Was ist dein biologisches Geschlecht?

- 1 Männlich
- 2 Weiblich
- 3 Anderes*
- 4 Möchte keine Angabe machen*

* Optional

O01 Was ist deine aktuelle Geschlechtsidentität?

- 1 Männlich
- 2 Weiblich
- 3 Anderes*
- 4 Möchte keine Angabe machen*

* Optional

C02 Wann wurdest du geboren?

Jahr [C02a]

Monat* [OC02b]

[01 für Januar, 02 für Februar... ..12 für Dezember]

* Optional

OC02c In welchem Land wurdest du geboren?

<i>Kreuze <u>ein</u> Kästchen an.</i>		Land 1	Land 2	Land 3	Land 4	Land 5	Land 6	Anderes Land
		Deutschland	Türkei	Russland	Syrien	Afghanistan	Ukraine	
OC02c	Geburtsland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		[ISO 3166]	[ISO 3166]	[ISO 3166]	[ISO 3166]	[ISO 3166]	804	999

OC02d Wie lange lebst du schon in Deutschland?

Kreuze ein Kästchen an.

		Seit meiner Geburt	Seit mehr als 10 Jahren	Seit 5-10 Jahren	Seit 2-5 Jahren	Seit 2 Jahren oder weniger
OC02d	Anzahl der Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

C03 Wie oft (wenn überhaupt) übst du eine der folgenden Tätigkeiten aus?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Nie	Ein paar mal im Jahr	1 oder 2 mal pro Monat	mind. 1 mal pro Woche	(fast) jeden Tag
C03a	Computerspiele spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03b	Sport treiben oder trainieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03c	Bücher zum Vergnügen lesen (Schulbücher zählen nicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03d	Am Abend ausgehen (Disco, Bar, Party etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03e	Andere Hobbies (Musizieren, Singen, Zeichnen, Schreiben etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C03f	Freunde treffen (z.B. in Einkaufszentren, in Parks etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

C04 An wie vielen Schultagen (wenn überhaupt) hast du in den letzten 30 Tagen eine oder mehrere Stunden gefehlt?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		An keinem Tag	An 1 Tag	An 2 Tagen	An 3-4 Tagen	An 5-6 Tagen	An 7 Tagen oder mehr
	Ich habe eine oder mehrere Stunden gefehlt...						
C04a	Wegen Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C04b	Wegen „Schwänzen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C04c	Aus anderen Gründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6

OC04 Was deinen Schulbesuch betrifft, nimmst du üblicherweise ...?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Nein	Ja
OC04d	An deutschsprachigem Unterricht teil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC04e	Am Unterricht in einer anderen Sprache als Deutsch teil (in Präsenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC04f	Am Unterricht in einer anderen Sprache als Deutsch teil (online)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Rauchen von Tabak (herkömmliche Zigaretten, selbstgedrehte Zigaretten, Zigarillos, Zigarren) und nicht auf digitale und alternative Rauchprodukte (E-Zigaretten, erhitzte Tabakprodukte, Wasserpfeifen, Schnupftabak usw.).

C05 Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach für dich, an Zigaretten (ausgenommen digitale und alternative Rauchprodukte) heranzukommen, wenn du es möchtest?

- 1 Unmöglich
- 2 Sehr schwierig
- 3 Ziemlich schwierig
- 4 Ziemlich leicht
- 5 Sehr leicht
- 6 Weiß nicht

C06 Hast du jemals Zigaretten geraucht (ausgenommen digitale und alternative Rauchprodukte)?

- 1 Ja, in den letzten 30 Tagen
- 2 Ja, in den letzten 12 Monaten aber nicht in den letzten 30 Tagen
- 3 Ja, vor mehr als 12 Monaten
- 4 Nein

C07 Wie viele Zigaretten (ausgenommen digitale und alternative Rauchprodukte) hast du in den letzten 30 Tagen geraucht?

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

C08 Wann (wenn überhaupt) hast du Folgendes zum ersten Mal getan?

		<i>Kreuze in <u>jeder Zeile ein Kästchen an.</u></i>								
		Nie	mit 9 Jahren oder jünger	mit 10 Jahren	mit 11 Jahren	mit 12 Jahren	mit 13 Jahren	mit 14 Jahren	mit 15 Jahren	mit 16 Jahren oder älter
C08a	Deine erste Zigarette (ausgenommen digitale und alternative Rauchprodukte) geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C08b	Täglich Zigaretten (ausgenommen digitale und alternative Rauchprodukte) geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7	8	9

Die folgenden Fragen beziehen sich auf digitale und alternative Rauchprodukte: E-Zigaretten (einschließlich E-Zigaretten, Vapes und Mods), Wasserpfeife (Shisha), Schnupftabak (Snus) und erhitzte Tabakprodukte (Heat-Not-Burn-Produkte wie IQOS, Glo oder Ploom Tech).

C09 Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach für dich, an eines der folgenden Produkte heranzukommen, wenn du es möchtest?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Unmöglich	Sehr schwierig	Ziemlich schwierig	Ziemlich leicht	Sehr leicht	Weiß nicht
C09a	E-Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C09b	Wasserpfeife (Shisha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC09c	Schnupftabak (Snus)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC09d	Erhitzte Tabakprodukte*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3	4	5	6

C10 Hast du jemals E-Zigaretten genutzt (gedampft)?

- 1 Ja, in den letzten 30 Tagen
- 2 Ja, in den letzten 12 Monaten aber nicht in den letzten 30 Tagen
- 3 Ja, vor mehr als 12 Monaten
- 4 Nein

C11 Wie oft hast du in den letzten 30 Tagen E-Zigaretten genutzt (gedampft)?

- 1 Gar nicht
- 2 Weniger als 1mal pro Woche
- 3 Mindestens 1mal pro Woche
- 4 Fast jeden Tag oder jeden Tag

C12 Falls du in den letzten 30 Tagen eine E-Zigarette genutzt hast, was enthielt sie?

Kreuze alles an, was zutrifft

- C12a 1 Ich habe in den letzten 30 Tagen keine E-Zigaretten genutzt
- C12b 1 Nikotin
- C12c 1 Aroma
- C12d 1 CBD
- C12e 1 THC
- C12f 1 Weiß nicht

C13 Wann (wenn überhaupt) hast du Folgendes zum ersten Mal getan?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		nie	mit 9 Jahren oder jünger	mit 10 Jahren	mit 11 Jahren	mit 12 Jahren	mit 13 Jahren	mit 14 Jahren	mit 15 Jahren	mit 16 Jahren oder älter
C13a	Deine erste E-Zigarette genutzt (gedampft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C13b	Täglich E-Zigaretten genutzt (gedampft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7	8	9

C14 Als du das erste Mal eine E-Zigarette genutzt (gedampft) hast (wenn überhaupt), welchen Bezug hattest du zu traditionellen Zigaretten?

- 1 Ich habe noch nie E-Zigaretten probiert
- 2 Ich hatte noch nie traditionelle Zigaretten geraucht
- 3 Ich hatte gelegentlich traditionelle Zigaretten geraucht
- 4 Ich hatte regelmäßig traditionelle Zigaretten geraucht

O02 Warum hast du eine E-Zigarette das erste Mal probiert?

Kreuze alles an, was zutrifft

- O02a 1 Ich habe noch nie E-Zigaretten probiert
- O02b 1 Um Zigaretten rauchen aufzuhören
- O02c 1 Aus Neugier
- O02d 1 Weil meine Freunde/andere Leute mir eine E-Zigarette angeboten haben
- O02e 1 Keine der oben genannten Gründe

O03 Das erste Mal als du eine E-Zigarette genutzt (gedampft) hast, was hat deine E-Zigarette enthalten?

Kreuze alles an, was zutrifft

- O03a 1 Ich habe noch nie E-Zigaretten probiert
- O03b 1 Nikotin
- O03c 1 Aroma
- O03d 1 CBD
- O03e 1 THC
- O03f 1 Weiß nicht

C15 Hast du jemals die folgenden digitalen und alternativen Rauchprodukte genutzt?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Ja, in den letzten 30 Tage	Ja, in den letzten 12 Monaten aber nicht in den letzten 30 Tagen	Ja, vor mehr als 12 Monaten	Nein
C15a	Wasserpfeife (Shisha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC15b	Schnupftabak (Snus)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC15c	Erhitzte Tabakprodukte*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC15d	Nikotinbeutel*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3	4

O04 Wann (wenn überhaupt) hast du Folgendes zum ersten Mal getan?

Kreuze in <u>jeder Zeile ein</u> Kästchen an.		nie	mit 9 Jahren oder jünger	mit 10 Jahren	mit 11 Jahren	mit 12 Jahren	mit 13 Jahren	mit 14 Jahren	mit 15 Jahren	mit 16 Jahren oder älter
O04a	Deine erste Wasserpfeife (Shisha) genutzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O04b	Deinen ersten Schnupftabak (Snus) genutzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O04c	Dein erstes erhitztes Tabakprodukt genutzt*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O04d	Deinen ersten Nikotinbeutel genutzt*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3	4	5	6	7	8	9

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit alkoholischen Getränken wie Bier, Cider (Apfelwein), alkoholhaltigen Mixgetränken, Wein/Sekt und Spirituosen.

C16 Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach für dich, an eines der folgenden Getränke heranzukommen, wenn du es möchtest?

Kreuze in <u>jeder Zeile ein</u> Kästchen an.		Unmöglich	Sehr schwierig	Ziemlich schwierig	Ziemlich leicht	Sehr leicht	Weiß nicht
C16a	Bier (alkoholfreies Bier ausgenommen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC16b	Cider (Apfelwein)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC16c	Alkoholhaltige Mixgetränke (Spritz, Alkopops, Longdrinks (z.B. Whiskey-Cola), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C16d	Wein/Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C16e	Spirituosen (Whiskey, Kognak, Schnaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3	4	5	6

C17 Wie oft (wenn überhaupt) hast du irgendein alkoholisches Getränk getrunken?

Kreuze in <u>jeder Zeile ein</u> Kästchen an.		Anzahl der Gelegenheiten						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 oder mehr
C17a	In deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C17b	Während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C17c	Während der letzten 30 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

C18 Denke an die letzten 30 Tage. Wie oft (wenn überhaupt) hast du folgende alkoholische Getränke getrunken?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Anzahl der Gelegenheiten						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 oder mehr
C18a	Bier (alkoholfreies Bier ausgenommen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC18b	Cider (Apfelwein)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC18c	Alkohohaltige Mixgetränke (Spritz, Alkopops, Longdrinks (z.B. Whiskey-Cola), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C18d	Wein/Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C18e	Spirituosen (Whiskey, Kognak, Schnaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

C19 Denke bitte an die letzten 30 Tage. Wie oft (wenn überhaupt) hast du bei einer Gelegenheit fünf oder mehr alkoholische Getränke getrunken?

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

1 Getränk entspricht ungefähr:

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

1 Nie

2 1 mal

3 2 mal

4 3-5 mal

5 6-9 mal

6 10 mal oder mehr

005 Wie kommst du normalerweise an Alkohol?

- 1 Im Laden/ Spirituosengeschäft kaufen
- 2 Kauf von Schmuggelware oder selbstgemachtem Schnaps
- 3 Von anderen Jugendlichen bekommen oder kaufen
- 4 Meine Eltern geben/ kaufen mir Alkohol
- 5 Geschwister kaufen Alkohol für mich/ geben mir Alkohol
- 6 Ich nehme den Alkohol von zuhause
- 7 Andere Erwachsene kaufen/ geben mir Alkohol
- 8 In Kneipen/ Bars usw. kaufen
- 9 Anderer Weg

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den letzten Tag, an dem du Alkohol getrunken hast.

006 Wann hast du das letzte Mal Alkohol getrunken?

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

007 Bitte denke an den letzten Tag, an dem du Alkohol getrunken hast. Welches der folgenden Getränke hast du an diesem Tag getrunken?

Kreuze alles an, was zutrifft.

- O07.1 1 Ich trinke nie Alkohol
- O07.2 1 Bier (alkoholfreies Bier ausgenommen)
- O07.3 1 Cider (Apfelwein)
- O07.4 1 Alkoholhaltige Mixgetränke (Spritz, Alkopops, Longdrinks (z.B. Whiskey-Cola), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle)
- O07.5 1 Wein/ Sekt
- O07.6 1 Spirituosen (Whiskey, Kognak, Schnaps)

Bitte beachte die jeweiligen Flaschen- und Gläsergrößen!



1 kleine Flasche oder 1 kl. Glas
Bier oder **Cider** (Apfelwein)
= 0,33l



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



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



1 Glas alkoholhaltige
Mixgetränke
= 0,33l

**007a Wenn du an diesem Tag Bier getrunken hast, wie viel hast du getrunken?
(alkoholfreies Bier ausgeschlossen)**

- 1 Ich trinke nie Bier
- 2 Ich habe an diesem Tag kein Bier getrunken
- 3 Weniger als 2 Flaschen/ Gläser
- 4 2-3 Flaschen/ Gläser
- 5 4-6 Flaschen/ Gläser
- 6 Mehr als 6 Flaschen/ Gläser

007b Wenn du an diesem Tag Cider (Apfelwein) getrunken hast, wie viel hast du getrunken?

- 1 Ich trinke nie Cider (Apfelwein)
- 2 Ich habe an diesem Tag keinen Cider (Apfelwein) getrunken.
- 3 Weniger als 2 Flaschen/ Gläser
- 4 2-3 Flaschen/ Gläser
- 5 4-6 Flaschen/ Gläser
- 6 Mehr als 6 Flaschen/ Gläser

007c Wenn du an diesem Tag alkoholhaltige Mixgetränke (Spritz, Alkopops, Longdrinks (z.B. Whiskey-Cola), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle) getrunken hast, wie viel hast du getrunken?

- 1 Ich trinke nie alkoholhaltige Mixgetränke
- 2 Ich habe an diesem Tag keine alkoholhaltigen Mixgetränke getrunken
- 3 Weniger als 2 Gläser
- 4 2-3 Gläser
- 5 4-6 Gläser
- 6 Mehr als 6 Gläser

007d Wenn du an diesem Tag Wein oder Sekt getrunken hast, wie viel hast du getrunken?

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

007e Wenn du an diesem Tag Spirituosen getrunken hast, wie viel hast du getrunken?

- 1 Ich trinke nie Spirituosen
- 2 Ich habe an diesem Tag keine Spirituosen getrunken.
- 3 Weniger als 2 Gläser
- 4 2-3 Gläser
- 5 4-6 Gläser
- 6 Mehr als 6 Gläser

007f Bitte kreuze auf dieser Skala von 1-10 an, wie betrunken du deiner Einschätzung nach an dem letzten Tag, an dem du Alkohol getrunken hast, warst.

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

Überhaupt nicht betrunken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	schwer betrunken, beispielsweise so, dass ich mich an nichts mehr erinnern konnte	11	Ich trinke nie Alkohol
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	

Die folgenden Fragen beschäftigen sich auch mit Alkohol.

C20 Wie oft (wenn überhaupt) warst du aufgrund alkoholischer Getränke betrunken, so dass du z.B. beim Laufen hin und hergeschwankt bist, nicht mehr ordentlich sprechen konntest, dich übergeben hast oder dich am nächsten Tag an nichts mehr erinnern konntest?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Anzahl der Gelegenheiten						
		0 mal	1-2 mal	3-5 mal	6-9 mal	10-19 mal	20-39 mal	40 mal oder mehr
C20a	In deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C20b	Während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C20c	Während der letzten 30 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

C21 Wann (wenn überhaupt) hast du Folgendes zum ersten Mal getan?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Nie	mit 9 Jahren oder jünger	mit 10 Jahren	mit 11 Jahren	mit 12 Jahren	mit 13 Jahren	mit 14 Jahren	mit 15 Jahren	mit 16 Jahren oder älter
C21a	Alkohol getrunken (mind. 1 Glas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C21b	Dich mit Alkohol betrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7	8	9

C22 In den letzten 12 Monaten, wie oft hast du Alkohol getrunken, ...

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
C22a	weil es hilft, dass du Spaß auf einer Party hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22b	weil es hilft, wenn du dich depressiv oder nervös fühlst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22c	um dich aufzuheitern, wenn du schlechte Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

hast?

C22d	weil du das Gefühl magst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22e	um „high“ zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22f	weil es das gesellige Beisammensein lustiger macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22g	um in eine Gruppe zu passen, die du magst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22h	weil Partys und Feiern besser werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22i	um deine Probleme zu vergessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22j	weil es Spaß macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22k	um gemocht zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22l	damit du dich nicht ausgeschlossen fühlst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

Beruhigungs- und Schlafmittel wie Valium oder Rohypnol sowie Schmerzmittel wie Ibuprofen oder Fentanyl werden manchmal von Ärzten verschrieben, um den Menschen zu helfen, sich zu beruhigen, einzuschlafen oder zu entspannen. Apotheken dürfen diese Mittel nur mit ärztlicher Verschreibung verkaufen.

C23 Hast du jemals eines oder mehrere der folgenden Medikamente eingenommen, weil dir ein Arzt gesagt hat, du sollst sie nehmen?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Nein, niemals	Ja, aber nur über einen Zeitraum von weniger als 3 Wochen	Ja, über einen Zeitraum von mehr als 3 Wochen
C23a	Beruhigungs- oder Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC23b	Medikamente für Aufmerksamkeit oder Hyperaktivität*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3

C24 Wie oft (wenn überhaupt) hast du in deinem Leben eine der folgenden Medikamente ohne ärztliche Verschreibung eingenommen?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		0	1-2	3 oder mehr
C24a	Beruhigungs- oder Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C24b	Schmerzmittel, um "high" zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC24c	Medikamente für Aufmerksamkeit oder Hyperaktivität*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3

Die folgenden Fragen beziehen sich auf dein Wohlbefinden.

C25 Bitte gib für jede der fünf Aussagen an, was am Ehesten deinen Gefühlen in den letzten zwei Wochen entspricht.

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Ständig	Meistens	Mehr als die Hälfte der Zeit	Weniger als die Hälfte der Zeit	Einige Male	Zu keinem Zeitpunkt
C25a	Ich habe mich fröhlich und gut gelaunt gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C25b	Ich habe mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C25c	Ich habe mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C25d	Ich bin frisch und ausgeruht aufgewacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C25e	Mein Alltag war mit Dingen gefüllt, die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6

O08 Bitte lies jede Aussage und kreuze an, wie sehr die Aussage während der letzten Woche auf dich zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuche, dich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Niemals	Manchmal	Häufig	Fast immer
O08a	Ich fand es schwer, mich zu beruhigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08b	Ich spürte, dass mein Mund trocken war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08c	Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08d	Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08e	Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08f	Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08g	Ich zitterte (z. B. an den Händen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08h	Ich fand alles anstrengend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08i	Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08j	Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08k	Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08l	Ich fand es schwierig, mich zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08m	Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08n	Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08o	Ich fühlte mich einer Panik nahe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08p	Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08q	Ich fühlte mich als Person nicht viel wert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08r	Ich fand mich ziemlich empfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08s	Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08t	Ich fühlte mich grundlos ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O08u	Ich empfand das Leben als sinnlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

C26 Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach für dich, an Cannabis heranzukommen, wenn du es möchtest?

- 1 Unmöglich
- 2 Sehr schwierig
- 3 Ziemlich schwierig
- 4 Ziemlich leicht
- 5 Sehr leicht
- 6 Weiß nicht

C27_1 Wie oft (wenn überhaupt) hast du Cannabis in deinem ganzen Leben in Form von... konsumiert?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Anzahl der Gelegenheiten						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 oder mehr
C27_1a	Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C27_1b	Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C27_1c	sonstige Cannabisprodukte mit mindestens 0,3% THC (z.B. Cannabisöl, Cannabiskeks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

C27_2 Wie oft (wenn überhaupt) hast du Cannabis während der letzten 12 Monate in Form von... konsumiert?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Anzahl der Gelegenheiten						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 oder mehr
C27_2a	Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C27_2b	Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C27_2c	sonstige Cannabisprodukte mit mindestens 0,3% THC (z.B. Cannabisöl, Cannabiskeks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

C27_3 Wie oft (wenn überhaupt) hast du Cannabis während der letzten 30 Tage in Form von... konsumiert?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Anzahl der Gelegenheiten						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 oder mehr
C27_3a	Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C27_3b	Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C27_3c	sonstige Cannabisprodukte mit mindestens 0,3% THC (z.B. Cannabisöl, Cannabiskeks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

C28 Wann (wenn überhaupt) hast du Cannabis zum ersten Mal probiert?

- 1 Nie
- 2 Mit 9 Jahren oder jünger
- 3 Mit 10 Jahren
- 4 Mit 11 Jahren
- 5 Mit 12 Jahren
- 6 Mit 13 Jahren
- 7 Mit 14 Jahren
- 8 Mit 15 Jahren
- 9 Mit 16 Jahren oder älter

009 Hattest du jemals die Möglichkeit, Cannabis zu probieren, aber hast darauf verzichtet?

- 1 Nein
- 2 Ein oder zweimal
- 3 3 Mal oder mehr

C29 Welche Art von Cannabis hast Du während der letzten 12 Monate konsumiert?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Nie	Selten	Häufig
C29a	Cannabis gemischt mit Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C29b	Cannabisharz/Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C29c	Pflanzliches Cannabis/Kraut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC29d	Cannabis-Öl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC29e	Essbare Produkte auf Cannabisbasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC29f	E-Liquids auf Cannabisbasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3

C30 Hast du während der letzten 12 Monate Cannabis konsumiert?

- 1 Nein
- 2 Ja → **Wie oft ist dir in den letzten 12 Monaten Folgendes passiert?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Niemals	Selten	Von Zeit zu Zeit	Ziemlich oft	Sehr oft
C30a	Hast du Cannabis am Vormittag geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30b	Hast du Cannabis allein geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30c	Hattest du nach dem Rauchen von Cannabis Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30d	Haben Freunde oder Mitglieder deiner Familie dir geraten, deinen Cannabiskonsum zu reduzieren oder aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30e	Hast du erfolglos versucht, deinen Cannabiskonsum zu reduzieren oder damit aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30f	Hattest du Probleme aufgrund deines Cannabiskonsums (Streit, Schlägereien, Unfälle, schlechte Schulleistungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

C31 Wie (wenn überhaupt) konsumierst du normalerweise Cannabis?

	Ja	Nein	An einem typischen Konsumtag, wie viele konsumierst du im Durchschnitt?
Joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bongs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andere, und zwar: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

O10 Wie kommst du normalerweise zu Cannabis (alle Arten mit mindestens 0,3% THC)?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Nie	Ja, vor mehr als 12 Monaten	Ja, in den letzten 12 Monaten
Eigenanbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis Anbauvereinigung (Cannabis Social Club)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekannte(r), Freund/in, Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dealer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschlüsselter Markt im Internet/Darknet (z.B. mit TOR oder einem anderen Browser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online-Shop im Clearnet („normales“ Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Ärztin/Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O11 Aus welchem Grund hast du Cannabis konsumiert?

Kreuze alle zutreffenden Punkte an

	Ja	Nein
Um Stress abzubauen/zur Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um besser schlafen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Depressionen/Ängste zu behandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Schmerzen/Entzündungen zu lindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus Neugierde/als Experiment/Versuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um high zu werden/aus Spaß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus sozialen Gründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Leistungssteigerung (z.B. Schule, Arbeit, Sport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O12 Kennst du ein Mitglied in einer Cannabis Anbauvereinigung (Cannabis Club)?

Ja Wenn ja, wie viele: Nein

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit anderen Drogen.

C32 Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach für dich, an eine der folgenden Substanzen heranzukommen, wenn du es möchtest?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Unmöglich	Sehr schwierig	Ziemlich schwierig	Ziemlich einfach	Sehr einfach	Ich weiß es nicht
C32a	Aufputschmittel / Amphetamine (z.B. Speed, Pep)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32b	Methamphetamine (z.B. Crystal Meth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32c	Beruhigungs- oder Schlafmittel ohne ärztliche Verschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32d	Ecstasy/MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32e	Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC32f	Crack*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC32g	LSD oder andere Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3	4	5	6

C33a Wie oft (wenn überhaupt) hast du folgende Drogen konsumiert?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Anzahl der Gelegenheiten		
		0 mal	1-2 mal	3 mal oder mehr
C33aa	Ecstasy/MDMA in deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33ab	Ecstasy/MDMA während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33ac	Aufputschmittel / Amphetamine in deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33ad	Aufputschmittel / Amphetamine während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33ae	Methamphetamine in deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33af	Methamphetamine während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC33ag	Synthetische Cannabinoide (HHC, „spice“) in deinem ganzen Leben*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC33ah	Synthetische Cannabinoide (HHC, „spice“) während der letzten 12 Monate*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC33ai	Synthetische Cathinone in deinem ganzen Leben*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC33aj	Synthetische Cathinone während der letzten 12 Monate*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC33ak	Synthetische Opioide in deinem ganzen Leben*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC33al	Synthetische Opioide während der letzten 12 Monate*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC33am	Nitroxid in deinem ganzen Leben *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC33an	Nitroxid während der letzten 12 Monate *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3

C33b Wie oft (wenn überhaupt) hast du folgende Drogen konsumiert?Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Anzahl der Gelegenheiten		
		0 mal	1-2 mal	3 mal oder mehr
C33ba	Kokain in deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33bb	Kokain während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33bc	Crack in deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33bd	Crack während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33be	Heroin in deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33bf	Heroin während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3

C34 Wie oft (wenn überhaupt) hast du Substanzen (z.B. Klebstoff, Lack, Feuerzeuggas) geschnüffelt, um „high“ zu werden?Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Anzahl der Gelegenheiten		
		0	1-2 mal	3 mal oder mehr
C34a	In deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C34b	Während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C34c	Während der letzten 30 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3

C35 Wie oft in deinem Leben (wenn überhaupt) hast du eine der folgenden Drogen konsumiert?Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Anzahl der Gelegenheiten		
		0 mal	1-2 mal	3 mal oder mehr
C35a	LSD oder andere Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35b	Drogenpilze ("Magic Mushrooms")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35c	GHB / Liquid Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35d	Relevin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35e	Drogen durch Injektion mit einer Nadel (Heroin, Kokain, Amphetamin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC35f	Ketamin *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3

C36 Wie oft in deinem Leben (wenn überhaupt) hast du eine der folgenden Drogen konsumiert?Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Anzahl der Gelegenheiten		
		0 mal	1-2 mal	3 mal oder mehr
C36a	Alkohol mit Medikamenten zusammen, um „high“ zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C36b	Anabole Steroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC36c	ein Produkt mit Cannabidiol (CBD) und weniger als 0,3% THC-Gehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3

O13 Wann (wenn überhaupt) hast du Folgendes zum ersten Mal getan?

Kreuze in jeder Zeile ein
Kästchen an.

	Nie	Mit 9 Jahren oder jünger	Mit 10 Jahre n	Mit 11 Jahren	Mit 12 Jahren	Mit 13 Jahren	Mit 14 Jahren	Mit 15 Jahren	Mit 16 Jahren oder älter
O13a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O13b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O13c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O13d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O13e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O13f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit sogenannten „neuen psychoaktiven Substanzen“, die die Wirkung illegaler Drogen wie Cannabis oder Ecstasy imitieren „Neue psychoaktive Substanzen“ werden auch „Legal Highs“ oder „Research Chemicals“ genannt und werden in unterschiedlichen Formen hergestellt und verkauft, zum Beispiel als Kräutermischung, als Puder oder in Form von Kristallen oder Tabletten.

C37 Wie oft (wenn überhaupt) hast du neue psychoaktive Substanzen konsumiert?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

Anzahl der Gelegenheiten

		0	1-2	3 oder mehr	Ich weiß nicht / nicht sicher
C37a	In deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C37b	In den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

O14 In welcher Form hast du “Neue psychoaktive Substanzen” in den letzten 12 Monaten konsumiert?

Kreuze alles an, was zutrifft

O14a	1	<input type="checkbox"/>	Ich habe solche Substanzen in den letzten 12 Monaten nicht konsumiert
O14b	1	<input type="checkbox"/>	Kräutermischungen mit drogenähnlichen Effekten
O14c	1	<input type="checkbox"/>	Pulver, Kristalle oder Tabletten mit drogenähnlichen Effekten
O14d	1	<input type="checkbox"/>	Flüssigkeiten mit drogenähnlichen Effekten
O14e	1	<input type="checkbox"/>	Andere Form

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit verschiedenen Substanzen.

C38 Welches Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art gehen deiner Meinung nach Leute ein, wenn sie...

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Kein Risiko	Leichtes Risiko	Mäßiges Risiko	Großes Risiko	Ich weiß es nicht
C38a	Gelegentlich Zigaretten rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C38b	Eine oder mehrere Schachteln Zigaretten am Tag rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C38c	E-Zigaretten ein- oder zweimal probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C38d	Täglich E-Zigaretten nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C38e	Ein oder zwei alkoholische Getränke fast jeden Tag trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C38f	Vier oder fünf alkoholische Getränke fast jeden Tag trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C38g	Fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit fast jedes Wochenende trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC38h	Schnupftabak gelegentlich konsumieren *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC38i	Schnupftabak regelmäßig konsumieren *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC38j	Erhitzte Tabakprodukte gelegentlich konsumieren *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC38k	Erhitzte Tabakprodukte regelmäßig konsumieren *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC38l	Energydrinks gelegentlich zu sich nehmen *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC38m	Energydrinks regelmäßig zu sich nehmen *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3	4	5

C39 Und nochmal: welches Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art gehen deiner Meinung nach Leute ein, wenn sie...

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Kein Risiko	Leichtes Risiko	Mäßiges Risiko	Großes Risiko	Ich weiß es nicht
C39a	Cannabis ein- oder zweimal probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C39b	Cannabis gelegentlich rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C39c	Cannabis regelmäßig rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C39d	Ecstasy/MDMA ein- oder zweimal probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC39e	Ecstasy/MDMA regelmäßig nehmen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C39f	Aufputschmittel / Amphetamine ein- oder zweimal probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC39g	Aufputschmittel / Amphetamine regelmäßig nehmen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C39h	Synthetische Cannabinoide (HHC, „spice“) ein- oder zweimal probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC39i	Synthetische Cannabinoide (HHC, „spice“) regelmäßig nehmen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC39j	Synthetische Cathinone ein- oder zweimal ausprobieren*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC39k	Synthetische Cathinone regelmäßig nehmen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC39l	Synthetische Opioide ein- oder zweimal ausprobieren*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC39m	Synthetische Opioide regelmäßig nehmen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3	4	5

O15 Hast du während der letzten 12 Monate folgendes erlebt?

Kreuze alles an, was zutrifft

		Niemals	Ja, bei Alkoholkons um	Ja, bei Drogenkons um	Ja, aber NICHT bei Alkohol- /Drogenkonsu m
O15a	Körperliche Auseinandersetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15b	Unfall oder Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15c	Gegenstände oder Kleidung beschädigt oder verloren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15d	Ernsthafte Auseinandersetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15e	Opfer eines Raubüberfalls oder Diebstahls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15f	Ärger mit der Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15g	Krankenhausaufenthalt oder Einweisung in eine Notaufnahme wegen schwerer Vergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15h	Krankenhausaufenthalt oder Einweisung in eine Notaufnahme wegen eines Unfalls oder einer Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15i	Geschlechtsverkehr ohne Kondom gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15j	Opfer eines unerwünschten sexuellen Annäherungsversuchs geworden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15k	Sich absichtlich verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15l	Fahren eines Mopeds, Autos oder anderen Kraftfahrzeugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15m	In einen Unfall verwickelt worden, während man selbst gefahren ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O15n	In tiefem Wasser geschwommen (Schwimmbad, Fluss, See oder Meer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	1	1	1

Die folgenden Fragen befassen sich mit Sozialen Medien.

C40 Wie bewertest du die folgenden Aussagen zu sozialen Medien (z.B. wenn du WhatsApp, Twitter, Facebook, Tiktok, Snapchat, Instagramm, BeReal, etc. benutzt hast)?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Weder noch	Stimme eher nicht zu	Stimme überhau pt nicht zu
C40a	Ich denke, ich verbringe viel zu viel Zeit mit sozialen Medien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C40b	Ich bin schlecht gelaunt, wenn ich keine Zeit für soziale Medien habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C40c	Meine Eltern sagen, dass ich viel zu viel Zeit mit sozialen Medien verbringe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C40d	Möchte keine Angabe machen *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

Die folgenden Fragen befassen sich mit Computerspielen (Gaming).

C41 Wie viele Stunden (wenn überhaupt) hast du während der letzten 30 Tage einen Computer, ein Tablet, eine Konsole, ein Smartphone oder andere elektronische Geräte benutzt, um Spiele zu spielen? (Strategie-, Puzzle-, Adventure-, Fußball-, Kriegsspiele etc.)

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Keine	bis zu ½ Stunde	Ca. 1 Stunde	Ca. 2-3 Stunden	Ca. 4-5 Stunden	6 Stunden oder mehr
C41a	An einem Schultag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C41b	An einem schulfreien Tag (Wochenende, Ferien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6

C42 An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du in den letzten 7 Tagen einen Computer, ein Tablet, eine Konsole, ein Smartphone oder andere elektronische Geräte benutzt, um Spiele zu spielen (Strategie-, Puzzle-, Adventure-, Fußball-, Kriegsspiele usw.)?

1 An keinem Tag

2 1 Tag

3 2 Tage

4 3 Tage

5 4 Tage

6 5 Tage

7 6 Tage

8 7 Tage

C43 Wie bewertest du die folgenden Aussagen zu Spielen (Gaming) auf einem Computer, einem Tablet, einer Konsole, einem Smartphone oder anderen elektronischen Geräten?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Stimme voll und ganz zu	Stimme teilweise zu	Weder noch	Stimme teilweise nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
C43a	Ich denke, ich verbringe zu viel Zeit, Spiele zu spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C43b	Ich bin schlecht gelaunt, wenn ich keine Zeit zum Spielen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C43c	Meine Eltern sagen, dass ich zu viel Zeit mit Spielen verbringe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C43d	Ich denke, ich verbringe zu viel Zeit mit Internetkommunikation und Surfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C43e	Ich bin schlecht gelaunt, wenn ich keine Zeit für die Kommunikation und das Surfen im Internet habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C43f	Meine Eltern sagen, dass ich zu viel Zeit mit Internetkommunikation und Surfen verbringe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C43g	Ich denke, ich verbringe zu viel Zeit mit Konsolenspielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C43h	Ich bin schlecht gelaunt, wenn ich keine Zeit mit Konsolenspielen verbringen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C43i	Meine Eltern sagen, dass ich zu viel Zeit mit Konsolenspielen verbringe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

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

C44 Wie oft (wenn überhaupt) hast du in den letzten 12 Monaten um Geld gespielt?

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

C45 Wie viele Stunden (wenn überhaupt) hast du an einem typischen Tag in den letzten 12 Monaten durchschnittlich Glücksspiele gespielt (max. 24 Stunden)?

C46 Falls du in den letzten 12 Monaten vor Ort (z.B. Spielhalle, Gast- und Raststätten) um Geld gespielt hast, welche Spiele hast du dann gespielt?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Ich habe diese Spiele nicht gespielt	1 Mal im Monat oder seltener	2-4 Mal pro Monat	2-3 Mal oder häufiger pro Woche
C46a	Geldspielautomaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C46b	Kasinospiele (z.B. Poker, Roulette, Blackjack, Glücksspielautomaten (Automaten in Spielbanken), sonstige Kasinospiele)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C46c	Lotteriespiele (z.B. Lotto, Bingo, Rubbellose, Brieflose, Sofortlotterien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C46d	Sportwetten (inkl. E-Sport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C46e	Rennwetten (z.B. Pferde- oder Hunderennen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

C47 Falls du in den letzten 12 Monaten online (z.B. über Handy, Tablet und PC) um Geld gespielt hast, welche Spiele hast du dann gespielt?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Ich habe diese Spiele nicht gespielt	1 Mal im Monat oder seltener	2-4 Mal pro Monat	2-3 Mal oder häufiger pro Woche
C47a	Virtuelle Automaten Spiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C47b	Online-Kasinospiele (z.B. Poker, Roulette, Blackjack sonstige Kasinospiele)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C47c	Lotteriespiele (z.B. Lotto, Bingo, Rubbellose, Brieflose, Sofortlotterien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C47d	Sportwetten (inkl. E-Sport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C47e	Rennwetten (z.B. Pferde- oder Hunderennen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

Nun denke nochmals an Glücksspielen mit Geldeinsatz im Allgemeinen

C48 Wie oft hast du in den letzten 12 Monaten an Glücksspielen gedacht oder geplant, zu spielen oder zu wetten?

- 1 Nie
- 2 Selten
- 3 Manchmal
- 4 Oft

C49 Hast du in den letzten 12 Monaten mit immer mehr Geld spielen oder wetten müssen, um die Aufregung zu erleben, die du gerne haben wolltest?

- 1 Ja
- 2 Nein

C50 Hast du in den letzten 12 Monaten jemals viel mehr fürs Spielen ausgegeben als du geplant hattest?

- 1 Nie
- 2 Selten
- 3 Manchmal
- 4 Oft

C51 Wie oft hast du dich in den letzten 12 Monaten schlecht oder gereizt gefühlt, wenn du versucht hast, das Spielen oder das Wetten, um Geld einzuschränken oder damit aufzuhören?

- 1 Nie
- 2 Selten
- 3 Manchmal
- 4 Oft

C52 Wie oft hast du in den letzten 12 Monaten gespielt oder gewettet, um damit Problemen zu entfliehen oder wenn du dich schlecht gefühlt hast?

- 1 Nie
- 2 Selten
- 3 Manchmal
- 4 Oft

C53 Wie oft hast du in den letzten 12 Monaten, nachdem du beim Spielen oder Wetten Geld verloren hattest, versucht, dein Geld an einem anderen Tag zurückzugewinnen?

- 1 Nie
- 2 Selten
- 3 Manchmal
- 4 Oft

C54 Hat dein Glücksspielen in den letzten 12 Monaten jemals zum Belügen deiner Familie geführt?

- 1 Nie
- 2 Selten
- 3 Manchmal
- 4 Oft

C55 Hast du in den letzten 12 Monaten jemals ohne Erlaubnis Geld genommen, um zu spielen oder zu Wetten?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Ja	Nein
C55a	Vom Essensgeld oder Fahrgeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C55b	Geld von einem Familienmitglied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C55c	Geld von jemanden außerhalb der Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2

C56 Hat dein Spiel oder dein Wetten um Geld in den letzten 12 Monaten jemals zu folgendem geführt:

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Niemals	Selten	Manchmal	Oft
C56a	Zu Streit in deiner Familie, mit Freunden oder anderen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C56b	Zum Versäumen der Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

C57 Hast du jemals das Bedürfnis gespürt, um immer mehr Geld zu spielen?

1 Ja

2 Ja, in den LETZTEN 12 MONATEN*

3 Ja, früher*

4 Nein

*Wahlweise Formulierung der Antwortmöglichkeiten

C58 Hast du jemals gegenüber Menschen, die dir wichtig waren, über das Ausmaß deines Spielens lügen müssen?

1 Ja

2 Ja, in den LETZTEN 12 MONATEN*

3 Ja, früher*

4 Nein

*Wahlweise Formulierung der Antwortmöglichkeiten

O16 Wenn du in den letzten 12 Monaten Glücksspiele gespielt hast...

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Jedes Mal	Die meiste Zeit	Manchma l	Niemals
O16a	Wenn du spielst, wie häufig versuchst du an einem der nächsten Tage durch erneutes Spielen Geldverluste zurückzugewinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4
				Ja	Nein
O16b	Hast du schon mal behauptet, dass du beim Spielen Geld gewonnen hast, obwohl du in Wirklichkeit verloren hast?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O16c	Hat dein Spielen um Geld schon mal zu Problemen geführt (z.B. Streit mit deiner Familie oder mit Freunden oder Schwierigkeiten in der Schule oder auf der Arbeit?)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O16d	Hast du schon mal mehr gespielt, als du beabsichtigt hattest?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O16e	Einmal abgesehen davon, wie du das selbst siehst, haben andere Menschen dein Wettverhalten kritisiert oder dir gesagt, du hättest ein Spielproblem?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O16f	Hast du dich schuldig gefühlt wegen der Art, wie du spielst oder was passiert, wenn du spielst?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O16g	Hattest du schon mal den Wunsch, mit dem Spielen oder dem Wetten aufzuhören, fühltest dich aber gleichzeitig unfähig dazu?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O16h	Hast du jemals Spielbelege, Lotterietickets, Spielgeld, Schuldscheine oder andere Anzeichen für Wetten oder Spielen vor deiner Familie oder vor Freunden versteckt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O16i	Hattest du mit deiner Familie oder mit Freunden Streitigkeiten, in denen es um Geld ging und die sich um dein Spielverhalten drehten?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O16j	Hast du dir von jemandem Geld geliehen und dieses aufgrund deines Spielens nicht zurückbezahlt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O16k	Hast du jemals bei der Arbeit oder während des Schulunterrichts gefehlt, um zu spielen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O16l	Hast du dir Geld geliehen oder etwas gestohlen, um zu spielen oder um Spielschulden zu begleichen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				1	2

Die folgenden Fragen beziehen sich auf deine Eltern.
Wenn du hauptsächlich von Pflegeeltern, Stiefeltern oder von anderen Personen aufgezogen wurdest, beziehe deine Antwort auf diese. Zum Beispiel: Wenn du Stiefvater und Vater bzw. Stiefmutter und Mutter hast, beziehe deine Antwort auf denjenigen oder diejenige, der oder die dir nähersteht.

C59 Welches ist der höchste Schulabschluss deines Vaters?

Kreuze nur ein Kästchen an

- 1 Kein Abschluss
- 2 Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- 3 Mittlere Reife (Realschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule)
- 4 Abitur, Fachhochschulreife
- 5 Hochschulabschluss
- 6 Ich weiß es nicht
- 7 Nicht zutreffend

C60 Welches ist der höchste Schulabschluss deiner Mutter?

Kreuze nur ein Kästchen an

- 1 Kein Abschluss
- 2 Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- 3 Mittlere Reife (Realschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule)
- 4 Abitur, Fachhochschulreife
- 5 Hochschulabschluss
- 6 Ich weiß es nicht
- 7 Nicht zutreffend

C61 Wie wohlhabend ist deine Familie im Vergleich zu anderen Familien in Deutschland?

- 1 Sehr weit über dem Durchschnitt
- 2 Weit über dem Durchschnitt
- 3 Über dem Durchschnitt
- 4 Im Durchschnitt
- 5 Unter dem Durchschnitt
- 6 Weit unter dem Durchschnitt
- 7 Sehr weit unter dem Durchschnitt

C62 Welche der folgenden Personen leben im gleichen Haushalt wie du?

Kreuze alles an, was zutrifft

C62a	1	<input type="checkbox"/>	Ich lebe allein
C62b	1	<input type="checkbox"/>	Vater
C62c	1	<input type="checkbox"/>	Stiefvater
C62d	1	<input type="checkbox"/>	Mutter
C62e	1	<input type="checkbox"/>	Stiefmutter
C62f	1	<input type="checkbox"/>	Bruder/Brüder
C62g	1	<input type="checkbox"/>	Schwester(n)
C62h	1	<input type="checkbox"/>	Großeltern
C62i	1	<input type="checkbox"/>	Andere(r) Verwandte(r)
C62j	1	<input type="checkbox"/>	Nicht verwandte Person(en) (z.B. wenn du in einem Internat oder einer gleichwertigen Einrichtung lebst)

C63 Welche der folgenden Aussagen treffen auf dich zu?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Fast immer	Häufig	Manchmal	Selten	Fast nie
C63a	Meine Eltern legen genau fest, was ich zu Hause tun darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C63b	Meine Eltern legen genau fest, was ich außerhalb von zu Hause tun darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C63c	Meine Eltern wissen, mit wem ich abends unterwegs bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C63d	Meine Eltern wissen, wo ich am Abend bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C63e	Ich kann mir leicht Geld von meiner Mutter und / oder meinem Vater borgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C63f	Ich bekomme leicht Geld von meiner Mutter und / oder meinem Vater geschenkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

C64 Wir sind daran interessiert, was du von diesen Aussagen hältst.

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

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Stimme gar nicht zu 1	2	3	4	5	6	Stimme sehr zu 7
C64a	Meine Familie versucht mir wirklich zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C64b	Ich bekomme die emotionale Hilfe und Unterstützung, die ich von meiner Familie benötige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C64c	Ich kann mit meiner Familie über meine Probleme sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C64d	Meine Familie ist bereit, mir zu helfen, Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

**C65 Wir sind daran interessiert, was du von diesen Aussagen hältst.
Lies jede Aussage genau durch. Gib an, was du von diesen Aussagen hältst.**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

		Stimme gar nicht zu 1	2	3	4	5	6	Stimme sehr zu 7
C65a	Meine Freunde versuchen mir wirklich zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C65b	Ich kann mich auf meine Freunde verlassen, falls etwas schief läuft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C65c	Ich habe Freunde, mit denen ich meine Freuden und Sorgen teilen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C65d	Ich kann mit meinen Freunden über meine Probleme sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

C66 Wissen deine Eltern, wo du Samstagabende verbringst?

Kreuze nur ein Kästchen an

1	<input type="checkbox"/>	Sie wissen es immer
2	<input type="checkbox"/>	Sie wissen es meistens
3	<input type="checkbox"/>	Sie wissen es manchmal
4	<input type="checkbox"/>	Sie wissen es gewöhnlich nicht

O17 Wenn du jemals Cannabis genommen hättest, glaubst du, dass du eine entsprechende Frage in diesem Fragebogen wahrheitsgetreu beantwortet hättest?

Kreuze nur ein Kästchen an

1	<input type="checkbox"/>	Ich habe angekreuzt, dass ich Cannabis genommen habe
2	<input type="checkbox"/>	Sicher ja
3	<input type="checkbox"/>	Wahrscheinlich ja
4	<input type="checkbox"/>	Wahrscheinlich nicht
5	<input type="checkbox"/>	Sicher nicht

Die nächsten Fragen beziehen sich auf deine Teilnahme an Präventionsmaßnahmen.

Denke an die letzten zwei Jahre. Erinnerst du dich daran, an folgenden Aktivitäten teilgenommen zu haben?

C67 Sensibilisierungsveranstaltungen/Informationsmaßnahmen über die Auswirkungen und möglichen Schäden von:

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Nie	Einmal	Mehr als einmal
C67a	Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C67b	Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C67c	Andere Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C67d	Glücksspiel-, Gaming- oder Internetstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3

C68 Training (d. h. interaktiv, nicht im Unterricht) für eine bessere Interaktion und Kommunikation mit anderen: Gefühle ausdrücken, Empathie, Komplimente, Umgang mit Gruppendruck (Training sozialer Fähigkeiten)

- 1 Nie
- 2 Einmal
- 3 Mehr als einmal

C69 Training (d. h. interaktiv, nicht im Unterricht) zum besseren Umgang mit sich selbst: Kontrolle von Impulsen, Ärger, Setzen von Zielen, Achtsamkeit (Training persönlicher Fähigkeiten)

- 1 Nie
- 2 Einmal
- 3 Mehr als einmal

C70 Training darin, Werbung und Medien zu analysieren und die beabsichtigten Botschaften zu erkennen, um weniger manipuliert zu werden (Medienkompetenz)

- 1 Nie
- 2 Einmal
- 3 Mehr als einmal

C71 Wer hat diese Aktivitäten überwiegend durchgeführt?

Kreuze alles an, was zutrifft

- | | | | |
|------|---|--------------------------|--|
| C71a | 1 | <input type="checkbox"/> | Ich habe in den letzten 2 Jahren an keiner der oben genannten Aktivitäten teilgenommen |
| C71b | 1 | <input type="checkbox"/> | Ein Lehrer/ Eine Lehrerin |
| C71c | 1 | <input type="checkbox"/> | Sonstiges Schulpersonal |
| C71d | 1 | <input type="checkbox"/> | Beamte/r der Strafverfolgungsbehörden |
| C71e | 1 | <input type="checkbox"/> | Ein externer Fachmann/ Eine externe Fachfrau |
| C71f | 1 | <input type="checkbox"/> | Ex-Drogenkonsument/in |
| C71g | 1 | <input type="checkbox"/> | Andere |

C72 Wo hast du dich überwiegend an diesen Aktivitäten beteiligt?

Kreuze alles an, was zutrifft

- | | | | |
|------|---|--------------------------|--|
| C72a | 1 | <input type="checkbox"/> | Ich habe in den letzten 2 Jahren an keiner der oben genannten Aktivitäten teilgenommen |
| C72b | 1 | <input type="checkbox"/> | In der Schule |
| C72c | 1 | <input type="checkbox"/> | Außerhalb der Schule |
| C72d | 1 | <input type="checkbox"/> | In der Schule nach der Unterrichtszeit |

Die nächsten Fragen beziehen sich auf dich selbst und deine Meinung über andere.

O18 Welche Note entspricht am ehesten deiner Durchschnittsnote am Ende des letzten Schuljahres?

- 1 1 = Sehr gut
- 2 2 = Gut
- 3 3 = Befriedigend
- 4 4 = Ausreichend
- 5 5 = Mangelhaft
- 6 6 = Ungenügend

O19 Wie zufrieden bist du normalerweise mit ...

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Sehr zufrieden	Zufrieden	Weder noch	Nicht so zufrieden	Überhaupt nicht zufrieden	Es gibt keine solche Person
O19a	Deiner Beziehung zu deiner Mutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O19b	Deiner Beziehung zu deinem Vater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O19c	Deiner Beziehung zu deinen Freunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6

O20 Was denkst du, wie deine Mutter reagieren würde, wenn du die folgenden Dinge tust?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Sie würde es nicht erlauben	Sie würde davon abraten	Sie hätte nichts dagegen	Sie würde es gutheißen	Ich weiß es nicht
O20a	Dich betrinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O20b	Zigaretten rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O20c	Cannabis rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O20d	Ecstasy nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

O21 Was denkst du, wie dein Vater reagieren würde, wenn du die folgenden Dinge tust?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Er würde es nicht erlauben	Er würde davon abraten	Er hätte nichts dagegen	Er würde es gutheißen	Ich weiß es nicht
O21a	Dich betrinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O21b	Zigaretten rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O21c	Cannabis rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O21d	Ecstasy nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

O22a Was schätzt du, wie viele deiner Freunde...

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Keine	Ein paar	Einige	Die meisten	Alle
O22aa	Zigaretten rauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22ab	E-Zigaretten benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22ac	alkoholische Getränke zu sich nehmen (Bier, Cider (Apfelwein), alkoholhaltige Mixgetränke, Wein/Sekt, Spirituosen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22ad	Sich betrinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22ae	Cannabis rauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22af	Beruhigungs- oder Schlafmittel (ohne ärztliche Verschreibung) einnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22ag	Ecstasy/MDMA einnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22ah	Schnüffelstoffe verwenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22ai	Energydrinks trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

O22b Glaubst du, dass einer oder beide deiner Eltern eine dieser Erfahrungen gemacht haben?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Keine	Ein paar	Einige	Die meisten	Alle
O22ba	Zigaretten rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22bb	E-Zigaretten benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22bc	Alkoholische Getränke zu sich nehmen (Bier, Cider (Apfelwein), alkoholhaltige Mixgetränke, Wein/Sekt, Spirituosen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22bd	Sich betrinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22be	Cannabis rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22bf	Beruhigungs- oder Schlafmittel (ohne ärztliche Verschreibung) einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22bg	Beruhigungs- oder Schlafmittel (mit ärztlicher Verschreibung) einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22bh	Konsum anderer illegaler Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O22bi	Um Geld spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

Bei den nächsten Fragen geht es wieder um Alkohol.

O23 Diese Frage beschäftigt sich mit deinem Alkoholkonsum in den letzten 7 Tagen.

Achte bitte auf die Größen der Flaschen und Gläser!

Bitte beantworte jede Frage. Wenn du kein Getränk getrunken hast, bitte eine "0" angeben.

O23a An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du irgendein alkoholisches Getränke getrunken?

In den letzten 7 Tagen habe ich an Tagen irgendein alkoholisches Getränk getrunken.
(0 = keins; 7 = jeden Tag)

O23b Wie viele Flaschen oder Gläser Bier hast du getrunken?

In den letzten 7 Tagen habe ich Gläser oder Flaschen Bier getrunken.
(0 = habe kein Bier getrunken)



1 kleine Flasche oder
1 kleines Glas Bier
= **0.33l**

O23c Wie viele Gläser Wein oder Sekt hast du getrunken?

In den letzten 7 Tagen habe ich Gläser Wein oder Sekt getrunken
(0 = habe keinen Wein oder Sekt getrunken)



1 kleines Glas Wein
oder Sekt
= **0.1l**

O23d Wie viele Gläser Spirituosen hast du getrunken?

In den letzten 7 Tagen habe ich Gläser mit Spirituosen getrunken
(0 = habe keine Spirituosen getrunken)



1 Glas Spirituosen
= **0.04l**

O23e Wie viele Gläser mit alkoholhaltigen Mixgetränken hast du getrunken?

In den letzten 7 Tagen habe ich Gläser mit alkoholhaltigen Mixgetränken getrunken.
(0 = habe keine alkoholhaltigen Mixgetränke getrunken)



1 Glas alkoholisches Mischgetränk
= **0.33l**

O23f Wie viele Flaschen oder Gläser Cider (Apfelwein) hast du getrunken?

In den letzten 7 Tagen habe ich Gläser oder Flaschen Cider (Apfelwein) getrunken.
(0 = habe kein Cider (Apfelwein) getrunken)



1 kleine Flasche oder **1** kleines Glas
Cider (Apfelwein)
= **0.33l**

O24 **Erinnere dich an die letzten 30 Tage. Wie oft (wenn überhaupt) hast du in einem Geschäft (Lebensmittelgeschäft, Spirituosengeschäft, Kiosk oder Tankstelle) Bier, Cider (Apfelwein), alkoholhaltige Mixgetränke, Wein/Sekt oder Spirituosen für deinen eigenen Verbrauch (außerhalb von Bars/Restaurants) gekauft?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Anzahl der Ereignisse					
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20 oder mehr
O24a	Bier (alkoholfreies Bier ausgenommen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O24b	Cider (Apfelwein)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O24c	Alkoholhaltige Mixgetränke (Spritz, Alkopops, Longdrinks (z.B. Whiskey-Cola), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O24d	Wein/Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O24e	Spirituosen (Whiskey, Kognak, Schnaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3	4	5	6

O25 **Denke noch einmal an die letzten 30 Tage zurück. Wie oft (wenn überhaupt) hast du Bier, Cider (Apfelwein), alkoholhaltige Mixgetränke, Wein/Sekt oder Spirituosen in einer Kneipe, Bar, einem Restaurant oder einer Diskothek (an Ort und Stelle) getrunken?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Anzahl der Ereignisse					
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20 oder mehr
O25a	Bier (alkoholfreies Bier ausgenommen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O25b	Cider (Apfelwein)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O25c	Alkoholhaltige Mixgetränke (Spritz, Alkopops, Longdrinks (z.B. Whiskey-Cola), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O25d	Wein/Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O25e	Spirituosen (Whiskey, Kognak, Schnaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Optional		1	2	3	4	5	6

O26 **Denke an den letzten Tag, an dem du Alkohol getrunken hast. Wo warst du, als du getrunken hast?**

Kreuze alles an, was zutrifft

O26a	1	<input type="checkbox"/>	Ich trinke nie Alkohol
O26b	1	<input type="checkbox"/>	Zu Hause
O26c	1	<input type="checkbox"/>	Bei einer anderen Person zu Hause
O26d	1	<input type="checkbox"/>	Auf der Straße, in einem Park, am Strand oder auf einer anderen Freifläche
O26e	1	<input type="checkbox"/>	In einer Bar oder einer Kneipe
O26f	1	<input type="checkbox"/>	In einer Disco oder einem Club
O26g	1	<input type="checkbox"/>	In einem Restaurant
O26h	1	<input type="checkbox"/>	Andere Orte

Bei den nächsten beiden Fragen geht es um Energydrinks.

O27 Wie oft (wenn überhaupt) hast du einen Energydrink (Red Bull, Monster, Rockstar) getrunken? (Sogenannte "Sportgetränke" ausgenommen (Powerade, Prime))

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Anzahl der Gelegenheiten						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 oder mehr
O27a	In deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O27b	Während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O27c	Während der letzten 30 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

O28 Wie oft (wenn überhaupt) hast du während einer einzelnen Gelegenheit Energydrinks und Alkohol getrunken? (Sogenannte "Sportgetränke" ausgenommen (Powerade, Prime))

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Anzahl der Gelegenheiten						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 oder mehr
O28a	In deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O28b	Während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O28c	Während der letzten 30 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

Nun folgen einige weitere Fragen zum Thema Internetnutzung und Computerspielen (Gaming).

O29 Bitte lies die folgenden Aussagen zur Internetnutzung.

Bitte gib an, wie oft diese Aussagen auf dich zutreffen.

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr oft
O29a	Wie häufig findest du es dir schwierig mit dem Internetgebrauch aufzuhören, wenn du online bist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29b	Wie häufig setzt du deinen Internetgebrauch fort, obwohl du eigentlich aufhören wolltest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29c	Wie häufig sagen dir andere Menschen (z. B. Freund/Freundin, Kinder, Eltern, Freunde), dass du das Internet weniger nutzen solltest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29d	Wie häufig bevorzugst du das Internet statt Zeit mit anderen zu verbringen, z. B. mit deinem Freund/ deiner Freundin, Kindern, Eltern, Freunde)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29e	Wie häufig schläfst du zu wenig wegen des Internets?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29f	Wie häufig denkst du an das Internet, auch wenn du gerade nicht online bist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29g	Wie oft freust du dich bereits auf deine nächste Internetsitzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29h	Wie häufig denkst du darüber nach, dass du weniger Zeit im Internet verbringen solltest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29i	Wie häufig hast du erfolglos versucht, weniger Zeit im Internet zu verbringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29j	Wie häufig erledigst du Aufgaben zu Hause hastig, damit du früher ins Internet kannst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29k	Wie häufig vernachlässigst du deine Alltagsverpflichtungen, weil du lieber ins Internet gehst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29l	Wie häufig gehst du ins Internet, wenn du dich niedergeschlagen fühlst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29m	Wie häufig nutzt du das Internet, um deinen Sorgen zu entkommen oder um dich von einer negativen Stimmung zu entlasten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O29n	Wie häufig fühlst du dich unruhig, frustriert oder gereizt, wenn du das Internet nicht nutzen kannst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

O30 Die folgenden Aussagen beziehen sich auf deine Nutzung digitaler Spiele (am Smartphone, Tablet, Computer, Konsole). Wenn du an die letzten 12 Monate denkst, wie stark stimmst du den folgenden Aussagen zu?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an

		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher zu	Stimme völlig zu
O30a	Ich spiele häufig öfter und länger, als ich mir vornehme, oder es z.B. mit meinen Eltern abgesprochen war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O30b	Ich kann oft nicht mit dem Spielen aufhören, obwohl ich vernünftigerweise besser aufhören sollte, oder z.B. meine Eltern mir gesagt haben, dass ich aufhören soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O30c	Ich verfolge oft keine Interessen außerhalb der digitalen Welt (z.B. Freunde oder festen Freund/feste Freundin real treffen, Verein besuchen, Lesen, musizieren), weil ich lieber spielen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O30d	Ich vernachlässige alltägliche Aufgaben (z.B. Einkaufen, sauber machen, hinter mir aufräumen, Zimmer ordentlich halten, Pflichten für Schule/Ausbildung/Job), weil ich lieber spielen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O30e	Ich spiele meistens weiter, selbst wenn ich dadurch Stress mit anderen bekomme (z.B. mit meinen Eltern, Geschwistern, Freunden, der festen Freundin/dem festen Freund oder Lehrern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O30f	Ich spiele weiter, obwohl die Schule (oder Ausbildung/Job) darunter leidet (z.B. durch Zuspätkommen, Nichtbeteiligung am Unterricht, Versäumnis der Hausaufgaben, schlechtere Noten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O30g	Durch das Spielen vernachlässige ich mein Aussehen, meine Körperpflege und/oder meine Gesundheit (z. B. Schlaf, Ernährung, Bewegung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O30h	Durch das Spielen gefährde ich wichtige Kontakte (Freunde, Familie, feste Freundin/fester Freund), oder habe diese bereits verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O30i	Durch das Spielen erlebe ich Nachteile in der Schule oder in der Ausbildung/ im Job (z.B. schlechte Noten, keine/gefährdete Versetzung, schlechter/kein Abschluss, kein Ausbildungs-/ Studienplatz, schlechtes Praktikumszeugnis, Abmahnung oder Kündigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

Wie häufig hattest du im letzten Jahr die oben beschriebenen Probleme, Konflikte oder Schwierigkeiten wegen des Spielens?

Kreuze nur ein Kästchen an

		Überhaupt nicht	Nur an einzelne n Tagen	Über längere Zeiträume	Fast täglich
O30j	Kam das nur an einzelnen Tagen vor, gab es längere Phasen von mehreren Tagen bis Wochen oder Monaten, in denen du solche Probleme oder Schwierigkeiten hattest oder war das nahezu täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

Die nächsten Fragen beziehen sich auf LEISTUNGSSTEIGERENDE MITTEL.

M01 Hast du jemals in deinem Leben aus eigenem Antrieb (ohne ärztliche Verschreibung) aufputschende Substanzen mit dem Ziel eingenommen, deine Leistung in der Schule zu verbessern?

Zum Beispiel, um dich wach zu halten und die ganze Nacht zu lernen oder um schneller zu lernen.

Keine Kaffee-, Tee- oder Cola-Erfrischungsgetränke und keine Energydrinks.

1 Nein

2 Ja

M02 Wenn du eine solche aufputschende Substanz (ohne ärztliche Verschreibung) zur Verbesserung deiner Schulleistung eingenommen hast, woher hast du die Substanz(en) erhalten?

Kreuze alles an, was zutrifft

M02a 1 Nie benutzt

M02b 1 Von einem Familienmitglied, einem Freund oder einem Bekannten angeboten

M02c 1 Von einem Straßenhändler/Dealer

M02d 1 Über das Internet

M02e 1 Aus einer Apotheke ohne ärztliche Verschreibung

M02f 1 In einem Smart Shop (wenn es das in deinem Land gibt) *

*Optional