



||-||-||-||
Zentrum-Schule-Klasse-Fragebogenkode



FRAGEBOGEN

über Einstellungen, Konsum, Daten
hinsichtlich nicht-ernährungsbezogener
Substanzen

FRAGEBOGEN FÜR SCHÜLERINNEN & SCHÜLER

Liebe Schülerin, lieber Schüler,

dieser Fragebogen ist Teil einer internationalen Studie über den Umgang mit verschiedenen Substanzen unter SchülerInnen deines Alters. Die Erhebung wird dieses Jahr in 7 europäischen Ländern durchgeführt. In Österreich ist das *"Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie"* mit der Durchführung beauftragt. Du bist eine(r) von ca. 800 SchülerInnen in Österreich, die an dieser Studie teilnehmen.

Dies ist ein anonymer Fragebogen – er enthält keinerlei Informationen, die dich identifizieren können. **Schreibe deinen Namen nicht auf den Fragebogen.** Wenn du den Fragebogen beendet hast, gib ihn bitte persönlich bei der/dem damit beauftragten Assistenten/in ab, der/die an deiner Schule mit der Befragung befasst ist.

Für den Erfolg der Studie ist es wichtig, dass du jede Frage so gewissenhaft und ehrlich wie möglich beantwortest. Deine Antworten werden natürlich streng vertraulich behandelt.
Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Versuche bitte alle Fragen zu beantworten.

Dies ist kein Test, es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten. Solltest du für deine Antwort keine genau passende Kategorie finden, wähle jene, die dieser am nächsten kommt.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist sehr einfach:

- Kreuze einfach die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen kleinen Kästchen an.
- Bei einigen Fragen müssen Zahlenangaben gemacht werden.

Beispiel: **In welchem Jahr bist du geboren?**

Wir hoffen, dass du den Fragebogen interessant finden wirst. Auf der letzten Seite kannst du auch noch persönliche Anmerkungen machen, die du dem Forschungsteam rückmelden möchtest.

Vielen Dank für deine Bereitschaft an der Befragung teilzunehmen!

**BITTE BEGINNE ERST MIT DEM AUSFÜLLEN DES FRAGEBOGENS, NACHDEM DU DIE
ERKLÄRUNGEN DAZU IM VORWORT GELESEN HAST.**

Die ersten Fragen betreffen Informationen über deine Person und Dinge, die du vielleicht tust.

1. **Du bist** ein Bub ein Mädchen

2. **In welchem Jahr bist du geboren?** Jahr 19

3. **Welche der folgenden Personen leben im selben Haushalt wie du?**

Kreuze alles Zutreffende an.

- Vater
- Stiefvater
- Mutter
- Stiefmutter
- Bruder/Brüder und/oder Schwester/n / Stiefbruder/-brüder und/oder Stiefschwester/n
- Großeltern
- andere Verwandte
- Person(en), die nicht mit dir verwandt ist/sind

4. **Hast du Geschwister, einschließlich Stiefbrüder und Stiefschwestern?**

Kreuze alles Zutreffende an.

- Nein
- Ja, ältere
- Ja, jüngere
- Ja, einen Zwilling

5. **Wie oft (wenn überhaupt) hast du Zigaretten geraucht?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Wie oft geraucht						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 oder öfter
a) In deinem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 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"/>
c) 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

6. **Wie viele Zigaretten rauchst du gewöhnlich in einer Woche?**

Wenn du gar nicht oder seltener als wöchentlich rauchst, kreuze bitte 0 an.

Anzahl der Zigaretten pro Woche					
0	1-2	3-5	6-9	10-19	20 oder mehr
<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. **Wie wahrscheinlich ist es, dass folgende Dinge passieren, wenn du im nächsten Monat Zigaretten rauchst?** Kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die deiner Meinung am besten entspricht.

	Sehr wahrscheinlich	Wahrscheinlich	Unwahrscheinlich	Sehr un- wahrscheinlich
a) Schwierigkeiten mit den Eltern bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Schwierigkeiten mit meinen Freunden bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Abhängig werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Geldprobleme bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sich entspannter fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mehr Spaß haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Beliebter sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Selbstsicherer und kontaktfreudiger sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

8. **Wie oft trinkst du zur Zeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen?** Berücksichtige auch die Male, bei denen du nur eine kleine Menge getrunken hast.

Jeden Tag	Jede Woche	Jeden Monat	Selten	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

9. **Wie oft (wenn überhaupt) warst du betrunken, nachdem du Alkohol getrunken hast?** Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	wie oft betrunken						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 oder mehr
a) In deinem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 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"/>
c) 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

10. **Wie wahrscheinlich ist es, dass folgende Dinge passieren, wenn du im nächsten Monat Alkohol trinkst?** Kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die deiner Meinung am besten entspricht.

	Sehr wahrscheinlich	Wahrscheinlich	Unwahrscheinlich	Sehr unwahrscheinlich
a) Schlecht in der Schule sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Schwierigkeiten mit meinen Eltern bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schwierigkeiten mit meinen Freunden bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Abhängig werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Geldprobleme bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sich entspannter fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mehr Spaß haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Beliebter sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Meine Sorgen vergessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Selbstsicherer und kontaktfreudiger sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

11. **Wie oft (wenn überhaupt) hast du etwas geschnüffelt (Klebstoff, Benzin, Farbverdünner etc.), um „high“ zu werden?** Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	wie oft geschnüffelt						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 oder mehr
a) In deinem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 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"/>
c) 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

12. **Hast du jemals von den folgenden Drogen gehört?** Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Ja	Nein
a) Tranquillizer oder Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Marihuana oder Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Notalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) "Magic mushrooms"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

13. **Wie oft hast du (wenn überhaupt) Marihuana oder Haschisch genommen (nie=0)?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

wie oft Marihuana oder Haschisch genommen

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 oder mehr
a) In deinem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 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"/>
c) 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

14. **Hast du jemals irgendwelche der folgenden Drogen genommen?**

	Während der letzten 30 Tage		Während der letzten 12 Monate		Vor mehr als 12 Monaten	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
a) Tranquillizer oder Beruhigungsmittel (ohne Verschreibung durch einen Arzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) LSD oder andere Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Notalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Herroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) "Magic mushrooms"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	1	2	1	2

15. **Wie wahrscheinlich ist es, dass folgende Dinge passieren, wenn du im nächsten Monat Marihuana oder andere illegale Drogen nimmst?**

Kreuze die Antwort an, die deiner Meinung am besten entspricht.

	Sehr wahrscheinlich	Wahrscheinlich	Unwahrscheinlich	Sehr unwahrscheinlich
a) Probleme mit der Polizei bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Probleme in der Schule bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schwierigkeiten mit meinen Eltern bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Schwierigkeiten mit meinen Freunden bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Abhängig werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Geldprobleme bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sich entspannter fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Mehr Spaß haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Beliebter sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Selbstsicherer und kontaktfreudiger sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

16. **Wie wahrscheinlich ist es, dass du im Lauf der nächsten 12 Monate Folgendes tust?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Sehr wahrscheinlich	Wahrschein- lich	Unwahr- scheinlich	Sehr un- wahrscheinlich
a) Zigaretten rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Alkohol trinken (Bier, Wein, Spirituosen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Betrunken sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Marihuana oder Haschisch (Pot, Gras) rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Substanzen (z.B. Klebstoff) schnüffeln, um high zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Illegale Drogen nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

17. **Jetzt kommen einige Aussagen von Leuten über illegale Drogen. Wie sehr stimmst du diesen Einstellungen zu Drogen zu?** Kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die deiner Meinung am besten entspricht.

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
a) Drogen zu nehmen kann eine angenehme Aktivität sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ein junger Mensch sollte nie Drogen ausprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Drogen zu nehmen macht Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Viele Dinge sind viel gefährlicher als Drogen auszuprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Jeder, der Drogen ausprobiert, bedauert das irgendwann einmal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Die Gesetze zu Drogen sollten strenger sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Drogen sind eines der größten Übel im Land.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Drogen helfen den Menschen, das Leben in seiner ganzen Fülle zu erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) In Schulen sollten die wirklichen Gefahren von Drogen vermittelt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Die Polizei sollte jungen Leuten, die Drogen ausprobieren, nicht auf die Nerven gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Mit Drogen zu experimentieren bedeutet die Kontrolle über das eigene Leben abzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

18. **Kreuze bitte für jede der folgenden Aussagen an, ob sie deiner Meinung nach richtig ist oder nicht.**

	Ja	Nein	Ich weiß es nicht.
a) Nikotin ist der Stoff in Zigaretten, der Lungenkrebs verursacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Um abhängig zu werden, muss man viele Jahre lang mehrere Zigaretten pro Tag rauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Frauen vertragen weniger Alkohol als Männer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Der Körper braucht etwa eine halbe Stunde, um die Menge Alkohol abzubauen, die in einer Dose Bier enthalten ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Marihuana zu rauchen verursacht keine körperliche Abhängigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ein starker Konsum von Marihuana oder Haschisch verringert die Produktion von Sexualhormonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

19. **Jetzt kommen einige Aussagen über dein Wissen zu verschiedenen Drogen.**

Wie sehr stimmst du Folgendem zu? Kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die deiner Meinung am besten entspricht.

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
a) Ich weiß über Nikotin und seine Wirkung alles, was ich wissen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich weiß über Alkohol und seine Wirkung alles, was ich wissen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich weiß über andere Drogen und ihre Wirkungen alles, was ich wissen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

20. **Welche Gefahr für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art gehen deiner Meinung nach Leute ein, wenn sie ...** Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Kein Risiko	Geringes Risiko	Großes Risiko	Ich weiß es nicht
a) gelegentlich Zigaretten rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) eine oder mehr Schachteln Zigaretten pro Tag rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 1 oder 2 Gläser Alkohol fast jede Woche trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) jeden Tag Alkohol trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ein- oder zweimal Substanzen (z.B. Klebstoff, Benzin) schnüffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ein- oder zweimal Marihuana oder Haschisch (Cannabis, Pot, Gras) probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) regelmäßig Marihuana oder Haschisch rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) gelegentlich andere Drogen konsumieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

21. **Raucht jemand von den folgenden Personen Zigaretten?** Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	raucht täglich	raucht manchmal	raucht nicht	Ich weiß es nicht	Habe oder sehe diese Person nicht
a) Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Beste/r Freund/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

22. **Wenn du die folgenden Fragen beantwortest, denke an deine Freunde, mit denen du die meiste Zeit in der Freizeit verbringst.** Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Niemand	Weniger als die Hälfte	Ungefähr die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Alle	Ich weiß es nicht
a) Wie viele von deinen Freunden mögen die Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wie viele von deinen Freunden sind gut in der Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wie viele von deinen Freunden rauchen Zigaretten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wie viele von deinen Freunden betrinken sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Wie viele von deinen Freunden nehmen Marihuana oder andere Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

23. **Macht eins deiner Geschwister Folgendes?** Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Ja	Nein	Ich weiß es nicht	Ich habe keine Geschwister
a) Alkohol trinken (Bier, Wein, Spirituosen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sich betrinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Marihuana oder Haschisch (Pot, Gras) rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Substanzen schnüffeln (Klebstoff, Benzin, Farbverdünner ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Andere Drogen nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

24. **Treffen folgende Beschreibungen auf Personen in deinem Umfeld zu?**

Kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die deiner Meinung am besten entspricht.

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
a) Meine Eltern setzen klare Regeln fest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Meine Eltern wissen, wo ich abends bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich kann leicht von meinem Vater und/oder meiner Mutter Unterstützung bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Es ist sehr wichtig für mich, meine Eltern nicht zu enttäuschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich kann von meinem/r besten Freund/in wirklich Unterstützung bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

25. **Bei den folgenden Fragen sollst du sagen, ob du den Aussagen zu deiner Familie zustimmst oder nicht.** Kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die deiner Meinung am besten entspricht.

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
a) In meiner Familie helfen und unterstützen wir uns wirklich gegenseitig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Meine Familie spricht nicht über ihre Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wir streiten uns in meiner Familie nicht oft miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) In meiner Familie sind die Pflichten jeder Person klar festgelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) In meiner Familie kann man sich eigentlich alles erlauben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) In meiner Familie sind wir lebenslustig und haben gute Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) In meiner Familie ist es für jeden wichtig, seine eigene Meinung auszudrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) In meiner Familie verlieren wir kaum mal die Beherrschung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Es gibt in meiner Familie klare Strafen für jemanden, der die Regeln bricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1 Stimme völlig zu	2 Stimme zu	3 Stimme nicht zu	4 Stimme überhaupt nicht zu
j) In meiner Familie können wir tun, was immer wir wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Meine Familie unternimmt Dinge immer zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Es gibt viele Gespräche in meiner Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) In meiner Familie schlagen wir uns nie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) "Erst die Arbeit und dann das Vergnügen" ist die Regel in meiner Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) In meiner Familie werden wir nicht bestraft oder getadelt, wenn wir etwas falsch machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Wir kommen wirklich gut miteinander aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Wir erzählen uns nichts über unsere persönlichen Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) In meiner Familie kritisieren wir uns nicht oft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Die Familienmitglieder haben klare Vorstellungen, was richtig und was falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) In meiner Familie kommen und gehen wir, wie wir wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

26. **Wenn du Alkohol trinken wolltest (oder es bereits tust), denkst du, dass deine Eltern es dir erlauben würden? (Bitte ein Kästchen markieren)**

Würden es mir erlauben/erlauben es	Würden es mir nicht zu Hause erlauben/erlauben es nicht zu Hause	Würden es mir überhaupt nicht erlauben/erlauben es überhaupt nicht	Ich weiß es nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

27. **Wenn du rauchen wolltest (oder es bereits tust), denkst du, dass deine Eltern es dir erlauben würden? (Bitte ein Kästchen markieren)**

Würden es mir erlauben/erlauben es	Würden es mir nicht zu Hause erlauben/erlauben es nicht zu Hause	Würden es mir überhaupt nicht erlauben/erlauben es überhaupt nicht	Ich weiß es nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

28. **Wie waren im letzten Schuljahr deine Schulnoten im Vergleich zu deinen Klassenkameraden?**

- 1 Viel besser 2 Besser 3 So wie die der meisten 4 Schlechter

29. **Denkst du, dass du deine Noten bis zum Ende dieses Schuljahres verbesserst?**

- 1 ja 2 eher ja 3 eher nein 4 nein

30. **Wie geht es dir zur Zeit mit der Schule?** Bitte ein Kästchen ankreuzen

- 1 Ich mag sie sehr.
2 Ich mag sie ein bisschen.
3 Ich mag sie nicht sehr.
4 Ich mag sie überhaupt nicht.

31. **Wie sehr stimmst du folgenden Aussagen über deine Schule zu?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
a) Die Schülerinnen und Schüler in meiner Klasse haben Spaß daran zusammen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die meisten Schülerinnen und Schüler in meiner Klasse sind freundlich und hilfsbereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die anderen Schülerinnen und Schüler akzeptieren mich so wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Meine Schulleistungen sind mir sehr wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich habe großen Respekt vor dem, was mir meine Lehrer sagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

32. **Hast du in den letzten 12 Monaten jemals eines der folgenden Probleme gehabt?**

Kreuze in jeder Zeile alles Zutreffende an.

	Nein, nie	Ja, wegen Alkohol	Ja, wegen Drogen	Ja, aus anderen Gründen als Alkohol oder Drogen
a) Zank oder Streit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rauferei oder Kampf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Unfall oder Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Verlust von Geld oder anderen Wertgegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Beschädigung von Gegenständen oder Kleidungsstücken, die dir gehören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Probleme in der Beziehung zu (deinen) Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Probleme in der Beziehung zu (deinen) Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Probleme in der Beziehung zu (deinen) Lehrern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Schlechte Leistung in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Opfer eines Raubs oder Diebstahls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Einweisung in ein Krankenhaus oder in die Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	1	1	1

33. **Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten Entscheidungen zu treffen. Wie sehr trifft Folgendes auf dich zu?** Kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die deiner Meinung am besten entspricht.

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
a) Wenn ich mich entschlossen habe etwas zu tun, ziehe ich das immer durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich entscheide mich oft, ohne über die Folgen nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich wiege alle Möglichkeiten ab, bevor ich etwas entscheide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich bereue meine Entscheidungen oft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Wenn ich mich für etwas entscheide, ist es egal, was meine Freunde darüber denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

34. **Stell dir folgende Situationen vor. Manche werden dir sehr vertraut sein, andere weniger, sodass du dir bei der Beantwortung vielleicht unsicherer bist. Es reicht, wenn du dein Bestes gibst.** Kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die deiner Meinung am besten entspricht.

	Sehr wahrscheinlich	wahrscheinlich	unwahrscheinlich	Sehr unwahrscheinlich
a) Du und dein/e beste/r Freund/in gehen zu einer Party, wo du neue Leute triffst und sie wirklich gerne kennen lernen willst. Jemand bietet dir an, zusammen Hasch zu rauchen. Dein/e Freund/in sagt ja. Sagst du ja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Du und der /die gleiche Freund/in lernen sehr viel für einen wichtigen Test am nächsten Schultag. Ihr fühlt euch beide gestresst und braucht Entspannung. Dein/e Freund/in meint, dass eine Zigarette helfen würde und bietet dir eine an. Nimmst du sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Am nächsten Tag schafft ihr beide den Test und möchtet das feiern. Ihr habt noch Taschengeld übrig und in der Nähe gibt es einen Getränk Laden. Würdest du Alkohol (Bier, Wein) kaufen um zu feiern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

35. **Wie sehr stimmst du folgenden Aussagen über dich zu?**

Kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die deiner Meinung am besten entspricht.

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
a) Ich denke, dass ich einige gute Eigenschaften besitze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich kann Dinge genauso gut wie die meisten anderen Leute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Manchmal denke ich, dass ich für überhaupt nichts gut bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4
	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
d) Die meisten Jungen und Mädchen in meinem Alter sind schlauer als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich bin ziemlich gut im Sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ich bin sehr verlegen, wenn ich etwas vor der Klasse sagen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Meinen Eltern ist wichtig, ob ich glücklich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ich mache mir viele Sorgen über dumme Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ich bin oft grundlos nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ich habe viele Interessen und Hobbys.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

36. **Hier kommen einige Aussagen über den Umgang mit anderen Menschen.**

Kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die deiner Meinung am besten entspricht.

Stimme völlig zu

Stimme zu

Stimme nicht zu

Stimme
überhaupt nicht
zu

a) Wenn jemand versucht, dich klein zu machen, solltest du dasselbe mit ihm/ihr machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Es ist sinnvoll, andere wissen zu lassen, wenn du wütend auf sie bist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Der einzige Weg mit einem Schlägertypen umzugehen ist, ihn wissen zu lassen, wer der Boss ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Es gibt immer einen Weg mit Problemen fertig zu werden, ohne sich deswegen schlagen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Es ist viel besser „aus der Haut zu fahren“ als Dinge ruhig zu erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

37. **Stell dir vor, du möchtest folgende Dinge gerne tun. Wie leicht oder schwierig wäre es für dich, diese Dinge zu tun?** Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

Ich würde gerne ...

sehr leicht

leicht

schwer

sehr schwer

a) etwas Nettes zu einem Freund sagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) jemanden um einen Gefallen bitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) jemandem zeigen, dass ich ihn/sie mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) nein sagen, wenn jemand mich um etwas bittet, was ich nicht tun will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) um Hilfe bitten, wenn ich Probleme habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) jemandem helfen, der Hilfe braucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

Raum für persönliche Anmerkungen:

Bitte gib den ausgefüllten Bogen gleich ab.

**Bitte verhalte Dich ruhig, um auch den anderen Schülern das ungestörte Ausfüllen
des Fragebogens zu ermöglichen !**

Herzlichen Dank für die Beantwortung des Fragebogens !