

BUNDESMINISTERIUM FÜR  
GESUNDHEIT UND FRAUEN



# **ESPAD AUSTRIA 2003**

**Europäische Schüler-  
und Schülerinnenstudie  
zu Alkohol und  
anderen Drogen**

**Band 4  
Fragebogen**

**ESPAD**

The European School Survey Project on Alcohol  
and Other Drugs

# AUSTRIA 2003

## Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen

### Band 4 Fragebogen



Ludwig Boltzmann Institut  
für Suchtforschung  
am Anton Proksch Institut



INSTITUT FÜR SOZIAL- UND  
GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE

Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht)  
in Kooperation mit dem  
Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG)

Wien, Dezember 2005

gefördert durch das  
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen



BUNDESMINISTERIUM FÜR  
GESUNDHEIT UND FRAUEN

Diese nur in elektronischer Form vorliegende Publikation „ESPAD Austria 2003, Band 4: Fragebogen“ ist ein Ergänzungsband zum Forschungsbericht „ESPAD Austria 2003, Band 1: Forschungsbericht“.

Korrespondenzadresse:

Dr. Alfred Uhl

Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) und  
AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS)  
des Anton-Proksch-Instituts (API)

Mackgasse 7-11, A-1230 Wien

Tel.: +43-(0)1-88010-950, Fax: +43-(0)1-88010-956

E-Mail: [alfred.uhl@api.or.at](mailto:alfred.uhl@api.or.at), Internet: <http://www.api.or.at/lbi> und <http://www.api.or.at/akis>

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Republik Österreich

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Radetzkystraße 2, A-1030 Wien

Internet: <http://www.bmgf.gv.at>

unter „Gesundheitswesen/Sucht/Aktuelle Daten zum Konsum psychoaktiver Substanzen“

Druck:

Hausdruckerei des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

1. Auflage 2006: 300

Auszugsweiser Abdruck ist mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind vorbehalten.

Alle vier Bände der Studie,

(1) „ESPAD Austria 2003, Band 1: Forschungsbericht“

(2) „ESPAD Austria 2003, Band 2: Frequenzauzählungen“

(3) „ESPAD Austria 2003, Band 3: Kreuztabellen“

(4) „ESPAD Austria 2003, Band 4: Fragebogen“

können über die Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

<http://www.bmgf.gv.at>

unter „Gesundheitswesen/Sucht/Aktuelle Daten zum Konsum psychoaktiver Substanzen“

sowie über die Downloadseite des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung

<http://www.api.or.at/lbi> als PDF-Datei heruntergeladen werden.

Der „ESPAD Austria 2003, Band 1: Bericht“ liegt auch in gedruckter Form vor und kann über das Bestellservice des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen bezogen werden.

Uhl, A.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Grimm, G.; Kobrna, U.; Springer, A.; Lantschik, E.  
(2005): ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu  
Alkohol und anderen Drogen, Band 4: Fragebogen.  
Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

ISBN 3-900019-74-6

## FRAGEBOGEN FÜR SCHÜLERINNEN & SCHÜLER

### Liebe Schülerin, lieber Schüler,

dieser Fragebogen ist Teil einer internationalen Studie über den Gebrauch von Alkohol, Drogen und Tabak unter SchülerInnen deines Alters. Die Erhebung wird dieses Jahr in mehr als 30 europäischen Ländern durchgeführt. Du bist eine(r) von ca. 6000 SchülerInnen in Österreich, die an dieser Studie teilnehmen.

Dies ist ein anonymer Fragebogen – er enthält keinerlei Informationen, die dich oder deine Klasse identifizieren können. **Schreibe deinen Namen nicht auf den Fragebogen.** Wenn du den Fragebogen beendet hast, gib ihn bitte persönlich in das bereitgestellte gemeinsame Kuvert. Dieses wird dann in deinem Beisein von der Lehrperson verschlossen, 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. Sollte dir eine Frage, aus welchen Gründen auch immer, unangenehm sein, lass sie bitte aus.

**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? 19

Wir hoffen, dass du den Fragebogen interessant finden wirst.

**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.*

<b>1. Du bist</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<b>2. Wann wurdest du geboren?</b> Monat: <input type="text"/> Jahr: 19 <input type="text"/>				
<b>3. Wie oft (wenn überhaupt) machst du Folgendes?</b> <i>Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.</i>						
	nie	ein paar Mal im Jahr	ein paar Mal pro Monat	mind. ein Mal pro Woche	(fast) jeden Tag	
a) zum Spaß mit dem Moped/ Motorrad herumfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Computerspiele spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) im Internet surfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Sport treiben oder trainieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Bücher lesen (Schulbücher zählen nicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) am Abend ausgehen (Disco, Café, Party etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) andere Hobbies (Musizieren, Singen, Zeichnen, Schreiben etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) an Spielautomaten spielen, an denen man Geld gewinnen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	

**4. Wie viele ganze Tage hast du in den letzten 30 Tagen in der Schule versäumt?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	keinen	1 Tag	2 Tage	3-4 Tage	5-6 Tage	7 Tage oder mehr
a) wegen Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) wegen „Schwänzen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 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

**5. Welche Note entspricht am ehesten deiner Durchschnittsnote am Ende des letzten Semesters?**

1 <input type="checkbox"/> sehr gut	4 <input type="checkbox"/> genügend
2 <input type="checkbox"/> gut	5 <input type="checkbox"/> nicht genügend
3 <input type="checkbox"/> befriedigend	

**Der nächste Abschnitt des Fragebogens behandelt Zigaretten, Alkohol und andere Drogen. Wir hoffen, dass du alle Fragen beantworten wirst; solltest du aber eine Frage finden, die du nicht ehrlich beantworten kannst, ist es besser, wenn du dieses Kästchen frei lässt.**

**Die folgenden Fragen betreffen das Rauchen von Zigaretten.**

**6. Wie oft (wenn überhaupt) hast du in deinem Leben Zigaretten geraucht?**

nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19-mal	20-39-mal	40-mal oder öfter
<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

**7. Wie viele Zigaretten hast du in den letzten 30 Tagen geraucht?**

1 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	5 <input type="checkbox"/> 6-10 Zigaretten pro Tag
2 <input type="checkbox"/> weniger als 1 Zigarette in der Woche	6 <input type="checkbox"/> 11-20 Zigaretten pro Tag
3 <input type="checkbox"/> weniger als 1 Zigarette pro Tag	7 <input type="checkbox"/> mehr als 20 Zigaretten pro Tag
4 <input type="checkbox"/> 1-5 Zigaretten pro Tag	

**Die nächsten Fragen beschäftigen sich mit alkoholischen Getränken wie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen.**

**8. Bei wie vielen Gelegenheiten (wenn überhaupt) hast du irgendein alkoholisches Getränk getrunken?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Anzahl der Gelegenheiten						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 oder öfter
a) 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"/>
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

**9. Denke an die letzten 30 Tage. Bei wie vielen Gelegenheiten (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 öfter
a) Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wein oder Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Alkopops (= in Flaschen vorgemischte Getränke mit Spirituosen z.B. Bacardi Breezer, Desperados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Spirituosen (= Whisky, Cognac, Schnaps – beinhaltet auch Spirituosen, die mit alkoholischen Getränken gemischt wurden, aber keine Alkopops)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) alkoholhaltigen Most (= Apfelwein, Birnenwein, Sturm, „Cider“)	<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

Denke jetzt bitte an die letzte Gelegenheit, bei der du Alkohol getrunken hast.

**10. Hast du bei dieser Gelegenheit Bier getrunken?**

- 1  Nein, ich trinke niemals Bier.  
 2  Nein, das letzte Mal, als ich Alkohol getrunken habe, habe ich kein Bier getrunken.

Ja, und zwar waren das  Gläser oder Flaschen Bier à 0,5 Liter

**11. Hast du bei dieser Gelegenheit alkoholhaltigen Most (= Apfelwein, Birnenwein, Sturm, „Cider“) getrunken?**

- 1  Nein, ich trinke niemals Most.  
 2  Nein, das letzte Mal, als ich Alkohol getrunken habe, habe ich keinen Most getrunken.

Ja, und zwar waren das  Gläser Most à 0,25 Liter („Viertel“)

**12. Hast du bei dieser Gelegenheit Alkopops (in Flaschen vorgemischte Getränke mit Spirituosen, z.B. Bacardi Breezer, Desperados) getrunken?**

- 1  Nein, ich trinke niemals Alkopops.  
 2  Nein, das letzte Mal, als ich Alkohol getrunken habe, habe ich keine Alkopops getrunken.

Ja, und zwar waren das  Gläser oder Flaschen Alkopops à 0,33 Liter.

**13. Hast du bei dieser Gelegenheit Wein oder Sekt getrunken?**

- 1  Nein, ich trinke niemals Wein/Sekt.  
 2  Nein, das letzte Mal, als ich Alkohol getrunken habe, habe ich keinen Wein/Sekt getrunken.

Ja, und zwar waren das  Gläser Wein/Sekt à 0,25 Liter („Viertel“).

**14. Hast du bei dieser Gelegenheit Spirituosen (= Whisky, Cognac, Schnaps – beinhaltet auch Spirituosen, die mit alkoholischen Getränken gemischt wurden, aber keine Alkopops) getrunken?**

- 1  Nein, ich trinke niemals Spirituosen.  
 2  Nein, das letzte Mal, als ich Alkohol getrunken habe, habe ich keine Spirituosen getrunken.

Ja, und zwar waren das  Gläser Spirituosen à 0,04 Liter (d.h. ein „doppelter Schnaps“).

**15. Denke an die letzte Gelegenheit, bei der du Alkohol getrunken hast. Wo warst du, als du getrunken hast?**

(Kreuze alles Zutreffende an)

- 1  Ich trinke niemals Alkohol.  
 1  zuhause  
 1  bei jemand anderem zuhause  
 1  auf der Straße, in einem Park, am Strand  
 oder irgendwo sonst im Freien  
 1  in einer Bar oder einer Kneipe, einem Beisl  
 1  in einer Diskothek  
 1  in einem Restaurant  
 1  an einem anderem Ort, und zwar:

.....

**16. Denke an die letzten 30 Tage. Wie oft (wenn überhaupt) hast du Bier, Wein/Sekt, Alkopops oder Spirituosen zum eigenen Gebrauch in einem Geschäft gekauft (z.B. Lebensmittelgeschäft, Getränkemarkt, Kiosk oder Tankstelle)?**

Kreuze in <u>jeder Zeile ein Kästchen an.</u>	nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19-mal	20-39-mal	40-mal oder öfter
a) Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wein oder Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Alkopops	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Spirituosen	<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

**17. Denke noch einmal an die letzten 30 Tage. Wie oft (wenn überhaupt) hast du bei einer Gelegenheit 5 oder mehr Einheiten Alkohol getrunken?**

Eine Einheit ist ein Glas Bier (etwa 0,5 Liter) oder ein Glas Wein/Sekt (etwa 0,25 Liter) oder 2 Gläser alkoholhaltigen Most (insgesamt 0,5 Liter) oder eine Flasche Alkopops (etwa 0,33 Liter) oder ein Glas Spirituosen (etwa 0,04 Liter).

In den letzten 30 Tagen -mal 5 oder mehr Einheiten Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken  
 (0 = kein einziges Mal)

**18. Wenn du Alkohol trinkst, wie wahrscheinlich ist es für dich persönlich, dass dir folgende Dinge passieren?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	sehr wahrscheinlich	wahr- scheinlich	bin mir unsicher	unwahr- scheinlich	sehr unwahrscheinlich
a) Ich fühle mich entspannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich bekomme Schwierigkeiten mit der Polizei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich gefährde meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich fühle mich glücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich vergesse meine Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ich kann nicht aufhören zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich bekomme einen „Kater“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ich empfinde mich als kontaktfreudiger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ich tue etwas, das ich bereuen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ich habe eine Menge Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Ich fühle mich krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**19. Wie oft (wenn überhaupt) warst du aufgrund alkoholischer Getränke betrunken?**

Jede Zeile ausfüllen.

	nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19- mal	20-39-mal	40-mal oder öfter
a) 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"/>
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  
-mal (0 = kein einziges Mal)

**20. Bitte kreuze auf dieser Skala von 1-10 an, wie betrunken du deiner Einschätzung nach warst, als du das letzte Mal betrunken warst.**

nur etwas beschwipst	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	schwer berauscht, sodass ich nicht mehr auf den eigenen Beinen stehen konnte
	<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"/>	
11	<input type="checkbox"/> Ich war niemals betrunken										

**21. Wie viele Einheiten Alkohol brauchst du normalerweise, um betrunken zu werden?**

Eine Einheit ist ein Glas Bier (etwa 0,5 Liter) oder ein Glas Wein/Sekt (etwa 0,25 Liter) oder 2 Gläser alkoholhaltigen Most (insgesamt ungefähr 0,5 Liter) oder eine Flasche Alkopops (etwa 0,33 Liter) oder ein Glas Spirituosen (etwa 0,04 Liter).

- |                                                        |                                                   |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Ich trinke niemals Alkohol. | 6 <input type="checkbox"/> 7-8 Einheiten          |
| 2 <input type="checkbox"/> Ich war niemals betrunken.  | 7 <input type="checkbox"/> 9-10 Einheiten         |
| 3 <input type="checkbox"/> 1-2 Einheiten               | 8 <input type="checkbox"/> 11-12 Einheiten        |
| 4 <input type="checkbox"/> 3-4 Einheiten               | 9 <input type="checkbox"/> 13 Einheiten oder mehr |
| 5 <input type="checkbox"/> 5-6 Einheiten               |                                                   |

Bitte wundere dich nicht, dass wir jetzt noch einmal eine ähnliche Frage nach deinem Alkoholkonsum stellen.  
Bitte beachte: Es handelt sich jetzt um Tage.

**21a. An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du irgendein alkoholisches Getränk getrunken?**

Jede Zeile ausfüllen.

	Anzahl der Tage							
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 oder mehr	
a) 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"/>	
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	An <input type="text"/>	Tagen Alkohol getrunken (0 = an keinem Tag)						
d) während der letzten 7 Tage	An <input type="text"/>	Tagen Alkohol getrunken (0 = an keinem Tag)						

1 2 3 4 5 6 7

**21b. Denke bitte an die letzten 7 Tage. Wie viele Gläser Alkohol hast du in den letzten 7 Tagen getrunken?**

(für jedes Getränk die Anzahl der Gläser angeben)

- a) In den letzten 7 Tagen  Gläser oder Flaschen **Bier à 0,5 Liter** (0 = kein Bier getrunken)
- b) In den letzten 7 Tagen  Gläser **Wein oder Sekt à 0,25 Liter** (0 = keinen Wein/Sekt getrunken)
- c) In den letzten 7 Tagen  Gläser oder Flaschen **Alkopops à 0,33 Liter** (0 = keine Alkopops getrunken)
- d) In den letzten 7 Tagen  Gläser **Spirituosen à 0,04 Liter**, d.h. ein „doppelter Schnaps“  
(0 = keine Spirituosen getrunken)
- e) In den letzten 7 Tagen  Gläser **alkoholhaltigen Most à 0,25 Liter** (0 = keinen Most getrunken)

*Die nächsten Fragen beschäftigen sich mit anderen Drogen.*

**22. Hast du jemals von den folgenden Drogen gehört?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Ja	Nein
a) Tranquilizer oder Sedativa (z.B. Valium, Rohypnol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Aufputschmittel / 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 (liquid Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Drogenpilze („Magic mushrooms“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

**23. Hast du jemals den Wunsch verspürt, eine der in Frage 22 genannten Drogen, zu probieren?**

1  ja      2  nein

**24. Wie oft (wenn überhaupt) hast du Cannabis konsumiert?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.	Anzahl der Gelegenheiten						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 oder öfter
a) 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"/>
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

**25. Wie oft (wenn überhaupt) hast du eine Substanz geschnüffelt (z.B. Klebstoff), um „high“ zu werden?**

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.	Anzahl der Gelegenheiten						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 oder öfter
a) 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"/>
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

*Tranquilizer und Sedativa, also Schlaf- und Beruhigungsmittel wie Valium oder Rohypnol, werden manchmal von Ärzten verschrieben, um Menschen zu helfen, sich zu beruhigen, Schlaf zu finden oder sich zu entspannen. Apotheken dürfen diese Mittel nicht ohne ärztliche Verschreibung verkaufen.*

**26. Hast du jemals Tranquilizer oder Sedativa genommen, weil dir ein Arzt / eine Ärztin gesagt hat, du sollst sie nehmen?**

- 1  nein, niemals
- 2  ja, aber nur über einen Zeitraum von weniger als 3 Wochen
- 3  ja, über einen Zeitraum von 3 Wochen oder mehr

**27. Hast du jemals eine der folgenden Drogen genommen? Wann war das zuletzt?**

<i>Kreuze in jeder Zeile ein oder mehrere Kästchen an.</i>	nein	ja, in den letzten 30 Tagen	ja, in den letzten 12 Monaten	ja, vor mehr als einem Jahr
a) Tranquillizer oder Sedativa (ohne ärztliche Verschreibung!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Aufputzmittel / Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD oder andere Halluzinogene	<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"/>
e) Kokain	<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"/>
g) Heroin	<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"/>
i) Drogenpilze („Magic mushrooms“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) GHB (liquid Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Drogen durch Injektion mit einer Nadel (Heroin, Kokain, Amphetamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Alkohol zusammen mit Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Alkohol und Cannabis zur gleichen Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	1	1	1

**28. Wie oft in deinem Leben (wenn überhaupt) hast du eine der folgenden Drogen genommen?**

<i>Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.</i>	nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19-mal	20-39-mal	40-mal oder öfter
a) Tranquillizer oder Sedativa (ohne ärztliche Verschreibung!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Aufputzmittel / Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD oder andere Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kokain	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
g) Heroin	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
i) Drogenpilze („Magic mushrooms“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) GHB (liquid Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Drogen durch Injektion mit einer Nadel (Heroin, Kokain, Amphetamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Alkohol zusammen mit Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Alkohol und Cannabis zur gleichen Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Anabolika	<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

**29. Wann (wenn überhaupt) hast du jedes der folgenden Dinge zum ersten Mal getan?**

<i>Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.</i>	nie	mit 11 Jahren oder jünger	mit 12 Jahren	mit 13 Jahren	mit 14 Jahren	mit 15 Jahren	mit 16 Jahren
a) Bier getrunken (mindestens 1 Glas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wein getrunken (mindestens 1 Glas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Spirituosen 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"/>
d) 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"/>
e) deine erste Zigarette geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) täglich Zigaretten geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Amphetamine probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Tranquillizer oder Sedativa (ohne ärztliche Verschreibung!) probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Cannabis probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) LSD oder andere Halluzinogene probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Crack probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Kokain probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Heroin probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

n) Ecstasy probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Drogenpilze („Magic mushrooms“) probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) GHB (liquid Ecstasy) probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Drogen durch Injektion mit einer Nadel (Heroin, Kokain, Amphetamine) probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Geschnüffelt, um „high“ zu werden (z.B. Klebstoff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Alkohol zusammen mit Medikamenten probiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Anabolika probiert	<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

*Wir möchten herausfinden, wie Menschen beginnen Drogen zu nehmen.  
Die folgenden Fragen behandeln daher das erste Mal, als du Drogen genommen hast.*

**30. Welches war die erste Droge (wenn überhaupt), die du jemals probiert hast?**

(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)

- 01  Ich habe niemals irgendeine der in der folgenden Liste angeführten Substanzen probiert.
- 02  Tranquilizer oder Sedativa ohne ärztliche Verschreibung
- 03  Cannabis
- 04  LSD
- 05  Aufputzmittel / Amphetamine
- 06  Crack
- 07  Kokain
- 08  Notalin
- 09  Heroin
- 10  Ecstasy
- 11  Drogenpilze („Magic mushrooms“)
- 12  GHB (liquid Ecstasy)
- 13  Ich weiß nicht mehr, was es war.

**31. Wie bist du zu dieser Substanz gekommen?**

(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)

- 01  Ich habe niemals eine der in Frage 30 aufgelisteten Substanzen genommen.
- 02  Sie wurde mir von einem älteren Bruder / einer älteren Schwester gegeben.
- 03  Sie wurde mir von einem älteren Freund / einer älteren Freundin gegeben.
- 04  Sie wurde mir von einem / einer gleichaltrigen oder jüngeren Freund / Freundin gegeben.
- 05  Sie wurde mir von jemandem gegeben, den / die ich vom Hörensagen kannte.
- 06  Sie wurde mir von einem / einer Fremden gegeben.
- 07  Sie wurde innerhalb einer Gruppe von Freunden geteilt.
- 08  Ich habe sie von einem Freund / einer Freundin gekauft.
- 09  Ich habe sie von jemandem gekauft, den / die ich vom Hörensagen kannte.
- 10  Ich habe sie von einem / einer Fremden gekauft.
- 11  Sie wurde mir von einem Elternteil gegeben.
- 12  Ich habe sie mir zuhause ohne die Erlaubnis meiner Eltern genommen.
- 13  Nichts von alledem: (Bitte beschreibe kurz, wie du dazu gekommen bist)

.....  
 .....  
 .....

**32. Was war für dich der Grund/die Gründe, diese Droge zu probieren?**

(Kreuze alles Zutreffende an)

- 1  Ich habe niemals irgendeine der in Frage 30 aufgelisteten Substanzen genommen.
- 1  Ich wollte mich „high“ fühlen.
- 1  Ich wollte nicht außerhalb der Gruppe stehen.
- 1  Ich hatte nichts zu tun.
- 1  Ich war neugierig.
- 1  Ich wollte meine Probleme vergessen.
- 1  andere Gründe. Bitte nenne sie hier:  
 .....  
 .....
- 1  Ich erinnere mich nicht.

**33. An welchen der folgenden Orte glaubst du, könntest du leicht Cannabis kaufen, wenn du das wolltest?**

(Kreuze alles Zutreffende an)

- 1  Ich kenne keinen solchen Ort.
- 1  Straße, Park etc.
- 1  Schule
- 1  Diskothek, Bar etc.
- 1  in der Wohnung eines Dealers
- 1  Sonstiges. Bitte angeben:  
 .....  
 .....

**34. 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	weiß nicht
a) gelegentlich Zigaretten rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 1 oder mehr Packungen Zigaretten pro Tag rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 1 oder 2 alkoholische Getränke fast jeden Tag trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 4 oder 5 alkoholische Getränke fast jeden Tag trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 5 oder mehr alkoholische Getränke jedes Wochenende trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ein- oder zweimal Cannabis probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Cannabis gelegentlich rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Cannabis regelmäßig rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) LSD oder andere Halluzinogene ein- oder zweimal probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) LSD regelmäßig nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Aufputschmittel / Amphetamine ein- oder zweimal probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Aufputschmittel / Amphetamine regelmäßig nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Kokain oder Crack ein- oder zweimal probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Kokain oder Crack regelmäßig nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Crack ein- oder zweimal rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Crack regelmäßig rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Ecstasy ein- oder zweimal probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Ecstasy regelmäßig nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) GHB (liquid Ecstasy) ein- oder zweimal probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) GHB (liquid Ecstasy) regelmäßig nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Drogen ein- oder zweimal durch Injektion mit einer Nadel probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Drogen regelmäßig durch Injektion mit einer Nadel konsumieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) ein- oder zweimal Substanzen schnüffeln (z.B. Klebstoff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) regelmäßig Substanzen schnüffeln (z.B. Klebstoff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

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

*Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.*

	un- möglich	sehr schwierig	ziemlich schwierig	ziemlich einfach	sehr einfach	weiß nicht
a) Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wein/Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Spirituosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) LSD oder andere Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Aufputschmittel / Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Tranquilizer oder Sedativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Drogenpilze („Magic mushrooms“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) GHB (liquid Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Substanzen zum Schnüffeln (z.B. Klebstoff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

**36. Wie viele deiner Freunde schätzt du ...**

<i>Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.</i>	keiner	wenige	einige	die meisten	alle
a) rauchen Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) trinken Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) betrinken sich mindestens einmal in der Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) rauchen Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) nehmen LSD oder andere Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) nehmen Aufputschmittel / Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) nehmen Tranquilizer od. Sedativa (ohne ärztliche Verschreibung!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) nehmen Kokain oder Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) nehmen Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) nehmen Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) schnüffeln (z.B. Klebstoff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) nehmen Drogenpilze („Magic mushrooms“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) nehmen GHB (liquid Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) trinken Alkohol und nehmen gleichzeitig Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) nehmen Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**37. Hattest du jemals eines der folgenden Probleme?**

<i>Kreuze in jeder Zeile ein oder mehrere Kästchen an.</i>	nie	ja, wegen meines Alkoholkonsums	ja, wegen meines Drogenkonsums	ja, aus anderen Gründen
a) Zank oder Streit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Balgerei 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) Probleme mit der Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Einweisung in ein Krankenhaus oder in die Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Sex, den du am nächsten Tag bereut hast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Sex ohne Kondom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	1	1	1

**38. Denkst du, dass starker Alkoholkonsum einen Einfluss auf folgende Probleme hat?**

<i>Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.</i>	ja, sehr deutlich	ja, ziemlich	ja, einigermaßen	ja, nur wenig	nein
a) Verkehrsunfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) andere Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Gewaltverbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Probleme in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) gesundheitliche Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Beziehungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) finanzielle Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**39. Macht eines deiner älteren Geschwister Folgendes?**  
*Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.*

	ja	nein	weiß nicht	Ich habe keine älteren Geschwister.
a) raucht Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) trinkt alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) betrinkt sich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) raucht Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) nimmt Tranquilizer oder Sedativa (ohne ärztliche Verschreibung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) nimmt Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

*Die nächsten Fragen beziehen sich auf deine Eltern. Wenn du hauptsächlich von Pflegeeltern, Stiefeltern oder anderen Personen aufgezogen wurdest, beziehe deine Antwort auf sie.*  
*Wenn du Stiefvater und Vater bzw. Stiefmutter und Mutter hast, beziehe deine Antwort jeweils auf die Person, die für deine Erziehung wichtiger war.*

**40. Welches ist der höchste Schulabschluss deines Vaters? (Nur ein Kästchen ankreuzen)**

1  keine Schule mit Matura besucht  
2  Besuch von Schule mit Matura ohne Abschluss  
3  Maturaabschluss  
4  Besuch von Universität (oder gleichwertig) ohne Abschluss  
5  Abschluss an einer Universität (oder gleichwertig)  
6  Ich weiß es nicht / Es trifft nichts davon zu.

**41. Welches ist der höchste Schulabschluss deiner Mutter? (Nur ein Kästchen ankreuzen)**

1  keine Schule mit Matura besucht  
2  Besuch von Schule mit Matura ohne Abschluss  
3  Maturaabschluss  
4  Besuch von Universität (oder gleichwertig) ohne Abschluss  
5  Abschluss an einer Universität (oder gleichwertig)  
6  Ich weiß es nicht / Es trifft nichts davon zu.

**42. Wie wohlhabend ist deine Familie im Vergleich zu anderen Familien in Österreich? (Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)**

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

**43. Welche der folgenden Personen leben im gleichen Haushalt wie du? Kreuze alles Zutreffende an.**

1  Ich lebe allein  
1  Vater  
1  Stiefvater  
1  Mutter  
1  Stiefmutter  
1  Bruder / Brüder und/oder Schwester(n)  
1  Großeltern  
1  andere Verwandte  
1  nicht verwandte Person(en)

**44. Wie zufrieden bist du in der Regel mit ...**  
*Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.*

	sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden
a) deiner Beziehung zu deiner Mutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) deiner Beziehung zu deinem Vater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) deiner Beziehung zu deinen Freunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**45. Wissen deine Eltern, wo du deine Samstagabende verbringst? Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.**

1  Sie wissen es immer.  
2  Sie wissen es meistens.  
3  Sie wissen es manchmal.  
4  Sie wissen es gewöhnlich nicht.

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

*Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.*

- 1  Ich habe angekreuzt, dass ich es genommen habe.
- 2  sicher ja
- 3  wahrscheinlich ja
- 4  wahrscheinlich nicht
- 5  sicher nicht

**47. Wenn du jemals Heroin genommen hättest, glaubst du, dass du eine entsprechende Frage in diesem Fragebogen wahrheitsgetreu beantwortet hättest?**

*Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.*

- 1  Ich habe angekreuzt, dass ich es genommen habe.
- 2  sicher ja
- 3  wahrscheinlich ja
- 4  wahrscheinlich nicht
- 5  sicher nicht

**48. Wie viel Geld gibst du gewöhnlich für deinen persönlichen Gebrauch pro Woche aus, ohne dass es deine Eltern kontrollieren?**

Euro

**Die Fragen des nächsten Abschnitts betreffen deine Gedanken über dich selbst.**

**C1. Nachstehend findest du eine Liste mit Aussagen von allgemeinen Gefühlen über dich selbst.**

Kreuze ein Kästchen in jeder Zeile an, um zu zeigen, ob du zustimmst oder nicht.

	starke Zustimmung	Zustimmung	Ablehnung	starke Ablehnung
a) Im großen und ganzen bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Manchmal denke ich, ich bin für überhaupt nichts gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich glaube, dass ich viele gute Qualitäten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich kann Dinge so gut wie die meisten anderen Menschen machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich habe das Gefühl, ich habe nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sicher fühle ich mich manchmal nutzlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich glaube, dass ich eine wertvolle Person bin, zumindest auf dem gleichen Niveau mit den meisten anderen Personen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ich wünschte, ich könnte mehr Respekt vor mir haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Im Allgemeinen neige ich dazu, mich als Versager / Versagerin zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ich habe eine positive Einstellung mir gegenüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

**C2. Wie oft während der letzten sieben Tage...**

Kreuze ein Kästchen in jeder Zeile an.

	selten oder nie	manchmal	einige Male	meistens
a) hast du deinen Appetit verloren, wolltest du nichts essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) hattest du Schwierigkeiten, dich auf das zu konzentrieren, was du tun wolltest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) hast du dich depressiv gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) hast du gefühlt, dass du große Anstrengung und Druck gebraucht hast, um Dinge zu tun, die du tun musstest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) hast du dich traurig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) konntest du deine Arbeit nicht erledigen (zuhause, in der Arbeit, in der Schule)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

**C3. Wie sehr stimmst du folgenden Argumenten zu oder lehnt sie ab:**

Kreuze ein Kästchen in jeder Zeile an.

	totale Zustimmung	teilweise Zustimmung	weiß nicht	teilweise Ablehnung	totale Ablehnung
a) Du kannst die meisten Regeln brechen, wenn sie dir nicht passend erscheinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich folge denjenigen Regeln, denen ich folgen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tatsächlich gibt es sehr wenige absolute Regeln im Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Es ist schwer, an irgendetwas zu glauben, da sich alles ändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Tatsächlich weiß niemand, was von ihm/ihr im Leben erwartet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Du kannst dir niemals im Leben irgendeiner Sache sicher sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Verhaltensweisen, die gegen Regeln oder Gesetze verstoßen.  
Wir hoffen, dass du alle Fragen beantwortest. Falls du allerdings eine Frage nicht ehrlich beantworten kannst, ziehen wir es vor, wenn du sie unbeantwortet lässt.  
**Deine Antworten werden streng anonym behandelt!**

**C4. Wie oft hast / bist du während der letzten 12 Monate...**

Kreuze in <u>jeder</u> Zeile <u>ein</u> Kästchen an.	Anzahl der Gelegenheiten						
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40 oder mehr
a) einen deiner Lehrer geschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in eine Schlägerei in der Schule oder am Arbeitsplatz verwickelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) an einer Schlägerei teilgenommen, wo die Gruppe deiner Freunde gegen eine andere Gruppe gekämpft hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) jemanden so schwer verletzt, dass er verbunden werden musste oder einen Arzt gebraucht hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) eine Person mit irgendeiner Art von Waffe bedroht, um etwas von ihr zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) etwas genommen, was nicht dir gehört, das einen Wert über 15 EUR hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) etwas aus einem Geschäft mitgenommen, ohne es bezahlt zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Feuer gelegt, um absichtlich das Eigentum eines anderen zu zerstören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) absichtlich Schuleigentum zerstört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) mit der Polizei Schwierigkeiten gehabt wegen etwas, das du getan hast?	<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

**C5. Ist dir das Folgende jemals widerfahren?**

Kreuze <u>ein</u> Kästchen in <u>jeder</u> Zeile an.	nie	einmal	zweimal	3-4-mal	5-mal oder öfter
a) von zu Hause länger als einen Tag weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Gedanken der Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Suizidversuch (versuchter Selbstmord)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Raum für persönliche Anmerkungen:

**Bitte gib jetzt gleich den ausgefüllten Fragebogen persönlich in das gemeinsame Kuvert !**

**Verhalte dich bitte ruhig, damit die anderen SchülerInnen den Fragebogen ungestört fertig ausfüllen können !**

Herzlichen Dank für die Beantwortung des Fragebogens !

Ergebnisse der 2003 durchgeführten europäischen Schüler- und Schülerinnenbefragung zum Thema Alkohol und andere Drogen (ESPAD Austria 2003) in vier Bänden

Band 1: Forschungsbericht

Band 2: Frequenzauszählungen

Band 3: Kreuztabellen

**Band 4: Fragebogen**

Stichprobe: 14- bis 17-jährige SchülerInnen

Stichprobenumfang: 5281

Region: Österreich

elektronische Version unter

<http://www.bmgf.gv.at>

<http://www.api.or.at/lbi>

**Bestelltelefon:  
01/711 00-4700**

**Download der Studienbände über  
[www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.at)  
[www.api.or.at/lbi](http://www.api.or.at/lbi)**