



LANDESSUCHTKONFERENZ
BRANDENBURG
Gemeinschaftsinitiative gegen Sucht

www.lsk-brandenburg.de

Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS 5)

Es gibt viele Diskussionen über Süchte bei jungen Menschen. Oft werden Behauptungen aufgestellt, aber selten gibt es genaue Informationen über das Thema. Deshalb wird diese Befragung durchgeführt. Die tatsächlichen Verhaltensweisen, Erfahrungen und Einstellungen junger Menschen deines Alters sollen erfragt werden.

Das ist eine freiwillige und anonyme Befragung. Die Daten werden vertraulich behandelt, daher bitten wir dich, ehrlich zu antworten. Wir fragen auch nach Dingen, über die man teilweise nicht offen spricht. In den Auswertungen sind die Antworten zusammengefasst und der Einzelne ist nicht mehr identifizierbar. Solltest du eine Frage finden, die du nicht ehrlich beantworten kannst, ist es besser, wenn du dieses Kästchen frei lässt.

Bitte schreibe deinen Namen nicht auf den Bogen!

Die Ergebnisse der Befragung erfährst du bei oben genannter Stelle in deiner kreisfreien Stadt, in deinem Landkreis oder auf der Webseite der Landessuchtkonferenz.

Der Bogen wurde vom Arbeitskreis Daten und Berichterstattung der Landessuchtkonferenz Brandenburg entwickelt. Die Befragung ist mit dem Ministerium für Bildung, Jugend und Sport abgestimmt und als eine wissenschaftliche Untersuchung genehmigt (Registriernummer: xy/xyxy). Hierbei wurde insbesondere auf die Einhaltung des Datenschutzes geachtet.

Es folgen 3 Seiten mit den Fragen.

Allgemeine Fragen

Im Folgenden geht es um verschiedene Mittel. Wie oft konsumierst du die unten aufgeführten Substanzen zur Zeit? (je Zeile bitte ein Kreuzchen)

	noch nie	1 mal	hin und wieder	1-3 mal im Monat	1 mal die Woche	mehrmals die Woche	täglich
1 Tabak / Zigaretten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
2 E-Zigarette / E-Shisha	<input checked="" type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 5	<input checked="" type="radio"/> 6
3 Alkohol	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
4 Haschisch / Marihuana	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
5 Ecstasy / Kokain / Heroin / LSD oder andere	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
6 Amphetamine (Speed, Crystal Meth und andere)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
7 Medikamente – stimmungsbeeinflussend	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Hast du den Wunsch, den Konsum der folgenden Mittel aufzugeben oder zu reduzieren? (je Zeile bitte ein Kreuzchen)

	trifft für mich nicht zu (kein Konsum)	der Wunsch ist ...				
		nicht vorhanden		mittel		sehr groß
		1	2	3	4	5
8 Tabak / Zigaretten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9 E-Zigarette / E-Shisha	<input checked="" type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 5
10 Alkohol	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
11 Haschisch / Marihuana	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
12 Ecstasy / Kokain / Heroin / LSD oder andere	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
13 Amphetamine (Speed, Crystal Meth und andere)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
14 Medikamente – stimmungsbeeinflussend	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Tabak

15 Wie viele Zigaretten hast du in den letzten 30 Tagen geraucht?

_____ Zigaretten durchschnittlich am Tag (bitte Anzahl angeben)

0 habe überhaupt nicht geraucht

16 Wie lange rauchst du schon?

seit ich _____ Jahre alt bin (bitte Alter angeben)

0 trifft für mich nicht zu

Alkohol

17 An wie vielen Tagen im letzten Monat hast du mehr als 5 alkoholische Getränke am Tag getrunken? [Es gilt: 1 Drink = 1 kleines Glas Bier (0,2 l) oder 1 Glas Wein (0,1 l) oder 1 kleines Glas Schnaps (= 0,02 l) oder ein alkoholhaltiges Mixgetränk]

niemals	einmal	zweimal	3-5mal	6-9mal	10mal oder öfter
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

18 In welchem Alter warst du erstmals betrunken?

trifft für mich nicht zu
im Alter von _____ Jahren

19 Hat sich in letzter Zeit dein Alkoholkonsum erhöht?

trifft für mich nicht zu ja nein

Glücksspiel

Hier geht es um die Frage, wie oft du Glücksspiele spielst

	noch nie	1 mal	hin und wieder	1-3 mal im Monat	1 mal die Woche	mehrmals die Woche	täglich
20 Geldspielautomaten (in Kneipen, Spielhallen etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Spiele im Internet (Poker, Roulette, Online Wetten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nutzung von Medien

Wie lange beschäftigst du dich durchschnittlich pro Tag mit folgenden Dingen:

	gar nicht	bis zu 1 Stunde	bis zu 2 Stunden	bis zu 4 Stunden	bis zu 6 Stunden	mehr als 6 Stunden
22 Fernsehen und Video/DVD (auch über PC/Laptop oder Smartphone)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Spielconsole oder Computerspiele (auch über Smartphone)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Sonstige Computernutzung und Internet (auch über Smartphone)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 Bücher lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cyber-Mobbing

26 Wurdest du schon einmal Opfer von Cyber-Mobbing?

ja nein weiß nicht

27 Hast du dich schon einmal an Cyber-Mobbing gegen andere beteiligt?

ja nein weiß nicht

Hilfen und anderes

28 An wen würdest du dich wenden, wenn du mal Probleme mit Rauschmitteln hast (Alkohol, Tabak, Drogen, Medikamente)? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> ₁ engster Freund, engste Freundin | <input type="radio"/> ₇ Jugendleiter, Gruppenleiter, Trainer |
| <input type="radio"/> ₂ Partner, fester Freund, feste Freundin | <input type="radio"/> ₈ Arzt, Ärztin |
| <input type="radio"/> ₃ Bruder, Schwester | <input type="radio"/> ₉ Beratungsstelle |
| <input type="radio"/> ₄ Lehrer, Lehrerin | <input type="radio"/> ₁₀ Internet |
| <input type="radio"/> ₅ Schulsozialarbeiter | <input type="radio"/> ₁₁ Sonstige |
| <input type="radio"/> ₆ Mutter, Vater, Großeltern | <input type="radio"/> ₁₂ weiß nicht |

29 Alles in allem: wie zufrieden bist du mit deinem Leben?

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ganz und gar
zufrieden | | mittel | | ganz und gar
unzufrieden |
| <input type="radio"/> ₁ | <input type="radio"/> ₂ | <input type="radio"/> ₃ | <input type="radio"/> ₄ | <input type="radio"/> ₅ |

30 Welche der folgenden Noten entspricht am ehesten deiner Durchschnittsnote am Ende des letzten Schuljahres?

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| sehr gut „1“ | gut „2“ | befriedigend „3“ | ausreichend „4“ | mangelhaft „5“ |
| <input type="radio"/> ₁ | <input type="radio"/> ₂ | <input type="radio"/> ₃ | <input type="radio"/> ₄ | <input type="radio"/> ₅ |

31 Alter (in Jahren): _____

32 Geschlecht: ₁ männlich ₂ weiblich

33 besuchte Schule:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> ₁ Oberschule | <input type="radio"/> ₂ Gymnasium |
| <input type="radio"/> ₃ Förderschule | <input type="radio"/> ₄ Gesamtschule mit Sekundarstufe II |

Vielen Dank!!!