

SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP – The German Socio-Economic Panel study at DIW Berlin

2015

SOEP 2015 – Erhebungsinstrumente 2015 (Welle 32) des Sozio-oekonomischen Panels: Schülerinnen und Schüler (11-12 Jahre), Altstichproben

TNS Infratest Sozialforschung

Running since 1984, the German Socio-Economic Panel study (SOEP) is a wide-ranging representative longitudinal study of private households, located at the German Institute for Economic Research, DIW Berlin.

The aim of the SOEP Survey Papers Series is to thoroughly document the survey's data collection and data processing.

The SOEP Survey Papers is comprised of the following series:

Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

Series B – Survey Reports (Methodenberichte)

Series C – Data Documentation (Datendokumentationen)

Series D – Variable Descriptions and Coding

Series E – SOEPmonitors

Series F – SOEP Newsletters

Series G – General Issues and Teaching Materials

The SOEP Survey Papers are available at
<http://www.diw.de/soepsurveypapers>

Editors:

Dr. Jan Goebel, DIW Berlin

Prof. Dr. Martin Kroh, DIW Berlin and Humboldt Universität Berlin

Prof. Dr. Carsten Schröder, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Jürgen Schupp, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Please cite this paper as follows:

TNS Infratest Sozialforschung. 2015. SOEP 2015 – Erhebungsinstrumente 2015 (Welle 32) des Sozio-oekonomischen Panels: Schülerinnen und Schüler (11-12 Jahre), Altstichproben. SOEP Survey Papers 286: Series A. Berlin: DIW/SOEP



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/). © 2015 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

German Socio-Economic Panel (SOEP) | DIW Berlin
Mohrenstr. 58
10117 Berlin, Germany

Contact: soeppapers@diw.de

TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG

**SOEP 2015 – ERHEBUNGSINSTRUMENTE 2015
(WELLE 32) DES SOZIO-OEKONOMISCHEN
PANELS: SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER (11-12
JAHRE), ALTSTICHPROBEN**

München, 2015

Leben in Deutschland

Befragung 2015
zur sozialen Lage
der Haushalte

Fragebogen für Schülerinnen und Schüler

Dieser Fragebogen richtet sich an junge Personen im Haushalt, die **2003 geboren** sind und **erstmalig** persönlich an der Befragung teilnehmen.

Deine Mitarbeit ist freiwillig. Die wissenschaftliche Aussagekraft dieser Untersuchung hängt aber entscheidend von der Mitarbeit **aller** Personen in **allen** Haushalten ab.

Darum bitten wir alle Schülerinnen und Schüler dieser Altersgruppe herzlich,

- unserem Mitarbeiter dieses Interview zu gewähren
- **oder** den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen

Zunächst bitten wir Sie als Eltern/Erziehungsberechtigte, Ihr Einverständnis zur Befragung Ihres unten genannten Kindes zu erteilen.

- ☞ *Der Interviewer / die Interviewerin wird am Ende des Fragebogens bestätigen, dass er / sie erst mit der Befragung begonnen hat, nachdem Sie Ihr Einverständnis dazu erteilt haben!*
- ☞ *Sollte die Befragung ohne Interviewer durchgeführt werden, erteilen Sie Ihr Einverständnis durch die Übergabe des Fragebogens an Ihr Kind!*
- ☞ *Der Schülerin / dem Schüler sollte aber die Gelegenheit gegeben werden, die Fragen ohne Einflußnahme der Eltern zu beantworten!*

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

Person Nr.:

Geburtsjahr und Geburtsmonat der Schülerin / des Schülers

2003 Monat

Vorname der Schülerin / des Schülers

Bitte in Druckbuchstaben

Wie wird's gemacht?

Bitte zuerst diese Seite bearbeiten und die Testfrage  beantworten!

Es gibt unterschiedliche Arten von Frage- und Antwortformen:

- Bei manchen Fragen weißt Du von selbst welche Antwortmöglichkeiten es gibt, die Antwort wird entsprechend eingetragen.

Beispiel: Hast Du Geschwister: Ja Nein

- In die etwas größeren weißen Felder werden entsprechend Deiner Antworten Zahlen eingetragen..

Beispiel 1: Anzahl Schüler

Beispiel 2: Monat (= Dezember)

- In die Balken wird Text geschrieben

Beispiel: Deine erste Fremdsprache.....

- Bei einigen Fragen werden Dir Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Beispiel: Sehr selten Selten Manchmal Oft Sehr oft

- Eine Frageform wird Skala genannt. Das stammt aus der lateinischen Sprache und bedeutet so viel wie Leiter oder Treppe. So kannst Du Dir das auch vorstellen: wenn etwas ganz unten ist oder überhaupt nicht zutrifft, bist Du auf der untersten Stufe. Wenn etwas ganz oben ist oder voll zutrifft, bist Du auf der obersten Stufe. Manchmal stimmt etwas, aber nur mehr oder weniger, dann bist Du auf einer der Stufen dazwischen.


Beispiel: Trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 Trifft voll zu

Ich singe gerne.....

Testfrage: 

Bitte ankreuzen!


Wir probieren das jetzt mal mit einer anderen Skala aus.



 Antworte bitte anhand der folgenden Skala, bei der 0 gar nicht verstanden, 10 sehr gut verstanden bedeutet.

Wie gut hast Du das mit der Skala verstanden?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

gar nicht verstanden sehr gut verstanden

- Eine  steht vor Erläuterungen zu einzelnen Fragen.
- Wenn es einmal, abhängig von Deinen Antworten, nicht der Reihe nach geht, wird das durch Pfeile angezeigt.

Beispiel: Hast Du Geschwister: Ja  Nein  Frage XX!

Bitte darauf achten:

- nur einen schwarzen oder blauen Kugelschreiber verwenden
- dass die Angaben gut lesbar sind
- und dass die Kreuze innerhalb der Kästchen sind.

Dadurch wird unsere Arbeit sehr erleichtert. **Vielen Dank!**

Erst mal ein paar Fragen zu Dir selbst

1. Als Erstes kommen ein paar Aussagen die zum Beispiel mit:
 "Ich bin ...", "Ich habe ..." oder "Ich versuche ..." anfangen und bei denen Du denken kannst,
 dass es bei Dir genau so ist - also, dass es "voll zutrifft"
 oder dass es bei Dir gar nicht so ist - also, "gar nicht zutrifft"
 oder dass es nur "zum Teil zutrifft".

Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist
 oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt.

	Trifft gar nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft voll zu
Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unruhig, ich kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen oder mir wird oft schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich teile gerne mit anderen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin meistens für mich allein; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise tue ich, was man mir sagt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir häufig Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlage mich häufig mit anderen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann andere zwingen zu tun, was ich will.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nett zu jüngeren Kindern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer behaupten oft, dass ich lüge oder mogele.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nach, bevor ich etwas tue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt zu Dir und Deiner Schule

2. In der wievielten Klasse bist Du gerade?

In der Klasse

3. Wie viele Schüler sind insgesamt in Deiner Schulklasse?

Schüler insgesamt

4. Und wie viele von diesen Schülern stammen nicht aus Deutschland oder haben Eltern, die nicht aus Deutschland stammen?

Schüler Keiner Weiß nicht.....

5. Hast Du das Gefühl, dass die Lehrer...

	Ja	Nein
– Dich seltener aufrufen als Deine Mitschüler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Dich strenger benoten als Deine Mitschüler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Dich öfter ermahnen als Deine Mitschüler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– denken, dass Du weniger klug bist als Deine Mitschüler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Welche Noten hattest Du in Deinem letzten Zeugnis in den folgenden drei Fächern?

	Deutsch	Mathematik	Erste Fremdsprache	Trifft nicht zu, hatte keine Schulnoten im letzten Zeugnis
Schulnote von 1 - 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Welchen Schulabschluss willst Du persönlich einmal erreichen?

Hauptschulabschluss
Mittlerer Schulabschluss (z.B. Realschulabschluss)
Abitur

8. Wie wichtig ist es Dir, diesen Schulabschluss zu erreichen?

Sehr wichtig
Eher wichtig
Eher nicht wichtig
Gar nicht wichtig

9. Und was denkst Du, welchen Schulabschluss wirst Du tatsächlich einmal erreichen?

Hauptschulabschluss
Mittlerer Schulabschluss (z.B. Realschulabschluss)
Abitur
Werde die Schule ohne Abschluss verlassen

10. Wie sehr interessieren sich Deine Eltern für Deine Leistungen in der Schule?

Sehr stark
Ziemlich stark
Eher wenig
Überhaupt nicht

11. Denk mal an Deinen Stundenplan. Kannst Du bitte für jeden Wochentag angeben, um wie viel Uhr die Schule beginnt und wann sie zu Ende ist. Gib bitte auch an, wie oft Du am Samstag Schule hast.

Gemeint ist nur die Schule, also Unterricht, AGs, frei betreute Zeit, Mittagessen. Die Zeit im Hort, falls Du dort hingehst, hier bitte nicht mit angeben!

Uhrzeit:	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag	
	Std.	Min.	Std.	Min.	Std.	Min.	Std.	Min.	Std.	Min.	Std.	Min.
Beginn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ende	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jede Woche												<input type="text"/>
Jede zweite Woche												<input type="text"/>
Seltener												<input type="text"/>
Keine Schule												<input type="text"/>

12. Jetzt geht es darum, ob Du Dich nach der Schule an den folgenden Orten aufhältst. Wie viele Stunden bist Du unter der Woche dort, also alle Stunden von Montag bis Freitag zusammen? Und wie viele Stunden am Wochenende, also alle Stunden von Samstag und Sonntag zusammen?

Bitte nur ganze Stunden angeben!
 Falls nicht zutreffend, bitte "0" eintragen!

	Gesamtstunden Montag bis Freitag	Gesamtstunden Samstag und Sonntag
Hort.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jugendzentrum, Gemeindetreff.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sportverein, andere Freizeiteinrichtung	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Wo machst Du normalerweise Deine Hausaufgaben?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

Zu Hause.....

In der Schule, im Schulhort.....

Im Jugendzentrum, Gemeindetreff.....

Bei Verwandten z.B. Großeltern.....

Bei Freunden, Nachbarn.....

Woanders.....

Ich habe keine Hausaufgaben.....

14. Wie viel Zeit verwendest Du normalerweise für Deine Hausaufgaben und das Lernen für die Schule?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

Weniger als eine halbe Stunde am Tag.....

Eine halbe bis unter 1 Stunde am Tag.....


1 bis unter 2 Stunden am Tag.....

2 bis unter 3 Stunden am Tag.....

3 bis unter 4 Stunden am Tag.....

4 und mehr Stunden am Tag.....

15. Wie oft helfen Dir die folgenden Personen bei den Hausaufgaben oder dem Lernen für die Schule?

 Wenn es eine Person für Dich nicht gibt, z.B. wenn Du keine Geschwister hast, kannst Du "trifft nicht zu" angeben.

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer	Trifft nicht zu
Deine Mutter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dein Vater.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einer Deiner Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deine Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deine Freundinnen und Freunde oder Mitschülerinnen und Mitschüler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Nachhilfelehrerin oder ein Nachhilfelehrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Hausaufgabenbetreuung (z.B. in der Schule, Jugendzentrum oder Gemeindetreff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


16. Wie oft machst Du die folgenden Dinge in Deiner Freizeit?


	Täglich	Jede Woche	Jeden Monat	Seltener	Nie
Fernsehen / Video / DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computerspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzen sozialer Online-Netzwerke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Surfen im Internet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik hören.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport treiben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Familie etwas unternehmen z. B. Ausflüge oder Ähnliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanz, Theater oder Ähnliches.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technisches Werken und Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malen und Basteln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfach nichts tun / abhängen / träumen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden zusammen sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch per SMS oder Messenger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Kirche gehen, religiöse Veranstaltungen besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In eine Jugendgruppe gehen (z.B. Pfadfinder, kirchliche Gruppen, Umweltgruppen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um ein Haustier / Tiere kümmern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wie viele enge Freunde hast Du?

Freunde

18. Wir würden gerne etwas über Deine drei besten Freunde oder Freundinnen erfahren, mit denen Du Dich regelmäßig triffst und die ungefähr in Deinem Alter sind.

 Wenn Du Dir bei den Antworten nicht sicher bist, gib an was Du denkst.

 Wenn Du keine drei Freunde hast, gib es für ein oder zwei an.

1. Freund oder Freundin	2. Freund oder Freundin	3. Freund oder Freundin
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Welchen Schulabschluss wollen Deine drei besten Freunde oder Freundinnen erreichen?

Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlerer Schulabschluss (z.B. Realschulabschluss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und woher kennst Du Deine drei besten Freunde oder Freundinnen?

Kindergarten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jetzige Klasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jetzige Schule aber nicht aus der Klasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie / Verwandtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchengemeinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie oft mischen sich Deine Eltern dabei ein, mit wem Du Deine Zeit verbringst beziehungsweise wer Deine Freunde sind?

Sehr oft.....

Oft.....


Manchmal.....

Selten

Nie

Deine Freunde, Deine Geschwister, Deine Eltern

25. Bei der nächsten Frage geht es darum, wie sich Deine Freunde, Deine Geschwister und Deine Eltern Dir gegenüber verhalten.

 Wenn es eine Person für Dich nicht gibt, z.B. wenn Du keine Geschwister hast, gib bitte "trifft nicht zu" an.

Wie oft wendest Du Dich an folgende Personen, wenn Du Sorgen hast?

	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie	trifft nicht zu
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft bestärken Dich oder helfen Dir folgende Personen, wenn Dir etwas wichtig ist?

	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie	trifft nicht zu
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft kommandieren Dich folgende Personen herum?

	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie	trifft nicht zu
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft sagen Dir folgende Personen, dass es wichtig ist, dass Du in der Schule gut bist, viel lernst?


	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie	trifft nicht zu
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft kommt es vor, dass Du Dich mit folgenden Personen streitest?

	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie	trifft nicht zu
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie siehst Du Dich selbst

26. Es gibt unterschiedliche Eigenschaften, die Menschen haben können. Wir haben hier einige davon aufgelistet. Wahrscheinlich wirst Du Dir bei manchen dieser Eigenschaften denken, dass sie voll auf Dich zutreffen. Andere werden wahrscheinlich überhaupt nicht auf Dich zutreffen. Und bei wieder anderen bist Du Dir vielleicht nicht sicher, ob sie auf Dich zutreffen oder nicht.

 Antworte bitte anhand der folgenden Skala.

Der Wert 1 bedeutet: **trifft überhaupt nicht zu**. Der Wert 7 bedeutet: **trifft voll zu**.

Mit den Werten zwischen 1 und 7 kannst Du Deine Meinung abstimmen.

Ich bin jemand, der ...	Trifft						
	überhaupt nicht zu						voll zu
	1	2	3	4	5	6	7
– gründlich arbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– kommunikativ, gesprächig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– manchmal etwas grob zu anderen ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– originell ist, neue Ideen einbringt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– sich oft Sorgen macht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– verzeihen kann; das heißt, ich nehme Entschuldigungen schnell an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– eher faul ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– aus sich herausgehen kann, gesellig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– künstlerische, ästhetische Erfahrungen schätzt; das heißt, ich male gerne oder mache Musik, gehe gerne ins Theater oder ins Museum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– leicht nervös wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Aufgaben wirksam und effizient erledigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zurückhaltend ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– rücksichtsvoll und freundlich mit anderen umgeht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– eine lebhaft Phantasie, Vorstellungen hat; das heißt, ich kann mir gut Dinge vorstellen und träume gern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– entspannt ist, mit Stress gut umgehen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– wissbegierig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– eine positive Einstellung zu sich selbst hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– leicht auf etwas verzichten kann, wenn er auf etwas besonderes sparen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– lieber heute seinen Spaß haben will und dabei nicht an morgen denkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Wie schätzt Du Dich persönlich ein:
Bist Du ein risikobereiter Mensch oder versuchst Du, Risiken zu vermeiden?

 Antworte bitte anhand der folgenden Skala.

Der Wert 0 bedeutet: **gar nicht risikobereit**. Der Wert 10 bedeutet: **sehr risikobereit**.

Mit den Werten zwischen 0 und 10 kannst Du Deine Einschätzung abstimmen.

Gar nicht risikobereit											Sehr risikobereit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Bei Dir zu Hause

28. Hast Du bei Dir zu Hause ...

	Ja	Nein
– einen Schreibtisch für Dich allein, an dem Du Hausaufgaben machen oder lernen kannst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ein Zimmer für Dich allein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Bücher, die Dir ganz allein gehören (außer Deinen Schulbüchern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Gibt es bei Dir zu Hause ...

	Ja	Nein
– Lern-Software (z.B. für Computer, Tablet, Konsole)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Bücher, die bei Hausaufgaben hilfreich sind (außer Deinen Schulbüchern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Klassische Literatur (z.B. Bücher mit Gedichten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Musikinstrumente (z.B. Klavier)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Kunstwerke (z.B. Gemälde)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Kannst Du bei Dir zu Hause folgende Geräte nutzen?

Wenn Ja, gib auch an, ob Du diese Geräte für Dich allein hast oder ob Du sie gemeinsam mit anderen Familienangehörigen nutzt.

	Nein	Ja		Für mich allein	Gemeinsam mit anderen
Tablet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Spiele-)Konsole.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smartphone.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein anderes Handy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Sprechen alle, die hier im Haushalt wohnen, nur Deutsch mit Dir oder auch in einer anderen Sprache?

Nur in Deutsch.....

Auch in einer anderen Sprache...

Nur in der anderen Sprache

und zwar:

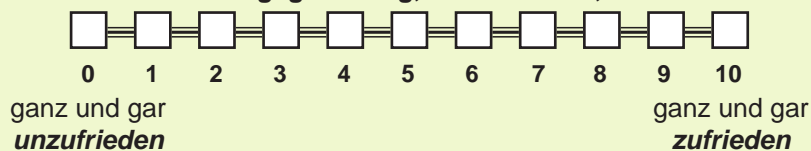
32. Zum Schluss möchten wir Dich noch nach Deiner Zufriedenheit mit Deinem Leben insgesamt fragen.

☞ *Antworte bitte anhand der folgenden Skala.*

*Der Wert 0 bedeutet: ganz und gar **unzufrieden**. Der Wert 10 bedeutet: ganz und gar **zufrieden**.*

Mit den Werten zwischen 0 und 10 kannst Du Deine Einschätzung abstimmen.

Wie zufrieden bist Du gegenwärtig, alles in allem, mit Deinem Leben?



Durchführung des Interviews

A Welches Datum haben wir heute und um wie viel Uhr wurde der Fragebogen beendet?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Stunde	Minute		

B Wie wurde die Befragung durchgeführt?

Mündliches Interview

Befragter hat den Fragebogen selbst ausgefüllt,
und zwar:

– in Anwesenheit des Interviewers

– in Abwesenheit des Interviewers

Teils mündlich, teils selbst ausgefüllt

C Interviewdauer:

Das mündliche (Teil-)Interview dauerte Minuten

Befragter brauchte zum Selbstausfüllen Minuten
(bitte erfragen)

D Waren beim Ausfüllen des Fragebogens weitere Personen anwesend?

Ja, Vater / Mutter

Ja, andere Person (außer dem Interviewer)

Nein

E Sonstige Hinweise:

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

Ich bestätige die korrekte Durchführung des Interviews.
Die Eltern / Erziehungsberechtigten des Kindes haben ihr
Einverständnis zur Befragung ihres Kindes erteilt.

Listen-Nr.

Lfd. Nr.

Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers