

## SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

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

2016

## Erhebungsinstrumente des IAB-SOEP- Migrationssamples 2016: Jugendfrage- bogen, Stichproben M1-M2

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. 2016. Erhebungsinstrumente des IAB-SOEP-Migrationssamples 2016: Jugendfragebogen, Stichproben M1-M2. SOEP Survey Papers 359: Series A. Berlin: DIW/SOEP



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

© 2016 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

DIW Berlin

German Socio-Economic Panel (SOEP)

Mohrenstr. 58

10117 Berlin

Germany

[soeppapers@diw.de](mailto:soeppapers@diw.de)

# **Erhebungsinstrumente des IAB-SOEP- Migrationssamples 2016: Jugendfragebogen, Stichproben M1-M2**

**TNS Infratest Sozialforschung**

München

# Leben in Deutschland

## Migrationssample Fortführung (M1+M2)

Befragung 2016

### Jugendfragebogen

Dieser Fragebogen richtet sich an Personen im Haushalt, die **1999 geboren** sind.

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

Darum bitten wir Sie herzlich,

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

**Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen**  
**lt. Adressenprotokoll:**

Nr. des Haushalts:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Person Nr.:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Vorname:

|  |
|--|
|  |
|--|

# Wohnen

1. Wohnen Sie gegenwärtig im elterlichen Haushalt?

Ja.....   
↓

Nein.....  ➔ Frage 4!

2. Haben Sie ein eigenes Zimmer für sich alleine, oder teilen Sie Ihr Zimmer mit anderen Personen (beispielsweise Geschwistern)?

Ja, eigenes Zimmer.....

Nein, teile Zimmer mit jemand.....

3. Haben Sie neben der Wohnung bei Ihren Eltern noch eine andere Wohnung oder ein Zimmer, wo Sie selbst auch wohnen?

Ja.....

Nein.....

# Jobs und Geld

4. Haben Sie während der letzten 7 Tage irgendeine bezahlte Arbeit ausgeübt, auch wenn dies nur für eine Stunde oder für wenige Stunden war?

☞ Bitte antworten Sie auch mit "Ja", wenn Sie in den letzten sieben Tagen normalerweise gearbeitet hätten, aber wegen Urlaub, Krankheit, schlechtem Wetter oder anderen Gründen zeitweise abwesend waren.

Ja.....

Nein.....

5. Haben Sie innerhalb der letzten vier Wochen aktiv nach einer Stelle gesucht?

Ja.....

Nein.....

6. Sind Sie zurzeit bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet?

Ja.....

Nein.....

7. Verdienen Sie derzeit selbst Geld durch Arbeit, Jobs oder als Auszubildender?

Ja.....   
↓

Nein.....  ➔ Frage 10!

8. Wie hoch war Ihr Arbeitsverdienst im letzten Monat?

☞ Wenn Sie im letzten Monat Sonderzahlungen hatten, z.B. Urlaubsgeld oder Nachzahlungen, rechnen Sie diese bitte **nicht** mit. Entgelt für Überstunden rechnen Sie dagegen mit.

☞ Falls Sie selbständig sind: Bitte schätzen Sie Ihren monatlichen Gewinn vor und nach Steuern.

Bitte geben Sie nach Möglichkeit beides an:

- den **Bruttoverdienst**, das heißt Lohn oder Gehalt vor Abzug der Steuern und Sozialversicherung
- und den **Nettoverdienst**, das heißt den Betrag nach Abzug von Steuern und Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung.

Der Arbeitsverdienst betrug:

brutto

EURO

netto

EURO



15. Können Sie gelegentlich oder regelmäßig etwas Geld sparen, z.B. für eigene Anschaffungen oder Reisen?

Ja, gelegentlich .....   
 Ja, regelmäßig.....   
 ↓

Nein.....  ➔ Frage 17!

16. Wie viel sparen Sie ungefähr pro Monat?

Ungefähr  Euro pro Monat

Nicht zu sagen, ganz unregelmäßig.....

## Beziehungen

17. Was würden Sie sagen: Wie viele enge Freunde haben Sie?

enge Freunde

18. Wie wichtig sind für Ihr Leben derzeit folgende Menschen?


👉 Bitte eine Angabe pro Zeile!

|   | Sehr wichtig             | Wichtig                  | Weniger wichtig          | Ganz unwichtig           | Personen sind nicht vorhanden |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Mein Vater .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Meine Mutter .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Mein Bruder / meine Schwester .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Eine andere verwandte Person .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Meine feste Freundin / mein fester Freund ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Mein bester Freund / meine beste Freundin ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Meine Clique / Gruppe, der ich angehöre .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Ein Lehrer / eine Lehrerin.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Eine sonstige Person .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

19. Wie oft kommt es vor, dass Sie sich mit den folgenden Personen streiten?

|  | Sehr häufig              | Häufig                   | Manchmal                 | Selten                   | Nie                      | Personen sind nicht vorhanden |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Mit meinem Vater .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Mit meiner Mutter .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Mit meinem Bruder / meiner Schwester ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Mit fester Freundin / festem Freund .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Mit bestem Freund / bester Freundin .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

20. Wie häufig treten in Ihrer Beziehung zu Ihren Eltern die folgenden Situationen auf?

 *Machen Sie die Angaben für Mutter und Vater jeweils getrennt.  
Falls es nur ein Elternteil gibt, lassen Sie die andere Zeile bitte leer!*

Wie häufig kommt es vor, . . .

|  |        | Sehr häufig              | Häufig                   | Manchmal                 | Selten                   | Nie                      |
|--|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| dass Ihre Eltern mit Ihnen über Dinge sprechen, die <u>Sie</u> tun oder erlebt haben?                              | Mutter | <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"/> |
| dass Ihre Eltern Dinge ansprechen, die <u>Sie</u> ärgern oder belasten?  | Mutter | <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"/> |
| dass Ihre Eltern nach <u>Ihrer</u> Meinung fragen, bevor sie etwas entscheiden, das <u>Sie</u> betrifft?           | Mutter | <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"/> |
| dass, wenn Sie etwas tun, was Ihre Eltern gut finden, Ihre Eltern Ihnen auch zeigen, dass sie sich darüber freuen? | Mutter | <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"/> |
| dass, wenn Sie und Ihre Eltern ein Problem miteinander haben, Sie dann gemeinsam eine Lösung finden können?        | Mutter | <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"/> |
| dass Ihre Eltern Ihnen das Gefühl geben, dass sie Ihnen wirklich vertrauen?  | Mutter | <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"/> |
| dass Ihre Eltern nach <u>Ihrer</u> Meinung fragen, bevor sie über Familienangelegenheiten entscheiden?             | Mutter | <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"/> |
| dass Ihre Eltern Ihnen gegenüber Entscheidungen begründen?   | Mutter | <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"/> |
| dass Ihre Eltern Ihnen zeigen, dass sie Sie wirklich lieben?   | Mutter | <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"/> |



# Freizeit und Sport

## 21. Wie häufig üben Sie die folgenden Freizeitbeschäftigungen aus?

|   | Täglich                  | Jede Woche               | Jeden Monat              | Seltener                 | Nie                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fernsehen / DVD / Internet-Streams (z.B. YouTube) .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Computer- / Online- / Konsolen- oder Smartphonespiele .....   | <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"/> |
| Tanz, Theater u.ä. ....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Technische Arbeiten, Computer programmieren .....             | <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 fester Freundin / festem Freund zusammen sein .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit bestem Freund / bester Freundin zusammen sein .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit Gruppe / Clique zusammensein .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ins Jugendzentrum / Freizeitheim gehen .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ehrenamtliche Tätigkeit im Verein, in sozialen Diensten ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kirchgang, Besuch religiöser Veranstaltungen .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 21a. Wie setzt sich Ihr Freundeskreis zusammen: Wie viele Ihrer Freunde stammen selbst nicht aus Deutschland oder haben Eltern, die nicht aus Deutschland stammen?

Alle .....

Die meisten .....

Etwa die Hälfte .....

Etwa ein Viertel .....

Weniger als ein Viertel.....

Keiner .....

22. Üben Sie aktiv Musik aus, gemeint ist: Gesang oder Spielen eines Musikinstruments?

Ja.....   
↓

Nein .....  ➔ Frage 27!

23. Welche Art von Musik machen Sie überwiegend?

Klassik .....

Pop / Rock / Techno / Funk / Rap / Hip-Hop .....

Sonstige Volks- oder Unterhaltungsmusik.....

24. Üben Sie die Musik nur alleine, in einem Orchester oder in einer Musikgruppe oder Band aus?

Nur alleine oder unter Anleitung eines Lehrers .....

In einem Orchester oder Chor.....

In einer Musikgruppe / Band .....

In sonstiger Zusammensetzung .....

25. In welchem Alter haben Sie begonnen, ein Musikinstrument oder Gesang zu lernen?

Mit  Jahren

26. Haben oder hatten Sie dafür auch bezahlten Musikunterricht (außerhalb der Schule)?

Ja.....

Nein .....

27. Treiben Sie Sport?

Ja.....   
↓

Nein.....  ➔ Frage 32!

28. Welches ist für Sie die wichtigste Sportart, die Sie ausüben?

Wichtigste Sportart:

29. In welchem Alter haben Sie mit dieser Sportart begonnen?

Mit  Jahren

30. Wo und mit wem betreiben Sie diese Sportart hauptsächlich?

Im Verein .....

Bei kommerziellen Sportanbietern (z.B. Fitnessstudios) .....

In der Schule .....

In anderen Organisationen (z.B. Volkshochschule, Betrieb) .....

Gemeinsam mit anderen, aber nicht in einer Organisation .....

Für mich allein .....

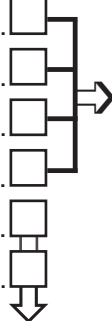
31. Nehmen Sie in dieser Sportart auch an Wettkämpfen teil?

Ja.....

Nein.....

# Schule

## 32. Gehen Sie noch zur Schule?

- Ja, Hauptschule.....
  - Ja, Realschule.....
  - Ja, Gymnasium .....
  - Ja, Gesamtschule / andere .....
  - Ja, berufliche Schule .....
  - Nein .....
- 

## 33. Und in der wievielten Klasse sind Sie?

In der  Klasse ➔ Frage 37!

## 34. In welchem Jahr haben Sie die allgemeinbildende Schule beendet?

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Jahr

## 34a. Haben Sie diesen Abschluss in Deutschland oder in einem anderen Land gemacht?

- In Deutschland .....
- In einem anderen Land .....

## 35. Mit was für einem Abschluss haben Sie die Schule verlassen?

- Schule ohne Abschluss verlassen.....  ➔
  - Hauptschulabschluss .....  *Bitte eintragen: Art der Schule*
  - Mittlerer Schulabschluss (z.B. Realschulabschluss).....
  - Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)....
  - Abitur (Hochschulreife) .....
  - Sonstiger Abschluss .....  ➔
- Bitte eintragen: Art des Abschlusses*

## 36. Streben Sie in Zukunft noch einen Schulabschluss an?

- Ja, vielleicht.....
  - Ja, sicher .....
  - Nein .....  ➔ Frage 38!
- 

**37. Welchen höchsten Schulabschluss streben Sie an?**

- Hauptschulabschluss .....
- Mittlerer Schulabschluss (z.B. Realschulabschluss).....
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule).....
- Abitur (Hochschulreife) .....

**38. Welche Fremdsprachen haben Sie in der Schule gelernt?**

**Welches war Ihre erste Fremdsprache?**

**Und welches Ihre zweite, sofern Sie eine zweite Fremdsprache hatten?**

|                                | Erste<br>Fremdsprache    | Zweite<br>Fremdsprache   |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Englisch.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Französisch.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spanisch.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Russisch.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latein.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Griechisch .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keine zweite Fremdsprache..... |                          | <input type="checkbox"/> |

**38a. Wird bzw. wurde an Ihrer Schule das Fach "Deutsch als Fremdsprache" oder ein vergleichbarer Unterricht angeboten?**

Ja.....

Nein.....

Weiß nicht.....



**38b. Haben Sie an einem solchen Deutschunterricht teilgenommen?**

Ja.....

Nein.....

Trifft nicht zu, Deutsch ist meine Muttersprache.....

**39. Haben Sie jemals in einem anderen Land, also nicht in Deutschland, die Schule besucht?**

Ja, für kurze Zeit (bis zu einem Jahr).....

Ja, längere Zeit.....

Nein.....

**40. Und in welchem Alter war das?**

Im Alter von  bis   
*falls länger*

**41. Haben Sie jemals eine Privatschule besucht?**

Ja, derzeit.....

Ja, früher.....       Nein.....


42. Neben dem normalen Unterricht gibt es ja auch andere Möglichkeiten, sich in der Schule zu engagieren. Haben Sie sich in Ihrer Schulzeit – früher oder jetzt – in einem oder mehreren der folgenden Bereiche engagiert?

 Bitte alles Zutreffende angeben!

Ja, und zwar:

- als Klassensprecher .....
- als Schulsprecher .....
- als Schulsanitäter .....
- beim Erstellen einer Schülerzeitung .....
- in Theatergruppe / Tanzgruppe .....
- in Chor / Orchester / Musikgruppe .....
- in freiwilliger Sport-AG .....
- in sonstiger AG oder Neigungsgruppe .....
- Nein, nichts davon .....

43. Wie zufrieden sind Sie selbst mit Ihren schulischen Leistungen, wie sie heute sind bzw. zuletzt waren?

 Bitte kreuzen Sie für jede Leistung auf der Skala einen Wert an:  
 Wenn Sie ganz und gar **unzufrieden** sind, den Wert **0**,  
 wenn Sie ganz und gar **zufrieden** sind, den Wert **10**.  
 Wenn Sie **teils zufrieden / teils unzufrieden** sind, einen Wert dazwischen.

| Bin mit meinen ...   | ganz und gar<br><b>unzufrieden</b> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | ganz und gar<br><b>zufrieden</b> |                          |                          |
|--|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | 0                                  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                               |                          |                          |
| – schulischen Leistungen insgesamt .....                                       | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Leistungen in Deutsch .....  | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Leistungen in Mathematik .....   | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Leistungen in der ersten Fremdsprache ...<br>(nur wenn Abschluss im Ausland) | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Leistungen in der Muttersprache .....  | <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"/> | <input type="checkbox"/> |

44. (nur wenn Abschluss in Deutschland)  
 Hatten Sie nach Abschluss der Grundschule eine Haupt-, Realschul- oder eine Gymnasialempfehlung?

- Hauptschulempfehlung .....
- Realschulempfehlung .....
- Gymnasialempfehlung .....
- An unserer Schule gab es keine Empfehlung .....

45. (nur wenn Abschluss in Deutschland)

Welche Note oder welche Punktzahl hatten Sie in Ihrem letzten Zeugnis in den folgenden drei Fächern?

|   | Deutsch                  | Mathematik               | Erste<br>Fremdsprache    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bitte tragen Sie das Zutreffende ein:<br>Schulnote von 1 - 6..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oder<br>Punktzahl von 0 - 15.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte zusätzlich die Schulart und falls zutreffend, Niveau oder Kurs angeben:

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gesamtschule..... <input type="checkbox"/>         | Niveau A, B, C.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gymnasiale Oberstufe..... <input type="checkbox"/> | und zwar:                |                          |                          |                          |
|  | - Grundkurs.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | - Leistungskurs.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | - Sonstige Kursart.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nichts davon.....                                  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |

46. Haben Sie in Ihrer Schulzeit jemals eine Klasse wiederholt?

Ja.....    
  ↓  
Nein.....  ➔ Frage 48!

47. Welche Klasse haben Sie wiederholt?

Das erste Mal die  . Klasse  
Falls zutreffend:  
Das zweite Mal die  . Klasse

48. Haben Sie irgendwann einmal bezahlten Nachhilfeunterricht bekommen?

Ja.....   
Nein.....

49. Wie stark kümmern sich oder haben sich Ihre Eltern um Ihre Leistungen in der Schule gekümmert?

Sehr stark.....   
Ziemlich stark.....   
Eher wenig.....   
Überhaupt nicht.....

50. Unterstützen Ihre Eltern oder haben Ihre Eltern Sie auch selbst bei den Hausaufgaben und beim Lernen für die Schule unterstützt?

Ja, Vater und Mutter.....   
Ja, aber nur die Mutter.....   
Ja, aber nur der Vater.....   
Nein.....







**62. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu Ihrer Berufswahl zu?**

 Bitte eine Angabe pro Zeile!

Stimme voll zu      Stimme eher zu      Stimme eher nicht zu      Stimme überhaupt nicht zu

Bei meiner Berufswahl haben die Vorschläge meiner Eltern großes Gewicht..... =====

Mir geht es nicht darum, den einzig richtigen Beruf zu finden. Ich lasse einfach auf mich zukommen, was sich bietet..... =====

Ich habe mich lange mit verschiedenen beruflichen Möglichkeiten beschäftigt, um eine richtige Entscheidung zu treffen ..... =====

Ich bin immer noch dabei herauszufinden, wo meine Fähigkeiten liegen und welche Berufe für mich die richtigen sein könnten ..... =====

**63. Für die Arbeit und die Wahl des Berufs können einem unterschiedliche Dinge wichtig sein. Bitte geben Sie für jeden der folgenden Punkte an, ob er für Sie bei der Berufswahl**

- sehr wichtig,
- wichtig,
- weniger wichtig,
- oder ganz unwichtig ist.

Sehr wichtig      Wichtig      Weniger wichtig      Ganz unwichtig

Wie wichtig ist für Ihre Berufswahl ...

– eine sichere Berufsstellung?..... =====

– ein hohes Einkommen? ..... =====

– gute Aufstiegsmöglichkeiten? ..... =====

– ein Beruf, der anerkannt und geachtet wird?..... =====

– ein Beruf, der einem viel Freizeit lässt?..... =====

– eine interessante Tätigkeit?..... =====

– eine Tätigkeit, bei der man selbständig arbeiten kann? ... =====

– viel Kontakt zu anderen Menschen?..... =====

– ein Beruf, der für die Gesellschaft wichtig ist?..... =====

– sichere und gesunde Arbeitsbedingungen?..... =====

– ein Beruf, der einem genügend Zeit für familiäre Verpflichtungen lässt?..... =====

– ein Beruf, bei dem man anderen Menschen helfen kann? ..... =====

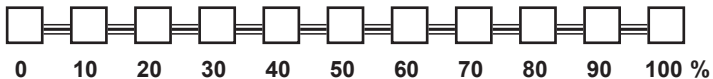
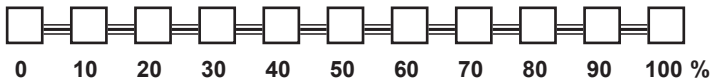
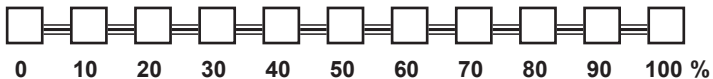
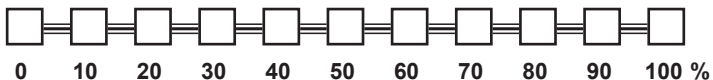
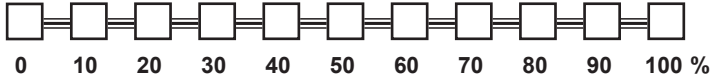
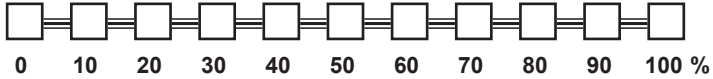
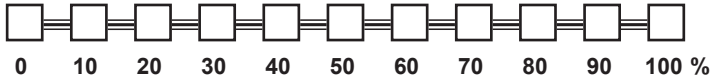
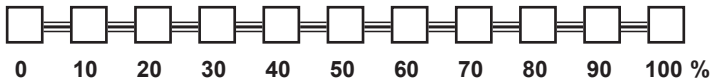
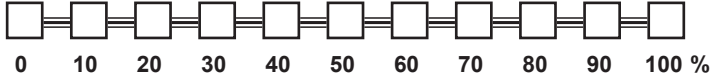
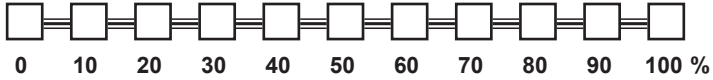
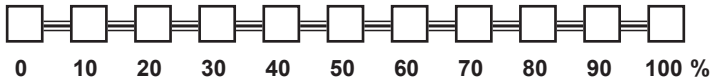
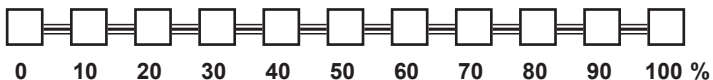
# Zukunft

64. Wenn Sie sich einmal Ihre berufliche und private Zukunft vorstellen:  
Wie wahrscheinlich ist es, dass die folgenden Entwicklungen eintreten werden?

Stufen Sie bitte jeweils die Wahrscheinlichkeit auf einer Skala ein,  
die von 0 Prozent bis 100 Prozent geht.

 Bitte eine Angabe pro Zeile!

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie ...

- einen Ausbildungs- oder Studienplatz für Ihren gewünschten Beruf bekommen? ..... 
- Ihre Ausbildung oder Ihr Studium erfolgreich abschließen? ..... 
- in Ihrem angestrebten Beruf auch einen Arbeitsplatz finden? ..... 
- beruflich erfolgreich sein und weiterkommen werden? ..... 
- längere Zeit arbeitslos werden? ..... 
- aus familiären Gründen, z.B. Kindererziehung, beruflich zurückstecken? ..... 
- sich selbständig machen bzw. freiberuflich tätig werden? ..... 
- einmal im Ausland arbeiten werden? ..... 
- einmal heiraten werden? ..... 
- mit einer Partnerin / einem Partner unverheiratet zusammenleben werden? ..... 
- ein Kind haben werden? ..... 
- mehrere Kinder haben werden? ..... 

# Ihre Herkunft

65. In welchem Jahr und in welchem Monat sind Sie geboren?

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| Jahr                 |                      |                      |                      | Monat                |                      | Tag                  |  |

66. In welchem Ort sind Sie geboren?

Bitte nennen Sie bei Orten, die es mehrmals gibt bzw. bei kleinen Orten den Namen der nahegelegenen Stadt mit.

Tragen Sie bitte den Ortsnamen in das linke Feld und ggf. die Zusatzangabe in das rechte Feld. Z.B. "Düsseldorf", "Frankfurt an der Oder", "Frankfurt am Main" in das linke Feld und im Fall von "Roßdorf bei Schmalkalden", tragen Sie "Roßdorf" in das linke und "bei Schmalkalden" in das rechte Feld ein.

Bitte verfahren Sie auch entsprechend bei Geburtsorten, die nicht in Deutschland liegen.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Bitte heutige, ggf. deutsche Bezeichnung eintragen!

67. Sind Sie in Deutschland geboren?

Ja.....  ➔ Frage 67a!  
 Nein.....

67a. Sind Ihre beiden Eltern in Deutschland geboren?

Gemeint ist Deutschland in den jetzigen Staatsgrenzen.

Ja.....  ➔ Frage 72!  
 Nein.....  ➔ Frage 71!

68. In welchem Land sind Sie geboren?

Bitte heutige Bezeichnung eintragen!

69. Wann sind Sie in die Bundesrepublik Deutschland zugezogen?

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Jahr                 |                      |                      |                      |

70. Für den Zuzug nach Deutschland gibt es unterschiedliche rechtliche Grundlagen.

Wie war das bei Ihnen, welchen Status haben Sie damals bei Ihrer Einreise nach Deutschland gehabt?

Spät-/Aussiedler, d.h. deutschstämmige Person aus osteuropäischen Staaten.

Deutscher, der im Ausland geboren und aufgewachsen ist .....

Bürger eines EU-Mitgliedstaates.....

Familiennachzug, z.B. als Kind eines Aufenthaltsberechtigten .....

Asylbewerber oder Flüchtling .....

Mit einem Touristenvisum.....

Nichts davon.....

71. Bei der nächsten Frage geht es um Ihre Kenntnisse in der deutschen Sprache.

|                    | Wie gut konnten Sie<br>vor Ihrem Zuzug nach Deutschland<br>die deutsche Sprache ... |                          |                          | Wie gut können Sie<br><u>jetzt</u><br>die deutsche Sprache ... |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
|                    | Sprechen  | Schreiben                | Lesen                    | Sprechen   | Schreiben                | Lesen                    |
| Sehr gut.....      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gut.....           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es geht.....       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eher schlecht..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gar nicht.....     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

72. Haben Sie heute die deutsche Staatsangehörigkeit?

Ja.....   
↓

Nein .....  ➔ Frage 77!

73. Haben Sie neben der deutschen eine zweite Staatsangehörigkeit?

Ja.....  ➔ und zwar:

Nein .....

Bitte eintragen

74. Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit seit Geburt oder erst später erworben?

Seit Geburt .....  ➔ Frage 79!

Erst später erworben .....   
↓

75. Welche Staatsangehörigkeit hatten Sie vorher?

Bitte eintragen!

76. Und in welchem Jahr haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit erworben?

Im Jahr  ➔ Frage 79!

77. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

78. Welchen Aufenthaltsstatus haben Sie derzeit?

Niederlassungserlaubnis oder Daueraufenthaltsrecht für Bürger der EU  
oder des Europäischen Wirtschaftsraums.....

Befristete Aufenthaltserlaubnis .....

Duldung .....

Touristenvisum .....

Nichts davon.....

## Kindheit und Elternhaus

79. Wo haben Sie den größten Teil Ihrer Kindheit bis zum 15. Lebensjahr verbracht?

War das ...

– eine Großstadt .....

– eine mittlere Stadt.....

– eine Kleinstadt .....

– auf dem Lande .....

80. Leben Sie heute noch in dieser Stadt oder dieser Gegend?

Ja, immer noch.....

Ja, wieder .....

Nein .....

**81. Haben oder hatten Sie Geschwister?**

Gemeint sind leibliche, Halb-, Stief- und Adoptivgeschwister.

Ja, und zwar:  Geschwister      Nein .....  ➔ Frage 82!

Geben Sie uns bitte für jedes Ihrer Geschwister folgende Angaben (maximal acht Geschwister). Bitte beginnen Sie mit dem ältesten Geschwisterteil und fahren dem Alter nach fort, bis zum Jüngsten.

Geben Sie bitte auch an, ob Sie Ihre gesamte Kindheit - also bis zu Ihrem 15. Lebensjahr - mit dem jeweiligen Geschwister gemeinsam gelebt haben.

**Gesamte Kindheit - bis zu Ihrem 15. Lebensjahr - zusammen gelebt?**

|    | Geburtsjahr          | Monat                | Geschlecht               |                          | Art des Geschwisters<br>Kennziffer laut dieser Liste: | Gesamte Kindheit - bis zu Ihrem 15. Lebensjahr - zusammen gelebt? |                      | Jahre |
|----|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|----------------------|-------|
|    |                      |                      | Bruder                   | Schwester                |   | Ja  | Nein, nur:           |       |
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/> | Jahre |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/> | Jahre |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/> | Jahre |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/> | Jahre |
| 5. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/> | Jahre |
| 6. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/> | Jahre |
| 7. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/> | Jahre |
| 8. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/> | Jahre |

Kennziffer  
↓  
1 leiblich (ohne Zwillingsgeschwister)  
2 Zwilling (eineiig)  
3 Zwilling (zweieiig)  
4 Halbgeschwister  
5 Stiefgeschwister  
6 Adoptivgeschwister

**82. Wie viele von Ihren ersten 15 Lebensjahren haben Sie bei den folgenden Personen gelebt?**

Bitte auf ganze Jahre runden!

- Bei Ihren beiden (leiblichen) Eltern .....  Jahre      (**Hinweis:** Adoptiveltern gelten wie leibliche Eltern)
- Bei Ihrer Mutter allein (ohne Partner) .....  Jahre
- Bei Ihrer Mutter mit (neuem) Partner .....  Jahre
- Bei Ihrem Vater allein (ohne Partnerin) .....  Jahre
- Bei Ihrem Vater mit (neuer) Partnerin .....  Jahre
- Bei anderen Verwandten .....  Jahre
- Bei Pflegeeltern .....  Jahre
- Im Heim .....  Jahre
- Summe der Jahre (bitte prüfen!) .....  Jahre

**83. Leben Ihr Vater und Ihre Mutter hier im Haushalt?**

Ja, beide .....  ➔ Frage 93!

Nur der Vater .....  ➔  
Nur die Mutter .....  ➔

Die folgenden Fragen 84 – 92 bitte nur für den Elternteil beantworten, der **nicht** hier im Haushalt lebt!

Nein, beide nicht .....  ➔

Die folgenden Fragen 84 – 92 bitte getrennt für Vater **und** Mutter beantworten!

**Vater**  
sofern nicht  
im Haushalt  
lebend

**Mutter**  
sofern nicht  
im Haushalt  
lebend

**84. Lebt Ihr Vater / Ihre Mutter noch? Wenn ja, wo?  
Wenn verstorben, wann?**

Lebt hier am Ort .....  .....

Lebt woanders, und zwar:

– in den alten Bundesländern .....  .....

– in den neuen Bundesländern .....  .....

– in einem anderen Land, nicht in Deutschland .....  .....

Ist verstorben, und zwar im Jahr .....     .....

**85. In welchem Jahr wurde Ihr Vater / Ihre Mutter geboren? .....**     .....

*(falls Vater / Mutter nicht in Deutschland geboren)*

**86. Wir haben ja bereits zu Beginn kurz danach gefragt, ob Ihre Eltern in Deutschland geboren sind.  
Ist Ihr Vater / Ihre Mutter in Deutschland geboren?**

Ja .....  .....  → **Fr. 87!**

Nein: Bitte Geburtsland angeben .....  .....

*(falls in Fr. 86 für Vater / Mutter Geburtsland genannt)*

**86a. Wann ist Ihr Vater / Ihre Mutter nach Deutschland zugezogen? .....**     .....

**87. Hat (bzw. hatte) Ihr Vater / Ihre Mutter die deutsche Staatsbürgerschaft?**

Ja, aufgrund der Anerkennung der (Spät-)Aussiedlereigenschaft .....  .....

Ja, durch Einbürgerung .....  .....

Ja, durch Geburt .....  .....

Nein .....  .....

*(nur falls Vater / Mutter deutsche Staatsbürgerschaft durch Einbürgerung erworben oder keine deutsche Staatsbürgerschaft)*

Welche aktuelle bzw. frühere Staatsbürgerschaft  
hat (bzw. hatte) Ihr Vater / Ihre Mutter? .....  .....

**Vater**  
sofern nicht  
im Haushalt  
lebend

**Mutter**  
sofern nicht  
im Haushalt  
lebend

**88a. Hat Ihr Vater / Ihre Mutter einen Schulabschluss in Deutschland oder im Ausland abgeschlossen?**

|                                      |                          |                                       |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| In Deutschland .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → Frage 88b! |
| Im Ausland.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → Frage 88c! |
| Schule ohne Abschluss verlassen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → Frage 89!  |

**88b. Welchen Schulabschluss hat Ihr Vater / Ihre Mutter in Deutschland erworben?**

|   |                          |                          |             |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Volks- / Hauptschulabschluss (DDR: 8. Klasse POS).....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | } → Fr. 89! |
| Mittlere Reife, Realschulabschluss (DDR: 10. Klasse POS)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Abitur / Hochschulreife (DDR: EOS) .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Anderen Schulabschluss .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Weiß nicht .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |

**88c. Welchen Schulabschluss hat Ihr Vater / Ihre Mutter im Ausland erworben?**

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Pflichtschule mit Abschluss beendet .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weiterführende Schule mit Abschluss beendet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weiß nicht .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**89. Hat Ihr Vater / Ihre Mutter eine berufliche Ausbildung oder ein Studium abgeschlossen?**

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ja, berufliche Ausbildung .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, Hochschulstudium .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein, keine abgeschlossene Ausbildung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weiß nicht .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls zutreffend:

**90. Welche berufliche Tätigkeit übt Ihr Vater / Ihre Mutter aus bzw. hat Ihr Vater / Ihre Mutter zuletzt ausgeübt?**

 Bitte **genaue Berufsbezeichnung** angeben:

|        |                      |
|--------|----------------------|
| Vater  | <input type="text"/> |
| Mutter | <input type="text"/> |

**91. In welcher beruflichen Stellung ist Ihr Vater / Ihre Mutter bzw. war Ihr Vater / Ihre Mutter zuletzt tätig?**

| Vater<br>sofern nicht<br>im Haushalt<br>lebend | Mutter<br>sofern nicht<br>im Haushalt<br>lebend |
|--|---|
|--|---|

**Arbeiter (auch in der Landwirtschaft)**

- Ungelernte Arbeiter .....
- Angelernte Arbeiter .....
- Gelernte und Facharbeiter .....
- Vorarbeiter, Kolonnenführer .....
- Meister, Polier .....

**Angestellte**

- Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis .....
- Angestellte mit einfacher Tätigkeit – ohne Ausbildungsabschluss .....
- Angestellte mit einfacher Tätigkeit – mit Ausbildungsabschluss .....
- Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit  
(z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner) .....
- Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion  
(z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ingenieur, Abteilungsleiter) .....
- Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben  
(z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände) .....

**Beamte / Staatsverwaltung (einschl. Richter und Berufssoldaten)**

- Einfacher Dienst .....
- Mittlerer Dienst .....
- Gehobener Dienst .....
- Höherer Dienst .....

**Selbständige (einschl. mithelfende Familienangehörige)**

- Selbständige Landwirte: ..... ohne Beschäftigte .....
- mit Beschäftigten .....
- Freie Berufe, selbständige Akademiker: ohne Beschäftigte .....
- mit Beschäftigten .....
- Sonstige Selbständige: ..... ohne Beschäftigte .....
- mit Beschäftigten .....
- Mithelfende Familienangehörige .....
- War nie erwerbstätig** .....



**Vater**  
sofern nicht  
im Haushalt  
lebend

**Mutter**  
sofern nicht  
im Haushalt  
lebend

**92. Gehören bzw. gehörten Ihr Vater / Ihre Mutter einer Kirche oder Religionsgemeinschaft an?**

- |  |                          |                          |                   |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| Ja, einer christlichen Religionsgemeinschaft ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ⇒ <i>Fr. 92a!</i> |
| Ja, einer islamischen Religionsgemeinschaft.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ⇒ <i>Fr. 92b!</i> |
| Ja, einer anderen Religionsgemeinschaft .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ⇒ <i>Fr. 93!</i>  |
| Nein, konfessionslos .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |

**92a. Welcher christlichen Religionsgemeinschaft gehören bzw. gehörten Ihr Vater / Ihre Mutter an?**

- |   |                          |                          |                  |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Der katholischen Kirche .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ⇒ <i>Fr. 93!</i> |
| Der evangelischen Kirche .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Der christlich orthodoxen Kirche .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |

**92b. Welcher islamischen Religionsgemeinschaft gehören bzw. gehörten Ihr Vater / Ihre Mutter an?**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Der schiitischen Religionsgemeinschaft.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der sunnitischen Religionsgemeinschaft .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der alevitischen Religionsgemeinschaft.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einer anderen islamischen Religionsgemeinschaft..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# Einstellungen und Meinungen

93. Glauben Sie, dass man eine Partnerin / einen Partner braucht, um wirklich glücklich zu sein, oder glauben Sie, man kann alleine genauso glücklich oder glücklicher leben?

- Man braucht eine Partnerin / einen Partner .....
- Man kann allein genauso glücklich leben.....
- Man kann allein glücklicher leben .....
- Unentschieden / weiß nicht .....

94. Glauben Sie, dass man eigene Kinder braucht, um wirklich glücklich zu sein, oder glauben Sie, man kann ohne ein eigenes Kind genauso glücklich oder glücklicher leben?

- Man braucht eigene Kinder .....
- Man kann ohne Kind genauso glücklich leben.....
- Man kann ohne Kind glücklicher leben.....
- Unentschieden / weiß nicht .....

95. Wovon hängt es Ihrer Meinung nach in Deutschland tatsächlich ab, ob jemand Erfolg hat und sozial aufsteigt?

Bitte geben Sie zu jeder der folgenden Aussagen an, in welchem Maße Sie ihr zustimmen.

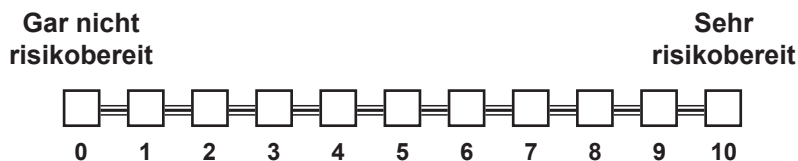
 Bitte eine Angabe pro Zeile!

|   | Stimme voll zu           | Stimme eher zu           | Stimme eher nicht zu     | Stimme überhaupt nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Man muss sich anstrengen und fleißig sein .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Man muss andere ausnutzen .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Man muss begabt und intelligent sein .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Man muss aus der richtigen Familie stammen.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Man muss gute Fachkenntnisse auf seinem Spezialgebiet haben .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Man muss Geld und Vermögen haben.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Man muss einen möglichst guten Schulabschluss haben.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Man muss rücksichtslos und hart sein .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Man muss Beziehungen zu den richtigen Leuten haben .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Man muss sich auf der richtigen Seite politisch engagieren .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Man muss das "richtige" Geschlecht haben; Männer haben bessere Aufstiegschancen ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Man muss dynamisch sein und Initiative haben.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

96. Wie schätzen Sie sich persönlich ein:

Sind Sie im Allgemeinen ein risikobereiter Mensch oder versuchen Sie, Risiken zu vermeiden?

☞ Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, wobei der Wert 0 bedeutet: **gar nicht risikobereit** und der Wert 10: **sehr risikobereit**. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.



97. Die folgenden Aussagen kennzeichnen verschiedene Einstellungen zum Leben und zur Zukunft. Bitte sagen Sie uns, inwieweit Sie jeweils zustimmen.

☞ Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala.  
 Der Wert 1 bedeutet: **stimme überhaupt nicht zu**.  
 Der Wert 7 bedeutet: **stimme voll zu**.  
 Mit den Werten zwischen 1 und 7 können Sie Ihre Meinung abstufen.


**Stimme überhaupt nicht zu**
**Stimme voll zu**

1    2    3    4    5    6    7

- Wie mein Leben verläuft, hängt von mir selbst ab .....  =  =  =  =  =  =
- Im Vergleich mit anderen habe ich nicht das erreicht, was ich verdient hätte.....  =  =  =  =  =  =
- Was man im Leben erreicht, ist in erster Linie eine Frage von Schicksal oder Glück.....  =  =  =  =  =  =
- Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein Leben bestimmen.....  =  =  =  =  =  =
- Erfolg muss man sich hart erarbeiten.....  =  =  =  =  =  =
- Wenn ich im Leben auf Schwierigkeiten stoße, zweifle ich oft an meinen Fähigkeiten .....  =  =  =  =  =  =
- Welche Möglichkeiten ich im Leben habe, wird von den sozialen Umständen bestimmt.....  =  =  =  =  =  =
- Wichtiger als alle Anstrengungen sind die Fähigkeiten, die man mitbringt.....  =  =  =  =  =  =
- Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die in meinem Leben passieren .....  =  =  =  =  =  =
- Wenn man sich sozial oder politisch engagiert, kann man die sozialen Verhältnisse beeinflussen.....  =  =  =  =  =  =
- Ich verzichte heute auf etwas, damit ich mir morgen mehr leisten kann .....  =  =  =  =  =  =
- Im Allgemeinen kann man den Menschen vertrauen .....  =  =  =  =  =  =
- Heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen .....  =  =  =  =  =  =
- Wenn man mit Fremden zu tun hat, ist es besser, vorsichtig zu sein, bevor man ihnen vertraut.....  =  =  =  =  =  =
- Ich will lieber heute meinen Spaß haben und denke dabei nicht an morgen .....  =  =  =  =  =  =

# Wie sehen Sie sich selbst?

98. Hier sind unterschiedliche Eigenschaften, die eine Person haben kann. Wahrscheinlich werden einige Eigenschaften auf Sie persönlich voll zutreffen und andere überhaupt nicht. Bei wieder anderen sind Sie vielleicht unentschieden.


 Antworten Sie 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 können Sie Ihre Meinung abstimmen.

| Ich bin jemand, der ...                                  | Trifft<br>überhaupt<br>nicht zu |                          |                          |                          |                          |                          |                          | Trifft<br>voll<br>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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| – verzeihen kann .....                                   | <input type="checkbox"/>        | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| – künstlerische, ästhetische Erfahrungen schätzt .....   | <input type="checkbox"/>        | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| – eine lebhafte Phantasie, Vorstellungen hat .....       | <input type="checkbox"/>        | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |

99. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?


- Sehr gut.....
- Gut.....
- Zufriedenstellend.....
- Weniger gut.....
- Schlecht.....

100. Was ist Ihre Körpergröße in cm?

 Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

cm

101. Wieviel Kilogramm wiegen Sie gegenwärtig?

 Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

kg

102. Ich lese Ihnen eine Reihe von Gefühlen vor. Geben Sie bitte jeweils an, wie häufig oder selten Sie dieses Gefühl in den letzten vier Wochen erlebt haben.

| Wie oft haben Sie sich ... | Sehr selten              | Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Sehr oft                 |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - ärgerlich gefühlt? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ängstlich gefühlt? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - glücklich gefühlt? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - traurig gefühlt? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

103. Einmal ganz allgemein gesprochen: Wie stark interessieren Sie sich für Politik?

Sehr stark.....

Stark.....

Nicht so stark.....

Überhaupt nicht.....

104. Viele Leute neigen längere Zeit einer bestimmten Partei zu, obwohl sie auch ab und zu eine andere Partei wählen. Wie ist das bei Ihnen: Neigen Sie einer bestimmten Partei in Deutschland zu?

Ja.....

Nein.....  ➔ Frage 107!

105. Welcher Partei neigen Sie zu?

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| SPD .....                          | <input type="checkbox"/>                                |
| CDU.....                           | <input type="checkbox"/>                                |
| CSU.....                           | <input type="checkbox"/>                                |
| FDP .....                          | <input type="checkbox"/>                                |
| Bündnis 90 / Die Grünen.....       | <input type="checkbox"/>                                |
| Die Linke .....                    | <input type="checkbox"/>                                |
| Piratenpartei.....                 | <input type="checkbox"/>                                |
| AfD .....                          | <input type="checkbox"/>                                |
| NPD / Republikaner / Die Rechte... | <input type="checkbox"/>                                |
| Andere .....                       | <input type="checkbox"/>                                |
| und zwar:                          | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |

106. Und wie stark neigen Sie dieser Partei zu?

Sehr stark.....

Ziemlich stark.....

Mäßig.....

Ziemlich schwach.....

Sehr schwach.....

107. Zum Schluss möchten wir Sie noch nach Ihrer Zufriedenheit mit Ihrem Leben insgesamt fragen.

Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, bei der 0 ganz und gar unzufrieden, 10 ganz und gar zufrieden bedeutet.

Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                        |  |  |  |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--|--|--|--|
| <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                       |                        |  |  |  |  |
| ganz und gar unzufrieden |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | ganz und gar zufrieden |  |  |  |  |

**108. Die eigentliche Personenbefragung ist nun zu Ende.  
Vielen Dank für das Interview!**

**Wir haben aber noch eine Bitte an Sie:**

**Für wissenschaftliche Untersuchungen ist es zunehmend wichtig, mehr über die Erwerbsbiografie von Menschen zu erfahren und bei statistischen Analysen zu berücksichtigen.  
Zu diesem Zweck möchten wir gerne die Befragungsdaten aus den Interviews mit den Sozialversicherungsdaten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung verknüpfen.**

**Dies ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nur mit Ihrer Einwilligung möglich.  
Selbstverständlich ist Ihre Einwilligung freiwillig.**

**Nehmen Sie sich bitte ein paar Minuten Zeit, um das Formular zu lesen.**

Die Befragungsperson hat zugestimmt .....

Die Befragungsperson hat nicht zugestimmt.....

# Durchführung des Interviews

**A Welches Datum haben wir heute und um wie viel Uhr haben Sie den 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 .....

**C Interviewdauer:**

Das mündliche Interview dauerte .....  Minuten

**D Waren beim Ausfüllen des Fragebogens weitere Personen anwesend?**

Ja, Vater / Mutter .....

Ja, andere Person (ggf. außer dem Interviewer).....

Nein .....

**E Haben Sie während dem Interview eine Übersetzungshilfe eingesetzt?**

Ja, eine deutschsprechende Person im Haushalt .....

Ja, eine deutsch-sprechende Person außerhalb  
des Haushalts (Verwandte oder Freunde).....

Nein .....

**F Sonstige Hinweise:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Listen-Nr.

Lfd. Nr.

**Ich bestätige die korrekte  
Durchführung des Interviews:**

Abrechnungs-Nummer