

SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

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

2018

SOEP-Core – 2017: Jugendfragebogen, Stichproben A-L3

Kantar Public

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. Stefan Liebig, DIW Berlin and Bielefeld University

Dr. David Richter, DIW 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:

Kantar Public. 2018. SOEP-Core – 2017: Jugendfragebogen, Stichproben A-L3. SOEP Survey Papers 564: 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/).

© 2018 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

DIW Berlin

German Socio-Economic Panel (SOEP)

Mohrenstr. 58

10117 Berlin

Germany

soeppapers@diw.de

SOEP-Core – 2017: Jugendfragebogen, Stichproben A-L3

Kantar Public

München, 2017

LEBEN IN DEUTSCHLAND

Befragung 2017

Jugendfragebogen

Dieser Fragebogen richtet sich an Personen im Haushalt, die **2000 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:

--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname der Befragungsperson:

Personen Nr.:

--	--

Bitte in Druckbuchstaben

Geburtsdatum und Geschlecht der Befragungsperson:

--	--

Tag

--	--

Monat

2	0	0	0
---	---	---	---

Jahr

Männlich

Weiblich.....

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"/>

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?

Jahr

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

Schule ohne Abschluss verlassen..... ➔

Hauptschulabschluss

Mittlerer Schulabschluss (z.B. Realschulabschluss).....

Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)...

Abitur (Hochschulreife)


Sonstiger Abschluss ➔


Bitte eintragen: **Art der Schule**

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 Fremdsprache	Zweite 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"/>

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 unzufrieden										ganz und gar zufrieden											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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	<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"/>	<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. Hatten Sie nach Abschluss der Grundschule eine Haupt-, Realschul- oder eine Gymnasialempfehlung?

Hauptschulempfehlung.....

Realschulempfehlung.....

Gymnasialempfehlung.....

An unserer Schule gab es keine Empfehlung

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

Bitte tragen Sie das Zutreffende ein:

	Deutsch	Mathematik	Erste Fremdsprache
Schulnote von 1 - 6.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder 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

51. Gibt es oder gab es Meinungsverschiedenheiten in Ihrem Elternhaus wegen Ihrer schulischen Leistungen?

Ja, mit Vater und Mutter

Ja, aber nur mit Mutter

Ja, aber nur mit Vater

Nein

52. In welcher Weise suchen Ihre Eltern oder haben Ihre Eltern den Kontakt mit der Schule gesucht?

 Bitte alles Zutreffende angeben!

Regelmäßige Teilnahme am Elternabend

Regelmäßige Besuche von Elternsprechtagen

Aufsuchen des Lehrers / der Lehrerin auch außerhalb von Sprechtagen....

Engagement als Elternvertreter.....

Nichts davon.....

53. Wenn Sie einmal an die Schulklasse denken, die Sie gegenwärtig besuchen oder zuletzt besucht haben:
Wie viele Ihrer Mitschüler oder deren Eltern stammen oder stammten nicht aus Deutschland?

Alle

Die meisten

Etwa die Hälfte

Etwa ein Viertel

Weniger als ein Viertel.....

Niemand

Ausbildung und Berufspläne

54. Haben Sie schon irgendeine Art beruflicher Ausbildung oder ein Studium begonnen oder abgeschlossen, einschließlich Lehrgängen oder Praktika außerhalb der Schule?

Ja.....

Nein..... ➔ Frage 56!



55. Welche Art von Ausbildung/Studium ist oder war das?
Falls schon beendet: Haben Sie die Ausbildung/das Studium regulär abgeschlossen?

Bitte alles Zutreffende angeben!

	Begonnen, läuft derzeit	Schon beendet	Regulär abgeschlossen?	
			Ja	Nein
Berufsgrundschuljahr / Berufsvorbereitungsjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Eingliederungslehrgänge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsausbildung (Lehre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsfachschule oder Schule des Gesundheitswesens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktikum, Volontariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duales Studium / Berufsakademie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulstudium / Universitätsstudium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Streben Sie in der Zukunft einen beruflichen Ausbildungsabschluss oder Hochschulabschluss an?

Ja, vielleicht.....

Nein..... ➔ Frage 58!

Ja, sicher.....



57. Welchen der folgenden Ausbildungsabschlüsse streben Sie an?

Mehrere Nennungen möglich!

- Abschluss einer Lehre.....
- Berufsfachschule oder Schule des Gesundheitswesens
- Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule).....
- Beamtenausbildung.....
- Duale Hochschule / Berufsakademie
- Fachhochschule
- Universität / Technische Hochschule.....

58. In welchem Alter spätestens wollen Sie wirtschaftlich auf eigenen Beinen stehen?

Im Alter von Jahren

Stehe bereits heute wirtschaftlich auf eigenen Beinen.....

59. Wissen Sie schon, welchen Beruf Sie ergreifen möchten?

Ja, mit einiger Sicherheit
 Ja, mit großer Sicherheit

Nein, ist noch offen.... ➔ Frage 62!

60. Welcher Beruf ist das?


Bitte nennen Sie uns möglichst die genaue Bezeichnung Ihres angestrebten Berufs.

Bezeichnung eintragen!

61. Für wie gut halten Sie sich gegenwärtig in Hinblick auf Ihren angestrebten Beruf informiert?

Sehr gut informiert.....
 Eher gut informiert.....
 Eher schlecht informiert.....
 Sehr schlecht informiert.....

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.

Wie wichtig ist für Ihre Berufswahl ...	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Ganz unwichtig
– eine sichere Berufsstellung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ein hohes Einkommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– gute Aufstiegsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ein Beruf, der anerkannt und geachtet wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ein Beruf, der einem viel Freizeit lässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– eine interessante Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– eine Tätigkeit, bei der man selbständig arbeiten kann? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– viel Kontakt zu anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ein Beruf, der für die Gesellschaft wichtig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– sichere und gesunde Arbeitsbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ein Beruf, der einem genügend Zeit für familiäre Verpflichtungen lässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ein Beruf, bei dem man anderen Menschen helfen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zukunft

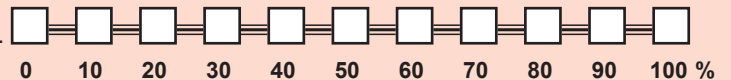
64. Wenn Sie sich einmal Ihre berufliche und private Zukunft vorstellen:
Wie wahrscheinlich ist es, dass die folgenden Entwicklungen eintreten werden?

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

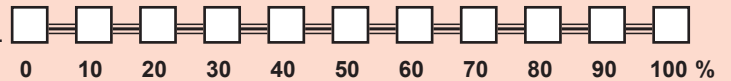
 Bitte eine Angabe pro Zeile!

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie ...

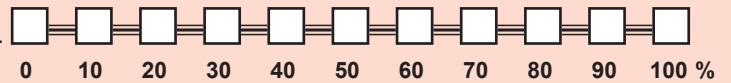
– einen Ausbildungs- oder Studienplatz für Ihren gewünschten Beruf bekommen?



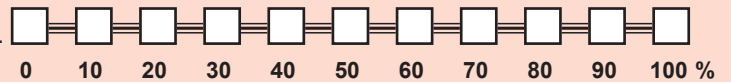
– Ihre Ausbildung oder Ihr Studium erfolgreich abschließen?



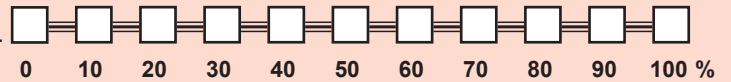
– in Ihrem angestrebten Beruf auch einen Arbeitsplatz finden?



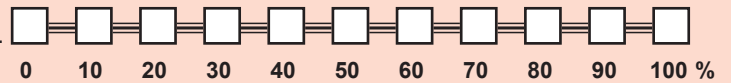
– beruflich erfolgreich sein und weiterkommen werden?



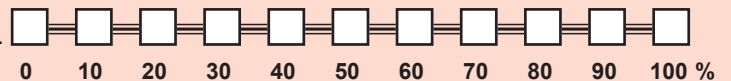
– längere Zeit arbeitslos werden?



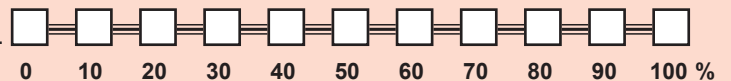
– aus familiären Gründen, z.B. Kindererziehung, beruflich zurückstecken?



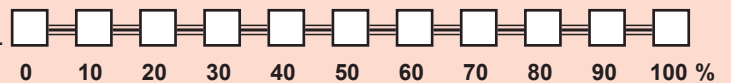
– sich selbständig machen bzw. freiberuflich tätig werden?



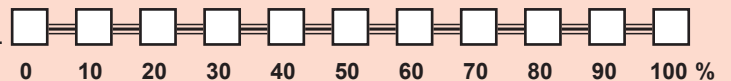
– einmal im Ausland arbeiten werden?



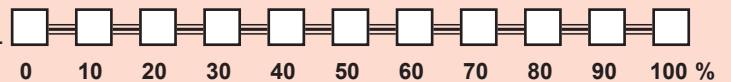
– einmal heiraten werden?



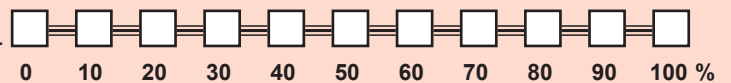
– mit einer Partnerin / einem Partner unverheiratet zusammenleben werden?



– ein Kind haben werden?



– mehrere Kinder haben werden?





Frage 65 entfällt

Ihre Herkunft

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 72!

Nein


68. In welchem Land sind Sie geboren?

Bitte heutige Bezeichnung eintragen!

69. Wann sind Sie in die Bundesrepublik Deutschland zugezogen?

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
vor Ihrem Zuzug nach Deutschland
 die deutsche Sprache ...

Wie gut können Sie
jetzt
 die deutsche Sprache ...

	Sprechen			Schreiben			Lesen		
Sehr gut.....	<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"/>
Gut.....	<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"/>
Es geht	<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"/>
Eher schlecht.....	<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"/>
Gar nicht.....	<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"/>

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

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!) **1 5** 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?**

86. **Ist Ihr Vater / Ihre Mutter in Deutschland geboren?**

Ja

Nein: Bitte Geburtsland angeben

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

Ja

Nein

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

Keinen Schulabschluss

Volks- / Hauptschulabschluss (DDR: 8. Klasse POS)

Mittlere Reife, Realschulabschluss (DDR: 10. Klasse POS)

Abitur / Hochschulreife (DDR: EOS)

Anderen Schulabschluss

Weiß nicht

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

Ja, berufliche Ausbildung

Ja, Hochschulstudium

Nein, keine abgeschlossene Ausbildung

Weiß nicht

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

 Bitte **genaue Berufsbezeichnung** angeben:

Vater

Mutter

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

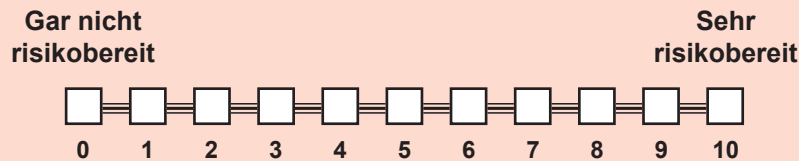
95. Wovon hängt es Ihrer Meinung nach in Deutschland tatsächlich ab, ob jemand Erfolg hat und sozial aufsteigt?
Bitte geben Sie zu jeder der folgenden Aussagen an, in welchem Maße Sie ihr zustimmen.

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

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 überhaupt nicht zu						Trifft 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.....	<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	<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	<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"/>

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	Manch- mal	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: 200px; 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				

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

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 Selbstauffüllen Minuten
(bitte erfragen)

D Waren beim Ausfüllen des Fragebogens weitere Personen anwesend?

Ja, Vater / Mutter

Ja, andere Person (ggf. außer dem Interviewer)

Nein

E Sonstige Hinweise:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Listen-Nr.

Lfd. Nr.

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

Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers