

SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP-Core – 2018: Frühe Jugend (13-14 Jahre), Altstichproben

Running since 1984, the German Socio-Economic Panel (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/soepsurveyspapers>

Editors:

Dr. Jan Goebel, DIW Berlin
Prof. Dr. Stefan Liebig, DIW Berlin and Freie Universität Berlin
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
Dr. Sabine Zinn, DIW Berlin

Please cite this paper as follows:

Kantar Public. 2019. SOEP-Core – 2018: Frühe Jugend (13-14 Jahre), Altstichproben. SOEP Survey Papers 618: Series A. Berlin: DIW/SOEP.



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

© 2019 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

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

Contact: soeppapers@diw.de

SOEP-Core – 2018: Frühe Jugend (13-14 Jahre), Altstichproben

Kantar Public

München, 2018

LEBEN IN DEUTSCHLAND

Befragung 2018

Fragebogen: "Frühe Jugend"




Dieser Fragebogen richtet sich an junge Personen im Haushalt, die **2004 geboren** sind.

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

Darum bitten wir alle Schülerinnen und Schüler dieser Altersgruppe herzlich,

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

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

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

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

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

Vorname der Schülerin / des Schülers

Person Nr.:

--	--

Bitte in Druckbuchstaben

Geburtsdatum und Geschlecht der Schülerin / des Schülers

--	--

--	--

2	0	0	4
---	---	---	---

Männlich

Weiblich.....

Tag

Monat

Jahr

Erst mal ein paar Fragen zu Dir selbst

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

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

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

Jetzt zu Dir und Deiner Schule

2. In der wievielten Klasse bist Du gerade?

In der Klasse

3. Wie viele Schüler sind insgesamt in Deiner Schulklasse?

Schüler insgesamt

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

 Wenn du es nicht genau weißt, kannst du es auch ungefähr angeben!

Schüler Keiner Weiß nicht.....

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

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

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

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

7. Welchen Schulabschluss willst Du persönlich einmal erreichen?

Hauptschulabschluss
Mittlerer Schulabschluss (z.B. Realschulabschluss)
Abitur

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

Sehr wichtig
Eher wichtig
Eher nicht wichtig
Gar nicht wichtig

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

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

10. Und wie ist das bei Deinen drei besten Freunden oder Freundinnen, mit denen Du Dich regelmäßig triffst und die ungefähr in Deinem Alter sind?

Wenn Du Dir bei den Antworten nicht sicher bist, gib an, was Du denkst. **1. Freund oder Freundin** **2. Freund oder Freundin** **3. Freund oder Freundin**
 Wenn Du keine drei Freunde hast, gib es für ein oder zwei an.

Welchen Schulabschluss wollen Deine drei besten Freunde oder Freundinnen erreichen?

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

11. Denk mal an Deinen Stundenplan. Kannst Du bitte für jeden Wochentag, von Montag bis Freitag, angeben, um wie viel Uhr die Schule beginnt und wann sie zu Ende ist?

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

Uhrzeit:	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
	Std.	Min.	Std.	Min.	Std.	Min.	Std.	Min.	Std.	Min.
Beginn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ende	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11a. Hast Du auch am Samstag Schule?

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

Ja, jede Woche.....

Ja, jede zweite Woche

Ja, seltener.....

Nein, nie

11b. Um wie viel Uhr beginnt die Schule am Samstag und wann ist sie zu Ende?

Uhrzeit: Std. Min.

Beginn

Ende

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

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

Eine halbe bis unter 1 Stunde am Tag

1 bis unter 2 Stunden am Tag

2 bis unter 3 Stunden am Tag

3 bis unter 4 Stunden am Tag

4 und mehr Stunden am Tag

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

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer	Personen sind nicht vorhanden
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundinnen und Freunde oder Mitschülerinnen und Mitschüler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachhilfelehrerin oder Nachhilfelehrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausaufgabenbetreuung (z.B. in der Schule, Jugendzentrum oder Gemeindetreff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Neben dem normalen Unterricht gibt es ja auch andere Möglichkeiten, sich in der Schule zu engagieren, also sich aktiv an etwas zu beteiligen. Engagierst Du Dich derzeit in einem oder mehreren der folgenden Bereiche?

 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.....

⇒ und zwar:

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

	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"/>
Telefonieren (einschließlich Skypen o.ä.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch per SMS oder Messenger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Surfen im Internet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik hören.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport treiben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Familie etwas unternehmen z.B. Ausflüge oder Ähnliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden zusammen sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanz, Theater oder Ähnliches.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technisches Werken und Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malen und Basteln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfach nichts tun / abhängen / träumen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Kirche gehen, religiöse Veranstaltungen besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In eine Jugendgruppe gehen (z.B. Pfadfinder, kirchliche Gruppen, Umweltgruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial engagieren / Hilfsprojekte unterstützen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um ein Haustier / Tiere kümmern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Jetzt geht es darum, ob und wie lange Du Dich mit folgenden Aktivitäten beschäftigst.

Wie viele Stunden beschäftigst Du dich damit unter der Woche, also alle Stunden von Montag bis Freitag zusammen?
 Und wie viele Stunden beschäftigst Du dich damit am Wochenende, also alle Stunden von Samstag und Sonntag zusammen?

- Bitte nur ganze Stunden angeben.
- Bitte "0" eintragen, wenn etwas nicht zutrifft.

	Gesamtstunden Montag bis Freitag		Gesamtstunden Samstag und Sonntag	
Fernsehen / DVD / Internet-Streams (z.B. YouTube)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Computer- / Online- / Konsolen- oder Smartphonespiele	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nutzen sozialer Online-Netzwerke / Sonstiges Surfen im Internet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Musik machen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sport treiben	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

17. Bis wann erlauben Dir Deine Eltern an Abenden ...

	Bis spätestens ...							länger als 24 Uhr	es gibt keine Vereinbarung
	18 Uhr	19 Uhr	20 Uhr	21 Uhr	22 Uhr	23 Uhr	24 Uhr		
– vor Schultagen alleine unterwegs zu sein	<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"/>
– vor schulfreien Tagen alleine unterwegs zu sein	<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"/>
– vor Schultagen zuhause aufzubleiben	<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"/>
– vor schulfreien Tagen zuhause aufzubleiben	<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"/>

18. Was von den folgenden Dingen hast Du schon mal ohne Deine Eltern gemacht?

Sag bitte bei jeder Tätigkeit ob Du sie mit Erwachsenen, zum Beispiel Onkel/Tante, Großeltern, Eltern von Freunden, Ferienfreizeitbetreuer gemacht hast **und** ob du sie schon ohne Erwachsenen, also ganz alleine oder nur mit Freunden oder noch nicht erwachsenen Geschwistern gemacht hast.


Ohne Eltern ...	Mit Erwachsenen		Ohne Erwachsenen	
	Ja	Nein	Ja	Nein
– Urlaub gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– eine Zug- oder Flugreise gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zum Arzt gegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Kleidung für Dich gekauft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– selbst gekocht oder gebacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– im Laden etwas umgetauscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ins Kino gegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Zigaretten geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wasserpfeife / Shisha geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Sehr oft.....
- Oft.....
- Manchmal.....
- Selten.....
- Nie.....

Deine Freunde, Deine Geschwister, Deine Eltern

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

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

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

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

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

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

Wie oft kommandieren Dich folgende Personen herum?

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

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

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

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

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

21. Wie viele enge Freunde hast Du?

Freunde

22. Wie wichtig sind für Dein Leben derzeit folgende Menschen?

	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"/>
und zwar: <input type="text"/>					

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

Nur in Deutsch.....

Auch in einer anderen Sprache... → und zwar:

Nur in der anderen Sprache

24. Erhältst Du Taschengeld oder einen regelmäßigen Zuschuss von Deinen Eltern oder anderen Verwandten?

Ja..... ↓

Nein..... → Frage 26!

25. Wie viel Taschengeld oder Zuschuss erhältst Du regelmäßig pro Woche oder pro Monat?

Pro Woche Euro **oder** pro Monat Euro

26. Kannst Du gelegentlich oder regelmäßig etwas Geld sparen, z.B. für eigene Anschaffungen oder Freizeitaktivitäten?

Ja, gelegentlich →

Ja, regelmäßig..... →

Nein ↓

27. Wie viel sparst Du ungefähr pro Monat?

Ungefähr Euro pro Monat

Nicht zu sagen, ganz unregelmäßig...

28. Kannst Du bei Dir zu Hause folgende Geräte nutzen?
 Wenn Ja, gib auch an, ob Du diese Geräte für Dich allein hast oder ob Du sie gemeinsam mit anderen Familienangehörigen nutzt.

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

Einstellungen und Meinungen

29. Einmal ganz allgemein gesprochen:
 Wie stark interessierst Du Dich für Politik?

Sehr stark.....

Stark.....

Nicht so stark.....

Überhaupt nicht.....

30. Viele Leute neigen längere Zeit einer bestimmten Partei zu, obwohl sie auch ab und zu eine andere Partei wählen.
 Wie ist das bei Dir: Neigst Du einer bestimmten Partei in Deutschland zu?

Ja..... ↓

Nein..... → Frage 33!

31. Welcher Partei neigst Du zu?

SPD.....

CDU.....

CSU.....

FDP.....

Bündnis 90 / Die Grünen.....

Die Linke..... →

AfD.....

NPD / Republikaner / Die Rechte...

Andere.....

und zwar:

32. Und wie stark neigst Du dieser Partei zu?

Sehr stark.....

Ziemlich stark.....


Mäßig.....

Ziemlich schwach.....

Sehr schwach.....

Wie siehst Du Dich selbst

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

 Antworte bitte anhand der folgenden Skala.

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

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

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, geschwätzig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– manchmal etwas grob zu anderen ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– originell ist, neue Ideen einbringt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– sich oft Sorgen macht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– verzeihen kann; das heißt, ich nehme Entschuldigungen schnell an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– eher faul ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– aus sich herausgehen kann, gesellig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– künstlerische, ästhetische Erfahrungen schätzt; das heißt, ich male gerne oder mache Musik, gehe gerne ins Theater oder ins Museum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– leicht nervös wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Aufgaben wirksam und effizient erledigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zurückhaltend ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– rücksichtsvoll und freundlich mit anderen umgeht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– eine lebhaft Phantasie, Vorstellungen hat; das heißt, ich kann mir gut Dinge vorstellen und träume gern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– entspannt ist, mit Stress gut umgehen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– wissbegierig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– eine positive Einstellung zu sich selbst hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– leicht auf etwas verzichten kann, wenn er auf etwas Besonderes sparen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– lieber heute seinen Spaß haben will und dabei nicht an morgen denkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– versucht, auch ganz schwierige Aufgaben zu lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Wie würdest Du Deinen gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

Sehr gut.....

Gut.....

Zufriedenstellend.....

Weniger gut.....

Schlecht.....

35. Wie groß bist Du (Körpergröße in cm)?

Wenn Du es nicht genau weißt, schätze bitte.

cm

36. Wieviel Kilogramm wiegst Du gegenwärtig?

Wenn Du es nicht genau weißt, schätze bitte.

kg

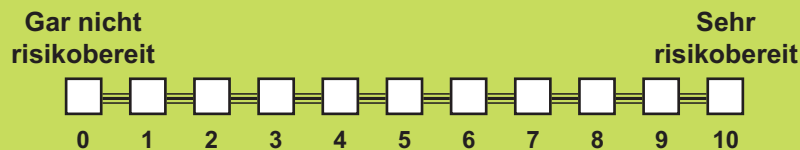
37. Wie schätzt Du Dich persönlich ein:

Bist Du ein risikobereiter Mensch oder versuchst Du, Risiken zu vermeiden?

Antworte bitte anhand der folgenden Skala.

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

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



38. Die folgenden zwei Aussagen beschreiben mögliche Einstellungen zum Leben und zur Zukunft. In welchem Maße stimmst Du persönlich diesen Aussagen zu?

Antworte bitte anhand einer Skala.

Der Wert **1** bedeutet: **stimme überhaupt nicht zu**,
der Wert **7** bedeutet: **stimme voll zu**.

Stimme überhaupt nicht zu
Stimme voll zu

1 2 3 4 5 6 7

Was man im Leben erreicht, ist in erster Linie eine Frage von Schicksal oder Glück.....

Erfolg muss man sich hart erarbeiten.....

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

Antworte bitte anhand der folgenden Skala.

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

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

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

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 wurde der Fragebogen beendet?

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

B Wie wurde die Befragung durchgeführt?

Mündliches Interview

Befragter hat den Fragebogen selbst ausgefüllt,
und zwar:

– in Anwesenheit des Interviewers

– in Abwesenheit des Interviewers

Teils mündlich, teils selbst ausgefüllt

C Interviewdauer:

Das mündliche (Teil-)Interview dauerte Minuten

Befragter brauchte zum Selbstausfüllen Minuten
(bitte erfragen)

D Waren beim Ausfüllen des Fragebogens weitere Personen anwesend?

Ja, Vater / Mutter

Ja, andere Person (außer dem Interviewer)

Nein

E Sonstige Hinweise:

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

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

Listen-Nr.

Lfd. Nr.

Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers