

## SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP – The German Socio-Economic Panel at DIW Berlin

2020

# SOEP-Core – 2019: Pre-Teen (11-12 Jahre), Stichprobe Q (LGB)

Kantar Public

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/soepsurveypapers>

**Editors:**

Dr. Jan Goebel, DIW Berlin  
Prof. Dr. Stefan Liebig, DIW Berlin and Freie Universität Berlin  
Dr. David Richter, DIW Berlin and Freie Universität 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 and Humboldt Universität zu Berlin

Please cite this paper as follows:

Kantar Public. 2020. SOEP-Core – 2019: Pre-Teen (11-12 Jahre), Stichprobe Q (LGB). SOEP Survey Papers 936: Series A. Berlin: DIW/SOEP.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.  
© 2020 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

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

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

# **SOEP-Core – 2019: Pre-Teen (11-12 Jahre), Stichprobe Q (LGB)**

**Kantar Public**

*München*

# LEBEN IN DEUTSCHLAND

Befragung 2019

## Fragebogen für Schülerinnen und Schüler




Dieser Fragebogen richtet sich an junge Personen im Haushalt, die **2007 geboren** sind und **erstmalig** persönlich an der Befragung teilnehmen.

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

Darum bitten wir alle Schülerinnen und Schüler dieser Altersgruppe herzlich,

- unserem Mitarbeiter / unserer Mitarbeiterin 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 / Interviewerin 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.:

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

**Geburtsdatum und Geschlecht der Schülerin / des Schülers**

|  |  |  |  |   |   |   |   |
|--|--|--|--|---|---|---|---|
|  |  |  |  | 2 | 0 | 0 | 7 |
|--|--|--|--|---|---|---|---|

Tag

Monat

Jahr

Männlich..... Weiblich ..... Divers.....

# Wie wird's gemacht?

Bitte zuerst diese Seite bearbeiten und die Testfrage  beantworten!

Es gibt unterschiedliche Arten von Frage- und Antwortformen:

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

Beispiel: Hast Du Geschwister: Ja .....  Nein .....

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

Beispiel 1: Anzahl Schüler .....

Beispiel 2: Monat .....   (= Dezember)

- In die Balken wird Text geschrieben

Beispiel: Deine erste Fremdsprache.....

- Bei einigen Fragen werden Dir Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Beispiel: 

|  |                          |                                     |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Sehr<br>selten           | Selten                              | Manch-<br>mal            | Oft                      | Sehr<br>oft              |
|  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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


Beispiel: 

|                      |                                 |                          |                          |                          |                          |                                     |                          |
|----------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                      | Trifft<br>überhaupt<br>nicht zu |                          |                          |                          |                          |                                     | Trifft<br>voll<br>zu     |
|                      | 1                               | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                                   | 7                        |
| Ich singe gerne..... | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Testfrage: 

Bitte ankreuzen!

Wir probieren das jetzt mal mit einer anderen Skala aus.

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

Wie gut hast Du das mit der Skala verstanden?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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                       |
| gar nicht verstanden     |                          |                          |                          |                          | sehr gut verstanden      |                          |                          |                          |                          |                          |

- Eine  Steht vor Erläuterungen zu einzelnen Fragen.

- Wenn es einmal, abhängig von Deinen Antworten, nicht der Reihe nach geht, wird das durch Pfeile angezeigt.

Beispiel: Hast Du Geschwister: Ja .....    
↓ Nein .....  ➔ Frage XX

**Bitte darauf achten:**

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

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

# Erst mal ein paar Fragen zu Dir selbst

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

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

|  | Trifft<br>gar nicht<br>zu | Trifft<br>teilweise<br>zu | Trifft<br>voll<br>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 moge.....                                       | <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<br>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. Wie sehr interessieren sich Deine Eltern für Deine Leistungen in der Schule?

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

11. Denk mal an Deinen Stundenplan. Kannst Du bitte für jeden Wochentag, 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 ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ende .....   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

12. Jetzt geht es darum, ob Du Dich nach der Schule an den folgenden Orten aufhältst.

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

Bitte nur ganze Stunden angeben!

Falls nicht zutreffend, bitte "0" eintragen!

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

13. Wo machst Du normalerweise Deine Hausaufgaben?

Bitte nur eine Antwort!

Zu Hause.....

In der Schule, im Schulhort.....

Im Jugendzentrum, Gemeindetreff.....

Bei Verwandten z.B. Großeltern.....

Bei Freunden, Nachbarn.....

Woanders.....

Ich habe keine Hausaufgaben.....

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

Bitte nur eine Antwort!

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

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

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

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

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

4 und mehr Stunden am Tag.....



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

|  | Nie                      | Selten                   | Manch-<br>mal            | Oft                      | Immer                    | Personen<br>sind nicht<br>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"/>            |
| Zweite, soziale Mutter /<br>zweiter, sozialer 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<br>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<br>Schule, Jugendzentrum oder Gemeindetreff) .... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

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

|  | Täglich                  | Jede<br>Woche            | Jeden<br>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<br>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<br>z.B. Ausflüge oder Ähnliches .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit Freundinnen / 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,<br>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"/> |

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

Ja.....   


Nein.....  ➔ Frage 19

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


Pro Woche  Euro **oder** pro Monat  Euro

19. Wie viele enge Freundinnen und Freunde hast Du?

Freundinnen und Freunde

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

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

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

|  | 1. Freund<br>oder<br>Freundin | 2. Freund<br>oder<br>Freundin | 3. Freund<br>oder<br>Freundin |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

**Welchen Schulabschluss wollen Deine drei besten Freunde oder Freundinnen erreichen?**

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

**Und woher kennst Du Deine drei besten Freunde oder Freundinnen?**

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

21. 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.....

**22. Hast Du ältere Geschwister?**

Ja.....    
 ↓

Nein .....  → *Frage 24*

**23. Jetzt haben wir eine Frage zu drei Deiner älteren Geschwister.**

☞ Wenn Du mehr als drei ältere Geschwister hast, dann gib die Antworten bitte der Reihe nach für die drei Ältesten - also den ältesten Bruder oder die älteste Schwester zuerst.

☞ Wenn Du weniger als drei ältere Geschwister hast, gib es für ein oder zwei an.

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

|   | 1. Bruder<br>oder<br>Schwester | 2. Bruder<br>oder<br>Schwester | 3. Bruder<br>oder<br>Schwester |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Bitte gib auch den Vornamen des Bruders oder der Schwester an .....       |                                |                                |                                |
| Was denkst Du, welchen Schulabschluss wollen Deine Geschwister 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"/>       |

**24. Wo und mit wem nimmst Du die folgenden Mahlzeiten gewöhnlich ein?**

**Auch wenn es nicht immer gleich ist, kreuze bitte an, wie das an Wochentagen und am Wochenende meistens ist.**

☞ Wenn gleich von Familie die Rede ist, meinen wir alle, die mit Dir hier im Haushalt leben.

|                         | Zuhause<br>gemeinsam mit<br>der gesamten<br>Familie | Zuhause<br>gemeinsam mit<br>Teilen der<br>Familie | Zuhause<br>allein        | Nicht Zuhause<br>(z.B. Schule, Hort<br>Freunde / Bekannte<br>Großeltern) | Fällt in der<br>Regel aus |
|-------------------------|---|---|--------------------------|--|---------------------------|
| <b>Unter der Woche:</b> |   |   |                          |  |                           |
| – Frühstück .....       | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| – Mittagessen .....     | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| – Abendessen .....      | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| <b>Am Wochenende:</b>   |   |   |                          |  |                           |
| – Frühstück .....       | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| – Mittagessen .....     | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| – Abendessen .....      | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |

**25. Wie groß bist Du (Körpergröße in cm)?**

☞ Wenn Du es nicht genau weißt, schätze bitte.

cm


**26. Wie viel Kilogramm wiegst Du gegenwärtig?**

☞ Wenn Du es nicht genau weißt, schätze bitte.

kg

# Deine Freunde, Deine Geschwister, Deine Eltern

27. Bei der nächsten Frage geht es darum, wie sich Deine Freundinnen / 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 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Freundinnen / 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"/>      |
| Zweite(r), soziale Mutter/sozialer Vater ... | <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 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Freundinnen / 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"/>      |
| Zweite(r), soziale Mutter/sozialer Vater ... | <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 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Freundinnen / 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"/>      |
| Zweite(r), soziale Mutter/sozialer Vater ... | <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 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Freundinnen / 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"/>      |
| Zweite(r), soziale Mutter/sozialer Vater ... | <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 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Freundinnen / 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"/>      |
| Zweite(r), soziale Mutter/sozialer Vater ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

# Wie siehst Du Dich selbst

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

29. 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 abstufen.

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

# Bei Dir zu Hause

## 30. Hast Du bei Dir zu Hause ...

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

## 31. Gibt es bei Dir zu Hause ...

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

## 32. 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"/> |

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

Nur in Deutsch.....

Auch in einer anderen Sprache...  →

Nur in der anderen Sprache.....  →

und zwar:

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

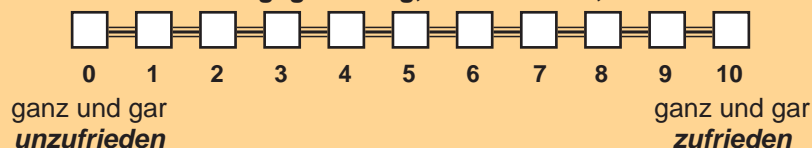


Antworte bitte anhand der folgenden Skala.

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

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

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



# Durchführung des Interviews

## A Wann warst Du mit dem Ausfüllen des Fragebogens fertig?

Datum     Uhrzeit   :    
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 (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