

SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP – The German Socio-Economic Panel at DIW Berlin

2020

SOEP-Core – 2019: Jugend (16-17 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: Jugend (16-17 Jahre), Stichprobe Q (LGB). SOEP Survey Papers 938: 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

SOEP-Core – 2019: Jugend (16-17 Jahre), Stichprobe Q (LGB)

Kantar Public

München

LEBEN IN DEUTSCHLAND

Befragung 2019

Jugendfragebogen

Dieser Fragebogen richtet sich an Personen im Haushalt, die **2002 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 / unserer Mitarbeiterin 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.:

Geburtsdatum und Geschlecht der Befragungsperson:

Tag

Monat

Jahr

Männlich..... Weiblich Divers.....

Wohnen

1. Wohnen Sie gegenwärtig im elterlichen Haushalt?

Ja..... Nein..... ➔ Frage 4

↓

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

Ja, eigenes Zimmer.....
 Nein, teile Zimmer mit jemand.....

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

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

Beziehungen

4. Wie wichtig sind für Ihr 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 zweiter, sozialer Vater.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine zweite, soziale 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"/>
Meine beste Freundin / mein bester Freund	<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"/>

5. Wie setzt sich Ihr Freundeskreis zusammen:

Wie viele Ihrer Freundinnen und Freunde stammen selbst nicht aus Deutschland oder haben Eltern, die nicht aus Deutschland stammen, haben also einen Migrationshintergrund?

Alle haben einen Migrationshintergrund.....
 Die meisten

Etwa die Hälfte

Etwa ein Viertel

Weniger als ein Viertel.....
 Keiner hat einen Migrationshintergrund

6. Was würden Sie sagen: Wie viele enge Freundinnen und Freunde haben Sie?

enge Freundinnen und Freunde

Freundinnen / Freunde, Geschwister, Eltern

7. Bei der nächsten Frage geht es darum, wie sich Ihre Freundinnen und Freunde, Ihre Geschwister und Ihre Eltern Ihnen gegenüber verhalten.

☞ Wenn es eine Person für Sie nicht gibt, z.B. wenn Sie keine Geschwister haben, geben Sie bitte "Personen sind nicht vorhanden" an.

Wie oft wenden Sie sich an folgende Personen, wenn Sie Sorgen haben?

	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 helfen Ihnen folgende Personen oder bestärken Sie, wenn Ihnen 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 werden Sie von folgenden Personen herumkommandiert?

	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 Ihnen folgende Personen, dass es wichtig ist, dass Sie in der Schule gut sind, viel lernen?

	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 Sie sich mit folgenden Personen streiten?

	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"/>

Freizeit und Sport

8. Wie häufig üben Sie die folgenden Freizeitbeschäftigungen aus?

	Täglich	Jede Woche	Jeden Monat	Seltener	Nie
Fernsehen / DVD / Internet-Streams (z.B. YouTube)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer- / Online- / Konsolen- oder Smartphonespiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzen sozialer Online-Netzwerke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Tanz, Theater oder Ähnliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technische Arbeiten, Computer programmieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfach nichts tun / abhängen / träumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit fester Freundin / festem Freund zusammen sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit bester Freundin / bestem Freund zusammen sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Gruppe / Clique zusammensein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ins Jugendzentrum / Freizeitheim gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial engagieren / Hilfsprojekte unterstützen	<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"/>

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

Ja.....

Nein ➔ Frage 14



10. Welche Art von Musik machen Sie überwiegend?

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

Nur alleine oder unter Anleitung eines Lehrers / einer Lehrerin

In einem Orchester oder Chor

In einer Musikgruppe / Band

In sonstiger Zusammensetzung

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

Mit Jahren

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

Ja.....

Nein

14. Treiben Sie Sport?

Ja.....

Nein..... ➔ Frage 20

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

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

Mit Jahren

17. 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

18. Üben Sie diese Sportart als Leistungssport aus?

Ja.....

Nein.....

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

Ja.....

Nein.....

Schule

20. Gehen Sie noch zur Schule?

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

21. Und in der wievielten Klasse sind Sie?

In der Klasse ➔ Frage 25

22. In welchem Jahr haben Sie die allgemeinbildende Schule beendet?

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

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

Bitte eintragen: Art des Abschlusses

24. Streben Sie in Zukunft noch einen Schulabschluss an?

Ja, vielleicht.....
 Ja, sicher
 Nein → Frage 26

25. Welchen höchsten Schulabschluss streben Sie an?

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

**26. 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"/>

27. Haben Sie das Fach "Deutsch als Fremdsprache" besucht?

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

28. 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

29. Und in welchem Alter war das?

Im Alter von bis
falls länger


30. 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?

Geben Sie bitte alles Zutreffende an.

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.....

31. **Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

 Wenn Sie gerade keine Schule besuchen, dann denken Sie bitte an Ihr letztes Schuljahr.


	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich fühle mich in der Schule als Außenseiter/-in oder von Dingen ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Schule finde ich leicht neue Freundinnen und Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, zu dieser Schule zu gehören.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in dieser Schule unbehaglich und fehl am Platz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Schülerinnen und Schüler scheinen mich zu mögen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in dieser Schule einsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in dieser Schule glücklich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles läuft sehr gut in der Schule.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit meiner Schule zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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


 Bitte geben Sie für jede Leistung einen Wert auf der Skala 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.

	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
Bin mit meinen ...	<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"/>
- 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"/>

33. **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"/>				

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

Ja.....


Nein..... → Frage 36

35. Welche Klasse haben Sie wiederholt?

Das erste Mal die . Klasse

Falls zutreffend:
 Das zweite Mal die . Klasse

36. Wie viel Zeit verwenden Sie oder haben Sie normalerweise für Ihre Hausaufgaben und das Lernen für die Schule verwendet?

- 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.....


37. Wie oft helfen Ihnen oder haben Ihnen die folgenden Personen bei den Hausaufgaben oder dem Lernen für die Schule geholfen?

	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"/>
Zweite, soziale Mutter / 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 oder Mitschülerinnen und Mitschüler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezahlte Nachhilfe	<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"/>

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


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

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

 Geben Sie bitte alles Zutreffende an

- Ja, mit dem Vater
- Ja, mit der Mutter
- Ja, mit dem zweite, sozialen Vater
- Ja, mit der zweiten, sozialen Mutter
- Nein.....

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

 Geben Sie bitte alles Zutreffende an.

- Regelmäßige Teilnahme am Elternabend
- Regelmäßige Besuche von Elternsprechtagen
- Aufsuchen des Lehrers / der Lehrerin auch außerhalb von Sprechtagen....
- Engagement als Elternvertreter.....
- Nichts davon.....

41. Wenn Sie einmal an die Schulklasse denken, die Sie gegenwärtig besuchen oder zuletzt besucht haben:

Wie viele Ihrer Mitschülerinnen und Mitschüler stammen/stammten nicht aus Deutschland oder haben Eltern, die nicht aus Deutschland stammen, haben also einen Migrationshintergrund?


- Alle haben einen Migrationshintergrund.....
- Die meisten
- Etwa die Hälfte
- Etwa ein Viertel
- Weniger als ein Viertel.....
- Keiner hat einen Migrationshintergrund








Ausbildung und Berufspläne

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

- Ja.....  Nein.....  Frage 44

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

 Geben Sie bitte alles Zutreffende an.

	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"/>

51. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu Ihrer Berufswahl zu?

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Bei meiner Berufswahl haben die Vorschläge meiner Eltern großes Gewicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir geht es nicht darum, den einzig richtigen Beruf zu finden. Ich lasse einfach auf mich zukommen, was sich bietet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich lange mit verschiedenen beruflichen Möglichkeiten beschäftigt, um eine richtige Entscheidung zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin immer noch dabei herauszufinden, wo meine Fähigkeiten liegen und welche Berufe für mich die richtigen sein könnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Für die Arbeit und die Wahl des Berufs können einem unterschiedliche Dinge wichtig sein.

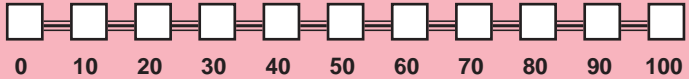
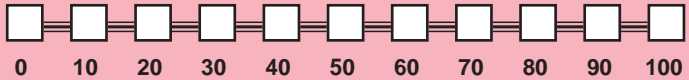
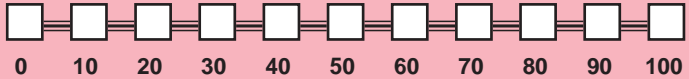
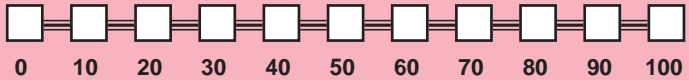
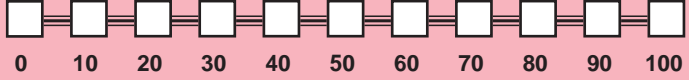
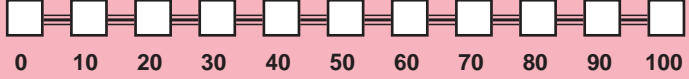
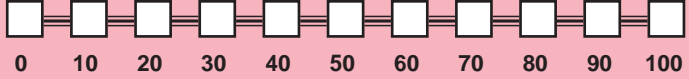

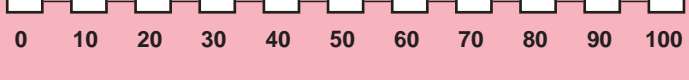
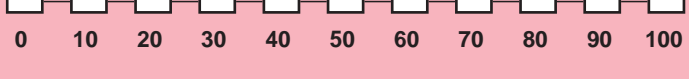


Wie wichtig ist für Ihre Berufswahl ...	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Ganz unwichtig
– eine sichere Berufsstellung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ein hohes Einkommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

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


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

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie ...

- einen Ausbildungs- oder Studienplatz für Ihren gewünschten Beruf bekommen?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
- Ihre Ausbildung oder Ihr Studium erfolgreich abschließen?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
- in Ihrem angestrebten Beruf auch einen Arbeitsplatz finden?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
- beruflich erfolgreich sein und weiterkommen werden?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
- längere Zeit arbeitslos werden?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
- aus familiären Gründen, z.B. Kindererziehung, beruflich zurückstecken?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
- sich selbständig machen bzw. freiberuflich tätig werden?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
- einmal im Ausland arbeiten werden?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
- einmal heiraten werden?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
- mit einer Partnerin / einem Partner unverheiratet zusammenleben werden?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
- ein Kind haben werden?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
- mehrere Kinder haben werden?  0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

Jobs und Geld

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

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

Ja.....

Nein.....

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

Ja.....

Nein.....

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

Ja.....

Nein.....


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


Ja.....

Nein..... ➔ Frage 60



58. Wie hoch war Ihr Arbeitsverdienst im letzten Monat?

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

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

Bitte geben Sie nach Möglichkeit beides an:

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

Der Arbeitsverdienst betrug:

brutto

EURO

netto

EURO

59. Verdienen Sie das Geld ...


– durch "Jobben" (nebenberuflich) ➔ Frage 61

– als Auszubildender oder Praktikant

– oder als Erwerbstätiger (hauptberuflich)?



60. Haben Sie früher schon einmal "gejobbt" und damit etwas Geld verdient?

 Gemeint sind einigermaßen regelmäßige Verdienstquellen während der Ferien oder während des ganzen Jahres, z.B. häufiges Babysitten, Nachhilfeunterricht geben oder Austragen von Zeitungen.

Ja.....

Nein..... ➔ Frage 63



61. In welchem Alter haben Sie erstmals mit dem regelmäßigen "Jobben" bzw. Geldverdienen angefangen?

Im Alter von Jahren

62. Haben Sie diese Jobs aus Interesse ausgeübt oder nur, um sich ein paar Euro hinzuzuverdienen?

Aus Interesse an der Tätigkeit.....

Nur um ein paar Euro hinzuzuverdienen.....

Aus sonstigen Gründen (Nachbarschaftshilfe etc.).....

63. Erhalten Sie Taschengeld oder einen regelmäßigen Zuschuss von Ihren Eltern oder anderen Verwandten?

Ja..... Nein..... ➔ Frage 65

↓

64. Wie viel Taschengeld oder Zuschuss erhalten Sie regelmäßig pro Woche oder pro Monat?

Pro Woche Euro **oder** pro Monat Euro

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

Ja, gelegentlich Nein ➔ Frage 67

Ja, regelmäßig.....

↓

66. Wie viel sparen Sie ungefähr pro Monat?

Ungefähr Euro pro Monat

Nicht zu sagen, ganz unregelmäßig.....


Einstellungen und Meinungen

67. 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.

	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"/>

68. 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 abstimmen.

**Stimme
überhaupt
nicht zu**

**Stimme
voll
zu**

1 2 3 4 5 6 7

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

69. Es gibt unterschiedliche Vorstellungen darüber, wann eine Gesellschaft gerecht ist. Wie ist Ihre persönliche Meinung zu den folgenden Aussagen?

**Stimme
überhaupt
nicht zu**

**Stimme
voll
zu**

1 2 3 4 5 6 7

- Es ist gerecht, wenn Personen, die hart arbeiten, mehr verdienen als andere.....
- Es ist gerecht, wenn Personen, die aus angesehenen Familien stammen, dadurch Vorteile im Leben haben
- Eine Gesellschaft ist gerecht, wenn sie sich um die Schwachen und Hilfsbedürftigen kümmert.....
- Es ist gerecht, wenn Einkommen und Vermögen in unserer Gesellschaft an alle Personen gleich verteilt werden

70. 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

71. 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

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

Sehr stark

Stark

Nicht so stark.....

Überhaupt nicht

73. 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 76

74. Welcher Partei neigen Sie zu?

SPD

CDU.....

CSU

FDP

Bündnis 90 / Die Grünen

Die Linke

AfD

NPD / Republikaner / Die Rechte...

Andere

und zwar:

75. Und wie stark neigen Sie dieser Partei zu?

Sehr stark

Ziemlich stark

Mäßig

Ziemlich schwach

Sehr schwach.....

Wie sehen Sie sich selbst?

76. 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	
– 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 lebhafte Phantasie, Vorstellungen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– 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"/>

77. 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 abstimmen.

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


78. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

	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"/>

79. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?


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

80. Was ist Ihre Körpergröße in cm?

 Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.


cm


81. Wie viel Kilogramm wiegen Sie gegenwärtig?


 Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

kg


82. Rauchen Sie gegenwärtig Zigaretten?

 Nicht gemeint sind E-Zigaretten.

Ja..... Nein.....  Frage 84



83. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

 Geben Sie bitte den täglichen Durchschnitt der letzten Woche an.

Zigaretten

84. Rauchen Sie E-Zigarette?

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


85. Rauchen Sie Wasserpfeife / Shisha?

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

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

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

87. 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?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ganz und gar **unzufrieden** ganz und gar **zufrieden**

Durchführung des Interviews

A Wann waren Sie 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 Selbstausfüllen 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