

**ZA5353 / ZA5656**

**Children of Immigrants Longitudinal Survey  
in Four European Countries  
(CILS4EU)**

**Field Questionnaire  
Germany**

# Jugend in Europa

## Teil 1: Schülerfragebogen

## Wie fülle ich den Fragebogen aus

**B1** Was ist deine liebste Jahreszeit?

Frühling	<input type="checkbox"/>
Sommer	<input checked="" type="checkbox"/>
Herbst	<input type="checkbox"/>
Winter	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuze das Kästchen hinter der Antwort an, die auf dich zutrifft. Du darfst meistens nur ein Kästchen ankreuzen.

**B2** Was ist deine liebste Jahreszeit?

Frühling	<input checked="" type="checkbox"/>
Sommer	<input checked="" type="checkbox"/>
Herbst	<input type="checkbox"/>
Winter	<input type="checkbox"/>

Wenn du deine Antwort ändern möchtest, streiche das falsche Kästchen komplett durch und kreuze das richtige Kästchen an.

**B3** Sind die folgenden Personen männlich oder weiblich?

	Männlich	Weiblich	Weiß nicht
Katy Perry	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robert Pattinson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paris Hilton	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einigen Fragen musst du in jeder Zeile ein Kreuz setzen.

**Achtung:** Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

**B4** Magst du Musik?

Ja	<input checked="" type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

→ Gehe zu **B6**

Bitte beantworte die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge. Überspringe Fragen nur dann, wenn es dir ausdrücklich gesagt wird. Wenn du bei dieser Frage "Ja" ankreuzt, gehe zur nächsten Frage (B5). Wenn du bei dieser Frage "Nein" ankreuzt, folge den Anweisungen: Überspringe Frage B5 und gehe direkt zu Frage B6.

**B5** Welche Musik magst du? Kreuze bitte alles an, was auf dich zutrifft.

Es gibt Fragen, bei denen du mehr als ein Kästchen ankreuzen darfst. Nur wenn du diese Anweisung siehst, sind mehrere Antworten erlaubt.

Rock	<input type="checkbox"/>
Pop	<input checked="" type="checkbox"/>
Hip Hop	<input checked="" type="checkbox"/>
Andere Musik	<input type="checkbox"/>

**B6** Was ist deine Lieblingssportart?

Basketball

Schreibe die Antwort in das leere weiße Feld. Bitte schreibe nicht über den Rand hinaus. Bitte schreibe deutlich.



Bitte lege deinen Stift zur Seite und  
warte auf weitere Anweisungen!  
Blättere nicht zur nächsten Seite,  
bis du dazu aufgefordert wirst!

## Fragen über dich

1 Bist du männlich oder weiblich?

Männlich ☐

Weiblich ☐

2 Wann bist du geboren?

Monat

Jahr

Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

3 In welchem Land bist du geboren?

Deutschland

☐

Gehe zu

5

Italien

☐

Polen

☐

Russland

☐

Türkei

☐

Einem anderen Land

☐

Bitte gib an, wo:

4 Wie alt warst du, als du nach Deutschland gekommen bist?

Alter in Jahren:

5 Welcher Nationalität gehörst du an (aus welchem Land hast du einen Pass)? Wenn du mehr als einer Nationalität angehörst, kreuze bitte alles an, was zutrifft.

Deutsch

☐

Italienisch

☐

Polnisch

☐

Russisch

☐

Türkisch

☐

Einer anderen Nationalität

☐

Bitte gib an, welche:

Weiß nicht

☐

**6** Wie gut kannst du deiner Meinung nach...

	Gar nicht	Nicht gut	Gut	Sehr gut	Exzellent
... Deutsch sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**7** Wird bei dir zu Hause auch eine andere Sprache außer Deutsch gesprochen?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **11**

**8** Welche Sprache ist das?

Italienisch ☐

Polnisch ☐

Russisch ☐

Türkisch ☐

Eine andere Sprache ☐ → Bitte gib an, welche:

**9** Denke an die Sprache, die du gerade angekreuzt hast. Wie gut kannst du deiner Meinung nach...

	Gar nicht	Nicht gut	Gut	Sehr gut	Exzellent
... diese Sprache sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10** Wie oft machst du die folgenden Dinge in dieser Sprache?

	Immer	Oft	Manch-mal	Nie
Mit deiner Familie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sachen am Computer	<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"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Deine Schule

**11** Welches Schulfach magst du am meisten?

**12** Welches Schulfach magst du am wenigsten?

**13** Wenn es nach deinen Wünschen geht, welchen höchsten Abschluss würdest du gerne einmal erreichen?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

**14** Und was denkst du: Welchen höchsten Abschluss wirst du tatsächlich einmal erreichen?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

**15** Welchen höchsten Abschluss wollen deine Eltern für dich?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

**16** Wie gut bist du in den folgenden Fächern?

	Sehr gut	Ziemlich gut	OK	Nicht so gut	Überhaupt nicht gut
Mathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**17** Gibt es in deiner Schule ein Kurssystem oder getrennten Unterricht von Schülern, die unterschiedlich gut sind (zum Beispiel A- und B-Kurse oder Hauptschul- und Realschulklassen)?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **19**

**18** Welche Kurse oder Klassen hast du im letzten Schuljahr in den folgenden Fächern besucht?

Mathe:

Deutsch:

Englisch:

**19** Welche Noten hast du im letzten Schulzeugnis in den folgenden Fächern bekommen?

Mathe:

Deutsch:

Englisch:

**20** Hast du schon einmal eine Klasse wiederholt?

Nein ☐

Ja, in der Grundschule ☐

Ja, nach der Grundschule ☐

Ja, in der Grundschule und nach der Grundschule ☐



## 21 Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich bin mir sicher, dass ich in der Schule gut sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule ist nichts für Leute wie mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich in der Schule gute Noten bekommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist sehr wichtig für mich, gute Noten zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebe mir sehr viel Mühe für die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildung ist sehr wichtig, um später einmal ein gutes Leben zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig für mich, dass meine Bildung mindestens genauso hoch ist wie die Bildung meiner Eltern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 22 Wie oft verbringst du während der Schulpausen Zeit... (Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie	Ich kenne keine Schüler dieser Herkunft in meiner Schule
... mit Schülern deutscher Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern italienischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern polnischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern russischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern türkischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern einer anderen Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 23 Wie oft...

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie
... hast du Streit mit einem Lehrer/einer Lehrerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wirst du in der Schule bestraft (zum Beispiel Nachsitzen, aus dem Unterricht fliegen oder Strafarbeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schwänzt du eine Schulstunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kommst du zu spät zur Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Meine Eltern zeigen großes Interesse an meinen Noten und meinen Schulleistungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern sagen mir, dass sie stolz auf mich sind, wenn ich gut in der Schule bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern ermutigen mich, hart für die Schule zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von meinen Lehrern in der Schule bekomme ich die Hilfe, die ich brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Lehrer ermutigen mich in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Lehrer, die mich unfair behandeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Deine Familie

**Achtung:** Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

- 25** Die folgenden Fragen sind über deine leibliche Mutter. Wenn sie nicht mehr lebt oder wenn du keinen Kontakt zu ihr hast, beantworte die Fragen bitte so gut du kannst.

In welchem Land ist deine leibliche Mutter geboren?

Deutschland ☐ → Gehe zu **27**

Italien ☐

Polen ☐

Russland ☐

Türkei ☐

Einem anderen Land ☐ → Bitte gib an, wo:

Ich weiß nicht, in welchem Land ☐ → Gehe zu **27**

- 26** Wie oft besuchst du dieses Land?

Zweimal pro Jahr und häufiger ☐

Einmal im Jahr ☐

Seltener als einmal im Jahr ☐

Nie ☐

**27**

	Ja	Nein	Weiß nicht
Hat deine Mutter die Grundschule beendet (oder eine ähnliche Schule im Ausland)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat deine Mutter einen Hauptschul- oder Realschulabschluss oder das Abitur gemacht (oder einen ähnlichen Abschluss im Ausland)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat deine Mutter einen Universitätsabschluss gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitet deine Mutter zurzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 28** Denke nun an den Beruf deiner Mutter. Wenn sie gerade nicht arbeitet, denke an den Beruf, den sie zuletzt hatte. Wie nennt man ihren Beruf? Bitte beschreibe zusätzlich so gut du kannst, was sie in ihrem Beruf macht.

Sie hat noch nie gearbeitet ☐

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**29** Wie oft siehst du deine Mutter normalerweise?

- Jeden Tag ☐
- Einmal oder mehrmals die Woche ☐
- Einmal oder mehrmals im Monat ☐
- Seltener ☐
- Nie ☐ → Gehe zu **31**

**30** Wie gut verstehst du dich mit deiner Mutter?

- Sehr gut ☐
- Gut ☐
- Nicht so gut ☐
- Überhaupt nicht gut ☐

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**31** Die folgenden Fragen sind über deinen leiblichen Vater. Wenn er nicht mehr lebt oder wenn du keinen Kontakt zu ihm hast, beantworte die Fragen bitte so gut du kannst.

In welchem Land ist dein leiblicher Vater geboren?

- Deutschland ☐ → Gehe zu **33**
- Italien ☐
- Polen ☐
- Russland ☐
- Türkei ☐
- Einem anderen Land ☐ → Bitte gib an, wo:
- Ich weiß nicht, in welchem Land ☐ → Gehe zu **33**

**32** Wie oft besuchst du dieses Land?

- Zweimal pro Jahr und häufiger ☐
- Einmal im Jahr ☐
- Seltener als einmal im Jahr ☐
- Nie ☐

33

Ja      Nein      Weiß nicht

Hat dein Vater die Grundschule beendet  
(oder eine ähnliche Schule im Ausland)?☐☐☐Hat dein Vater einen Hauptschul- oder  
Realschulabschluss oder das Abitur gemacht  
(oder einen ähnlichen Abschluss im Ausland)?☐☐☐Hat dein Vater einen  
Universitätsabschluss gemacht?☐☐☐

Arbeitet dein Vater zurzeit?

☐☐☐

34

Denke nun an den Beruf deines Vaters. Wenn er gerade nicht arbeitet, denke an den Beruf, den er zuletzt hatte.  
Wie nennt man seinen Beruf? Bitte beschreibe zusätzlich so gut du kannst, was er in seinem Beruf macht.

Er hat noch nie gearbeitet

☐

**Achtung:** Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

35

Wie oft siehst du deinen Vater normalerweise?

Jeden Tag

☐

Einmal oder mehrmals die Woche

☐

Einmal oder mehrmals im Monat

☐

Seltener

☐

Nie

☐

Gehe zu

37

36

Wie gut verstehst du dich mit deinem Vater?

Sehr gut

☐

Gut

☐

Nicht so gut

☐

Überhaupt nicht gut

☐

**Achtung:** Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

37

Wohnst du mit deinen beiden leiblichen Eltern in einer Familie?

Ja

☐

Gehe zu

39

Nein

☐

**38** Warum wohnst du nicht mit deinen beiden leiblichen Eltern in einer Familie?

- Meine leiblichen Eltern sind  
geschieden oder getrennt ☐
- Meine leiblichen Eltern waren nie verheiratet  
oder haben nie zusammen gewohnt ☐
- Einer oder beide sind gestorben ☐
- Einer oder beide wohnen oder arbeiten im Ausland ☐

Anderer Grund ☐ → Bitte gib an, welcher:

**39** Wer wohnt außer dir in deiner Familie? Bitte kreuze alle Personen an, mit denen du zusammenwohnst. Wenn du in zwei Familien wohnst, dann beantworte die Fragen für die Familie, in der deine Mutter wohnt.

- Leibliche Mutter ☐
- Leiblicher Vater ☐
- Adoptivmutter ☐
- Adoptivvater ☐
- Stiefmutter ☐
- Stiefvater ☐
- Pflegemutter ☐
- Pflegevater ☐
- Brüder (zähle Stief- und Halbbrüder mit) ☐ → Bitte gib an, wie viele:
- Schwestern (zähle Stief- und Halbschwestern mit) ☐ → Bitte gib an, wie viele:
- Großeltern ☐
- Andere Familienmitglieder ☐
- Andere Personen ☐

**40** Wie viele Personen wohnen insgesamt mit dir zusammen in deiner Familie, du selbst eingeschlossen?

Anzahl der Personen:

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**41** Wohnst du auch regelmäßig in einer anderen Familie? Wir meinen damit, ob du mindestens einmal die Woche oder einmal alle zwei Wochen in einer anderen Familie wohnst.

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu

**44**

**42** Wer wohnt in dieser zweiten Familie? Kreuze bitte alle Personen an, die mit dir in der zweiten Familie wohnen.

Leibliche Mutter	<input type="checkbox"/>	
Leiblicher Vater	<input type="checkbox"/>	
Adoptivmutter	<input type="checkbox"/>	
Adoptivvater	<input type="checkbox"/>	
Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	
Stiefvater	<input type="checkbox"/>	
Pflegemutter	<input type="checkbox"/>	
Pflegevater	<input type="checkbox"/>	
Brüder (zähle Stief- und Halbbrüder mit)	<input type="checkbox"/>	→ Bitte gib an, wie viele: <input type="text"/> <input type="text"/>
Schwestern (zähle Stief- und Halbschwestern mit)	<input type="checkbox"/>	→ Bitte gib an, wie viele: <input type="text"/> <input type="text"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	
Andere Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	
Andere Personen	<input type="checkbox"/>	

**43** Wie viel Zeit verbringst du normalerweise in dieser zweiten Familie?

Mehr als die Hälfte der Zeit	<input type="checkbox"/>
Etwa die Hälfte der Zeit	<input type="checkbox"/>
Weniger als die Hälfte der Zeit	<input type="checkbox"/>
Fast nie	<input type="checkbox"/>

**44** Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Immer wenn ich traurig bin, versuchen meine Eltern mich zu trösten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern sagen mir oft, dass ich still sein soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern sind sehr streng mit mir, auch bei Kleinigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern meckern oft an mir herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern versuchen, mir zu helfen, wenn ich ein Problem habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern zeigen mir, dass sie mich lieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern versuchen zu verstehen, was ich denke und fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 45

Wenn alle zu Hause sind, ist die Situation angespannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir fühlen uns einander sehr nah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn wir zusammen sind, ist die Stimmung ungemütlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 46

Meine Eltern wollen die Eltern der Leute kennen, mit denen ich rumhänge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss meinen Eltern immer genau sagen, wo ich bin und was ich mache, wenn ich nicht zu Hause bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 47

Großvater (der Vater deiner <u>Mutter</u> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großmutter (die Mutter deines <u>Vaters</u> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großvater (der Vater deines Vaters)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 48

[illegible]



---

**49** Wie viele der Leute in deiner Wohngegend sind Deutsche?

- Fast alle oder alle ☐
  - Viele ☐
  - Ungefähr die Hälfte ☐
  - Ein paar ☐
  - Keiner oder sehr wenige ☐
-

## Deine Gefühle, Einstellungen und Überzeugungen

**50** Wenn du 30 Jahre alt bist, denkst du, du wirst...

	Wahr- scheinlich ja	Wahr- scheinlich nicht	Weiß nicht
... eine Arbeit haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Universitätsabschluss haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verheiratet sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Kinder haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in Deutschland leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... reich sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gesund sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**51** Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 sehr unzufrieden und 10 sehr zufrieden bedeutet, wie zufrieden bist du...

	Sehr unzufrieden								Sehr zufrieden	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... mit deinem Leben allgemein?	<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"/>
... mit der Schule allgemein?	<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"/>

**52** Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Ich habe viele gute Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Vieles, auf das ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag mich genau so, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass die Dinge in Zukunft gut für mich laufen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**53** Wie oft treffen die einzelnen Aussagen auf dich zu?

	Trifft oft zu	Trifft manchmal zu	Trifft selten zu	Trifft nie zu
Ich mache mir viele Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich wertlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich handle ohne nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**54** Wie oft sind dir im letzten Monat die folgenden Dinge passiert?

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals in der Woche	Seltener	Nie
Ich hatte Angst vor anderen Schülern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von anderen Schülern geärgert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von anderen Schülern gemobbt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**55** Wie gut ist deine Gesundheit im Vergleich zu anderen Jugendlichen in deinem Alter?

- Sehr gut ☐
- Gut ☐
- Etwa dieselbe ☐
- Schlecht ☐
- Sehr schlecht ☐

**56** Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten...

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie
... Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Probleme beim Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**57** Wie viele Stunden schläfst du in den Nächten vor einem normalen Schultag?

Anzahl in Stunden:

**58** Wie groß bist du?

Größe in cm:

**59** Wie viel wiegst du?

Gewicht in kg:

--	--	--

**60** Wie oft fühlst du dich diskriminiert oder unfair behandelt...

	Immer	Oft	Manch- mal	Nie
... in der Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in Zügen, Bussen, Straßenbahnen oder in der U-Bahn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in Läden, Geschäften, Cafés, Restaurants oder in Diskos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... von der Polizei oder von Leuten des Sicherheitspersonals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**61** Zu wem würdest du gehen, wenn du Sorgen oder Kummer hast? Kreuze bitte alles an, was zutrifft.

- Zu deiner Mutter ☐
- Zu deinem Vater ☐
- Zu einem deiner Geschwister ☐
- Zu einem anderen Familienmitglied ☐
- Zu einem Freund ☐
- Zu deinem festen Freund/deiner festen Freundin ☐
- Zu einem Klassenkameraden ☐
- Zu einem Lehrer/einer Lehrerin ☐
- Zu jemand anderem ☐
- Zu niemandem ☐

**62** Hast du in den letzten 3 Monaten einen großen Streit mit einer der folgenden Personen gehabt? Kreuze bitte alles an, was zutrifft.

- Mit deiner Mutter ☐
- Mit deinem Vater ☐
- Mit einem deiner Geschwister ☐
- Mit einem anderen Familienmitglied ☐
- Mit einem Freund ☐
- Mit deinem festen Freund/deiner festen Freundin ☐
- Mit einem Klassenkameraden ☐
- Mit einem Lehrer/einer Lehrerin ☐
- Mit jemand anderem ☐
- Mit niemandem ☐

**63** Wer sollte in einer Familie die folgenden Dinge machen?

	Haupt- sächlich der Mann	Haupt- sächlich die Frau	Beide ungefähr gleich
Auf die Kinder aufpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geld verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saubermachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**64** Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Ein Mann sollte dazu bereit sein, seine Frau und seine Kinder mit Gewalt zu verteidigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Mann sollte dazu bereit sein, sich gegen Beleidigungen mit Gewalt zu wehren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Mann sollte dazu bereit sein, Gewalt anzuwenden, wenn jemand schlecht über seine Familie spricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**65** Denkst du, die folgenden Dinge sind "immer OK", "oft OK", "manchmal OK" oder "nie OK"?

	Immer OK	Oft OK	Manch- mal OK	Nie OK	Weiß nicht
Als Paar zusammenleben, ohne verheiratet zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abtreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**66** Wie sehr fühlst du dich als Deutsche(r)?

Sehr	<input type="checkbox"/>
Ziemlich	<input type="checkbox"/>
Nicht so sehr	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>

**Achtung:** Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

**67** Manche Menschen fühlen sich auch anderen Gruppen zugehörig. Wenn das auf dich zutrifft, welcher der folgenden Gruppen fühlst du dich zugehörig? Bitte kreuze alles an, was zutrifft.

Keiner anderen Gruppe ☐ → **Gehe zu 70**

Italienisch ☐

Polnisch ☐

Russisch ☐

Türkisch ☐

Einer anderen Gruppe ☐ ➔ Bitte gib an, welcher:

**68** Wie sehr fühlst du dich dieser Gruppe zugehörig? (Wenn du dich mehr als einer dieser Gruppen zugehörig fühlst, beantworte die Frage bitte für die Gruppe, der du dich am meisten zugehörig fühlst.)

Sehr ☐Ziemlich ☐

Nicht so sehr ☐

Überhaupt nicht ☐

**69** Wie wichtig ist es für dich persönlich, die Bräuche und Traditionen dieser Gruppe zu bewahren?

Sehr wichtig ☐

Ziemlich wichtig ☐

Nicht sehr wichtig ☐

Überhaupt nicht wichtig ☐

**70** Bitte schätze auf einer Skala, die von 0 bis 100 geht, ein, was du für die folgenden Gruppen fühlst. Je höher der Wert, desto positiver, und je niedriger der Wert, desto negativer sind deine Gefühle für diese Gruppe. (Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

**Negativ**

Neutral

**Positiv**

**Ich kenne  
diese  
Gruppe  
nicht**

0

10

20

30

40

50

60

70

80

90

100

Grup

**Deutsche**

**Italiener**

Polen

Land	Prognose (%)
Polen	~78%

[illegible][illegible]

**71 Welcher Religion gehörst du an?**

- Keiner Religion ☐
- Buddhismus ☐
- Christentum: Katholisch ☐
- Christentum: Evangelisch ☐
- Hinduismus ☐
- Islam ☐
- Judentum ☐
- Einer anderen Religion ☐ → Bitte gib an, welcher:

**72 Wie wichtig ist Religion für dich?**

- Sehr wichtig ☐
- Ziemlich wichtig ☐
- Nicht sehr wichtig ☐
- Überhaupt nicht wichtig ☐

**73 Wie oft besuchst du eine religiöse Begegnungsstätte (zum Beispiel eine Kirche, eine Moschee, eine Synagoge oder einen Tempel)?**

- Nie ☐
- Gelegentlich (aber seltener als 1 Mal im Monat) ☐
- Mindestens 1 Mal im Monat ☐
- Mindestens 1 Mal pro Woche ☐
- Jeden Tag ☐

**74 Wie oft betest du?**

- Nie ☐
- Gelegentlich (aber seltener als 1 Mal im Monat) ☐
- Mindestens 1 Mal im Monat ☐
- Mindestens 1 Mal pro Woche ☐
- 1 bis 4 Mal am Tag ☐
- 5 Mal am Tag und häufiger ☐

**75 Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?**

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Deutsche sollten alles tun, was sie können, um ihre Bräuche und Traditionen zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländer sollten sich der deutschen Gesellschaft anpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsche sollten offen für die Bräuche und Traditionen von Ausländern sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländer sollten alles tun, was sie können, um ihre Bräuche und Traditionen zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Deine Freizeitaktivitäten

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**76** Bist du Mitglied in einem Sport-, Musik-, Theater- oder einem anderen Verein?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **78**

**77** Wie oft verbringst du in diesen Vereinen Zeit...  
(Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie	Ich kenne keine Personen dieser Herkunft in diesen Vereinen
... mit Personen deutscher Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen italienischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen polnischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen russischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen türkischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen einer anderen Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**78** Hast du einen festen Freund/eine feste Freundin?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **83**

**79** Geht er/sie auf deine Schule?

Ja, in meine Klasse ☐

Ja, aber in eine andere Klasse ☐

Nein, auf eine andere Schule ☐

Nein, er/sie hat die Schule beendet ☐

**80** Wie alt ist er/sie?

Alter in Jahren:



**81** Auf was für eine Schule geht er/sie? (Wenn er/sie nicht mehr zur Schule geht: Auf was für eine Schule ist er/sie gegangen?)

- Förderschule ☐
- Hauptschule ☐
- Realschule ☐
- Gymnasium ☐
- Gesamtschule ☐
- Weiß nicht ☐

**82** Welche Herkunft hat er/sie?

- Deutsch ☐
- Italienisch ☐
- Polnisch ☐
- Russisch ☐
- Türkisch ☐
- Andere Herkunft ☐

**83** Wie viele feste Freunde/feste Freundinnen hast du schon gehabt?

Anzahl deiner festen Freunde/festen Freundinnen:

Ich hatte noch nie einen festen Freund/eine feste Freundin ☐

**84** Denke nun wieder an alle deine Freunde. Wie viele deiner Freunde haben eine...  
(Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Fast alle oder alle	Viele	Unge- fähr die Hälfte	Ein paar	Keiner oder sehr wenige
... deutsche Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... italienische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... polnische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... russische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... türkische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... andere Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**85** Hast du in den letzten 3 Monaten die folgenden Dinge getan? Deine Antworten bleiben geheim.

	Ja	Nein
Mit Absicht Dinge kaputt gemacht, die dir nicht gehörten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etwas aus einem Laden oder von einer anderen Person geklaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Messer oder eine Waffe getragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dich sehr betrunken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Achtung:** Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

**86** Arbeitest du normalerweise neben der Schule (zum Beispiel Zeitungen austragen, deinen Eltern in ihrem Geschäft helfen oder Babysitten)?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **90**

**87** Wie viele Stunden arbeitest du in einer normalen Schulwoche (mit den Wochenenden)?

Anzahl in Stunden:

**88** Ist das ein Job, bei dem du deinen Eltern in ihrem Geschäft hilfst?

Ja ☐

Nein ☐

**89** Wie viel Geld verdienst du bei der Arbeit ungefähr pro Monat?

Betrag in EURO:

**90** Bekommst du Taschengeld von deinen Eltern?

Ja, jede Woche ☐ →  EURO

Ja, jeden Monat ☐ →  EURO

Ja, gelegentlich ☐

Nein ☐

**91** Wie oft kannst du bei Unternehmungen mit deinen Freunden nicht dabei sein, weil du es dir nicht leisten kannst?

Immer ☐

Oft ☐

Manchmal ☐

Nie ☐

**92** Wenn du bis morgen plötzlich 30 Euro brauchst, würdest du es schaffen, das Geld aufzutreiben?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht ☐

**93** Wie oft machst du die folgenden Dinge in deiner Freizeit?

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie
Verwandte besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ins Kino gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgehen in eine Kneipe, Bar, Disko oder auf eine Party	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Buch lesen (keins für die Schule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit in einem Verein (einem Sport-, Musik-, Theater- oder einem anderen Verein) verbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf ein Konzert oder Tanzen gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In ein Museum gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitung lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**94** Hast du...

	Ja	Nein
... deinen eigenen Computer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Internetzugang zu Hause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dein eigenes Zimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dein eigenes Smart-Phone (zum Beispiel ein iPhone oder BlackBerry)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... deinen eigenen Fernseher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Spielkonsole (zum Beispiel Playstation, Wii oder X-Box)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**95** Wie viele Zimmer gibt es bei euch zu Hause? (Bitte zähle Badezimmer und die Küche nicht mit.)

Anzahl der Zimmer:

**96** Wie viele Bücher gibt es ungefähr bei euch zu Hause?

0-25	<input type="checkbox"/>
26-100	<input type="checkbox"/>
101-200	<input type="checkbox"/>
201-500	<input type="checkbox"/>
Mehr als 500	<input type="checkbox"/>

## 97 Wie oft...

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie
... isst du eine warme Mahlzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... trinkst du Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... machst du Sport oder gehst ins Fitnessstudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... rauchst du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... frühstückst du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nimmst du Drogen wie zum Beispiel Gras, Pilze oder Ecstasy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 98 Nachdem du an einem normalen Schultag nach Hause kommst, wie viel Zeit verbringst du damit...

	Mehr als 2 Stunden am Tag	Etwa 2 Stunden am Tag	Etwa 1 Stunde am Tag	Weniger als 1 Stunde am Tag	Nie
... fernzusehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im Internet zu chatten oder auf Social-Network-Seiten zu sein (zum Beispiel SchülerVZ oder Facebook)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hausaufgaben zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im Haushalt mitzuhelfen (zum Beispiel saubermachen, den Tisch decken oder Lebensmittel einkaufen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... allein Video- oder Computerspiele zu spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zusammen mit anderen Video- oder Computerspiele zu spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!**

Hier kannst du uns deine Meinung zum Fragebogen schreiben:

# Jugend in Europa

## Teil 1: Schülerfragebogen

## Wie fülle ich den Fragebogen aus

**B1** Was ist deine liebste Jahreszeit?

Frühling	<input type="checkbox"/>
Sommer	<input checked="" type="checkbox"/>
Herbst	<input type="checkbox"/>
Winter	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuze das Kästchen hinter der Antwort an, die auf dich zutrifft. Du darfst meistens nur ein Kästchen ankreuzen.

**B2** Was ist deine liebste Jahreszeit?

Frühling	<input checked="" type="checkbox"/>
Sommer	<input checked="" type="checkbox"/>
Herbst	<input type="checkbox"/>
Winter	<input type="checkbox"/>

Wenn du deine Antwort ändern möchtest, streiche das falsche Kästchen komplett durch und kreuze das richtige Kästchen an.

**B3** Sind die folgenden Personen männlich oder weiblich?

	Männlich	Weiblich	Weiß nicht
Katy Perry	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robert Pattinson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paris Hilton	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einigen Fragen musst du in jeder Zeile ein Kreuz setzen.

**Achtung:** Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

**B4** Magst du Musik?

Ja	<input checked="" type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

→ Gehe zu **B6**

Bitte beantworte die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge. Überspringe Fragen nur dann, wenn es dir ausdrücklich gesagt wird. Wenn du bei dieser Frage "Ja" ankreuzt, gehe zur nächsten Frage (B5). Wenn du bei dieser Frage "Nein" ankreuzt, folge den Anweisungen: Überspringe Frage B5 und gehe direkt zu Frage B6.

**B5** Welche Musik magst du? Kreuze bitte alles an, was auf dich zutrifft.

Es gibt Fragen, bei denen du mehr als ein Kästchen ankreuzen darfst. Nur wenn du diese Anweisung siehst, sind mehrere Antworten erlaubt.

Rock	<input type="checkbox"/>
Pop	<input checked="" type="checkbox"/>
Hip Hop	<input checked="" type="checkbox"/>
Andere Musik	<input type="checkbox"/>

**B6** Was ist deine Lieblingssportart?

Basketball

Schreibe die Antwort in das leere weiße Feld. Bitte schreibe nicht über den Rand hinaus. Bitte schreibe deutlich.



Bitte lege deinen Stift zur Seite und  
warte auf weitere Anweisungen!  
Blättere nicht zur nächsten Seite,  
bis du dazu aufgefordert wirst!

## Fragen über dich

**1** Bist du männlich oder weiblich?

Männlich ☐

Weiblich ☐

**2** Wann bist du geboren?

Monat

Jahr

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**3** In welchem Land bist du geboren?

Deutschland

☐

Gehe zu **5**

Italien

☐

Polen

☐

Russland

☐

Türkei

☐

Einem anderen Land

☐

Bitte gib an, wo:

**4** Wie alt warst du, als du nach Deutschland gekommen bist?

Alter in Jahren:

**5** Welcher Nationalität gehörst du an (aus welchem Land hast du einen Pass)? Wenn du mehr als einer Nationalität angehörst, kreuze bitte alles an, was zutrifft.

Deutsch

☐

Italienisch

☐

Polnisch

☐

Russisch

☐

Türkisch

☐

Einer anderen Nationalität

☐

Bitte gib an, welche:

Weiß nicht

☐



**Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.**

**6 Hast du einen so genannten Migrationshintergrund?** (Das heißt, ist deine Mutter oder dein Vater oder jemand von deinen Großeltern im Ausland geboren und später nach Deutschland gekommen?)

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **9**

**7 Welchen Migrationshintergrund hast du?**

Italienisch ☐

Polnisch ☐

Russisch ☐

Türkisch ☐

Einen anderen Migrationshintergrund ☐ → Bitte gib an, welchen:

**8 Wie oft besuchst du dieses Land, auf das sich dein Migrationshintergrund bezieht?**

Zweimal pro Jahr und häufiger ☐

Einmal im Jahr ☐

Seltener als einmal im Jahr ☐

Nie ☐

**9 Wie gut kannst du deiner Meinung nach...**

	Gar nicht	Nicht gut	Gut	Sehr gut	Exzellent
... Deutsch sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.**

**10 Wird bei dir zu Hause auch eine andere Sprache außer Deutsch gesprochen?**

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **14**

**11** Welche Sprache ist das?Italienisch ☐Polnisch ☐Russisch ☐Türkisch ☐Eine andere Sprache ☐ → Bitte gib an, welche:**12** Denke an die Sprache, die du gerade angekreuzt hast. Wie gut kannst du deiner Meinung nach...

	Gar nicht	Nicht gut	Gut	Sehr gut	Exzel- lent
... diese Sprache sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13** Wie oft machst du die folgenden Dinge in dieser Sprache?

	Immer	Oft	Manch- mal	Nie
Mit deiner Familie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sachen am Computer	<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"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14** Wie viele Personen wohnen insgesamt mit dir zusammen in deiner Familie, du selbst eingeschlossen?

Anzahl der Personen:

## Deine Schule

**15** Welches Schulfach magst du am meisten?

**16** Welches Schulfach magst du am wenigsten?

**17** Wenn es nach deinen Wünschen geht, welchen höchsten Abschluss würdest du gerne einmal erreichen?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

**18** Und was denkst du: Welchen höchsten Abschluss wirst du tatsächlich einmal erreichen?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

**19** Welchen höchsten Abschluss wollen deine Eltern für dich?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

**20** Wie gut bist du in den folgenden Fächern?

	Sehr gut	Ziemlich gut	OK	Nicht so gut	Überhaupt nicht gut
Mathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**21** Gibt es in deiner Schule ein Kurssystem oder getrennten Unterricht von Schülern, die unterschiedlich gut sind (zum Beispiel A- und B-Kurse oder Hauptschul- und Realschulklassen)?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **23**

**22** Welche Kurse oder Klassen hast du im letzten Schuljahr in den folgenden Fächern besucht?

Mathe:

Deutsch:

Englisch:

**23** Welche Noten hast du im letzten Schulzeugnis in den folgenden Fächern bekommen?

Mathe:

Deutsch:

Englisch:

**24** Hast du schon einmal eine Klasse wiederholt?

Nein ☐

Ja, in der Grundschule ☐

Ja, nach der Grundschule ☐

Ja, in der Grundschule und nach der Grundschule ☐

25

Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich bin mir sicher, dass ich in der Schule gut sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule ist nichts für Leute wie mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich in der Schule gute Noten bekommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist sehr wichtig für mich, gute Noten zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebe mir sehr viel Mühe für die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildung ist sehr wichtig, um später einmal ein gutes Leben zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig für mich, dass meine Bildung mindestens genauso hoch ist wie die Bildung meiner Eltern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26

Wie oft verbringst du während der Schulpausen Zeit...

(Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie	Ich kenne keine Schüler dieser Herkunft in meiner Schule
... mit Schülern deutscher Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern italienischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern polnischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern russischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern türkischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern einer anderen Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27

Wie oft...

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie
... hast du Streit mit einem Lehrer/einer Lehrerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wirst du in der Schule bestraft (zum Beispiel Nachsitzen, aus dem Unterricht fliegen oder Strafarbeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schwänzt du eine Schulstunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kommst du zu spät zur Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 28 Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Meine Eltern zeigen großes Interesse an meinen Noten und meinen Schulleistungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern sagen mir, dass sie stolz auf mich sind, wenn ich gut in der Schule bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern ermutigen mich, hart für die Schule zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von meinen Lehrern in der Schule bekomme ich die Hilfe, die ich brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Lehrer ermutigen mich in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Lehrer, die mich unfair behandeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Deine Gefühle, Einstellungen und Überzeugungen

**29** Wenn du 30 Jahre alt bist, denkst du, du wirst...

	Wahr- scheinlich ja	Wahr- scheinlich nicht	Weiß nicht
... eine Arbeit haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Universitätsabschluss haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verheiratet sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Kinder haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in Deutschland leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... reich sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gesund sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**30** Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 sehr unzufrieden und 10 sehr zufrieden bedeutet, wie zufrieden bist du...

	Sehr unzufrieden									Sehr zu- frieden
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... mit deinem Leben allgemein?	<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"/>
... mit der Schule allgemein?	<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"/>

**31** Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Ich habe viele gute Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Vieles, auf das ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag mich genau so, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass die Dinge in Zukunft gut für mich laufen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 32 Wie oft treffen die einzelnen Aussagen auf dich zu?

	Trifft oft zu	Trifft manchmal zu	Trifft selten zu	Trifft nie zu
Ich mache mir viele Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich wertlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich handle ohne nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 33 Wie oft sind dir im letzten Monat die folgenden Dinge passiert?

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals in der Woche	Seltener	Nie
Ich hatte Angst vor anderen Schülern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von anderen Schülern geärgert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von anderen Schülern gemobbt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 34 Wie gut ist deine Gesundheit im Vergleich zu anderen Jugendlichen in deinem Alter?

Sehr gut	<input type="checkbox"/>
Gut	<input type="checkbox"/>
Etwa dieselbe	<input type="checkbox"/>
Schlecht	<input type="checkbox"/>
Sehr schlecht	<input type="checkbox"/>

### 35 Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten...

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie
... Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Probleme beim Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 36 Wie viele Stunden schläfst du in den Nächten vor einem normalen Schultag?

Anzahl in Stunden:

### 37 Wie groß bist du?

Größe in cm:



**38** Wie viel wiegst du?

Gewicht in kg:

--	--	--

**39** Wie oft fühlst du dich diskriminiert oder unfair behandelt...

	Immer	Oft	Manch- mal	Nie
... in der Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in Zügen, Bussen, Straßenbahnen oder in der U-Bahn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in Läden, Geschäften, Cafés, Restaurants oder in Diskos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... von der Polizei oder von Leuten des Sicherheitspersonals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**40** Zu wem würdest du gehen, wenn du Sorgen oder Kummer hast? Kreuze bitte alles an, was zutrifft.

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Zu deiner Mutter                               | <input type="checkbox"/> |
| Zu deinem Vater                                | <input type="checkbox"/> |
| Zu einem deiner Geschwister                    | <input type="checkbox"/> |
| Zu einem anderen Familienmitglied              | <input type="checkbox"/> |
| Zu einem Freund                                | <input type="checkbox"/> |
| Zu deinem festen Freund/deiner festen Freundin | <input type="checkbox"/> |
| Zu einem Klassenkameraden                      | <input type="checkbox"/> |
| Zu einem Lehrer/einer Lehrerin                 | <input type="checkbox"/> |
| Zu jemand anderem                              | <input type="checkbox"/> |
| Zu niemandem                                   | <input type="checkbox"/> |

**41** Hast du in den letzten 3 Monaten einen großen Streit mit einer der folgenden Personen gehabt? Kreuze bitte alles an, was zutrifft.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Mit deiner Mutter                               | <input type="checkbox"/> |
| Mit deinem Vater                                | <input type="checkbox"/> |
| Mit einem deiner Geschwister                    | <input type="checkbox"/> |
| Mit einem anderen Familienmitglied              | <input type="checkbox"/> |
| Mit einem Freund                                | <input type="checkbox"/> |
| Mit deinem festen Freund/deiner festen Freundin | <input type="checkbox"/> |
| Mit einem Klassenkameraden                      | <input type="checkbox"/> |
| Mit einem Lehrer/einer Lehrerin                 | <input type="checkbox"/> |
| Mit jemand anderem                              | <input type="checkbox"/> |
| Mit niemandem                                   | <input type="checkbox"/> |

**42** Wer sollte in einer Familie die folgenden Dinge machen?

	Haupt- sächlich der Mann	Haupt- sächlich die Frau	Beide ungefähr gleich
Auf die Kinder aufpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geld verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saubermachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**43** Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Ein Mann sollte dazu bereit sein, seine Frau und seine Kinder mit Gewalt zu verteidigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Mann sollte dazu bereit sein, sich gegen Beleidigungen mit Gewalt zu wehren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Mann sollte dazu bereit sein, Gewalt anzuwenden, wenn jemand schlecht über seine Familie spricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**44** Denkst du, die folgenden Dinge sind "immer OK", "oft OK", "manchmal OK" oder "nie OK"?

	Immer OK	Oft OK	Manch- mal OK	Nie OK	Weiß nicht
Als Paar zusammenleben, ohne verheiratet zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abtreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**45** Wie sehr fühlst du dich als Deutsche(r)?

Sehr	<input type="checkbox"/>
Ziemlich	<input type="checkbox"/>
Nicht so sehr	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>

**Achtung:** Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

**46** Manche Menschen fühlen sich auch anderen Gruppen zugehörig. Wenn das auf dich zutrifft, welcher der folgenden Gruppen fühlst du dich zugehörig? Bitte kreuze alles an, was zutrifft.

Keiner anderen Gruppe ☐ → **Gehe zu** **49**

Italienisch ☐

Polnisch ☐

Russisch ☐

Türkisch ☐

Einer anderen Gruppe ☐ ➔

Bitte gib an,  
welcher:

**47** Wie sehr fühlst du dich dieser Gruppe zugehörig? (Wenn du dich mehr als einer dieser Gruppen zugehörig fühlst, beantworte die Frage bitte für die Gruppe, der du dich am meisten zugehörig fühlst.)

Sehr ☐

Ziemlich ☐

Nicht so sehr ☐

Überhaupt nicht ☐

**48** Wie wichtig ist es für dich persönlich, die Bräuche und Traditionen dieser Gruppe zu bewahren?

Sehr wichtig ☐

Ziemlich wichtig ☐

Nicht sehr wichtig ☐

Überhaupt nicht wichtig ☐

**49** Bitte schätze auf einer Skala, die von 0 bis 100 geht, ein, was du für die folgenden Gruppen fühlst. Je höher der Wert, desto positiver, und je niedriger der Wert, desto negativer sind deine Gefühle für diese Gruppe. (Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

**Negativ**

Neutral

**Positiv**

**Ich kenne  
diese  
Gruppe  
nicht**

0

10

20

30

40

50

60

70

80

90

100

**Grup**

[illegible]

**Italiener**

Polen

Land	Prozent
Polen	98%
Österreich	97%
Deutschland	96%
Frankreich	95%
Italien	94%
Spanien	93%
Griechenland	92%
Türkei	91%
Russland	90%
China	89%
Indien	88%
Brazilien	87%
Mexiko	86%
Argentinien	85%
Chile	84%
Peru	83%
Kolumbien	82%
Venezuela	81%
Ecuador	80%
Bolivien	79%
Paraguay	78%
Uruguay	77%
Costa Rica	76%
Panama	75%
El Salvador	74%
Honduras	73%
Nicaragua	72%
Guatemala	71%
Belize	70%
Haiti	69%
Dominikanische Republik	68%
Jamaika	67%
Barbados	66%
Trinidad und Tobago	65%
Suriname	64%
Guyana	63%
Fidschi	62%
Tonga	61%
Samoa	60%
Vanuatu	59%
Neuseeland	58%
Australien	57%
Kanada	56%
USA	55%
Großbritannien	54%
Irland	53%
Island	52%
Dänemark	51%
Schweden	50%
Norwegen	49%
Finnland	48%
Estland	47%
Lettland	46%
Litauen	45%

[illegible][illegible]

**50 Welcher Religion gehörst du an?**

- Keiner Religion ☐
- Buddhismus ☐
- Christentum: Katholisch ☐
- Christentum: Evangelisch ☐
- Hinduismus ☐
- Islam ☐
- Judentum ☐
- Einer anderen Religion ☐ →

Bitte gib an,  
welcher:

**51 Wie wichtig ist Religion für dich?**

- Sehr wichtig ☐
- Ziemlich wichtig ☐
- Nicht sehr wichtig ☐
- Überhaupt nicht wichtig ☐

**52 Wie oft besuchst du eine religiöse Begegnungsstätte (zum Beispiel eine Kirche, eine Moschee, eine Synagoge oder einen Tempel)?**

- Nie ☐
- Gelegentlich (aber seltener als 1 Mal im Monat) ☐
- Mindestens 1 Mal im Monat ☐
- Mindestens 1 Mal pro Woche ☐
- Jeden Tag ☐

**53 Wie oft betest du?**

- Nie ☐
- Gelegentlich (aber seltener als 1 Mal im Monat) ☐
- Mindestens 1 Mal im Monat ☐
- Mindestens 1 Mal pro Woche ☐
- 1 bis 4 Mal am Tag ☐
- 5 Mal am Tag und häufiger ☐

**54 Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?**

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Deutsche sollten alles tun, was sie können, um ihre Bräuche und Traditionen zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländer sollten sich der deutschen Gesellschaft anpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsche sollten offen für die Bräuche und Traditionen von Ausländern sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländer sollten alles tun, was sie können, um ihre Bräuche und Traditionen zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Deine Freizeitaktivitäten

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**55** Bist du Mitglied in einem Sport-, Musik-, Theater- oder einem anderen Verein?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **57**

**56** Wie oft verbringst du in diesen Vereinen Zeit...  
(Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie	Ich kenne keine Personen dieser Herkunft in diesen Vereinen
... mit Personen deutscher Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen italienischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen polnischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen russischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen türkischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen einer anderen Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**57** Hast du einen festen Freund/eine feste Freundin?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **62**

**58** Geht er/sie auf deine Schule?

Ja, in meine Klasse ☐

Ja, aber in eine andere Klasse ☐

Nein, auf eine andere Schule ☐

Nein, er/sie hat die Schule beendet ☐

**59** Wie alt ist er/sie?

Alter in Jahren:

60

Auf was für eine Schule geht er/sie? (Wenn er/sie nicht mehr zur Schule geht: Auf was für eine Schule ist er/sie gegangen?)

- Hauptschule ☐
- Realschule ☐
- Gymnasium ☐
- Gesamtschule ☐
- Weiß nicht ☐

61

Welche Herkunft hat er/sie?

- Deutsch ☐
- Italienisch ☐
- Polnisch ☐
- Russisch ☐
- Türkisch ☐
- Andere Herkunft ☐

62

Wie viele feste Freunde/feste Freundinnen hast du schon gehabt?

Anzahl deiner festen Freunde/festen Freundinnen:

 

Ich hatte noch nie einen festen  
Freund/eine feste Freundin

☐

63

Denke nun wieder an alle deine Freunde. Wie viele deiner Freunde haben eine...  
(Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Fast alle oder alle	Viele	Unge- fähr die Hälfte	Ein paar	Keiner oder sehr wenige
... deutsche Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... italienische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... polnische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... russische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... türkische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... andere Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**64** Wie oft verbringst du in deiner Wohngegend Zeit...  
(Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie	Ich kenne keine Personen dieser Herkunft in meiner Wohngegend
... mit Personen deutscher Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen italienischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen polnischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen russischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen türkischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen einer anderen Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**65** Wie viele der Leute in deiner Wohngegend sind Deutsche?

- Fast alle oder alle ☐
- Viele ☐
- Ungefähr die Hälfte ☐
- Ein paar ☐
- Keiner oder sehr wenige ☐

**66** Hast du in den letzten 3 Monaten die folgenden Dinge getan? Deine Antworten bleiben geheim.

	Ja	Nein
Mit Absicht Dinge kaputt gemacht, die dir nicht gehörten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etwas aus einem Laden oder von einer anderen Person geklaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Messer oder eine Waffe getragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dich sehr betrunken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**67** Arbeitest du normalerweise neben der Schule (zum Beispiel Zeitungen austragen, deinen Eltern in ihrem Geschäft helfen oder Babysitten)?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **70**

**68** Wie viele Stunden arbeitest du in einer normalen Schulwoche (mit den Wochenenden)?

Anzahl in Stunden:

**69** Wie viel Geld verdienst du bei der Arbeit ungefähr pro Monat?

Betrag in EURO:

--	--	--

**70** Wie oft kannst du bei Unternehmungen mit deinen Freunden nicht dabei sein, weil du es dir nicht leisten kannst?

- Immer ☐
- Oft ☐
- Manchmal ☐
- Nie ☐

**71** Wenn du bis morgen plötzlich 30 Euro brauchst, würdest du es schaffen, das Geld aufzutreiben?

- Ja ☐
- Nein ☐
- Weiß nicht ☐

**72** Wie oft machst du die folgenden Dinge in deiner Freizeit?

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie
Verwandte besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ins Kino gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgehen in eine Kneipe, Bar, Disko oder auf eine Party	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Buch lesen (keins für die Schule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit in einem Verein (einem Sport-, Musik-, Theater- oder einem anderen Verein) verbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf ein Konzert oder Tanzen gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In ein Museum gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitung lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**73** Hast du...

	Ja	Nein
... deinen eigenen Computer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Internetzugang zu Hause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dein eigenes Zimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dein eigenes Smart-Phone (zum Beispiel ein iPhone oder BlackBerry)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... deinen eigenen Fernseher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Spielkonsole (zum Beispiel Playstation, Wii oder X-Box)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 74 Wie oft...

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie
... isst du eine warme Mahlzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... trinkst du Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... machst du Sport oder gehst ins Fitnessstudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... rauchst du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... frühstückst du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nimmst du Drogen wie zum Beispiel Gras, Pilze oder Ecstasy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 75 Nachdem du an einem normalen Schultag nach Hause kommst, wie viel Zeit verbringst du damit...

	Mehr als 2 Stunden am Tag	Etwa 2 Stunden am Tag	Etwa 1 Stunde am Tag	Weniger als 1 Stunde am Tag	Nie
... fernzusehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im Internet zu chatten oder auf Social-Network-Seiten zu sein (zum Beispiel SchülerVZ oder Facebook)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hausaufgaben zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im Haushalt mitzuhelfen (zum Beispiel saubermachen, den Tisch decken oder Lebensmittel einkaufen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... allein Video- oder Computerspiele zu spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zusammen mit anderen Video- oder Computerspiele zu spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!**

Hier kannst du uns deine Meinung zum Fragebogen schreiben:

# Jugend in Europa

## Teil 1: Schülerfragebogen

## Wie fülle ich den Fragebogen aus

**B1** Was ist deine liebste Jahreszeit?

Frühling ☐  
Sommer ☒  
Herbst ☐  
Winter ☐

Bitte kreuze das Kästchen hinter der Antwort an, die auf dich zutrifft. Du darfst meistens nur ein Kästchen ankreuzen.

**B2** Was ist deine liebste Jahreszeit?

Frühling ☒  
Sommer ☒  
Herbst ☐  
Winter ☐

Wenn du deine Antwort ändern möchtest, streiche das falsche Kästchen komplett durch und kreuze das richtige Kästchen an.

**B3** Sind die folgenden Personen männlich oder weiblich?

	Männlich	Weiblich	Weiß nicht
Katy Perry	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robert Pattinson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paris Hilton	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einigen Fragen musst du in jeder Zeile ein Kreuz setzen.

**Achtung:** Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

**B4** Magst du Musik?

Ja ☒  
Nein ☐ → Gehe zu **B6**

Bitte beantworte die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge. Überspringe Fragen nur dann, wenn es dir ausdrücklich gesagt wird. Wenn du bei dieser Frage "Ja" ankreuzt, gehe zur nächsten Frage (B5). Wenn du bei dieser Frage "Nein" ankreuzt, folge den Anweisungen: Überspringe Frage B5 und gehe direkt zu Frage B6.

**B5** Welche Musik magst du? Kreuze bitte alles an, was auf dich zutrifft.

Es gibt Fragen, bei denen du mehr als ein Kästchen ankreuzen darfst. Nur wenn du diese Anweisung siehst, sind mehrere Antworten erlaubt.

Rock ☐  
Pop ☒  
Hip Hop ☒  
Andere Musik ☐

**B6** Was ist deine Lieblingssportart?

Basketball

Schreibe die Antwort in das leere weiße Feld. Bitte schreibe nicht über den Rand hinaus. Bitte schreibe deutlich.



Bitte lege deinen Stift zur Seite und  
warte auf weitere Anweisungen!  
Blättere nicht zur nächsten Seite,  
bis du dazu aufgefordert wirst!

## Fragen über dich

**1** Bist du männlich oder weiblich?

Männlich ☐

Weiblich ☐

**2** Wann bist du geboren?

Monat

Jahr

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**3** In welchem Land bist du geboren?

Deutschland

☐

→ Gehe zu **5**

Italien

☐

Polen

☐

Russland

☐

Türkei

☐

Einem anderen Land

☐

Bitte gib an, wo:

**4** Wie alt warst du, als du nach Deutschland gekommen bist?

Alter in Jahren:

**5** Welcher Nationalität gehörst du an (aus welchem Land hast du einen Pass)? Wenn du mehr als einer Nationalität angehörst, kreuze bitte alles an, was zutrifft.

Deutsch

☐

Italienisch

☐

Polnisch

☐

Russisch

☐

Türkisch

☐

Einer anderen Nationalität

☐

Bitte gib an,  
welche:

Weiß nicht

☐

**6** Wie gut kannst du deiner Meinung nach...

	Gar nicht	Nicht gut	Gut	Sehr gut	Exzellent
... Deutsch sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**7** Wird bei dir zu Hause auch eine andere Sprache außer Deutsch gesprochen?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **11**

**8** Welche Sprache ist das?

Italienisch ☐

Polnisch ☐

Russisch ☐

Türkisch ☐

Eine andere Sprache ☐ → Bitte gib an, welche:

**9** Denke an die Sprache, die du gerade angekreuzt hast. Wie gut kannst du deiner Meinung nach...

	Gar nicht	Nicht gut	Gut	Sehr gut	Exzellent
... diese Sprache sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10** Wie oft machst du die folgenden Dinge in dieser Sprache?

	Immer	Oft	Manch-mal	Nie
Mit deiner Familie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sachen am Computer	<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"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Deine Schule

**11** Welches Schulfach magst du am meisten?

**12** Welches Schulfach magst du am wenigsten?

**13** Wenn es nach deinen Wünschen geht, welchen höchsten Abschluss würdest du gerne einmal erreichen?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

**14** Und was denkst du: Welchen höchsten Abschluss wirst du tatsächlich einmal erreichen?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

**15** Welchen höchsten Abschluss wollen deine Eltern für dich?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

**16** Wie gut bist du in den folgenden Fächern?

	Sehr gut	Ziemlich gut	OK	Nicht so gut	Überhaupt nicht gut
Mathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**17** Gibt es in deiner Schule ein Kurssystem oder getrennten Unterricht von Schülern, die unterschiedlich gut sind (zum Beispiel A- und B-Kurse oder Hauptschul- und Realschulklassen)?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **19**

**18** Welche Kurse oder Klassen hast du im letzten Schuljahr in den folgenden Fächern besucht?

Mathe:

Deutsch:

Englisch:

**19** Welche Noten hast du im letzten Schulzeugnis in den folgenden Fächern bekommen?

Mathe:

Deutsch:

Englisch:

**20** Hast du schon einmal eine Klasse wiederholt?

Nein ☐

Ja, in der Grundschule ☐

Ja, nach der Grundschule ☐

Ja, in der Grundschule und nach der Grundschule ☐



## 21 Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich bin mir sicher, dass ich in der Schule gut sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule ist nichts für Leute wie mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich in der Schule gute Noten bekommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist sehr wichtig für mich, gute Noten zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebe mir sehr viel Mühe für die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildung ist sehr wichtig, um später einmal ein gutes Leben zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig für mich, dass meine Bildung mindestens genauso hoch ist wie die Bildung meiner Eltern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 22 Wie oft verbringst du während der Schulpausen Zeit... (Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie	Ich kenne keine Schüler dieser Herkunft in meiner Schule
... mit Schülern deutscher Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern italienischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern polnischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern russischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern türkischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Schülern einer anderen Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 23 Wie oft...

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie
... hast du Streit mit einem Lehrer/einer Lehrerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wirst du in der Schule bestraft (zum Beispiel Nachsitzen, aus dem Unterricht fliegen oder Strafarbeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schwänzt du eine Schulstunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kommst du zu spät zur Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Meine Eltern zeigen großes Interesse an meinen Noten und meinen Schulleistungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern sagen mir, dass sie stolz auf mich sind, wenn ich gut in der Schule bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern ermutigen mich, hart für die Schule zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von meinen Lehrern in der Schule bekomme ich die Hilfe, die ich brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Lehrer ermutigen mich in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Lehrer, die mich unfair behandeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Deine Familie

**Achtung:** Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

- 25** Die folgenden Fragen sind über deine leibliche Mutter. Wenn sie nicht mehr lebt oder wenn du keinen Kontakt zu ihr hast, beantworte die Fragen bitte so gut du kannst.

In welchem Land ist deine leibliche Mutter geboren?

Deutschland ☐ → Gehe zu **27**

Italien ☐

Polen ☐

Russland ☐

Türkei ☐

Einem anderen Land ☐ → Bitte gib an, wo:

Ich weiß nicht, in welchem Land ☐ → Gehe zu **27**

- 26** Wie oft besuchst du dieses Land?

Zweimal pro Jahr und häufiger ☐

Einmal im Jahr ☐

Seltener als einmal im Jahr ☐

Nie ☐

**27**

Ja      Nein      Weiß nicht

Hat deine Mutter die Grundschule beendet  
(oder eine ähnliche Schule im Ausland)?

☐☐☐

Hat deine Mutter einen Hauptschul- oder  
Realschulabschluss oder das Abitur gemacht  
(oder einen ähnlichen Abschluss im Ausland)?

☐☐☐

Hat deine Mutter einen  
Universitätsabschluss gemacht?

☐☐☐

Arbeitet deine Mutter zurzeit?

☐☐☐

- 28** Denke nun an den Beruf deiner Mutter. Wenn sie gerade nicht arbeitet, denke an den Beruf, den sie zuletzt hatte. Wie nennt man ihren Beruf? Bitte beschreibe zusätzlich so gut du kannst, was sie in ihrem Beruf macht.

Sie hat noch nie gearbeitet ☐

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**29** Wie oft siehst du deine Mutter normalerweise?

- Jeden Tag ☐
- Einmal oder mehrmals die Woche ☐
- Einmal oder mehrmals im Monat ☐
- Seltener ☐
- Nie ☐ → Gehe zu **31**

**30** Wie gut verstehst du dich mit deiner Mutter?

- Sehr gut ☐
- Gut ☐
- Nicht so gut ☐
- Überhaupt nicht gut ☐

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**31** Die folgenden Fragen sind über deinen leiblichen Vater. Wenn er nicht mehr lebt oder wenn du keinen Kontakt zu ihm hast, beantworte die Fragen bitte so gut du kannst.

In welchem Land ist dein leiblicher Vater geboren?

- Deutschland ☐ → Gehe zu **33**
- Italien ☐
- Polen ☐
- Russland ☐
- Türkei ☐
- Einem anderen Land ☐ → Bitte gib an, wo:
- Ich weiß nicht, in welchem Land ☐ → Gehe zu **33**

**32** Wie oft besuchst du dieses Land?

- Zweimal pro Jahr und häufiger ☐
- Einmal im Jahr ☐
- Seltener als einmal im Jahr ☐
- Nie ☐

33

Ja      Nein      Weiß nicht

Hat dein Vater die Grundschule beendet  
(oder eine ähnliche Schule im Ausland)?☐☐☐Hat dein Vater einen Hauptschul- oder  
Realschulabschluss oder das Abitur gemacht  
(oder einen ähnlichen Abschluss im Ausland)?☐☐☐Hat dein Vater einen  
Universitätsabschluss gemacht?☐☐☐

Arbeitet dein Vater zurzeit?

☐☐☐

34

Denke nun an den Beruf deines Vaters. Wenn er gerade nicht arbeitet, denke an den Beruf, den er zuletzt hatte.  
Wie nennt man seinen Beruf? Bitte beschreibe zusätzlich so gut du kannst, was er in seinem Beruf macht.

Er hat noch nie gearbeitet

☐

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

35

Wie oft siehst du deinen Vater normalerweise?

Jeden Tag

☐

Einmal oder mehrmals die Woche

☐

Einmal oder mehrmals im Monat

☐

Seltener

☐

Nie

☐→ Gehe zu **37**

36

Wie gut verstehst du dich mit deinem Vater?

Sehr gut

☐

Gut

☐

Nicht so gut

☐

Überhaupt nicht gut

☐

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

37

Wohnst du mit deinen beiden leiblichen Eltern in einer Familie?

Ja

☐→ Gehe zu **39**

Nein

☐

**38** Warum wohnst du nicht mit deinen beiden leiblichen Eltern in einer Familie?

- Meine leiblichen Eltern sind  
geschieden oder getrennt ☐
- Meine leiblichen Eltern waren nie verheiratet  
oder haben nie zusammen gewohnt ☐
- Einer oder beide sind gestorben ☐
- Einer oder beide wohnen oder arbeiten im  
Ausland ☐

Anderer Grund ☐ →

Bitte gib an, welcher:

**39** Wer wohnt außer dir in deiner Familie? Bitte kreuze alle Personen an, mit denen du zusammenwohnst. Wenn du in zwei Familien wohnst, dann beantworte die Fragen für die Familie, in der deine Mutter wohnt.

- Leibliche Mutter ☐
- Leiblicher Vater ☐
- Adoptivmutter ☐
- Adoptivvater ☐
- Stiefmutter ☐
- Stiefvater ☐
- Pflegemutter ☐
- Pflegevater ☐
- Brüder (zähle Stief- und Halbbrüder mit) ☐ → Bitte gib an, wie viele:
- Schwestern (zähle Stief- und Halbschwestern mit) ☐ → Bitte gib an, wie viele:
- Großeltern ☐
- Andere Familienmitglieder ☐
- Andere Personen ☐

**40** Wie viele Personen wohnen insgesamt mit dir zusammen in deiner Familie, du selbst eingeschlossen?

Anzahl der Personen:

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**41** Wohnst du auch regelmäßig in einer anderen Familie? Wir meinen damit, ob du mindestens einmal die Woche oder einmal alle zwei Wochen in einer anderen Familie wohnst.

Ja ☐

Nein ☐



Gehe zu

**44**

**42** Wer wohnt in dieser zweiten Familie? Kreuze bitte alle Personen an, die mit dir in der zweiten Familie wohnen.

Leibliche Mutter	<input type="checkbox"/>	
Leiblicher Vater	<input type="checkbox"/>	
Adoptivmutter	<input type="checkbox"/>	
Adoptivvater	<input type="checkbox"/>	
Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	
Stiefvater	<input type="checkbox"/>	
Pflegemutter	<input type="checkbox"/>	
Pflegevater	<input type="checkbox"/>	
Brüder (zähle Stief- und Halbbrüder mit)	<input type="checkbox"/> →	Bitte gib an, wie viele: <input type="text"/> <input type="text"/>
Schwestern (zähle Stief- und Halbschwestern mit)	<input type="checkbox"/> →	Bitte gib an, wie viele: <input type="text"/> <input type="text"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	
Andere Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	
Andere Personen	<input type="checkbox"/>	

**43** Wie viel Zeit verbringst du normalerweise in dieser zweiten Familie?

Mehr als die Hälfte der Zeit	<input type="checkbox"/>
Etwa die Hälfte der Zeit	<input type="checkbox"/>
Weniger als die Hälfte der Zeit	<input type="checkbox"/>
Fast nie	<input type="checkbox"/>

**44** Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Immer wenn ich traurig bin, versuchen meine Eltern mich zu trösten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern sagen mir oft, dass ich still sein soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern sind sehr streng mit mir, auch bei Kleinigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern meckern oft an mir herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern versuchen, mir zu helfen, wenn ich ein Problem habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern zeigen mir, dass sie mich lieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern versuchen zu verstehen, was ich denke und fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 45

45

## 46

46

## 47

47

## 48

48



---

**Wie viele der Leute in deiner Wohngegend sind Deutsche?**

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Fast alle oder alle     | <input type="checkbox"/> |
| Viele                   | <input type="checkbox"/> |
| Ungefähr die Hälfte     | <input type="checkbox"/> |
| Ein paar                | <input type="checkbox"/> |
| Keiner oder sehr wenige | <input type="checkbox"/> |
-

## Deine Gefühle, Einstellungen und Überzeugungen

**50** Wenn du 30 Jahre alt bist, denkst du, du wirst...

	Wahr- scheinlich ja	Wahr- scheinlich nicht	Weiß nicht
... eine Arbeit haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Universitätsabschluss haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verheiratet sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Kinder haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in Deutschland leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... reich sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gesund sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**51** Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 sehr unzufrieden und 10 sehr zufrieden bedeutet, wie zufrieden bist du...

	Sehr unzufrieden									Sehr zufrieden
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... mit deinem Leben allgemein?	<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"/>
... mit der Schule allgemein?	<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"/>

**52** Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Ich habe viele gute Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Vieles, auf das ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag mich genau so, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass die Dinge in Zukunft gut für mich laufen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**53** Wie oft treffen die einzelnen Aussagen auf dich zu?

	Trifft oft zu	Trifft manchmal zu	Trifft selten zu	Trifft nie zu
Ich mache mir viele Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich wertlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich handle ohne nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**54** Wie oft sind dir im letzten Monat die folgenden Dinge passiert?

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals in der Woche	Seltener	Nie
Ich hatte Angst vor anderen Schülern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von anderen Schülern geärgert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von anderen Schülern gemobbt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**55** Wie gut ist deine Gesundheit im Vergleich zu anderen Jugendlichen in deinem Alter?

Sehr gut	<input type="checkbox"/>
Gut	<input type="checkbox"/>
Etwa dieselbe	<input type="checkbox"/>
Schlecht	<input type="checkbox"/>
Sehr schlecht	<input type="checkbox"/>

**56** Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten...

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie
... Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Probleme beim Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**57** Wie viele Stunden schläfst du in den Nächten vor einem normalen Schultag?

Anzahl in Stunden:

**58** Wie groß bist du?

Größe in cm:

**59** Wie viel wiegst du?

Gewicht in kg:

--	--	--

**60** Wie oft fühlst du dich diskriminiert oder unfair behandelt...

	Immer	Oft	Manch- mal	Nie
... in der Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in Zügen, Bussen, Straßenbahnen oder in der U-Bahn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in Läden, Geschäften, Cafés, Restaurants oder in Diskos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... von der Polizei oder von Leuten des Sicherheitspersonals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**61** Zu wem würdest du gehen, wenn du Sorgen oder Kummer hast? Kreuze bitte alles an, was zutrifft.

- Zu deiner Mutter ☐
- Zu deinem Vater ☐
- Zu einem deiner Geschwister ☐
- Zu einem anderen Familienmitglied ☐
- Zu einem Freund ☐
- Zu deinem festen Freund/deiner festen Freundin ☐
- Zu einem Klassenkameraden ☐
- Zu einem Lehrer/einer Lehrerin ☐
- Zu jemand anderem ☐
- Zu niemandem ☐

**62** Hast du in den letzten 3 Monaten einen großen Streit mit einer der folgenden Personen gehabt? Kreuze bitte alles an, was zutrifft.

- Mit deiner Mutter ☐
- Mit deinem Vater ☐
- Mit einem deiner Geschwister ☐
- Mit einem anderen Familienmitglied ☐
- Mit einem Freund ☐
- Mit deinem festen Freund/deiner festen Freundin ☐
- Mit einem Klassenkameraden ☐
- Mit einem Lehrer/einer Lehrerin ☐
- Mit jemand anderem ☐
- Mit niemandem ☐

**63** Wer sollte in einer Familie die folgenden Dinge machen?

	Haupt- sächlich der Mann	Haupt- sächlich die Frau	Beide ungefähr gleich
Auf die Kinder aufpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geld verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saubermachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**64** Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Ein Mann sollte dazu bereit sein, seine Frau und seine Kinder mit Gewalt zu verteidigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Mann sollte dazu bereit sein, sich gegen Beleidigungen mit Gewalt zu wehren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Mann sollte dazu bereit sein, Gewalt anzuwenden, wenn jemand schlecht über seine Familie spricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**65** Denkst du, die folgenden Dinge sind "immer OK", "oft OK", "manchmal OK" oder "nie OK"?

	Immer OK	Oft OK	Manch- mal OK	Nie OK	Weiß nicht
Als Paar zusammenleben, ohne verheiratet zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abtreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**66** Wie sehr fühlst du dich als Deutsche(r)?

Sehr	<input type="checkbox"/>
Ziemlich	<input type="checkbox"/>
Nicht so sehr	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>

**Achtung:** Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.

**67** Manche Menschen fühlen sich auch anderen Gruppen zugehörig. Wenn das auf dich zutrifft, welcher der folgenden Gruppen fühlst du dich zugehörig? Bitte kreuze alles an, was zutrifft.

Keiner anderen Gruppe ☐ → Gehe zu **70**

Italienisch ☐

Polnisch ☐

Russisch ☐

Türkisch ☐

Einer anderen Gruppe ☐ ➔ Bitte gib an, welcher:

**68** Wie sehr fühlst du dich dieser Gruppe zugehörig? (Wenn du dich mehr als einer dieser Gruppen zugehörig fühlst, beantworte die Frage bitte für die Gruppe, der du dich am meisten zugehörig fühlst.)

Sehr ☐Ziemlich ☐

Nicht so sehr ☐

Überhaupt nicht ☐

**69** Wie wichtig ist es für dich persönlich, die Bräuche und Traditionen dieser Gruppe zu bewahren?

Sehr wichtig ☐

Ziemlich wichtig ☐

Nicht sehr wichtig ☐

Überhaupt nicht wichtig ☐

**70** Bitte schätze auf einer Skala, die von 0 bis 100 geht, ein, was du für die folgenden Gruppen fühlst. Je höher der Wert, desto positiver, und je niedriger der Wert, desto negativer sind deine Gefühle für diese Gruppe. (Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

**Negativ**

Neutral

**Positiv**

**Ich kenne  
diese  
Gruppe  
nicht**

0

10

20

30

40

50

60

70

80

90

10

**Gru**

[illegible]

**Italiener**

Polen

Land	Anteil (%)
Polen	85
Deutschland	75
Österreich	65
Schweiz	60
Frankreich	55
Italien	50
Großbritannien	45
Spanien	40
Portugal	35
Griechenland	30
Türkei	25
Syrien	20

[illegible][illegible]

**71 Welcher Religion gehörst du an?**

- Keiner Religion ☐
- Buddhismus ☐
- Christentum: Katholisch ☐
- Christentum: Evangelisch ☐
- Hinduismus ☐
- Islam ☐
- Judentum ☐
- Einer anderen Religion ☐ →

Bitte gib an,  
welcher:

**72 Wie wichtig ist Religion für dich?**

- Sehr wichtig ☐
- Ziemlich wichtig ☐
- Nicht sehr wichtig ☐
- Überhaupt nicht wichtig ☐

**73 Wie oft besuchst du eine religiöse Begegnungsstätte (zum Beispiel eine Kirche, eine Moschee, eine Synagoge oder einen Tempel)?**

- Nie ☐
- Gelegentlich (aber seltener als 1 Mal im Monat) ☐
- Mindestens 1 Mal im Monat ☐
- Mindestens 1 Mal pro Woche ☐
- Jeden Tag ☐

**74 Wie oft betest du?**

- Nie ☐
- Gelegentlich (aber seltener als 1 Mal im Monat) ☐
- Mindestens 1 Mal im Monat ☐
- Mindestens 1 Mal pro Woche ☐
- 1 bis 4 Mal am Tag ☐
- 5 Mal am Tag und häufiger ☐

**75 Wie sehr stimmst du den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?**

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Deutsche sollten alles tun, was sie können, um ihre Bräuche und Traditionen zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländer sollten sich der deutschen Gesellschaft anpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsche sollten offen für die Bräuche und Traditionen von Ausländern sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländer sollten alles tun, was sie können, um ihre Bräuche und Traditionen zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Deine Freizeitaktivitäten

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**76** Bist du Mitglied in einem Sport-, Musik-, Theater- oder einem anderen Verein?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **78**

**77** Wie oft verbringst du in diesen Vereinen Zeit...  
(Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie	Ich kenne keine Personen dieser Herkunft in diesen Vereinen
... mit Personen deutscher Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen italienischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen polnischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen russischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen türkischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen einer anderen Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**78** Hast du einen festen Freund/eine feste Freundin?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **83**

**79** Geht er/sie auf deine Schule?

Ja, in meine Klasse ☐

Ja, aber in eine andere Klasse ☐

Nein, auf eine andere Schule ☐

Nein, er/sie hat die Schule beendet ☐

**80** Wie alt ist er/sie?

Alter in Jahren:



**81** Auf was für eine Schule geht er/sie? (Wenn er/sie nicht mehr zur Schule geht: Auf was für eine Schule ist er/sie gegangen?)

- Förderschule ☐
- Hauptschule ☐
- Realschule ☐
- Gymnasium ☐
- Gesamtschule ☐
- Weiß nicht ☐

**82** Welche Herkunft hat er/sie?

- Deutsch ☐
- Italienisch ☐
- Polnisch ☐
- Russisch ☐
- Türkisch ☐
- Andere Herkunft ☐

**83** Wie viele feste Freunde/feste Freundinnen hast du schon gehabt?

Anzahl deiner festen Freunde/festen Freundinnen:

Ich hatte noch nie einen festen Freund/eine feste Freundin ☐

**84** Denke nun wieder an alle deine Freunde. Wie viele deiner Freunde haben eine...  
(Bitte setze in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Fast alle oder alle	Viele	Unge- fähr die Hälfte	Ein paar	Keiner oder sehr wenige
... deutsche Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... italienische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... polnische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... russische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... türkische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... andere Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denke daran, auf den "Gehe-zu"-Hinweis zu achten, wenn du die nächste Frage beantwortet hast.*

**85** Arbeitest du normalerweise neben der Schule (zum Beispiel Zeitungen austragen, deinen Eltern in ihrem Geschäft helfen oder Babysitten)?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehe zu **89**

**86** Wie viele Stunden arbeitest du in einer normalen Schulwoche (mit den Wochenenden)?

Anzahl in Stunden:

**87** Ist das ein Job, bei dem du deinen Eltern in ihrem Geschäft hilfst?

Ja ☐

Nein ☐

**88** Wie viel Geld verdienst du bei der Arbeit ungefähr pro Monat?

Betrag in EURO:

**89** Bekommst du Taschengeld von deinen Eltern?

Ja, jede Woche ☐ →  EURO

Ja, jeden Monat ☐ →  EURO

Ja, gelegentlich ☐

Nein ☐

**90** Wie oft kannst du bei Unternehmungen mit deinen Freunden nicht dabei sein, weil du es dir nicht leisten kannst?

Immer ☐

Oft ☐

Manchmal ☐

Nie ☐

**91** Wenn du bis morgen plötzlich 30 Euro brauchst, würdest du es schaffen, das Geld aufzutreiben?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht ☐

**92** Wie oft machst du die folgenden Dinge in deiner Freizeit?

	Jeden Tag	Einmal oder mehrmals die Woche	Einmal oder mehrmals im Monat	Seltener	Nie
Verwandte besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ins Kino gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgehen in eine Kneipe, Bar, Disko oder auf eine Party	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Buch lesen (keins für die Schule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit in einem Verein (einem Sport-, Musik-, Theater- oder einem anderen Verein) verbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf ein Konzert oder Tanzen gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In ein Museum gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitung lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**93** Hast du...

	Ja	Nein
... deinen eigenen Computer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Internetzugang zu Hause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dein eigenes Zimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dein eigenes Smart-Phone (zum Beispiel ein iPhone oder Blackberry)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... deinen eigenen Fernseher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Spielkonsole (zum Beispiel Playstation, Wii oder X-Box)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**94** Wie viele Zimmer gibt es bei euch zu Hause? (Bitte zähle Badezimmer und die Küche nicht mit.)

Anzahl der Zimmer:

**95** Wie viele Bücher gibt es ungefähr bei euch zu Hause?

0-25	<input type="checkbox"/>
26-100	<input type="checkbox"/>
101-200	<input type="checkbox"/>
201-500	<input type="checkbox"/>
Mehr als 500	<input type="checkbox"/>

Nachdem du an einem normalen Schultag nach Hause kommst, wie viel Zeit verbringst du damit...

	Mehr als 2 Stunden am Tag	Etwa 2 Stunden am Tag	Etwa 1 Stunde am Tag	Weniger als 1 Stunde am Tag	Nie
... fernzusehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im Internet zu chatten oder auf Social-Network-Seiten zu sein (zum Beispiel SchülerVZ oder Facebook)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hausaufgaben zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im Haushalt mitzuhelfen (zum Beispiel saubermachen, den Tisch decken oder Lebensmittel einkaufen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... allein Video- oder Computerspiele zu spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zusammen mit anderen Video- oder Computerspiele zu spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!**

Hier kannst du uns deine Meinung zum Fragebogen schreiben:

2 Wie viele deiner besten Freunde, die du gerade genannt hast, kennen sich?

Alle	<input type="checkbox"/>
Ein paar	<input type="checkbox"/>
Keiner	<input type="checkbox"/>

3 Wie viele dieser Freunde...

	Alle	Ein paar	Keiner
... machen Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind gut in der Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schwänzen den Unterricht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... trinken Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Jugend in Europa

## Teil 2: Fragen über Freunde

Deine Freunde

1

Hier sind einige Fragen über deine besten Freunde. Du kannst die Fragen für 1 bis 5 Freunde beantworten. Zähle deinen festen Freund oder deine festen Freundin nicht mit.

1. Anfangsbuchstaben von Vor- und Nachnamen des Freundes/der Freundin:	2. Ist dieser Freund/diese Freundin männlich oder weiblich?	3. Wie alt ist er/sie?	4. Welche Herkunft hat er/sie?	5. Geht er/sie auf deine Schule?	6. Auf was für eine Schule geht er/sie? (Wenn er/sie nicht mehr zur Schule geht: Auf was für eine Schule ist er/sie gegangen?)	7. Wo trifft ihr euch meistens? <u>Bitte kreuze alles an, was zutrifft.</u>	8. Wie oft trifft oder seht ihr euch?	9. Kennen deine Eltern ihn/sie?
Freund 1: <div></div>	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>	Alter: <div></div> <div></div>	Deutsch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Andere Herkunft <input type="checkbox"/>	Ja, in meine Klasse <input type="checkbox"/> Ja, aber in eine andere Klasse <input type="checkbox"/> Nein, auf eine andere Schule <input type="checkbox"/> Nein, er/sie hat die Schule beendet <input type="checkbox"/>	Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/>	<div>In der Schule <input type="checkbox"/></div> <div>In der Nachbarschaft <input type="checkbox"/></div> <div>Sport-, Musik-, Theater- oder anderer Verein <input type="checkbox"/></div> <div>Bei der Arbeit <input type="checkbox"/></div> <div>Zu Hause <input type="checkbox"/></div> <div>Online <input type="checkbox"/></div> <div>Woanders <input type="checkbox"/></div>	Jeden Tag <input type="checkbox"/> Einmal oder mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Freund 2: <div></div>	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>	Alter: <div></div> <div></div>	Deutsch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Andere Herkunft <input type="checkbox"/>	Ja, in meine Klasse <input type="checkbox"/> Ja, aber in eine andere Klasse <input type="checkbox"/> Nein, auf eine andere Schule <input type="checkbox"/> Nein, er/sie hat die Schule beendet <input type="checkbox"/>	Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/>	<div>In der Schule <input type="checkbox"/></div> <div>In der Nachbarschaft <input type="checkbox"/></div> <div>Sport-, Musik-, Theater- oder anderer Verein <input type="checkbox"/></div> <div>Bei der Arbeit <input type="checkbox"/></div> <div>Zu Hause <input type="checkbox"/></div> <div>Online <input type="checkbox"/></div> <div>Woanders <input type="checkbox"/></div>	Jeden Tag <input type="checkbox"/> Einmal oder mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Freund 3: <div></div>	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>	Alter: <div></div> <div></div>	Deutsch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Andere Herkunft <input type="checkbox"/>	Ja, in meine Klasse <input type="checkbox"/> Ja, aber in eine andere Klasse <input type="checkbox"/> Nein, auf eine andere Schule <input type="checkbox"/> Nein, er/sie hat die Schule beendet <input type="checkbox"/>	Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/>	<div>In der Schule <input type="checkbox"/></div> <div>In der Nachbarschaft <input type="checkbox"/></div> <div>Sport-, Musik-, Theater- oder anderer Verein <input type="checkbox"/></div> <div>Bei der Arbeit <input type="checkbox"/></div> <div>Zu Hause <input type="checkbox"/></div> <div>Online <input type="checkbox"/></div> <div>Woanders <input type="checkbox"/></div>	Jeden Tag <input type="checkbox"/> Einmal oder mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Freund 4: <div></div>	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>	Alter: <div></div> <div></div>	Deutsch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Andere Herkunft <input type="checkbox"/>	Ja, in meine Klasse <input type="checkbox"/> Ja, aber in eine andere Klasse <input type="checkbox"/> Nein, auf eine andere Schule <input type="checkbox"/> Nein, er/sie hat die Schule beendet <input type="checkbox"/>	Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/>	<div>In der Schule <input type="checkbox"/></div> <div>In der Nachbarschaft <input type="checkbox"/></div> <div>Sport-, Musik-, Theater- oder anderer Verein <input type="checkbox"/></div> <div>Bei der Arbeit <input type="checkbox"/></div> <div>Zu Hause <input type="checkbox"/></div> <div>Online <input type="checkbox"/></div> <div>Woanders <input type="checkbox"/></div>	Jeden Tag <input type="checkbox"/> Einmal oder mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Freund 5: <div></div>	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>	Alter: <div></div> <div></div>	Deutsch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Andere Herkunft <input type="checkbox"/>	Ja, in meine Klasse <input type="checkbox"/> Ja, aber in eine andere Klasse <input type="checkbox"/> Nein, auf eine andere Schule <input type="checkbox"/> Nein, er/sie hat die Schule beendet <input type="checkbox"/>	Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/>	<div>In der Schule <input type="checkbox"/></div> <div>In der Nachbarschaft <input type="checkbox"/></div> <div>Sport-, Musik-, Theater- oder anderer Verein <input type="checkbox"/></div> <div>Bei der Arbeit <input type="checkbox"/></div> <div>Zu Hause <input type="checkbox"/></div> <div>Online <input type="checkbox"/></div> <div>Woanders <input type="checkbox"/></div>	Jeden Tag <input type="checkbox"/> Einmal oder mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

# Jugend in Europa

## Teil 4: Fragen über Klassenkameraden

## Fragen über deine Klassenkameraden

In diesem Teil der Befragung benutzen wir eine Liste, bei der jeder von deinen Klassenkameraden, der an der Studie teilnimmt, eine Zahl zugeordnet bekommt.

Wir stellen ein paar Fragen über deine Klassenkameraden und möchten, dass du die Zahlen der Schüler in die freien Felder schreibst, auf die die Fragen zutreffen.

Beispiel:

**B1** Mit welchen Klassenkameraden verbringst du manchmal zusammen deine Pausen?

3, 8, 12

Bitte schreibe immer nur Zahlen auf; gehe sicher, dass du keine Namen aufschreibst. Wie du siehst, darfst du auch mehr als eine Zahl aufschreiben. Bitte gehe sicher, dass du immer ein Komma nach jeder Zahl setzt.

Wenn ein Satz auf keinen Schüler zutrifft, schreibe ein großes X in das leere Feld.

Beispiel:

**B2** Mit welchen Schülern bist du einmal zu einem Konzert oder einem Gig gegangen?

X





Bitte lege deinen Stift zur Seite und  
warte auf weitere Anweisungen!  
Blättere nicht zur nächsten Seite,  
bis du dazu aufgefordert wirst!

- 
- 1** Wer sind deine besten Freunde in der Klasse?  
Hier darfst du bis zu 5 Zahlen aufschreiben.

- 
- 2** Wer ist deine beste Freundin/dein bester Freund in der Klasse?  
Hier darfst du nur eine Zahl aufschreiben.

- 
- 3** Neben wem möchtest du nicht sitzen?  
Hier darfst du bis zu 5 Zahlen aufschreiben.

- 
- 4** Wer sind die beliebtesten Schüler in dieser Klasse?  
Hier darfst du bis zu 5 Zahlen aufschreiben.

- 
- 5** Mit wem verbringst du oft deine Zeit außerhalb der Schule?  
Von jetzt an kannst du so viele Zahlen aufschreiben, wie du willst.

- 
- 6** Wer ist manchmal gemein zu dir?

- 
- 7** Mit wem machst du manchmal deine Hausaufgaben?

---

---

**8**

Zu wem bist du manchmal gemein?

---

**9**

Welche Klassenkameraden wohnen 5 Minuten zu Fuß von dir zu Hause entfernt?

---

**10**

Wen kennen deine Eltern?

---

**11**

Mit wessen Eltern treffen sich deine Eltern ab und zu oder telefonieren miteinander?

---

# Jugend in Europa

## Elternfragebogen

## Wie fülle ich den Fragebogen aus?

**B1** Was ist Ihre liebste Jahreszeit?

Frühling ☐  
Sommer ☒  
Herbst ☐  
Winter ☐

Bitte kreuzen Sie das Kästchen hinter der Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sie dürfen meistens nur ein Kästchen ankreuzen.

**B2** Was ist Ihre liebste Jahreszeit?

Frühling ☒  
Sommer ☒  
Herbst ☐  
Winter ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, streichen Sie das falsche Kästchen komplett durch und kreuzen Sie das richtige Kästchen an.

**B3** Sind die folgenden Personen männlich oder weiblich?

	Männlich	Weiblich	Weiß nicht
Angela Merkel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Günther Jauch	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heidi Klum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einigen Fragen müssen Sie in jeder Zeile ein Kreuz setzen.

**Achtung:** Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**B4** Mögen Sie Musik?

Ja ☒  
Nein ☐ → Gehen Sie zu **B6**

**B5** Welche Musik mögen Sie? Kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft.

Es gibt Fragen, bei denen Sie mehr als ein Kästchen ankreuzen dürfen. Nur wenn Sie diese Anweisung sehen, sind mehrere Antworten erlaubt.

Klassik ☐  
Schlager ☒  
Oldies ☒  
Andere Musik ☐

Bitte beantworten Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn es Ihnen ausdrücklich gesagt wird. Wenn Sie bei dieser Frage "Ja" ankreuzen, gehen Sie zur nächsten Frage (B5). Wenn Sie bei dieser Frage "Nein" ankreuzen, folgen Sie den Anweisungen: Überspringen Sie Frage B5 und gehen Sie direkt zu Frage B6.

**B6** Was ist Ihre Lieblingsportart?

Skilaufen

Schreiben Sie die Antwort in das leere weiße Feld. Bitte schreiben Sie nicht über den Rand hinaus. Bitte schreiben Sie deutlich.

## Über Ihr Kind und seine Schullaufbahn

- 1** Wir würden gerne mit ein paar Fragen über Ihr Kind und seine Schule beginnen. Wir meinen Ihr Kind in der 9. Klasse, das auch an dieser Befragung teilgenommen hat. Bitte beantworten Sie die Fragen in diesem Abschnitt zu diesem Kind.

Welchen höchsten Abschluss wünschen Sie sich für Ihr Kind?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

- 2** Und was denken Sie: Welchen höchsten Abschluss wird Ihr Kind tatsächlich einmal erreichen?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

- 3** Wie sehr stimmen Sie den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich vertraue der Schule, dass sie meinem Kind eine gute Bildung bietet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich immer mit der Schule reden kann, wenn es Probleme gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Vertrauen in die Lehrer an der Schule meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte, dass mein Kind eine andere Schule besucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass die Schule sich für die Zukunft meines Kindes interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, dass die Schule mehr für mein Kind tun könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4

Und wie sehr stimmen Sie den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Ich zeige großes Interesse an den Noten und Schulleistungen meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sage meinem Kind, dass ich stolz bin, wenn es gut in der Schule ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ermutige mein Kind, hart für die Schule zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5

In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Kind?

Leibliche Mutter oder Adoptivmutter ☐

Leiblicher Vater oder Adoptivvater ☐

Stiefmutter ☐

Stiefvater ☐

Eine andere weibliche Erziehungsberechtigte ☐ → Bitte geben Sie an, wer:

Ein anderer männlicher Erziehungsberechtigter ☐ → Bitte geben Sie an, wer:

## Ihre Überzeugungen und Einstellungen

### 6 Wer sollte in einer Familie die folgenden Dinge machen?

	Haupt- sächlich der Mann	Haupt- sächlich die Frau	Beide ungefähr gleich
Auf die Kinder aufpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geld verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saubermachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 7 Denken Sie, die folgenden Dinge sind "immer OK", "oft OK", "manchmal OK" oder "nie OK"?

	Immer OK	Oft OK	Manch- mal OK	Nie OK	Weiß nicht
Als Paar zusammenleben, ohne verheiratet zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abtreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 8 Unten finden Sie einige Eigenschaften eines 12- bis 15-jährigen Kindes. Welche drei Eigenschaften sind bei einem Kind in diesem Alter am wünschenswertesten? Kreuzen Sie bitte drei Kästchen an.

- Dass es verantwortungsbewusst ist ☐
- Dass es sich sehr bemüht, erfolgreich zu sein ☐
- Dass es Selbstbeherrschung hat ☐
- Dass es Interesse daran hat, wie und warum Dinge passieren ☐
- Dass es gute Manieren hat ☐
- Dass es einen gesunden Verstand und ein gutes Urteilsvermögen hat ☐
- Dass es anderen gegenüber rücksichtsvoll ist ☐
- Dass es sich benimmt, wie ein Junge/Mädchen sich benehmen sollte ☐
- Dass es Respekt gegenüber älteren Menschen hat ☐
- Dass es seinen Eltern gehorcht ☐

### 9 Wie sehr fühlen Sie sich als Deutsche(r)?

- Sehr ☐
- Ziemlich ☐
- Nicht so sehr ☐
- Überhaupt nicht ☐



Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**10** Manche Menschen fühlen sich auch anderen Gruppen zugehörig. Wenn das auf Sie zutrifft, welchen dieser Gruppen fühlen Sie sich zugehörig? Kreuzen Sie bitte alles an, was auf Sie zutrifft.

Keiner anderen Gruppe ☐ → Gehen Sie zu **13**

Italienisch ☐

Polnisch ☐

Russisch ☐

Türkisch ☐

Einer anderen Gruppe ☐ → Bitte geben Sie an, welcher:

**11** Wie sehr fühlen Sie sich dieser Gruppe zugehörig? (Wenn Sie sich mehr als einer der Gruppen zugehörig fühlen, beantworten Sie die Frage bitte für die Gruppe, der Sie sich am meisten zugehörig fühlen.)

Sehr ☐

Ziemlich ☐

Nicht so sehr ☐

Überhaupt nicht ☐

**12** Wie wichtig ist es für Sie persönlich, die Bräuche und Traditionen dieser Gruppe zu bewahren?

Sehr wichtig ☐

Ziemlich wichtig ☐

Nicht sehr wichtig ☐

Überhaupt nicht wichtig ☐

**13** Welcher Religion gehören Sie an?

Keiner Religion ☐

Buddhismus ☐

Christentum: Katholisch ☐

Christentum: Evangelisch ☐

Hinduismus ☐

Islam ☐

Judentum ☐

Einer anderen Religion ☐ → Bitte geben Sie an, welcher:

**14** Wie wichtig ist Religion für Sie?

Sehr wichtig ☐

Ziemlich wichtig ☐

Nicht sehr wichtig ☐

Überhaupt nicht wichtig ☐

**15** Wie sehr stimmen Sie den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Deutsche sollten alles tun, was sie können, um ihre Bräuche und Traditionen zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländer sollten sich der deutschen Gesellschaft anpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsche sollten offen für die Bräuche und Traditionen von Ausländern sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländer sollten alles tun, was sie können, um ihre Bräuche und Traditionen zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16** Möchten Sie dauerhaft in Deutschland leben?

- Ja ☐
- Nein ☐
- Weiß nicht ☐

## Ihre Freunde, Ihre Wohngegend und Ihre Freizeit

**17** Denken Sie nun an Ihre Freunde. Wie viele von ihnen haben eine...  
(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile.)

	Fast alle oder alle	Viele	Unge- fähr die Hälfte	Ein paar	Keiner oder sehr wenige
... deutsche Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... italienische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... polnische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... russische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... türkische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... andere Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18** Wie oft verbringen Sie in Ihrer Wohngegend Zeit...  
(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile.)

	Jeden Tag	Einmal oder mehr- mals die Woche	Einmal oder mehr- mals im Monat	Seltener	Nie	Ich kenne keine Personen dieser Herkunft in mei- ner Wohnge- gend
... mit Personen deutscher Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen italienischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen polnischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen russischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen türkischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen einer anderen Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19** Haben Sie eines der folgenden Probleme in Ihrer Wohngegend? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft.

- Schlechte Wohnverhältnisse ☐
- Laute Nachbarn ☐
- Vandalismus oder Kriminalität ☐
- Angst, nachts aus dem Haus zu gehen ☐
- Ich habe keines dieser Probleme ☐

**20** Sind Sie Eigentümer(in) oder Mieter(in) der Wohnung oder des Hauses, in der/dem Sie wohnen?

- Ich bin Eigentümer(in) ☐
- Ich bin Mieter(in) ☐
- Etwas anderes ☐



Bitte geben Sie an, was:

**Achtung:** Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**21 Sind Sie Mitglied in einem Sport-, Musik-, Theater- oder einem anderen Verein?**

Ja ☐

Nein ☐ → Gehen Sie zu **23**

**22** Wie oft verbringen Sie in diesen Vereinen Zeit...  
(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile.)

[illegible]

## Über Sie und Ihren Haushalt

**23** Sind Sie männlich oder weiblich?

Männlich ☐

Weiblich ☐

**24** In welchem Jahr sind Sie geboren?

Jahr:

1	9		
---	---	--	--

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**25** In welchem Land sind Sie geboren?

Deutschland

☐

**Gehen Sie zu 28**

Italien

☐

Polen

☐

Russland

☐

Türkei

☐

Einem anderen Land

☐

Bitte geben Sie an, wo:

**26** In welchem Jahr sind Sie nach Deutschland gekommen?

Jahr:

--	--	--	--

**27** Wie oft besuchen Sie Ihr Geburtsland?

Zweimal pro Jahr und häufiger

☐

Einmal im Jahr

☐

Seltener als einmal im Jahr

☐

Nie

☐

**28** Wo sind Sie aufgewachsen?

In einer Großstadt (mit mehr  
als 100.000 Einwohnern)

☐

In einer kleinen Stadt (mit bis  
zu 100.000 Einwohnern)

☐

In einem Dorf

☐

**29** Welcher Nationalität gehören Sie an? Wenn Sie mehr als einer Nationalität angehören, kreuzen Sie bitte alles an, was auf Sie zutrifft.

Deutsch ☐

Italienisch ☐

Polnisch ☐

Russisch ☐

Türkisch ☐

Einer anderen Nationalität ☐ →

Bitte geben Sie an, welcher:

Weiß nicht ☐

**30** In welchem Land ist Ihr leiblicher Vater geboren?

Deutschland ☐

Italien ☐

Polen ☐

Russland ☐

Türkei ☐

Einem anderen Land ☐ →

Bitte geben Sie an, wo:

**31** In welchem Land ist Ihre leibliche Mutter geboren?

Deutschland ☐

Italien ☐

Polen ☐

Russland ☐

Türkei ☐

Einem anderen Land ☐ →

Bitte geben Sie an, wo:

**32** Wie gut können Sie Ihrer Meinung nach...

	Gar nicht	Nicht gut	Gut	Sehr gut	Exzel- lent
... Deutsch sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**33** Wird bei Ihnen zu Hause auch eine andere Sprache außer Deutsch gesprochen?

Ja ☐

Nein ☐ →

Gehen Sie zu **37**

**34 Welche Sprache ist das?**

Italienisch ☐  
Polnisch ☐  
Russisch ☐  
Türkisch ☐

Eine andere Sprache ☐



Bitte geben Sie an, welche:

**35 Denken Sie an die Sprache, die Sie gerade angekreuzt haben. Wie gut können Sie Ihrer Meinung nach...**

	Gar nicht	Nicht gut	Gut	Sehr gut	Exzell- lent
... diese Sprache sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36 Wie oft sprechen Sie mit Ihrem Kind, das auch an dieser Befragung teilgenommen hat, in dieser Sprache?**

Immer ☐  
Oft ☐  
Manchmal ☐  
Nie ☐

**37 Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie? Wenn Sie Ihren Abschluss nicht in Deutschland erworben haben, wählen Sie bitte den deutschen Bildungsabschluss, der Ihrem Abschluss am ehesten entspricht.**

Ich habe keinen Abschluss ☐  
Hauptschulabschluss, Realschulabschluss  
oder Ähnliches ☐  
Abitur oder Ähnliches ☐  
Universitätsabschluss ☐

**38 In welchem Land haben Sie Ihren höchsten Abschluss erworben? (Bitte zählen Sie Schul- und Universitätsabschluss dazu, aber keine berufliche Ausbildung.)**

Deutschland ☐  
Italien ☐  
Polen ☐  
Russland ☐  
Türkei ☐

Einem anderen Land ☐



Bitte geben Sie an, wo:





**Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.**

**43**

**Denken Sie nun an Ihren Beruf. Wenn Sie im Moment nicht arbeiten, denken Sie an den Beruf, den Sie zuletzt hatten. Zu welcher der folgenden Gruppen gehört dieser Beruf?**

Ich habe noch nie gearbeitet

☐

**Gehen Sie zu**

**46**

Wissenschaftliche, technische oder ähnliche  
Fachkraft (zum Beispiel: Arzt, Lehrer,  
Ingenieur, Künstler, Steuerberater)

☐

Leitende Tätigkeit im öffentlichen Dienst oder in der  
Wirtschaft (zum Beispiel: Bankfachmann, Geschäfts-  
führer eines großen Unternehmens,  
Regierungsbeamter, Gewerkschaftsfunktionär)

☐

Bürokraft und verwandter Beruf (zum Beispiel:  
Sekretär, Bürokaufmann, Büroleiter,  
Beamter, Buchhalter)

☐

Tätigkeit im Verkauf (zum Beispiel:  
Verkaufsleiter, Ladenbesitzer, Verkäufer,  
Versicherungsvertreter, Einkäufer)

☐

Tätigkeit im Dienstleistungsbereich  
(zum Beispiel: Gaststättenbesitzer,  
Polizeibeamter, Kellner, Friseur, Hausmeister)

☐

Facharbeiter (zum Beispiel: Meister,  
Kfz-Mechaniker, Maler, Werkzeugbauer,  
Schlosser, Elektriker)

☐

Angelernter Arbeiter (zum Beispiel: Maurer,  
Busfahrer, Gerbereiarbeiter,  
Zimmermann, Blecharbeiter, Bäcker)

☐

Ungelernter Arbeiter (zum Beispiel: Hilfsarbeiter,  
Pförtner, ungelernter Fabrikarbeiter)

☐

Landwirtschaftlicher Beruf (zum Beispiel:  
Landwirt, Landarbeiter, Traktorfahrer)

☐

**44**

**Sind Sie selbständig oder arbeiten Sie für jemand anderen?**

Ich bin selbständig (ich habe eine eigene Firma, ein  
eigenes Geschäft oder einen eigenen Bauernhof)

☐

Ich arbeite für jemand anderen

☐

**45** Wie nennt man Ihren Beruf? Bitte beschreiben Sie zusätzlich, was Sie in Ihrem Beruf machen.

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**46** Wenn Sie innerhalb einer Woche plötzlich 1800 Euro brauchen würden, könnten Sie es schaffen, das Geld aufzutreiben?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehen Sie zu **48**

**47** Wie würden Sie das Geld auftreiben?

Vom eigenen Konto abheben ☐

Aktien, Fondsanteile oder Ähnliches verkaufen ☐

Von Familienmitgliedern oder Verwandten leihen ☐

Von Freunden leihen ☐

Einen Kredit bei der Bank aufnehmen oder Ähnliches ☐

Etwas anderes ☐ → Bitte geben Sie an, was:

**48** Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt (nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsabgaben)? Bitte verwenden Sie die unten angegebenen Kategorien. Wenn Sie den genauen Betrag nicht kennen, versuchen Sie bitte, so gut wie möglich zu antworten.

Bis zu 1100 Euro ☐

1111 bis 1460 Euro ☐

1461 bis 1840 Euro ☐

1841 bis 2250 Euro ☐

2251 bis 2710 Euro ☐

2711 bis 3190 Euro ☐

3191 bis 3770 Euro ☐

3771 bis 4550 Euro ☐

4551 bis 5870 Euro ☐

Mehr als 5870 Euro ☐

Das möchte ich nicht sagen ☐

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**49** Was ist Ihr aktueller Familienstand?

- Ledig ☐
- Verheiratet ☐
- Geschieden ☐
- Getrennt ☐
- Verwitwet ☐

→ Gehen Sie zu **51**

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**50** Haben Sie einen (Ehe-) Partner/eine (Ehe-) Partnerin?

- Ja ☐
- Nein ☐

→ Gehen Sie zum **Ende**

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**51** Leben Sie mit Ihrem (Ehe-) Partner/Ihrer (Ehe-) Partnerin zusammen?

- Ja ☐
- Nein ☐

→ Gehen Sie zum **Ende**

**52** Ist diese Person der leibliche Vater oder die leibliche Mutter des Kindes, das an dieser Befragung teilgenommen hat?

- Ja ☐
- Nein ☐

## Fragen zu Ihrem (Ehe-) Partner/Ihrer (Ehe-) Partnerin

**53** In welchem Jahr ist Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin geboren?

Jahr:

1	9		
---	---	--	--

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**54** In welchem Land ist Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin geboren?

Deutschland

☐

Gehen Sie zu **56**

Italien

☐

Polen

☐

Russland

☐

Türkei

☐

Einem anderen Land

☐

Bitte geben Sie an, wo:

**55** In welchem Jahr ist er/sie nach Deutschland gekommen?

Jahr:

--	--	--	--

**56** Wo ist Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin aufgewachsen?

In einer Großstadt (mit mehr als 100.000 Einwohnern)

☐

In einer kleinen Stadt (mit bis zu 100.000 Einwohnern)

☐

In einem Dorf

☐

Weiß nicht

☐

**57** Welche Nationalität hat Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin? Wenn er/sie mehr als eine Nationalität hat, kreuzen Sie bitte alles an, was auf ihn/sie zutrifft.

Deutsch

☐

Italienisch

☐

Polnisch

☐

Russisch

☐

Türkisch

☐

Eine andere Nationalität

☐

Bitte geben Sie an, welche:

Weiß nicht

☐

58

In welchem Land ist der leibliche Vater Ihres (Ehe-) Partners/Ihrer (Ehe-) Partnerin geboren?

Deutschland ☐

Italien ☐

Polen ☐

Russland ☐

Türkei ☐

Einem anderen Land ☐ →

Bitte geben Sie an, wo:

59

Und in welchem Land ist die leibliche Mutter Ihres (Ehe-) Partners/Ihrer (Ehe-) Partnerin geboren?

Deutschland ☐

Italien ☐

Polen ☐

Russland ☐

Türkei ☐

Einem anderen Land ☐ →

Bitte geben Sie an, wo:

60

Welchen höchsten Abschluss hat Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin? Wenn er/sie seinen/ihren Abschluss nicht in Deutschland erworben hat, wählen Sie bitte den deutschen Abschluss, der seinem/i ihrem Abschluss am ehesten entspricht.

Er/sie hat keinen Abschluss ☐

Hauptschulabschluss, Realschulabschluss oder Ähnliches ☐

Abitur oder Ähnliches ☐

Universitätsabschluss ☐

61

In welchem Land hat Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin seinen/i ihren höchsten Abschluss erworben? (Bitte zählen Sie Schul- und Universitätsabschluss dazu, aber keine berufliche Ausbildung.)

Deutschland ☐

Italien ☐

Polen ☐

Russland ☐

Türkei ☐

Einem anderen Land ☐ →

Bitte geben Sie an, wo:

62

Wie alt war Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin, als er/sie seinen/i ihren höchsten Abschluss erworben hat? (Bitte zählen Sie Schul- und Universitätsabschluss dazu, aber keine berufliche Ausbildung.)

Alter:

 

Er/sie befindet sich noch in Ausbildung ☐

**63** Hat Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin eine Lehre/berufliche Ausbildung abgeschlossen?

Ja ☐  
Nein ☐

**64** Arbeitet Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin?

Ja ☐  
Nein ☐

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**65** Denken Sie nun an den Beruf Ihres (Ehe-) Partners/Ihrer (Ehe-) Partnerin. Wenn er/sie im Moment nicht arbeitet, denken Sie an den Beruf, den er/sie zuletzt hatte. Zu welcher der folgenden Gruppen gehört dieser Beruf?

Er/sie hat noch nie gearbeitet ☐ → Gehen Sie zu **68**

Wissenschaftliche, technische oder ähnliche  
Fachkraft (zum Beispiel: Arzt, Lehrer,  
Ingenieur, Künstler, Steuerberater) ☐

Leitende Tätigkeit im öffentlichen Dienst oder in der  
Wirtschaft (zum Beispiel: Bankfachmann, Geschäfts-  
führer eines großen Unternehmens,  
Regierungsbeamter, Gewerkschaftsfunktionär) ☐

Bürokraft oder verwandter Beruf (zum Beispiel:  
Sekretär, Bürokaufmann, Büroleiter,  
Beamter, Buchhalter) ☐

Tätigkeit im Verkauf (zum Beispiel:  
Verkaufsleiter, Ladenbesitzer, Verkäufer,  
Versicherungsvertreter, Einkäufer) ☐

Tätigkeit im Dienstleistungsbereich  
(zum Beispiel: Gaststättenbesitzer,  
Polizeibeamter, Kellner, Friseur, Hausmeister) ☐

Facharbeiter (zum Beispiel:  
Meister, KfZ-Mechaniker, Maler,  
Werkzeugbauer, Schlosser, Elektriker) ☐

Angelernter Arbeiter (zum Beispiel:  
Maurer, Busfahrer, Gerbereiarbeiter,  
Zimmermann, Blecharbeiter, Bäcker) ☐

Ungelernter Arbeiter (zum Beispiel: Hilfsarbeiter,  
Pförtner, ungelernter Fabrikarbeiter) ☐

Landwirtschaftlicher Beruf (zum Beispiel:  
Landwirt, Landarbeiter, Traktorfahrer) ☐

**66** Ist er/sie selbständig oder arbeitet er/sie für jemand anderen?

Er/sie ist selbständig (er/sie hat eine eigene Firma,  
ein eigenes Geschäft oder einen eigenen Bauernhof) ☐  
Er/sie arbeitet für jemand anderen ☐

**67**

Wie nennt man den Beruf Ihres (Ehe-) Partners/Ihrer (Ehe-) Partnerin? Bitte beschreiben Sie zusätzlich, was Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin in seinem/ihrer Beruf macht.

**68**

Wie haben Sie die Fragen über Ihren (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin beantwortet?

Ich habe sie allein beantwortet, ohne meinen (Ehe-) Partner/meine (Ehe-) Partnerin um Hilfe zu bitten ☐

Ich habe sie beantwortet, aber ich habe meinen (Ehe-) Partner/meine (Ehe-) Partnerin um Hilfe gebeten ☐

Mein (Ehe-) Partner/meine (Ehe-) Partnerin hat sie beantwortet ☐

**Ende**

**Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!**

Hier können Sie uns Ihre Meinung zum Fragebogen schreiben:

# Jugend in Europa

## Elternfragebogen



## Wie fülle ich den Fragebogen aus?

**B1** Was ist Ihre liebste Jahreszeit?

Frühling ☐  
Sommer ☒  
Herbst ☐  
Winter ☐

Bitte kreuzen Sie das Kästchen hinter der Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sie dürfen meistens nur ein Kästchen ankreuzen.

**B2** Was ist Ihre liebste Jahreszeit?

Frühling ☒  
Sommer ☒  
Herbst ☐  
Winter ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, streichen Sie das falsche Kästchen komplett durch und kreuzen Sie das richtige Kästchen an.

**B3** Sind die folgenden Personen männlich oder weiblich?

	Männlich	Weiblich	Weiß nicht
Angela Merkel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Günther Jauch	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heidi Klum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einigen Fragen müssen Sie in jeder Zeile ein Kreuz setzen.

**Achtung:** Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**B4** Mögen Sie Musik?

Ja ☒  
Nein ☐ → Gehen Sie zu **B6**

**B5** Welche Musik mögen Sie? Kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft.

Es gibt Fragen, bei denen Sie mehr als ein Kästchen ankreuzen dürfen. Nur wenn Sie diese Anweisung sehen, sind mehrere Antworten erlaubt.

Klassik ☐  
Schlager ☒  
Oldies ☒  
Andere Musik ☐

Bitte beantworten Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn es Ihnen ausdrücklich gesagt wird. Wenn Sie bei dieser Frage "Ja" ankreuzen, gehen Sie zur nächsten Frage (B5). Wenn Sie bei dieser Frage "Nein" ankreuzen, folgen Sie den Anweisungen: Überspringen Sie Frage B5 und gehen Sie direkt zu Frage B6.

**B6** Was ist Ihre Lieblingsportart?

Skilaufen

Schreiben Sie die Antwort in das leere weiße Feld. Bitte schreiben Sie nicht über den Rand hinaus. Bitte schreiben Sie deutlich.

## Über Ihr Kind und seine Schullaufbahn

**1** Wir würden gerne mit ein paar Fragen über Ihr Kind und seine Schule beginnen. Wir meinen Ihr Kind in der 9. Klasse, das auch an dieser Befragung teilgenommen hat. Bitte beantworten Sie die Fragen in diesem Abschnitt zu diesem Kind.

Welchen höchsten Abschluss wünschen Sie sich für Ihr Kind?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

**2** Und was denken Sie: Welchen höchsten Abschluss wird Ihr Kind tatsächlich einmal erreichen?

- Keinen Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss ☐
- Abitur ☐
- Universitätsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

**3** Wie sehr stimmen Sie den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich vertraue der Schule, dass sie meinem Kind eine gute Bildung bietet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich immer mit der Schule reden kann, wenn es Probleme gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Vertrauen in die Lehrer an der Schule meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte, dass mein Kind eine andere Schule besucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass die Schule sich für die Zukunft meines Kindes interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, dass die Schule mehr für mein Kind tun könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4** Und wie sehr stimmen Sie den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich zeige großes Interesse an den Noten und Schulleistungen meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sage meinem Kind, dass ich stolz bin, wenn es gut in der Schule ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ermutige mein Kind, hart für die Schule zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5** In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Kind?

Leibliche Mutter oder Adoptivmutter ☐

Leiblicher Vater oder Adoptivvater ☐

Stiefmutter ☐

Stiefvater ☐

Eine andere weibliche Erziehungsberechtigte ☐ → Bitte geben Sie an, wer:

Ein anderer männlicher Erziehungsberechtigter ☐ → Bitte geben Sie an, wer:

**6** Wer wohnt außer Ihnen und Ihrem Kind, das an der Befragung teilgenommen hat, in Ihrer Familie? Bitte kreuzen Sie alle Personen an, mit denen Sie zusammenwohnen.

Leibliche Mutter des Kindes ☐

Leiblicher Vater des Kindes ☐

Adoptivmutter des Kindes ☐

Adoptivvater des Kindes ☐

Stiefmutter des Kindes ☐

Stiefvater des Kindes ☐

Pflegemutter des Kindes ☐

Pflegevater des Kindes ☐

Brüder des Kindes (zählen Sie Stief- und Halbbrüder mit) ☐ → Bitte geben Sie an, wie viele:

Schwestern des Kindes (zählen Sie Stief- und Halbschwestern mit) ☐ → Bitte geben Sie an, wie viele:

Großeltern des Kindes ☐

Andere Familienmitglieder ☐

Andere Personen ☐

**Achtung:** Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**7** Wohnt Ihr Kind auch regelmäßig in einer anderen Familie? Wir meinen damit, ob es mindestens einmal die Woche oder einmal alle zwei Wochen in einer anderen Familie wohnt.

Ja ☐

Nein ☐ → Gehen Sie zu **9**

**8** Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind normalerweise in dieser zweiten Familie?

- Mehr als die Hälfte der Zeit ☐
- Etwa die Hälfte der Zeit ☐
- Weniger als die Hälfte der Zeit ☐
- Fast nie ☐

**9** Wie oft sehen Sie Ihr Kind normalerweise?

- Jeden Tag ☐
- Einmal oder mehrmals die Woche ☐
- Einmal oder mehrmals im Monat ☐
- Seltener ☐
- Nie ☐

**10** Wie oft sieht Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin Ihr Kind normalerweise?

- Jeden Tag ☐
- Einmal oder mehrmals die Woche ☐
- Einmal oder mehrmals im Monat ☐
- Seltener ☐
- Nie ☐
- Ich habe keinen (Ehe-) Partner/  
keine (Ehe-) Partnerin ☐

**11** Bekommt Ihr Kind Taschengeld von Ihnen?

- Ja, jede Woche ☐ →  EURO
- Ja, jeden Monat ☐ →  EURO
- Ja, gelegentlich ☐
- Nein ☐

## Ihre Überzeugungen und Einstellungen

### 12 Wer sollte in einer Familie die folgenden Dinge machen?

	Haupt- sächlich der Mann	Haupt- sächlich die Frau	Beide ungefähr gleich
Auf die Kinder aufpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geld verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saubermachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 13 Denken Sie, die folgenden Dinge sind "immer OK", "oft OK", "manchmal OK" oder "nie OK"?

	Immer OK	Oft OK	Manch- mal OK	Nie OK	Weiß nicht
Als Paar zusammenleben, ohne verheiratet zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abtreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 14 Unten finden Sie einige Eigenschaften eines 12- bis 15-jährigen Kindes. Welche drei Eigenschaften sind bei einem Kind in diesem Alter am wünschenswertesten? Kreuzen Sie bitte drei Kästchen an.

Dass es verantwortungsbewusst ist	<input type="checkbox"/>
Dass es sich sehr bemüht, erfolgreich zu sein	<input type="checkbox"/>
Dass es Selbstbeherrschung hat	<input type="checkbox"/>
Dass es Interesse daran hat, wie und warum Dinge passieren	<input type="checkbox"/>
Dass es gute Manieren hat	<input type="checkbox"/>
Dass es einen gesunden Verstand und ein gutes Urteilsvermögen hat	<input type="checkbox"/>
Dass es anderen gegenüber rücksichtsvoll ist	<input type="checkbox"/>
Dass es sich benimmt, wie ein Junge/ Mädchen sich benehmen sollte	<input type="checkbox"/>
Dass es Respekt gegenüber älteren Menschen hat	<input type="checkbox"/>
Dass es seinen Eltern gehorcht	<input type="checkbox"/>

### 15 Wie sehr fühlen Sie sich als Deutsche(r)?

Sehr	<input type="checkbox"/>
Ziemlich	<input type="checkbox"/>
Nicht so sehr	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>

Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

- 16** Manche Menschen fühlen sich auch anderen Gruppen zugehörig. Wenn das auf Sie zutrifft, welchen dieser Gruppen fühlen Sie sich zugehörig? Kreuzen Sie bitte alles an, was auf Sie zutrifft.

Keiner anderen Gruppe ☐ → Gehen Sie zu **19**

Italienisch ☐

Polnisch ☐

Russisch ☐

Türkisch ☐

Einer anderen Gruppe ☐ → Bitte geben Sie an, welcher:

- 17** Wie sehr fühlen Sie sich dieser Gruppe zugehörig? (Wenn Sie sich mehr als einer der Gruppen zugehörig fühlen, beantworten Sie die Frage bitte für die Gruppe, der Sie sich am meisten zugehörig fühlen.)

Sehr ☐

Ziemlich ☐

Nicht so sehr ☐

Überhaupt nicht ☐

- 18** Wie wichtig ist es für Sie persönlich, die Bräuche und Traditionen dieser Gruppe zu bewahren?

Sehr wichtig ☐

Ziemlich wichtig ☐

Nicht sehr wichtig ☐

Überhaupt nicht wichtig ☐

- 19** Welcher Religion gehören Sie an?

Keiner Religion ☐

Buddhismus ☐

Christentum: Katholisch ☐

Christentum: Evangelisch ☐

Hinduismus ☐

Islam ☐

Judentum ☐

Einer anderen Religion ☐ → Bitte geben Sie an, welcher:

- 20** Wie wichtig ist Religion für Sie?

Sehr wichtig ☐

Ziemlich wichtig ☐

Nicht sehr wichtig ☐

Überhaupt nicht wichtig ☐

21

Wie sehr stimmen Sie den einzelnen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Deutsche sollten alles tun, was sie können, um ihre Bräuche und Traditionen zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländer sollten sich der deutschen Gesellschaft anpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsche sollten offen für die Bräuche und Traditionen von Ausländern sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländer sollten alles tun, was sie können, um ihre Bräuche und Traditionen zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22

Möchten Sie dauerhaft in Deutschland leben?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht ☐

## Ihre Freunde, Ihre Wohngegend und Ihre Freizeit

**23** Denken Sie nun an Ihre Freunde. Wie viele von ihnen haben eine...  
(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile.)

	Fast alle oder alle	Viele	Unge- fähr die Hälfte	Ein paar	Keiner oder sehr wenige
... deutsche Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... italienische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... polnische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... russische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... türkische Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... andere Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24** Wie oft verbringen Sie in Ihrer Wohngegend Zeit...  
(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile.)

	Jeden Tag	Einmal oder mehr- mals die Woche	Einmal oder mehr- mals im Monat	Seltener	Nie	Ich kenne keine Personen dieser Herkunft in mei- ner Wohnge- gend
... mit Personen deutscher Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen italienischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen polnischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen russischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen türkischer Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen einer anderen Herkunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25** Haben Sie eines der folgenden Probleme in Ihrer Wohngegend? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft.

- Schlechte Wohnverhältnisse ☐
- Laute Nachbarn ☐
- Vandalismus oder Kriminalität ☐
- Angst, nachts aus dem Haus zu gehen ☐
- Ich habe keines dieser Probleme ☐

**26** Sind Sie Eigentümer(in) oder Mieter(in) der Wohnung oder des Hauses, in der/dem Sie wohnen?

- Ich bin Eigentümer(in) ☐
- Ich bin Mieter(in) ☐
- Etwas anderes ☐ →

Bitte geben Sie an, was:



**Wie viele Zimmer gibt es bei Ihnen zu Hause? (Bitte zählen Sie Badezimmer und die Küche nicht mit.)**

--	--

**Achtung:** Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**Sind Sie Mitglied in einem Sport-, Musik-, Theater- oder einem anderen Verein?**

5

5

**Gehen Sie zu 30**

**Wie oft verbringen Sie in diesen Vereinen Zeit...**  
**(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile.)**

**Ich kenne keine  
Personen dieser  
Herkunft in die-  
sen Vereinen**



9



5

☐☐☐☐☐☐☐

5



1



5

☐☐

## Über Sie und Ihren Haushalt

**30** Sind Sie männlich oder weiblich?

Männlich ☐

Weiblich ☐

**31** In welchem Jahr sind Sie geboren?

Jahr:

1	9		
---	---	--	--

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**32** In welchem Land sind Sie geboren?

Deutschland ☐



**Gehen Sie zu 35**

Italien ☐

Polen ☐

Russland ☐

Türkei ☐

Einem anderen Land ☐



Bitte geben Sie an, wo:

**33** In welchem Jahr sind Sie nach Deutschland gekommen?

Jahr:

--	--	--	--

**34** Wie oft besuchen Sie Ihr Geburtsland?

Zweimal pro Jahr und häufiger ☐

Einmal im Jahr ☐

Seltener als einmal im Jahr ☐

Nie ☐

**35** Wo sind Sie aufgewachsen?

In einer Großstadt (mit mehr als 100.000 Einwohnern) ☐

In einer kleinen Stadt (mit bis zu 100.000 Einwohnern) ☐

In einem Dorf ☐

**36** Welcher Nationalität gehören Sie an? Wenn Sie mehr als einer Nationalität angehören, kreuzen Sie bitte alles an, was auf Sie zutrifft.

- Deutsch ☐
- Italienisch ☐
- Polnisch ☐
- Russisch ☐
- Türkisch ☐
- Einer anderen Nationalität ☐ → Bitte geben Sie an, welcher:
- Weiß nicht ☐

**37** In welchem Land ist Ihr leiblicher Vater geboren?

- Deutschland ☐
- Italien ☐
- Polen ☐
- Russland ☐
- Türkei ☐
- Einem anderen Land ☐ → Bitte geben Sie an, wo:

**38** In welchem Land ist Ihre leibliche Mutter geboren?

- Deutschland ☐
- Italien ☐
- Polen ☐
- Russland ☐
- Türkei ☐
- Einem anderen Land ☐ → Bitte geben Sie an, wo:

**39** Wie gut können Sie Ihrer Meinung nach...

	Gar nicht	Nicht gut	Gut	Sehr gut	Exzel- lent
... Deutsch sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Deutsch schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**40** Wird bei Ihnen zu Hause auch eine andere Sprache außer Deutsch gesprochen?

- Ja ☐
- Nein ☐ → Gehen Sie zu **44**

**41** Welche Sprache ist das?

Italienisch ☐

Polnisch ☐

Russisch ☐

Türkisch ☐

Eine andere Sprache ☐



Bitte geben Sie an, welche:

**42** Denken Sie an die Sprache, die Sie gerade angekreuzt haben. Wie gut können Sie Ihrer Meinung nach...

	Gar nicht	Nicht gut	Gut	Sehr gut	Exzel- lent
... diese Sprache sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Sprache schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**43** Wie oft sprechen Sie mit Ihrem Kind, das auch an dieser Befragung teilgenommen hat, in dieser Sprache?

Immer ☐

Oft ☐

Manchmal ☐

Nie ☐

**44** Wie viele Bücher gibt es ungefähr bei Ihnen zu Hause?

0-25 ☐

26-100 ☐

101-200 ☐

201-500 ☐

Mehr als 500 ☐

**45** Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie? Wenn Sie Ihren Abschluss nicht in Deutschland erworben haben, wählen Sie bitte den deutschen Bildungsabschluss, der Ihrem Abschluss am ehesten entspricht.

Ich habe keinen Abschluss ☐

Hauptschulabschluss, Realschulabschluss  
oder Ähnliches ☐

Abitur oder Ähnliches ☐

Universitätsabschluss ☐



Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**51** Denken Sie nun an Ihren Beruf. Wenn Sie im Moment nicht arbeiten, denken Sie an den Beruf, den Sie zuletzt hatten. Zu welcher der folgenden Gruppen gehört dieser Beruf?

Ich habe noch nie gearbeitet ☐ → Gehen Sie zu **55**

Wissenschaftliche, technische oder ähnliche  
Fachkraft (zum Beispiel: Arzt, Lehrer,  
Ingenieur, Künstler, Steuerberater) ☐

Leitende Tätigkeit im öffentlichen Dienst oder in der  
Wirtschaft (zum Beispiel: Bankfachmann, Geschäfts-  
führer eines großen Unternehmens,  
Regierungsbeamter, Gewerkschaftsfunktionär) ☐

Bürokräft und verwandter Beruf (zum Beispiel:  
Sekretär, Bürokaufmann, Büroleiter,  
Beamter, Buchhalter) ☐

Tätigkeit im Verkauf (zum Beispiel:  
Verkaufsleiter, Ladenbesitzer, Verkäufer,  
Versicherungsvertreter, Einkäufer) ☐

Tätigkeit im Dienstleistungsbereich  
(zum Beispiel: Gaststättenbesitzer,  
Polizeibeamter, Kellner, Friseur, Hausmeister) ☐

Facharbeiter (zum Beispiel: Meister,  
KfZ-Mechaniker, Maler, Werkzeugbauer,  
Schlosser, Elektriker) ☐

Angelernter Arbeiter (zum Beispiel: Maurer,  
Busfahrer, Gerbereiarbeiter,  
Zimmermann, Blecharbeiter, Bäcker) ☐

Ungelernter Arbeiter (zum Beispiel: Hilfsarbeiter,  
Pfortner, ungelernter Fabrikarbeiter) ☐

Landwirtschaftlicher Beruf (zum Beispiel:  
Landwirt, Landarbeiter, Traktorfahrer) ☐

Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**52** Sind Sie selbständig oder arbeiten Sie für jemand anderen?

Ich bin selbständig (ich habe eine eigene Firma, ein  
eigenes Geschäft oder einen eigenen Bauernhof) ☐

Ich arbeite für jemand anderen ☐ → Gehen Sie zu **54**

**53** Hilft Ihr Kind Ihnen normalerweise neben der Schule in Ihrem Geschäft?

Ja ☐

Nein ☐

**54** Wie nennt man Ihren Beruf? Bitte beschreiben Sie zusätzlich, was Sie in Ihrem Beruf machen.

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**55** Wenn Sie innerhalb einer Woche plötzlich 1800 Euro brauchen würden, könnten Sie es schaffen, das Geld aufzutreiben?

Ja ☐

Nein ☐



Gehen Sie zu **57**

**56** Wie würden Sie das Geld auftreiben?

Vom eigenen Konto abheben ☐

Aktien, Fondsanteile oder Ähnliches verkaufen ☐

Von Familienmitgliedern oder Verwandten leihen ☐

Von Freunden leihen ☐

Einen Kredit bei der Bank aufnehmen oder Ähnliches ☐

Etwas anderes ☐



Bitte geben Sie an, was:

**57** Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt (nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsabgaben)? Bitte verwenden Sie die unten angegebenen Kategorien. Wenn Sie den genauen Betrag nicht kennen, versuchen Sie bitte, so gut wie möglich zu antworten.

Bis zu 1100 Euro ☐

1111 bis 1460 Euro ☐

1461 bis 1840 Euro ☐

1841 bis 2250 Euro ☐

2251 bis 2710 Euro ☐

2711 bis 3190 Euro ☐

3191 bis 3770 Euro ☐

3771 bis 4550 Euro ☐

4551 bis 5870 Euro ☐

Mehr als 5870 Euro ☐

Das möchte ich nicht sagen ☐

Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**58** Was ist Ihr aktueller Familienstand?

- Ledig ☐
- Verheiratet ☐ → Gehen Sie zu **60**
- Geschieden ☐
- Getrennt ☐
- Verwitwet ☐

Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**59** Haben Sie einen (Ehe-) Partner/eine (Ehe-) Partnerin?

- Ja ☐
- Nein ☐ → Gehen Sie zum **Ende**

Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**60** Leben Sie mit Ihrem (Ehe-) Partner/Ihrer (Ehe-) Partnerin zusammen?

- Ja ☐
- Nein ☐ → Gehen Sie zum **Ende**

**61** Ist diese Person der leibliche Vater oder die leibliche Mutter des Kindes, das an dieser Befragung teilgenommen hat?

- Ja ☐
- Nein ☐



## Fragen zu Ihrem (Ehe-) Partner/Ihrer (Ehe-) Partnerin

**62** In welchem Jahr ist Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin geboren?

Jahr:

1	9		
---	---	--	--

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**63** In welchem Land ist Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin geboren?

Deutschland

☐

**Gehen Sie zu 65**

Italien

☐

Polen

☐

Russland

☐

Türkei

☐

Einem anderen Land

☐

Bitte geben Sie an, wo:

**64** In welchem Jahr ist er/sie nach Deutschland gekommen?

Jahr:

--	--	--	--

**65** Wo ist Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin aufgewachsen?

In einer Großstadt (mit mehr als 100.000 Einwohnern)

☐

In einer kleinen Stadt (mit bis zu 100.000 Einwohnern)

☐

In einem Dorf

☐

Weiß nicht

☐

**66** Welche Nationalität hat Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin? Wenn er/sie mehr als eine Nationalität hat, kreuzen Sie bitte alles an, was auf ihn/sie zutrifft.

Deutsch

☐

Italienisch

☐

Polnisch

☐

Russisch

☐

Türkisch

☐

Eine andere Nationalität

☐

Bitte geben Sie an, welche:

Weiß nicht

☐

**67** In welchem Land ist der leibliche Vater Ihres (Ehe-) Partners/Ihrer (Ehe-) Partnerin geboren?

Deutschland ☐

Italien ☐

Polen ☐

Russland ☐

Türkei ☐

Einem anderen Land ☐ →

Bitte geben Sie an, wo:

**68** Und in welchem Land ist die leibliche Mutter Ihres (Ehe-) Partners/Ihrer (Ehe-) Partnerin geboren?

Deutschland ☐

Italien ☐

Polen ☐

Russland ☐

Türkei ☐

Einem anderen Land ☐ →

Bitte geben Sie an, wo:

**69** Welchen höchsten Abschluss hat Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin? Wenn er/sie seinen/ihren Abschluss nicht in Deutschland erworben hat, wählen Sie bitte den deutschen Abschluss, der seinem/ihrem Abschluss am ehesten entspricht.

Er/sie hat keinen Abschluss ☐

Hauptschulabschluss, Realschulabschluss oder Ähnliches ☐

Abitur oder Ähnliches ☐

Universitätsabschluss ☐

**70** In welchem Land hat Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin seinen/ihren höchsten Abschluss erworben? (Bitte zählen Sie Schul- und Universitätsabschluss dazu, aber keine berufliche Ausbildung.)

Deutschland ☐

Italien ☐

Polen ☐

Russland ☐

Türkei ☐

Einem anderen Land ☐ →

Bitte geben Sie an, wo:

**71** Wie alt war Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin, als er/sie seinen/ihren höchsten Abschluss erworben hat? (Bitte zählen Sie Schul- und Universitätsabschluss dazu, aber keine berufliche Ausbildung.)

Alter:

Er/sie befindet sich noch in Ausbildung

☐

**72** Hat Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin eine Lehre/berufliche Ausbildung abgeschlossen?

Ja ☐

Nein ☐

**73** Arbeitet Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin?

Ja ☐

Nein ☐

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**74** Denken Sie nun an den Beruf Ihres (Ehe-) Partners/Ihrer (Ehe-) Partnerin. Wenn er/sie im Moment nicht arbeitet, denken Sie an den Beruf, den er/sie zuletzt hatte. Zu welcher der folgenden Gruppen gehört dieser Beruf?

Er/sie hat noch nie gearbeitet ☐ → Gehen Sie zu **78**

Wissenschaftliche, technische oder ähnliche  
Fachkraft (zum Beispiel: Arzt, Lehrer,  
Ingenieur, Künstler, Steuerberater) ☐

Leitende Tätigkeit im öffentlichen Dienst oder in der  
Wirtschaft (zum Beispiel: Bankfachmann, Geschäfts-  
führer eines großen Unternehmens,  
Regierungsbeamter, Gewerkschaftsfunktionär) ☐

Bürokraft oder verwandter Beruf (zum Beispiel:  
Sekretär, Bürokaufmann, Büroleiter,  
Beamter, Buchhalter) ☐

Tätigkeit im Verkauf (zum Beispiel:  
Verkaufsleiter, Ladenbesitzer, Verkäufer,  
Versicherungsvertreter, Einkäufer) ☐

Tätigkeit im Dienstleistungsbereich  
(zum Beispiel: Gaststättenbesitzer,  
Polizeibeamter, Kellner, Friseur, Hausmeister) ☐

Facharbeiter (zum Beispiel:  
Meister, KfZ-Mechaniker, Maler,  
Werkzeugbauer, Schlosser, Elektriker) ☐

Angelernter Arbeiter (zum Beispiel:  
Maurer, Busfahrer, Gerbereiarbeiter,  
Zimmermann, Blecharbeiter, Bäcker) ☐

Ungelernter Arbeiter (zum Beispiel: Hilfsarbeiter,  
Pförtner, ungelernter Fabrikarbeiter) ☐

Landwirtschaftlicher Beruf (zum Beispiel:  
Landwirt, Landarbeiter, Traktorfahrer) ☐

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

**75** Ist er/sie selbständig oder arbeitet er/sie für jemand anderen?

Er/sie ist selbständig (er/sie hat eine eigene Firma,  
ein eigenes Geschäft oder einen eigenen Bauernhof) ☐

Er/sie arbeitet für jemand anderen ☐ → Gehen Sie zu **77**

**76** Hilft Ihr Kind Ihrem Partner normalerweise neben der Schule in seinem/ihrer Geschäft?

Ja ☐  
Nein ☐

**77** Wie nennt man den Beruf Ihres (Ehe-) Partners/Ihrer (Ehe-) Partnerin? Bitte beschreiben Sie zusätzlich, was Ihr (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin in seinem/ihrer Beruf macht.

**78** Wie haben Sie die Fragen über Ihren (Ehe-) Partner/Ihre (Ehe-) Partnerin beantwortet?

Ich habe sie allein beantwortet, ohne meinen (Ehe-) Partner/meine (Ehe-) Partnerin um Hilfe zu bitten ☐

Ich habe sie beantwortet, aber ich habe meinen (Ehe-) Partner/meine (Ehe-) Partnerin um Hilfe gebeten ☐

Mein (Ehe-) Partner/meine (Ehe-) Partnerin hat sie beantwortet ☐

**Ende** Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Hier können Sie uns Ihre Meinung zum Fragebogen schreiben:

# Jugend in Europa

## Lehrerfragebogen

## Wie fülle ich den Fragebogen aus?

**B1** Was ist Ihre liebste Jahreszeit?

Frühling ☐  
Sommer ☒  
Herbst ☐  
Winter ☐

Bitte kreuzen Sie das Kästchen hinter der Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sie dürfen meistens nur ein Kästchen ankreuzen.

**B2** Was ist Ihre liebste Jahreszeit?

Frühling ☒  
Sommer ☒  
Herbst ☐  
Winter ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, streichen Sie das falsche Kästchen komplett durch und kreuzen Sie das richtige Kästchen an.

**B3** Sind die folgenden Personen männlich oder weiblich?

	Männlich	Weiblich	Weiß nicht
Angela Merkel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Günther Jauch	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heidi Klum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einigen Fragen müssen Sie in jeder Zeile ein Kreuz setzen.

**Achtung:** Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**B4** Mögen Sie Musik?

Ja ☒  
Nein ☐ → Gehen Sie zu **B6**

**B5** Welche Musik mögen Sie? Kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft.

Es gibt Fragen, bei denen Sie mehr als ein Kästchen ankreuzen dürfen. Nur wenn Sie diese Anweisung sehen, sind mehrere Antworten erlaubt.

Klassik ☐  
Schlager ☒  
Oldies ☒  
Andere Musik ☐

Bitte beantworten Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn es Ihnen ausdrücklich gesagt wird. Wenn Sie bei dieser Frage "Ja" ankreuzen, gehen Sie zur nächsten Frage (B5). Wenn Sie bei dieser Frage "Nein" ankreuzen, folgen Sie den Anweisungen: Überspringen Sie Frage B5 und gehen Sie direkt zu Frage B6.

**B6** Was ist Ihre Lieblingsportart?

Skilaufen

Schreiben Sie die Antwort in das leere weiße Feld. Bitte schreiben Sie nicht über den Rand hinaus. Bitte schreiben Sie deutlich.

## Fragen über Sie

**1** Wie ist der Name der Schule, in der Sie unterrichten?

**2** Welche Schulfächer unterrichten Sie in dieser Schule?

1. Schulfach:

2. Schulfach:

3. Schulfach:

4. Schulfach:

5. Schulfach:

**3** In welchen Klassenstufen unterrichten Sie in dieser Schule? Kreuzen sie bitte alle an, die zutreffen.

5. Klassenstufe

☐

6. Klassenstufe

☐

7. Klassenstufe

☐

8. Klassenstufe

☐

9. Klassenstufe

☐

10. Klassenstufe

☐

11. Klassenstufe

☐

12. Klassenstufe

☐

13. Klassenstufe

☐

Andere Klassenstufe

☐

Bitte geben Sie an, welche:

**4** Sind Sie weiblich oder männlich?

Weiblich

☐

Männlich

☐

**5** In welchem Jahr sind Sie geboren?

1	9		
---	---	--	--

**6**

Haben Sie einen so genannten Migrationshintergrund, das heißt, sind Sie selbst oder mindestens ein Elternteil im Ausland geboren und später nach Deutschland gekommen?

Ja

☐

Nein

☐**7**

Haben Ihre Eltern einen Universitätsabschluss?

Ja, meine Mutter

☐

Ja, mein Vater

☐

Ja, beide Eltern

☐

Nein

☐**8**

Wie lange sind Sie am Ende dieses Schuljahres schon im Lehrberuf tätig (Referendariatszeit mit eingerechnet)?

Dauer in Jahren:

**9**

An welcher Universität haben Sie Ihren Abschluss erworben?

**10**

Welche Endnote hatten Sie in Ihrem Abschlusszeugnis?



## Über die Klasse

Nun würden wir von Ihnen gerne etwas über die Schüler und Schülerinnen der Klasse erfahren, die an unserer Studie teilnimmt, auch wenn Sie nicht der Klassenlehrer oder die Klassenlehrerin sind.

- 11** Welche Schulfächer unterrichten Sie in diesem Schuljahr in dieser Klasse? Bitte tragen Sie alle Schulfächer ein. Wie viele Unterrichtsstunden unterrichten Sie diese Schulfächer pro Woche in dieser Klasse?

Schulfach 1:



Unterrichtsstunden:

Schulfach 2:



Unterrichtsstunden:

Schulfach 3:



Unterrichtsstunden:

Schulfach 4:



Unterrichtsstunden:

- 12** Wie lange dauert eine Unterrichtsstunde?

Dauer in Minuten:

--	--	--

- 13** Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte an alle Schülerinnen und Schüler dieser Klasse, auch wenn sie heute nicht anwesend sind.

Wie viele Schüler und Schülerinnen gibt es insgesamt in dieser Klasse?

Anzahl der Jungen:

--	--	--

Anzahl der Mädchen:

--	--	--

- 14** Bitte geben Sie an, auf wie viele Schüler und Schülerinnen die folgenden Angaben zutreffen. Wenn Sie sich über die genaue Zahl unsicher sind, schätzen Sie bitte so gut wie möglich.  
Wie viele Schüler oder Schülerinnen in dieser Klasse...

... haben einen Migrationshintergrund (das heißt diese selbst oder mindestens ein Elternteil oder Großelternteil sind im Ausland geboren und später nach Deutschland gekommen)?

 

... leben bei einem alleinerziehenden Elternteil?

 

... kommen aus bildungsfernen Familien?

 

... kommen aus Familien mit Universitätsabschluss?

 

... kommen aus mittellosen Familien?

 

... kommen aus wohlhabenden Familien?

 

... kommen aus Familien mit mindestens einem arbeitslosen Elternteil?

 

... kommen aus Familien, die Sozialleistungen erhalten (z.B. Sozialhilfe, Sozialgeld oder ALG II)?

 

- 15** Wie schätzen Sie im Allgemeinen die Leistungen der Schüler und Schülerinnen in den folgenden Schulfächern ein?

	Sehr hoch	Hoch	Mittel-mäßig	Gering	Sehr gering	Kann ich nicht beurteilen
Deutsch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mathematik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Englisch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 16** Ungefähr wie viele Schüler und Schülerinnen haben in dieser Klasse...

... von Zeit zu Zeit Probleme, dem Unterricht zu folgen?

 

... manchmal Schwierigkeiten beim Verständnis der deutschen Sprache?

 

- 17** Nun würden wir gerne etwas über die Schüler und Schülerinnen erfahren, die heute nicht an unserer Studie teilnehmen. Bitte beantworten Sie die Fragen 17 und 18 nur, wenn mindestens drei Schüler und Schülerinnen nicht anwesend sind.

Wie viele Schüler und Schülerinnen nehmen nicht an der Studie teil?

Anzahl der Schüler und Schülerinnen:

18

Bitte geben Sie an, auf wie viele der abwesenden Schüler und Schülerinnen die folgenden Angaben zutreffen. Wenn Sie sich über die genaue Zahl unsicher sind, schätzen Sie bitte so gut wie möglich.  
Wie viele der abwesenden Schüler und Schülerinnen in dieser Klasse...

... haben einen Migrationshintergrund?

--	--

... leben bei einem alleinerziehenden Elternteil?

--	--

... kommen aus bildungsfernen Familien?

--	--

... kommen aus Familien mit Universitätsabschluss?

--	--

... kommen aus mittellosen Familien?

--	--

... kommen aus wohlhabenden Familien?

--	--

... kommen aus Familien mit mindestens  
einem arbeitslosen Elternteil?

--	--

... kommen aus Familien, die Sozialleistungen  
erhalten (z.B. Sozialhilfe, Sozialgeld oder ALG II)?

--	--



## 22

[illegible]

*Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.*

## 23

Ja ☐

Nein ☐ → Gehen Sie zu **25**

## 24

[illegible]

**25** Denken Sie nun an die Schüler und Schülerinnen in Ihrer Schule. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Schüler und Schülerinnen gehen gerne in die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schüler und Schülerinnen gehen mit Begeisterung an ihre Schularbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schüler und Schülerinnen sind stolz auf ihre Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schüler und Schülerinnen legen Wert auf schulischen Erfolg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schüler und Schülerinnen sind kooperativ und zeigen Respekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schüler und Schülerinnen schätzen die Bildung, die sie in dieser Schule erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schüler und Schülerinnen geben Ihr Bestes, um so viel wie möglich zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26** Denken Sie nun an die Lehrkräfte in Ihrer Schule. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Stimmung und die Arbeitshaltung der Lehrkräfte ist hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lehrkräfte gehen mit Begeisterung an ihre Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lehrkräfte sind stolz auf diese Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lehrkräfte legen Wert auf schulische Leistung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeitszufriedenheit der Lehrkräfte ist hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Erwartungen der Lehrkräfte an die Leistungen der Schüler und Schülerinnen sind hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27** Wie viele Lehrkräfte gibt es insgesamt in Ihrer Schule?

Anzahl der Lehrkräfte:

  

**28** Wie viele Lehrkräfte in Ihrer Schule haben einen Migrationshintergrund?

Anzahl der Lehrkräfte:

  

**29** Wie viele Lehrkräfte in Ihrer Schule sind männlich?

Anzahl der Lehrkräfte:

### 30 Inwieweit stellt Folgendes ein Problem an Ihrer Schule dar?

	Gar nicht	Gering	Stark	Sehr stark
Unpünktlichkeit von Schülern und Schülerinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unentschuldigtes Fehlen an Schultagen bzw. in einer/mehreren Unterrichtsstunde(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen im Unterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respektlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vandalismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diebstahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drohungen oder Beleidigungen unter Schülern und Schülerinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedrohung(en) oder Beleidigung(en) der Lehrkräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperverletzung unter Schülern und Schülerinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperverletzung von Lehrkräften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rassismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Belästigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzung der Kleiderordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 31 Wie sehr wird das Lernen der Schüler und Schülerinnen an Ihrer Schule beeinträchtigt durch...

	Gar nicht	Gering	Stark	Sehr stark
... den schlechten Zustand der Gebäude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Mängel der Heizungs- oder Klimaanlage oder des Beleuchtungssystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Mangel an Lehrräumen (z.B. Klassenräume)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Mangel an Lehrmaterialien (z.B. Lehrbücher)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Mangel an Computern für den Unterricht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Mangel an Lehrmaterialien in der Bibliothek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Mangel an Multi-Media-Ressourcen für den Unterricht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unzureichende Ausstattung der Wissenschaftslabore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unzureichende Ausstattung der Kunsträume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... überfüllte Klassenräume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Mangel an Arbeitsplätzen für die Lehrer und Lehrerinnen außerhalb der Klassenräume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Achtung: Denken Sie daran, auf den "Gehen-Sie-zu"-Hinweis zu achten, wenn Sie die nächste Frage beantwortet haben.

**32** Gibt es in Ihrer Schule eine Bibliothek?

Ja ☐

Nein ☐ → Gehen Sie zu **34**

**33** Können sich Schüler und Schülerinnen Bücher ausleihen, um sie mit nach Hause zu nehmen?

Ja ☐

Nein ☐

**34** Wie oft...

	Nie	1 Mal im Jahr	2-3 Mal im Jahr	4-6 Mal im Jahr	7 Mal oder häufiger
... treffen sich Lehrkräfte mit den Eltern eines typischen Schülers/einer typischen Schülerin, um seine/ihre schulischen Fortschritte zu besprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... finden in Ihrer Schule Elternabende statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werden Briefe, Kalender oder Newsletter an die Eltern verschickt, um diese mit Informationen über die Schule zu versorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werden die Schüler und Schülerinnen und ihre Familien mit schriftlichen Berichten über die Leistungen der Schüler und Schülerinnen versorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... besuchen Lehrkräfte die Schüler und Schülerinnen und ihre Familien zu Hause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... finden Veranstaltungen an Ihrer Schule statt, zu denen die Schüler und Schülerinnen und ihre Eltern eingeladen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werden Spendenaktivitäten an Ihrer Schule organisiert, an denen die Eltern teilnehmen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35** Wie würden Sie im Allgemeinen die Unterstützung der Schulleistungen der Kinder durch ihre Eltern in Ihrer Schule beschreiben?

Sehr hoch ☐

Hoch ☐

Mittelmäßig ☐

Gering ☐

Sehr Gering ☐



**36** Wie viele Schüler und Schülerinnen an Ihrer Schule haben Eltern, die...

	Keiner oder fast keiner	Weniger als die Hälfte	Unge- fähr die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Alle oder fast alle
--	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------

... ehrenamtlich in der Schule helfen?

☐☐☐☐☐

... an Elternabenden teilnehmen?

☐☐☐☐☐... kulturelle, Sport- oder soziale  
Veranstaltungen besuchen?☐☐☐☐☐... Spendenaktionen oder andere  
Unterstützungen durchführen?☐☐☐☐☐**37** Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu oder nicht zu: Die Schule befindet sich in einer sicheren Wohngegend.

Stimme überhaupt nicht zu

☐

Stimme nicht zu

☐

Stimme zu

☐

Stimme voll und ganz zu

☐**38** Wie viele Personen in der Wohngegend, in der die Schule liegt, sind Deutsche?

Alle oder fast alle

☐

Die meisten

☐

Ungefähr die Hälfte

☐

Ein paar

☐

Keiner oder sehr wenige

☐**39** Und wie viele Personen in der Wohngegend, in der die Schule liegt, sind arbeitslos?

Alle oder fast alle

☐

Die meisten

☐

Ungefähr die Hälfte

☐

Ein paar

☐

Keiner oder sehr wenige

☐**Ende** Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Hier können Sie uns Ihre Meinung zum Fragebogen schreiben: