



UNIVERSITÄT
MANNHEIM



Jugend in Europa

Elternfragebogen

-Deutsch-

Wie fülle ich den Fragebogen aus?

B1 Was ist Ihre liebste Jahreszeit?

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

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

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	<input type="checkbox"/>
Schlager	<input checked="" type="checkbox"/>
Oldies	<input checked="" type="checkbox"/>
Andere Musik	<input type="checkbox"/>

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 Lieblings Sportart?

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 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"/>

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:

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	<input type="checkbox"/>	
Italienisch	<input type="checkbox"/>	
Polnisch	<input type="checkbox"/>	
Russisch	<input type="checkbox"/>	
Türkisch	<input type="checkbox"/>	
Einer anderen Nationalität	<input type="checkbox"/>	→ Bitte geben Sie an, welcher: <input type="text"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	

37 In welchem Land ist Ihr leiblicher Vater geboren?

Deutschland	<input type="checkbox"/>	
Italien	<input type="checkbox"/>	
Polen	<input type="checkbox"/>	
Russland	<input type="checkbox"/>	
Türkei	<input type="checkbox"/>	
Einem anderen Land	<input type="checkbox"/>	→ Bitte geben Sie an, wo: <input type="text"/>

38 In welchem Land ist Ihre leibliche Mutter geboren?

Deutschland	<input type="checkbox"/>	
Italien	<input type="checkbox"/>	
Polen	<input type="checkbox"/>	
Russland	<input type="checkbox"/>	
Türkei	<input type="checkbox"/>	
Einem anderen Land	<input type="checkbox"/>	→ Bitte geben Sie an, wo: <input type="text"/>

39 Wie gut können Sie Ihrer 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: 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	<input type="checkbox"/>	
Nein	<input type="checkbox"/>	→ 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	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"/>

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, ungelerner 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/ihrer 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)

Bürokräft 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, ungelerner 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/ihrem 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/ihrem 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: