



UNIVERSITÄT  
MANNHEIM



# 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	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"/>

**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 überhaupt 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
- Gut
- Etwa dieselbe
- Schlecht
- Sehr schlecht

**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	Manchmal	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
- 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

**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
- 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

**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"/>





**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 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.*

**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	Ungefähr 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: