



Umwelt – Wohlbefinden – Entwicklung  
von Kindern und Jugendlichen

Schuljahr 2020/2021

Diese Befragung wird bearbeitet von:

Ruhr-Universität Bochum

Fakultät für Sozialwissenschaft

Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR)

Universitätsstraße 150

44801 Bochum

**Wir möchten gerne wissen, wie es dir in der Zeit des Coronavirus geht.**

**1. Machen dir folgende Dinge in dieser Zeit des Coronavirus Sorgen?**

Wähle in jeder Zeile eine Antwort aus!

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Dass mir etwas Schlimmes passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass ich krank werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass jemandem etwas Schlimmes passiert, der mir nahesteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass jemand krank wird, der mir nahesteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass ich weniger gut in der Schule sein werde (schlechtere Noten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass wir (meine Familie und ich) weniger Geld haben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass man nicht mehr alles kaufen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass mein Leben anders sein wird als vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Wie häufig triffst du in dieser Zeit des Coronavirus deine Freunde?**

Bitte wähle in jeder Zeile eine Antwort aus!

	Gar nicht	weniger als 30 Minuten am Tag	30 Min. – 1 Std. am Tag	1 – 2 Std. am Tag	2 Std. oder mehr am Tag
Ich treffe sie persönlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich treffe sie im Internet (z.B. Skype, Instagram, Facetime usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich treffe sie online beim Computerspielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Vermisst du in dieser Zeit die folgenden Personen oder Dinge?**

Wähle in jeder Zeile eine Antwort aus.

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Familie (z.B. meine Großeltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrerinnen und Lehrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachmittagsangebote (z.B. Verein oder Musikschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feste feiern (z.B. Geburtstag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten (z.B. Kino, Ausflüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den Urlaub fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Was vermisst du am meisten?**

Bitte schreibe deine Antwort in den Kasten.

Nun geht es wieder um deine Zeit in der Schule unabhängig vom Coronavirus.

Bitte erzähl uns ein bisschen von dir!

**5. Bist du ein Mädchen oder ein Junge?**

- Mädchen
- Junge

**6. Wie alt bist du?**

- Unter 11 Jahre
- 11 Jahre
- 12 Jahre
- 13 Jahre
- 14 Jahre
- 15 Jahre
- 16 Jahre
- 17 Jahre
- Über 17 Jahre

**7. Mit welchen dieser Erwachsenen lebst du dort zusammen, wo du hauptsächlich wohnst?**

Kreuze alle Erwachsenen an, mit denen du zu Hause zusammenlebst!

- Mutter und Vater gemeinsam
- Mutter und Vater abwechselnd
- Mutter alleine
- Vater alleine
- Oma
- Opa
- Partner/in deiner Mutter
- Partner/in deines Vaters
- Erwachsene Geschwister
- Pflege-/ Adoptiveltern
- Andere Erwachsene
- Andere Familienmitglieder, z.B. Tante oder Onkel

**8. Mit wie vielen Kindern lebst du zu Hause zusammen?**

Dich nicht mitgezählt!

- 0 Kinder
- 1 Kind
- 2 Kinder
- 3 Kinder
- 4 Kinder
- 5 Kinder
- mehr als 5 Kinder

**9. Welche Sprache(n) sprichst du zu Hause mit deiner Familie?**

Du kannst mehrere Antworten ankreuzen.

- Deutsch
- Englisch
- Polnisch
- Russisch
- Türkisch
- Kurdisch
- Arabisch
- eine andere Sprache, und zwar diese: \_\_\_\_\_

**10. Wie schwierig ist es für dich auf Deutsch zu lesen?**

- sehr schwierig
- schwierig
- einfach
- sehr einfach

**11. Bei den nächsten Fragen geht es um dich und deine Eltern.**

Ist deine Mutter in Deutschland geboren?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
Ist dein Vater in Deutschland geboren?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
Bist du in Deutschland geboren?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
Wenn du <b>nicht</b> in Deutschland geboren bist: Bist du als Flüchtling nach Deutschland gekommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht

Wenn du **nicht** in Deutschland geboren bist:**Wie alt warst du, als du nach Deutschland gekommen bist?**\_\_\_\_\_  
Bitte schreibe deine Antwort als Zahl.**12. Gibt es bei dir zu Hause ...?**

Bitte kreuze alles an, was es bei Dir Zuhause gibt.

- ... einen ruhigen Platz zum Lernen nur für dich
- ... einen E-Book-Reader
- ... einen Drucker
- ... einen Internetanschluss
- ... Bücher, die bei Hausaufgaben hilfreich sind
- ... einen Rasenmäher

**13. Kannst du bei dir zu Hause die folgenden Dinge nutzen?**

Bitte sag uns auch, ob du die Sachen für dich allein hast oder ob du sie gemeinsam mit anderen nutzt.

	Ja, für mich allein	Ja, zusammen mit anderen	Nein
PC, Tablet, Laptop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handy oder Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreibtisch/Arbeitstisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielekonsole (z.B. Sony® PlayStation®, Nintendo Wii®, Microsoft Xbox®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikinstrumente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Hast du Sachen zum Anziehen, ...**

... die dir gefallen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht wichtig
... die andere Kinder gut finden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht wichtig
... die andere Kinder auch tragen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht wichtig

**15. Bitte erzähl uns ein bisschen von dir!**

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unentschieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Meine Familie kann sich viele Dinge leisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Familie muss oft sparen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann oft etwas mit meinen Freundinnen und Freunden unternehmen, das Geld kostet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Wie sehr stimmst du diesen Aussagen zu?**

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unentschieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Mir tun Kinder leid, die nicht die gleichen Dinge wie ich haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn jemand anderes schlecht behandelt wird, stört mich das.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gefühle anderer Menschen sind mir wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>17. Und wie sehr stimmst du diesen Aussagen zu?</b>					
	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Mir geht es öfter gut als schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, ich werde mehr gute als schlechte Dinge erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgens denke ich meist, es wird ein guter Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe meistens die guten Seiten im Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meistens mag ich es, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann auf vieles stolz sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vieles an mir ist gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>18. Wie sehr stimmst du folgenden Aussagen zu?</b>					
	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Ich fühle mich oft unglücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen, gehänselt oder geärgert zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich vieles falsch mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin häufig traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir viele Sorgen, dass mich andere Menschen nicht mögen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meistens fühle ich mich allein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen darüber, was andere Kinder über mich sagen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft bedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>19. Wie sehr passen folgende Aussagen zu dir?</b>					
	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Meistens ist mein Leben so, wie ich es mir wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Leben ist alles richtig gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit meinem Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisher habe ich die wichtigen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mein Leben noch einmal beginnen könnte, sollte sich fast nichts ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>20. Wie sehr stimmst du diesen Antworten zu?</b>					
	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Ich bin zufrieden mit meiner Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit meiner Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit meiner Wohnumgebung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit meinen Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit meiner Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Hast du folgende Dinge in den letzten drei Monaten getan?			
	Nein	Ja	Ich weiß nicht
Ich habe jemanden aufgemuntert, der traurig war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe jemandem geholfen, der gehänselt oder geärgert wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe jemandem geholfen, dessen Gefühle verletzt waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den nächsten Fragen geht es um Erwachsene an deiner Schule!	
<b>Schule:</b> Hier geht es um Lehrerinnen, Lehrer oder andere erwachsene Personen an deiner Schule (z.B. Schulsozialarbeiter, Vertrauensperson).	
<b>22. Was macht einen Erwachsenen an deiner Schule zu einer wichtigen Person für dich?</b> Kreuze <u>alle</u> Antworten an, die dir wichtig sind.	
<input type="checkbox"/> Diese Person bringt mir Sachen bei, die ich bisher noch nicht konnte. <input type="checkbox"/> Ich kann mit dieser Person persönliche Dinge und Gefühle teilen. <input type="checkbox"/> Diese Person mag mich so, wie ich bin. <input type="checkbox"/> Diese Person macht mir Mut, meine Ziele und meine Zukunftspläne zu verfolgen. <input type="checkbox"/> Ich erlebe mit oder wegen dieser Person viele Sachen, die eine Menge Spaß machen. <input type="checkbox"/> Diese Person ist so, wie ich gerne sein möchte, wenn ich erwachsen bin. <input type="checkbox"/> Diese Person ist fair zu mir und anderen. <input type="checkbox"/> Diese Person setzt sich für mich und andere ein, wenn es nötig ist. <input type="checkbox"/> Diese Person lässt mich meine eigenen Entscheidungen treffen.	

23. Gibt es an deiner Schule irgendwelche Erwachsene, die <u>dir</u> wichtig sind?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Wenn du eben "Ja" angekreuzt hast, wie viele Erwachsene sind das? _____ Bitte schreibe deine Antwort als Zahl.	

24. Wie sehr treffen die folgenden Angaben auf dich zu? In meiner Schule gibt es einen Lehrer, eine Lehrerin oder eine andere erwachsene Person, ...					
	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
... der ich wirklich wichtig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die daran glaubt, dass ich erfolgreich sein werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die mir zuhört, wenn ich etwas zu sagen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der ich über meine Probleme reden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bei den nächsten Fragen geht es um Erwachsene in deinem zu Hause!**

**Zu Hause:** Hier geht es um deine Eltern oder andere erwachsene Personen, die bei dir zu Hause leben.

**25. Was macht einen Erwachsenen in deinem zu Hause zu einer wichtigen Person für dich?**

Kreuze alle Antworten an, die dir wichtig sind.

- Diese Person bringt mir Sachen bei, die ich bisher noch nicht konnte.
- Ich kann mit dieser Person persönliche Dinge und Gefühle teilen.
- Diese Person mag mich so, wie ich bin.
- Diese Person macht mir Mut, meine Ziele und meine Zukunftspläne zu verfolgen.
- Ich erlebe mit oder wegen dieser Person viele Sachen, die eine Menge Spaß machen.
- Diese Person ist so, wie ich gerne sein möchte, wenn ich erwachsen bin.
- Diese Person ist fair zu mir und anderen.
- Diese Person setzt sich für mich und andere ein, wenn es nötig ist.
- Diese Person lässt mich meine eigenen Entscheidungen treffen.

**26. Gibt es in deinem zu Hause irgendwelche Erwachsene, die dir wichtig sind?**

- Nein
- Ja

Wenn du eben "Ja" angekreuzt hast, wie viele Erwachsene sind das?

\_\_\_\_\_ Bitte schreibe deine Antwort als Zahl.

**27. In meinem zu Hause gibt es einen Elternteil oder eine andere erwachsene Person, ...**

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
... der ich wirklich wichtig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die daran glaubt, dass ich erfolgreich sein werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die mir zuhört, wenn ich etwas zu sagen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der ich über meine Probleme reden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bei den nächsten Fragen geht es um Erwachsene an deinem Wohnort!**

**Wohnort:** Hier geht es um Erwachsene außerhalb von zu Hause und Schule aber an deinem Wohnort, zum Beispiel um Verwandte, Nachbarn, Trainer, Gruppenleiter, Betreuer, Eltern von Freunden oder Personen aus Religionsgemeinschaften.

**28. Was macht einen Erwachsenen an deinem Wohnort zu einer wichtigen Person für dich?**

Kreuze alle Antworten an, die dir wichtig sind.

- Diese Person bringt mir Sachen bei, die ich bisher noch nicht konnte.
- Ich kann mit dieser Person persönliche Dinge und Gefühle teilen.
- Diese Person mag mich so, wie ich bin.
- Diese Person macht mir Mut, meine Ziele und meine Zukunftspläne zu verfolgen.
- Ich erlebe mit oder wegen dieser Person viele Sachen, die eine Menge Spaß machen.
- Diese Person ist so, wie ich gerne sein möchte, wenn ich erwachsen bin.
- Diese Person ist fair zu mir und anderen.
- Diese Person setzt sich für mich und andere ein, wenn es nötig ist.
- Diese Person lässt mich meine eigenen Entscheidungen treffen.



**29. Gibt es an deinem Wohnort irgendwelche Erwachsene, die dir wichtig sind?**

- Nein  
 Ja

Wenn du eben "Ja" angekreuzt hast, wie viele Erwachsene sind das?

\_\_\_\_\_ Bitte schreibe deine Antwort als Zahl.

**30. An meinem Wohnort gibt es außerhalb der Schule und der Familie eine andere erwachsene Person, ...**

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
... der ich wirklich wichtig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die daran glaubt, dass ich erfolgreich sein werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die mir zuhört, wenn ich etwas zu sagen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der ich über meine Probleme reden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31. Bei den folgenden Fragen geht es um dich und deine Freunde.**

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Ich bin ein Teil einer Gruppe von Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, ich passe meist zu den Gleichaltrigen, mit denen ich zu tun habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit anderen Kindern in meinem Alter zusammen bin, fühle ich mich dazugehörig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mindestens einen richtig guten Freund oder eine richtig gute Freundin, mit dem oder der ich reden kann, wenn mich etwas stört, z.B. wenn es mir nicht gut geht, oder wenn ich etwas auf dem Herzen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Freund oder eine Freundin, dem oder der ich alles erzählen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt jemanden in meinem Alter, der mich wirklich versteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>32. Bei den folgenden Fragen geht es um dich und deine Schule.</b>					
	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Ich bin mir sicher, dass ich dieses Schuljahr schaffen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich genug Zeit habe, kann ich alle meine Schulaufgaben gut machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch wenn manche Dinge in der Schule schwierig sind, kann ich sie lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Schule gehen Lehrer und Schüler respektvoll miteinander um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Schule gehen Schüler respektvoll miteinander um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Schule kümmern sich die Menschen umeinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schüler in dieser Schule helfen sich gegenseitig, selbst wenn sie keine Freunde sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich an meiner Schule dazugehöre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, ich bin für diese Schule wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ein Teil dieser Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>33. Wie sehr stimmst du diesen Antworten zu?</b>					
	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Ich gehe gerne zur Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft schlechte Laune in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt an meiner Schule Dinge, die mir wirklich Spaß machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>34. Wie wichtig ist es dir, Folgendes in der Schule tun zu können?</b>					
	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unent- schieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Freunde finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Noten schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>35. Wie oft hast du in diesem Schuljahr folgende Dinge erlebt?</b>				
	Nie	Monatlich	Wöchentlich	Täglich
Jemand hat mich öfter geschlagen, geschubst, getreten, angespuckt oder verprügelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand hat mich öfter beschimpft, beleidigt, auf mir herumgehackt oder mich in Verlegenheit gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand hat mich ausgeschlossen, lächerlich gemacht, Gerüchte über mich verbreitet oder blöd dastehen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand hat das Internet über den Computer oder das Handy dazu genutzt, um sich über mich lustig zu machen, mich auszuschließen, mir zu drohen oder meine Gefühle zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wie oft hast du in diesem Schuljahr die eben genannten Dinge getan? Also selber jemanden geschlagen, beleidigt oder lächerlich gemacht?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>36. Jetzt geht es um dich und deinen Körper.</b>					
	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Unentschieden	Stimmt eher	Stimmt voll
Mir gefällt normalerweise, wie ich aussehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meistens bin ich mit meinem Gewicht zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in meinem Körper wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Gesundheit ist meistens gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**37. Hast du körperliche oder gesundheitliche Probleme, die dich davon abhalten Dinge zu tun, die andere Kinder tun, z.B. Aktivitäten an der Schule, Sport oder Treffen mit Freunden?**

Nein

Ja, eine körperliche Beeinträchtigung z.B. Gehörlosigkeit, Diabetes, Asthma, Rollstuhl oder etwas anderes.

Ja, eine psychische Erkrankung, z.B. Depressionen, Zwänge oder etwas anderes

<b>38. Wenn du an eine normale Woche denkst, an wie vielen Tagen...</b>								
	Nie	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage	6 Tage	jeden Tag
... hast du die Möglichkeit zu frühstücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... isst du Süßigkeiten, Chips oder Ähnliches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... isst du mit deinen Eltern oder anderen erwachsenen Familienmitgliedern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schläfst du nachts gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Wann gehst du normalerweise ins Bett, wenn am nächsten Tag Schule ist?**

- Vor 21 Uhr
- 21 Uhr bis vor 22 Uhr
- 22 Uhr bis vor 23 Uhr
- 23 Uhr bis vor 24 Uhr
- 24 Uhr oder später

**Nun ein paar Fragen zu deiner Zeit nach Schulschluss.**

**40. Mit wem bist du an Schultagen regelmäßig zwischen Schulschluss und Abendessen zusammen?**

Bitte kreuze alle an, mit denen du nach Schulschluss bis vor dem Abendessen Zeit verbringst.

- Ich bin alleine
- Mit meinen jüngeren Geschwistern
- Mit meinen älteren Geschwistern
- Mit Freunden
- Mit Gleichaltrigen
- Mit einer Nachbarin oder einem Nachbarn
- Mit meinem Vater, Pflegevater oder Partner meiner Mutter
- Mit meiner Mutter, Pflegemutter oder Partnerin meines Vaters
- Mit anderen Erwachsenen, z.B. Großeltern, Onkel/Tante, Trainer, Nachhilfelehrer

**41. An wie vielen Tagen gehst du nach Schulschluss an einen der folgenden Orte?**

Du kannst mehrere Antworten ankreuzen.

	Nie	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Ich bleibe in der Schule und nehme an AGs teil, z.B. Sport, Nachhilfe, Theater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe nach Hause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe zu Freunden nach Hause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe in einen Park oder auf einen Spiel- oder Sportplatz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hänge rum, z.B. im Einkaufszentrum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe woanders hin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42. Wenn du an die letzte Schulwoche denkst: An wie vielen Tagen hast du an folgenden organisierten Angeboten teilgenommen? Organisierte Angebote sind Aktivitäten, die von einem Lehrer, Ausbilder, Trainer oder freiwilligen Helfer organisiert und betreut werden.**

	Nie	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Lernangebote, z. B. Nachhilfestunden, Sprachkurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunst- oder Musikunterricht, z.B. Mal- und Zeichenkurse, Tanzunterricht, Chor, Instrumenten-Unterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendgruppen, z.B. Pfadfinder, in Vereinen, Kirchen, Moscheen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelsport mit einem Trainer oder Übungsleiter, z.B. Schwimmen, Reiten, Ballett, Turnen, Judo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mannschaftssport mit einem Trainer oder Übungsleiter, z.B. Fußball, Basketball, Handball, Volleyball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**43. Wenn du an die letzte Schulwoche denkst: Wie viel Zeit hast du mit folgenden Dingen verbracht? Hier geht es um Aktivitäten, die nicht von einem Lehrer, Ausbilder, Trainer oder freiwilligen Helfer organisiert und betreut werden.**

	Gar nicht	weniger als 30 Minuten am Tag	30 Min. – 1 Std. am Tag	1 – 2 Std. am Tag	2 Std. oder mehr am Tag
Sport und Bewegung zum Spaß, z.B. Fußball spielen, Rad fahren, Schwimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausaufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen, Netflix, YouTube, DVD, Videostreams oder etwas anderes geschaut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Video- oder Computerspiele gespielt, z.B. PlayStation, Xbox, Internetspiele allein oder mit anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zum Spaß ein Buch gelesen, auch als E-Book.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Instrument geübt, z.B. Blockflöte, Klavier, Geige, Gitarre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunst oder ein Handwerk ausgeübt, z.B. Malen, Zeichnen, Basteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden getroffen und Zeit verbracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden am Handy, im Chat (z.B. WhatsApp, SnapChat, Tiktok) Zeit verbracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiwillig mitgeholfen, z.B. in einem Verein, der Schule, Kirche oder Moschee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gearbeitet, z.B. Zeitungen ausgetragen, Rasen gemäht, Baby gesittet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**44. Gibt es an deinem Wohnort Orte mit Angeboten für Jugendliche in deinem Alter, z.B. Sportplätze, Musik- oder Tanzschulen, Jugendzentren, Vereine?**

Nein

Ja

Ich weiß nicht

**45. Gibt es an deinem Wohnort sichere Orte, wo du dich wohl fühlst, um dich mit deinen Freunden zu treffen, z.B. Spielplätze, Parks oder Skate-Anlagen?**

Nein

Ja

Ich weiß nicht

**46. Überleg mal, was du gerne nach Schulschluss machen würdest!  
Machst du bereits alles, was du möchtest oder wünschst du dir noch mehr machen zu können?**

Ich würde gerne zusätzliche Sachen nach Schulschluss machen.

Ich mache bereits alles, was ich nach Schulschluss machen möchte.

**47. Wenn du gerne zusätzliche Sachen machen würdest: Wo würdest du die gerne machen?**

Du kannst mehrere Antworten ankreuzen.

In der Schule

Zu Hause

Im Park oder auf einem Spielplatz

Im Jugendzentrum

Im Verein

Online

An einem anderen Ort und zwar: \_\_\_\_\_

**48. Was hält dich davon ab, nach der Schule das zu machen, was du gerne machen würdest?**

Kreuze alle Gründe an, die dich abhalten.

Nichts hält mich davon ab.

Ich muss nach der Schule direkt nach Hause gehen.

Es ist schwierig dort hinzukommen.

Es wird nicht angeboten.

Es findet zu Zeiten statt, zu denen ich nicht kann.

Der Weg dorthin ist nicht sicher.

Ich habe zu viele Hausaufgaben.

Meine Eltern erlauben es mir nicht.

Ich muss auf meine Geschwister aufpassen oder zu Hause helfen.

Es ist zu teuer.

Ich habe Angst, darin nicht gut genug zu sein.

Keiner meiner Freunde interessiert sich dafür oder möchte dort hin.

Ich bin zu beschäftigt.

Ich weiß nicht, was angeboten wird.

Andere Gründe und zwar: \_\_\_\_\_

Hier hast du Platz, wenn du uns noch etwas sagen möchtest.

**Eine letzte, aber sehr wichtige Aufgabe:**

Uns ist es sehr wichtig, zu erfahren, ob es z.B. Stadtteile in Bottrop gibt, in denen bestimmte Angebote besonders fehlen.

Daher interessiert uns, in welchen Bezirk in Bottrop du wohnst.

Dein Lehrer oder deine Lehrerin hat dazu eine Liste mit allen Straßen in Bottrop. Dein Lehrer wird nachgucken, in welchen Bezirk deine Straße liegt.



Trage dann auf der Rückseite des Bogens deine Bezirksnummer ein.

Meine Straße liegt in folgendem Bezirk:

BEZIRK NUMMER:

Du bist fertig!

Herzlichen Dank für deine Teilnahme!

ANSICHTSEXEMPLAR