



**TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN**

**PROF. DR. KARL LENZ
FORSCHUNGSGRUPPE KINDER UND JUGEND**

INSTITUT FÜR SOZIOLOGIE

KINDER UND JUGENDLICHE IN DRESDEN

(6. BIS 9. KLASSE)



Zunächst kommen einige Fragen zur Schule.

1. Wie gefällt es dir derzeit in der Schule?

- Es gefällt mir sehr gut.
- Es gefällt mir einigermaßen gut.
- Es gefällt mir nicht so gut.
- Es gefällt mir überhaupt nicht.

2. Bitte kreuze bei jeder der folgenden Aussagen an, ob sie für dich und deine Schule zutreffen oder nicht!

	stimmt genau	stimmt ziemlich	weder/ noch	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
Die Schülerinnen und Schüler können über schulische Veranstaltungen (Projektwochen, Abschlussfest, Sportfest) mitentscheiden.	<input type="checkbox"/>				
Die Lehrerinnen und Lehrer gehen im Unterricht viel zu schnell vor, man kommt gar nicht mit.	<input type="checkbox"/>				
Die meisten Lehrerinnen und Lehrer gestalten den Unterricht abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>				
Für die Schule muss ich viel lernen.	<input type="checkbox"/>				
In meiner Gegend fürchte ich mich vor Kinder-/Jugendbanden.	<input type="checkbox"/>				
Wenn es einer Schülerin oder einem Schüler mal schlecht geht, hilft ihm jemand aus der Klasse. ...	<input type="checkbox"/>				
Die anderen Schülerinnen und Schüler akzeptieren mich so, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>				
Meine Eltern fragen mich regelmäßig, wie es in der Schule gewesen ist, fragen nach meinen Hausaufgaben usw.	<input type="checkbox"/>				
Meine Eltern haben keine Zeit, mir für die Schule zu helfen.	<input type="checkbox"/>				

3. Wie lange machst du nach dem Unterricht täglich etwas für die Schule (z.B. Hausaufgaben machen, üben, Nachhilfe)?

- Ungefähr eine halbe Stunde
- Ungefähr 1 Stunde
- Ungefähr 1 und eine halbe Stunde
- Ungefähr 2 Stunden
- Ungefähr 3 Stunden
- Mehr als 3 Stunden

4. Wie legst du den Großteil deines Schulweges zurück? (Bitte nur eine Antwort!)

- Mit Bus/ Bahn Zu Fuß
 Mit dem Fahrrad Meine Eltern bringen mich mit dem Auto

5. Wie viele Minuten brauchst du durchschnittlich von deiner Wohnung zur Schule?

- Unter 10 Minuten 21 - 30 Minuten Über 40 Minuten
 11 - 20 Minuten 31 - 40 Minuten

6. Gibt es an deiner Schule folgende freiwillige Arbeitsgemeinschaften (AGs) oder Freizeitangebote, und wo machst du mit oder würdest du gerne mitmachen? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	gibt es und mache ich mit	gibt es, aber mache ich nicht mit	wenn es das gäbe, würde ich gern mitmachen	gibt es nicht
Theatergruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chor/ Musikgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG Technik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG Informatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG Kunst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG Umwelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG Geschichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schülerzeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Angebote (Bitte nennen!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Kommt es vor, dass du Angst hast vor ...? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	immer	oft	manchmal	selten	nie
Schlechten Noten	<input type="checkbox"/>				
Lehrern	<input type="checkbox"/>				
Mitschülern	<input type="checkbox"/>				
Meinen Eltern	<input type="checkbox"/>				

Als nächstes einige Fragen zu deiner Familie, Freunden und anderen Personen.

8. Wie wichtig sind die folgenden Personen für dich? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	sehr wichtig	wichtig	nicht wichtig	habe ich nicht
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitschülerinnen und Mitschüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beste Freundin/ bester Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clique	<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"/>
Andere Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dein Liebblingssänger/ -schauspieler/ -sportler (Bitte nennen!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Mit wem kannst du über deine Probleme offen reden? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mit meinem Vater/ Stiefvater | <input type="checkbox"/> Mit anderen Verwandten |
| <input type="checkbox"/> Mit meiner Mutter/ Stiefmutter | <input type="checkbox"/> Mit meinen Lehrern |
| <input type="checkbox"/> Mit meinen Freunden | <input type="checkbox"/> Mit Mitarbeitern im Kinder- und Jugendtreff |
| <input type="checkbox"/> Mit meinen Geschwistern | <input type="checkbox"/> Mit niemandem |
| <input type="checkbox"/> Mit meinen Großeltern | |

10. Wie häufig machst du Folgendes gemeinsam mit deinen Eltern? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	oft	manchmal	selten	nie
Ins Kino/ Theater/ Museum gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsam essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwandte besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesausflüge/ Spazieren gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie verhalten sich deine Eltern dir gegenüber? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	trifft sehr zu	trifft zu	trifft weniger zu	trifft überhaupt nicht zu
Meine Eltern merken mir sofort an, wenn ich Angst habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern spüren gar nicht, wenn es mir mal nicht gut geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal freuen sich meine Eltern, wenn ich lieb zu ihnen bin, manchmal können sie es gar nicht leiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal freuen meine Eltern sich über meine Hilfe, manchmal haben sie etwas dagegen, ohne dass ich weiß warum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Familie kommt es oft zu Reibereien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Familie geht jeder seinen eigenen Weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern geben mir Ratschläge, was ich machen soll, wenn es mir schlecht geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern geben mir Ratschläge, welche Ziele ich mir für mein eigenes Leben vornehmen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern interessieren sich für meine Meinungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern zeigen mir, dass sie stolz auf mich sind, wenn ich etwas gut gemacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie reagieren deine Eltern, wenn sie sauer auf dich sind? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	trifft zu	trifft nicht zu
Sie reden mit mir, ohne mich zu bestrafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie kürzen mir das Taschengeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie erteilen mir Verbote.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie beschimpfen mich laut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie schlagen mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Gibt es Ärger mit deinen Eltern, wenn ...? (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)

	kommt häufig vor	kommt seltener vor	kommt nicht vor, weil es meine Eltern verbieten	kommt nicht vor, weil ich es nicht mache	kommt nicht vor, weil es meinen Eltern egal ist
... sie mit deinem Aussehen nicht einverstanden sind (Kleidung, Körperschmuck, Frisur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... du dich mit Freunden triffst, mit denen deine Eltern nicht einverstanden sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... du zu spät nach Hause kommst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... du viel TV siehst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... du laut Musik hörst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... du deine Pflichten nicht erledigst ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... du zu lange am Computer spielst ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... du zu lange im Internet surfst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Weil meine Eltern es sich finanziell nicht leisten können, ... (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	kommt vor	kommt nicht vor
... bekomme ich kein Taschengeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... muss ich abgetragene Kleidung anziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... können wir nicht in den Urlaub fahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... muss ich auf Freizeitangebote verzichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich nicht an Klassenfahrten teilnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wie häufig übernimmst du Haushaltsaufgaben? (Bitte nur eine Antwort!)

- Täglich
- Mehrmals in der Woche
- Einmal in der Woche
- Seltener
- Nie

**16. Wie alt warst du, als du das zum ersten Mal erlebt hast?
(Bitte gib das entsprechende Alter an!)**

	Alter	habe ich noch nicht erlebt
Gelernt, Fahrrad zu fahren	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Das erste Taschengeld bekommen	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Pflichten im Haushalt übernommen	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst bestimmen, wie ich aussehen will	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Einen eigenen Haustürschlüssel bekommen	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Zum ersten Mal verliebt sein	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Das erste eigene Fernsehgerät bekommen	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Das erste eigene Handy bekommen	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Den ersten eigenen Computer bekommen	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Die erste eigene Spielkonsole bekommen	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Bist du mit dem Freiraum zufrieden, den dir deine Eltern geben?
(Bitte nur eine Antwort!)**

- Ja, sehr zufrieden
- Zufrieden
- Teils/ teils
- Nicht zufrieden
- Nein, gar nicht zufrieden

**18. Wirst du an folgenden Familienentscheidungen beteiligt?
(Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)**

	ja	nein
Urlaub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wochenendausflüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anschaffung von Gebrauchsgegenständen (z.B. Computer, Möbel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienfeste (z.B. Weihnachten, Geburtstag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Mit wem wohnst du zusammen? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Geschwister |
| <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Großvater |
| <input type="checkbox"/> Stiefvater/ Lebenspartner der Mutter | <input type="checkbox"/> Großmutter |
| <input type="checkbox"/> Stiefmutter/ Lebenspartnerin des Vaters | <input type="checkbox"/> Wohne im Heim |
| <input type="checkbox"/> Andere Personen (Bitte nennen!) | |
-

20. Hast du ein eigenes Zimmer?

- Ja, für mich alleine
- Ja, mit meiner Schwester/ meinem Bruder zusammen
- Nein

21. Besitzt deine Familie ein Auto?

- Nein Ja, 1 Auto Ja, 2 oder mehr Autos

22. Wie häufig bist du mit deiner Familie in den letzten 12 Monaten in den Urlaub gefahren?

- Überhaupt nicht Einmal Zweimal Mehr als zweimal

**23. Wie viele Computer besitzt deine Familie insgesamt?
(Als Computer zählen auch Notebooks, aber keine Spielkonsolen.)**

- Keinen Einen Zwei Mehr als Zwei

**24. Wie viele Bücher gibt es ungefähr bei dir zu Hause?
(Zähle keine Zeitschriften, Zeitungen oder Schulbücher mit.)**

- Keine oder nur wenige (0 bis 10 Bücher)
- Etwa ein Bücherbrett (11 bis 24 Bücher)
- Etwa ein Regal (25 bis 100 Bücher)
- Etwa zwei Regale (101 bis 200 Bücher)
- Drei oder mehr Regale (mehr als 200 Bücher)

Jetzt möchten wir von dir einiges über dein Wohnumfeld und deine Freizeitgestaltung erfahren.

25. Was gibt es in der näheren Umgebung deiner Wohnung?

(Wenn es mehrere derartige Einrichtungen in deiner Wohngegend gibt, beziehe dich auf die am nächsten gelegene. Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)

	ganz nah, so dass ich es zu Fuß erreichen kann	nicht ganz nah, aber mit Fahrrad erreichbar	nur mit Bus/ Straßen- bahn erreichbar	nur mit meinen Eltern erreichbar	kenne ich nicht
Spielplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Park, Wald, Wiese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Freizeitzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielstraße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmhalle, Freibad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaterbahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufspassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendtreff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Wie häufig nutzt du diese Angebote? (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)

	fast täglich	ein- oder zweimal in der Woche	ein- oder zweimal im Monat	noch seltener	nie
Spielplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Park, Wald, Wiese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Freizeitzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielstraße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmhalle, Freibad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaterbahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufspassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendtreff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Würdest du diese Einrichtungen häufiger nutzen, wenn sie für dich leichter erreichbar wären?

	ja	nein
Spielplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Park, Wald, Wiese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Freizeitzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielstraße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmhalle, Freibad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaterbahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufspassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendtreff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Manchmal fühlt man sich im eigenen Wohngebiet nicht wohl. Welche Aussagen treffen für dich zu? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	trifft zu	trifft nicht zu
Es gibt zu wenig Platz, sich mit Freunden zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Wohnung hört man den Verkehrslärm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Weg zur Schule gibt es zu viele Abgase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Umgebung gibt es nicht genug Ampeln und Fußgängerüberwege, um die Straße zu überqueren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Nachbarn schimpfen ständig, wenn wir draußen spielen wollen. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt zu wenig Platz zum Spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt zu wenig Kinder/ Jugendliche in meinem Alter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Gegend gibt es zu viel Verkehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt zu wenig Bäume und Grünanlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Gegend fürchte ich mich vor Kinder-/ Jugendbanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Bist du mit den Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung in deinem Wohngebiet zufrieden?

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Teilweise zufrieden
- Eher nicht zufrieden
- Nicht zufrieden

30. Welche Freizeitangebote fehlen in deinem Wohngebiet oder sollte man verbessern?

31. Wie viel freie Zeit hast du normalerweise nach der Schule zur Verfügung ohne Haushalts- und Schulpflichten?

- Ungefähr 2 Stunden Ungefähr 4 Stunden Ungefähr 6 Stunden Mehr als 6 Stunden

32. Wie viel Zeit davon verbringst du täglich mit Freunden?

- Die meiste Zeit Mehr als die Hälfte Weniger als die Hälfte Gar keine

33. Was machst du in deiner Freizeit? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sport treiben | <input type="checkbox"/> Sammeln (Briefmarken, Telefon-, Sammelkarten) |
| <input type="checkbox"/> Basteln, Werken, Malen, Zeichnen | <input type="checkbox"/> Mit Tieren beschäftigen |
| <input type="checkbox"/> Musikschule, Musizieren, Singen | <input type="checkbox"/> Faulenzen |
| <input type="checkbox"/> Mit Freunden/ Freundinnen treffen | <input type="checkbox"/> Lernen für die Schule (zusätzlich zu Hausaufgaben) |
| <input type="checkbox"/> Fernsehen/ Videofilme ansehen | <input type="checkbox"/> Mit Technik (Autos, Eisenbahn etc.) beschäftigen |
| <input type="checkbox"/> Mit dem Computer/ Internet beschäftigen | <input type="checkbox"/> Musik, Radio hören |
| <input type="checkbox"/> Bücher/ Zeitungen/ Zeitschriften lesen | <input type="checkbox"/> Mit dem Handy beschäftigen |
| <input type="checkbox"/> Briefe/ Tagebuch/ Geschichten schreiben | <input type="checkbox"/> Sonstiges (<i>Bitte nennen!</i>) |
-

34. Hast du selbst schon andere Kinder oder Jugendliche ...? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	oft	kam schon vor	nie
gehänselt oder verspottet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geschlagen oder getreten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erpresst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönliche Sachen wie Schulhefte, Schultaschen oder Kleidung zerrissen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Ist dir selbst schon passiert, dass du von anderen Kindern oder Jugendlichen ...? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	oft	kam schon vor	nie
gehänselt oder verspottet wurdest.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geschlagen oder getreten wurdest.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erpresst wurdest.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deine persönlichen Sachen wie Schulhefte, Schultaschen oder Kleidung zerrissen wurden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Wenn du schon einmal von anderen Kindern oder Jugendlichen geschlagen oder getreten wurdest, wo ist das passiert? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- In der Schule
- Auf dem Schulweg
- Im Freien
- In einer Freizeiteinrichtung (z.B. Jugendtreff, Disko)
- Bei mir oder bei einem anderen zu Hause

37. Hast du schon ...?

	noch nie	nur einmal probiert	mache ich ab und zu	mache ich regelmäßig
geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Wie häufig kommt es vor, dass ...? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen!)

	oft	manchmal	nie
du erschöpft bist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dir übel ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du Angst hast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du Allergien (z.B. Heuschnupfen) hast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du Kopfschmerzen hast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du Rückenprobleme hast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du unter Appetitlosigkeit leidest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du Probleme mit der Konzentration hast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du nervös und unruhig bist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Wie schätzt du insgesamt die finanzielle Lage deiner Familie ein?

- Sehr gut Gut Durchschnittlich Nicht gut Überhaupt nicht gut

40. Wie viel Geld hast du in diesem Monat zur Verfügung? (ohne Ersparnisse)

- Bis 5 Euro Bis 20 Euro Bis 40 Euro Über 50 Euro
 Bis 10 Euro Bis 30 Euro Bis 50 Euro

41. Bist du mit dem Geld zufrieden, das du monatlich zur Verfügung hast?

- Zufrieden Teilweise zufrieden Nicht zufrieden

42. Woher bekommst du das Geld? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- Ich bekomme regelmäßig ein festes Taschengeld von meinen Eltern.
 Wenn ich Geld brauche, bekomme ich Geld von meinen Eltern.
 Ich bekomme Geld von anderen Verwandten (Großeltern, Geschwister etc.).
 Ich gehe arbeiten.
 Ich bekomme kein Geld.
 Ich verschaffe mir mein Geld auf andere Weise.

Im Folgenden kommen einige Fragen zu Kinderrechten und wofür du dich stark machst.

43. Es gibt vielerlei Möglichkeiten, wo Kinder und Jugendliche sich mit anderen stark machen können. Im Folgenden möchten wir gerne wissen, in welchen Bereichen du dich bereits beteiligt, bzw. was du gerne machen würdest.

	mache ich/ habe ich gemacht	würde mich interessieren, das zu machen	interessiert mich weniger/ gar nicht
Als Klassensprecher, Schülersprecher oder im Schülerrat mitarbeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit anderen Kindern und Jugendlichen an Entscheidungen der Stadt mitwirken, die mich betreffen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsam mit anderen das Programm im Kinder- und Jugendtreff mitgestalten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiv an der Planung und Gestaltung von Spielplätzen mitwirken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeit in einem Tierschutz- oder Naturschutzverein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeit in einer Organisation, die sich für andere Menschen einsetzt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hast du schon von der UN-Kinderrechtskonvention gehört, in der für alle Kinder und Jugendlichen weltweit Grundrechte festgelegt sind?

- Ja Nein

45. Im Folgenden werden einige der Kinderrechte genannt. Wie sehr wird deiner Meinung nach in Deutschland gegen diese Rechte verstoßen?

	häufig	manchmal	selten	nie
Recht auf gewaltfreie Erziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recht auf Gleichheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recht auf freie Meinungsäußerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz vor Ausbeutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recht auf Spiel und Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recht auf elterliche Fürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recht auf Betreuung bei Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recht auf Bildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recht auf Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend haben wir noch einige allgemeine Fragen zu deiner Person und zu deinen Eltern.

46. Bist du ein ...?

- Mädchen Junge

47. Wie alt bist du?

--	--

 Jahre

48. Wie viele Geschwister hast du?

- Keine 1 2 3 Mehr als 3

49. Wie siehst du dich eher, als Kind oder als Jugendlicher?

- Als Kind Als Jugendlicher Teils/ teils

50. Welchen Schulabschluss möchtest du erreichen?

- Abitur Realschulabschluss Hauptschulabschluss

51. Wie wohnst du?

- In einem Einfamilienhaus
 In einem Mehrfamilienhaus
 In einem Hochhaus/ Wohnblock

52. Meine Mutter ...

- arbeitet
 ist Hausfrau
 ist Rentnerin
 ist seit Kurzem arbeitslos
 ist schon seit Längerem arbeitslos
 ist in Aus-/ Weiterbildung
 Ich habe keine Mutter.

53. Mein Vater ...

- arbeitet
 ist Hausmann
 ist Rentner
 ist seit Kurzem arbeitslos
 ist schon seit Längerem arbeitslos
 ist in Aus-/ Weiterbildung
 Ich habe keinen Vater.

54. Wo ist deine Mutter geboren?

- In Dresden In einem anderen Ort in Sachsen
 In einem anderen Ort in den neuen Bundesländern In den alten Bundesländern
 Im Ausland (*Bitte das Land nennen!*) -----
 Weiß ich nicht

55. Wo ist dein Vater geboren?

- In Dresden In einem anderen Ort in Sachsen
 In einem anderen Ort in den neuen Bundesländern In den alten Bundesländern
 Im Ausland (*Bitte das Land nennen!*) -----
 Weiß ich nicht

56. In welchem Stadtteil von Dresden wohnst du?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altstadt | <input type="checkbox"/> Laubegast |
| <input type="checkbox"/> Friedrichstadt | <input type="checkbox"/> Kleinzschachwitz/ Großzschachwitz |
| <input type="checkbox"/> Johannstadt | <input type="checkbox"/> Reick/ Prohlis/ Niedersedlitz |
| <input type="checkbox"/> äußere Neustadt | <input type="checkbox"/> Lockwitz/ Kauscha |
| <input type="checkbox"/> übrige Neustadt (innere Neustadt) | <input type="checkbox"/> Leubnitz-Neuostra/ Strehlen |
| <input type="checkbox"/> Pieschen | <input type="checkbox"/> Südvorstadt-West/ Südvorstadt-Ost |
| <input type="checkbox"/> Mickten/ Trachau/ Kaditz | <input type="checkbox"/> Räcknitz-Zschertnitz/ Kleinpestitz-Mockritz |
| <input type="checkbox"/> Klotzsche/ Reichenberg | <input type="checkbox"/> Coschütz-Gittersee/ Plauen |
| <input type="checkbox"/> Weixdorf/ Langebrück | <input type="checkbox"/> Cotta/ Löbtau |
| <input type="checkbox"/> Loschwitz | <input type="checkbox"/> Naußlitz/ Altfranken |
| <input type="checkbox"/> Schönfeld-Weißig | <input type="checkbox"/> Gorbitz |
| <input type="checkbox"/> Blasewitz/ Striesen-Ost/ Striesen-West | <input type="checkbox"/> Briesnitz |
| <input type="checkbox"/> Striesen-Süd/ Gruna | <input type="checkbox"/> Cossebaude |
| <input type="checkbox"/> Tolkewitz/ Seidnitz | <input type="checkbox"/> Mobschatz/ Gompitz |
| <input type="checkbox"/> Leuben | |
| <input type="checkbox"/> Ich wohne nicht in Dresden, sondern außerhalb,
und zwar in: | |

(Bitte nennen!)

Vielen Dank für deine Hilfe!

C

--	--	--	--	--

S

--

K

--