

Instrumente zur Evaluation im Förderprogramm AUF!leben

Christin R. Müller

Alexander Wedel

Inhalt

Fragebogen zu AUF!leben (Ziele a bis f)	3
Demografie	4
Zufriedenheit mit AUF!leben.	4
Ziel a	5
Ziel b.....	7
Ziel c	13
Ziel d.....	17
Ziel e.....	20
Ziel f.....	22
Befragung zu AUF!leben (Ziel g)	26
Demografie	27
Zufriedenheit mit AUF!leben	27
Ziel g.....	28
Skalierung zum Fragebogen zu AUF!leben	34
Impressum	35

Fragebogen zu AUF!leben

Hallo,

danke, dass du den Fragebogen zu AUF!leben mitmachst!

Uns interessiert, wie es dir geht und wie du dich fühlst – deshalb gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

Bitte lies die Sätze und kreuze die Antwort an, die für dich stimmt:

				
Heute geht es mir gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 bedeutet, dass ein Satz für dich überhaupt nicht stimmt.

 bedeutet, ein Satz stimmt eher nicht für dich.

 bedeutet, ein Satz stimmt etwas für dich.

 bedeutet, ein Satz stimmt total für dich.

Wenn du eine **Antwort korrigieren** möchtest, fülle bitte den falsch markierten Kasten vollständig aus und kreuze die richtige Antwort an:

				
Heute geht es mir gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Wenn du bei einer Frage nicht sicher bist, kreuze bitte das an, was am besten passt.

Wichtig ist: Der Fragebogen ist freiwillig und wir fragen nirgends nach deinem Namen. Es weiß also niemand, was du persönlich geantwortet hast.

Damit wir die Fragebögen ohne Namen sortieren und vergleichen können, brauchen wir einen Code, den nur du kennst.

Der Code setzt sich so zusammen:

1. Erste 2 Buchstaben des Vornamens deiner Mutter
2. Erste 2 Zahlen des Geburtstags deiner Mutter
3. Erste 2 Zahlen deines eigenen Geburtstags

Beispiel: Wenn deine Mutter **Maria** heißt und am **16.** August Geburtstag hat, und du selbst am **07.** August Geburtstag hast, dann lautet der Code Ma1607.

Zuerst geht es um dich.

Wie alt bist du? Bitte trage eine Zahl ein.

__ __ Jahre

Welches Geschlecht hast du?

- Junge
- Mädchen
- Divers
- Das möchte ich nicht sagen.

Wie wohnst du? Ich wohne...

- ... allein.
- ... mit meiner Familie.
- ... bei einer Pflegefamilie.
- ... im betreuten Wohnen.
- ... in einer Partnerschaft.
- ... in einer Wohngemeinschaft.
- ... in einer Notunterkunft.
- ... in einer anderen Art Zuhause.

Was machst du hauptsächlich? Ich...

- ... gehe zur Kita.
- ... gehe zur Schule.
- ... mache ein Studium.
- ... mache eine Ausbildung.
- ... mache eine Fort- oder Weiterbildung.
- ... mache einen Freiwilligendienst oder Ehrenamt.
- ... bin erwerbstätig.
- ... bin arbeitssuchend zu Hause.
- ... schlage mich durch, z.B. mit Betteln oder mal bei etwas aushelfen.

Jetzt geht es um AUF!leben.

Wie zufrieden bist du insgesamt mit dem Angebot von AUF!leben?

- Überhaupt nicht zufrieden
- Eher nicht zufrieden
- Etwas zufrieden
- Voll und ganz zufrieden

Jetzt haben wir ein paar Fragen dazu, wie es dir geht und wie du dich fühlst.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhole mich schnell davon, wenn mir etwas Schlimmes passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meistens komme ich ohne große Probleme durch schwierige Zeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn etwas schwierig wird, habe ich oft Ideen, wie man es trotzdem schaffen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn etwas gut klappt, dann deshalb, weil ich es gut kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag mich so, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, ich bin nicht leicht kleinzukriegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme die Dinge so wie sie kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich beharre nicht auf Dingen, die ich nicht ändern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, Schwierigkeiten sind ein wichtiger Teil des Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, dass ich aus schwierigen Situationen auch viel lernen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann schwierige Zeiten durchstehen, weil ich weiß, dass ich das früher auch schon geschafft habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn etwas hoffnungslos aussieht, gebe ich trotzdem nicht auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An den meisten Dingen finde ich etwas, worüber ich lachen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme damit klar, wenn mich nicht alle Leute mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir macht es nichts aus, wenn andere eine andere Meinung haben als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lerne gerne neue Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was auch immer passiert, ich kann die gute Seite daran sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Etwas verbessert
... wie gut du mit Schwierigkeiten klarkommst, ohne dass sie dich aus der Bahn werfen?	<input type="checkbox"/>				

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Einige der Menschen um mich herum sind viel ausgeglichener als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es kommt häufiger vor, dass meine Laune sich von Tag zu Tag ändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es kommt oft vor, dass sich meine Laune mehrmals am Tag ändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise bin ich nicht leicht aus der Ruhe zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rege mich nur selten auf, wenn etwas schiefgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin fast immer gleich gut gelaunt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie stark sich deine Laune ändert, auch wenn es nur um Kleinigkeiten geht?	<input type="checkbox"/>				

Jetzt geht es darum, wie es dir in deinem Leben geht.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich glaube, ich habe eine gute Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe klare Ziele in meinem Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Leben ist eigentlich genauso, wie ich es gerne hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann selbst entscheiden, wie ich mein Leben führe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde mich in meinem Leben gut zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Leben habe ich alles im Griff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das was ich täglich mache, mache ich aus einem guten Grund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass andere wichtig finden, was ich so mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du an die letzte Woche denkst. Wie oft warst du...

	Nie	Manchmal	Oft	Immer
... rundum glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gut gelaunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ausgeglichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ängstlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie	Manchmal	Oft	Immer
... voller Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gestresst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... traurig oder niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden bist du, alles in allem, mit...

	Überhaupt nicht zufrieden	Eher nicht zufrieden	Etwas zufrieden	Voll und ganz zufrieden
... deinem Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dir selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... deiner Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... deiner Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... deinen Freunden, Bekannten, Nachbarn und anderen wichtigen Personen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... deiner Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem Geld, das du hast/dem Geld, das für dich da ist, z.B. für Klamotten oder Kino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... deiner Wohnung und Wohngegend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... deiner Kita, deiner Schule, deinem Studium, deiner Ausbildung, deiner Fort- oder Weiterbildung, deinem Freiwilligendienst oder Ehrenamt, deiner Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie es dir in deinem Leben geht?	<input type="checkbox"/>				

Hier geht es um deine Gesundheit.

Wie würdest du deine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?

- Schlecht
- Weniger gut
- Gut
- Sehr gut

Wie ist deine Gesundheit im Vergleich zu anderen in deinem Alter?

- Viel schlechter
- Etwas schlechter
- Etwa gleich
- Etwas besser
- Viel besser

Rauchst du?

Ja Nein

Nimmst du Drogen, z.B. Gras, Betäubungs- oder Aufputschmittel?

Ja Nein

Nun geht es um deine Gesundheit und Ernährung.

Bitte kreuze an, wie oft es bei dir Obst, Gemüse usw. gibt.

	Nie	1–2 Tage pro Woche	3–5 Tage pro Woche	6–7 Tage pro Woche
Obst, z.B. Apfel oder Banane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse, z.B. Gurke oder Paprika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst- oder Gemüsesäfte, z.B. Smoothie oder Apfelsaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten, z.B. Schokolade oder Gummibärchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knabberzeug, z.B. Chips oder Erdnüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Softdrinks, z.B. Cola oder Fanta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energydrinks, z.B. Mate oder Redbull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol, z.B. Bier oder Schnaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuze an, wann es bei dir Obst, Gemüse usw. gibt.

Beispiel: Wenn es bei dir Obst morgens zum Frühstück und abends zum Abendessen gibt, dann kreuze bitte bei Obst „Morgens“ und „Abends“ an.

	Morgens	Mittags	Nachmittags	Abends
Obst, z.B. Apfel oder Banane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse, z.B. Gurke oder Paprika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst- oder Gemüsesäfte, z.B. Smoothie oder Apfelsaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten, z.B. Schokolade oder Gummibärchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knabberzeug, z.B. Chips oder Erdnüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Softdrinks, z.B. Cola oder Fanta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energydrinks, z.B. Mate oder Redbull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol, z.B. Bier oder Schnaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie gesund du dich ernährst?	<input type="checkbox"/>				

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich weiß genau, dass ich mich gesund ernähren kann, wenn ich es nur will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mir vornehme, mich gesund zu ernähren, schaffe ich es.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann auch zu ungesunden Lebensmitteln nein sagen, die wirklich sehr lecker sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mir jemand erklärt, wie gesunde Ernährung geht, dann mache ich das auch eher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme mir fest vor, mich in Zukunft gesund zu ernähren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. Eine gesunde Ernährung ist für mich...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nervig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kompliziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie wichtig es dir ist, dich gesund zu ernähren, auch wenn das manchmal schwer ist?	<input type="checkbox"/>				

Hier geht es um deine Gesundheit und Bewegung.

Bitte kreuze an, wie oft ...

	Nie	1–2 Tage pro Woche	3–5 Tage pro Woche	6–7 Tage pro Woche
... bewegst du dich so, dass du richtig ins Schwitzen kommst oder außer Atem bist, z.B. Rennen, Klettern, Fahrradfahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... machst du Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fährst du mit dem Fahrrad zur Kita, zur Schule, zur Hochschule, zur Ausbildung, zur Fort- oder Weiterbildung, zur Freiwilligendienst- oder Ehrenamtsstelle, zur Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fährst du mit dem Fahrrad zum Einkaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... läufst du zu Fuß zum Einkaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie	1–2 Tage pro Woche	3–5 Tage pro Woche	6–7 Tage pro Woche
... läufst du zu Fuß zur Kita, zur Schule, zur Hochschule, zur Ausbildung, zur Fort- oder Weiterbildung, zur Freiwilligendienst- oder Ehrenamtsstelle, zur Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Stunden bewegst du dich etwa in der Woche? Bitte trage eine Zahl ein.

__ __ Stunden

Wie viel bewegst du dich im Vergleich zu anderen in deinem Alter?

- Viel weniger
- Etwas weniger
- Etwa gleich
- Etwas mehr
- Viel mehr

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie viel du dich bewegst?	<input type="checkbox"/>				

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich bin sicher, dass ich mich beim Sport richtig anstrengen kann, wenn ich es will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mir vornehme, mich viel zu bewegen, mache ich das auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch wenn ich mal richtig faul bin, kann ich mich selbst zum Sport überreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn es geht, dann nehme ich lieber die Treppe statt die Rolltreppe oder den Aufzug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe fest vor, mich in Zukunft viel zu bewegen, z.B. Fahrrad fahren statt Auto oder Bus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. Sport und Bewegung sind für mich...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nervig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie wichtig es dir ist, dich viel zu bewegen, auch wenn das manchmal schwer ist?	<input type="checkbox"/>				

Und jetzt es um deine Gesundheit und deinen Schlaf.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Abends bin ich angenehm müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevor ich mich schlafen lege, mache ich etwas Ruhiges, z.B. lesen oder vom Tag erzählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann abends gut einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe allein in einem Zimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Bett fühle ich mich richtig wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe schöne Träume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts wache ich mehrmals auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgens wache ich zu früh auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich aufwache, fühle ich mich richtig erholt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann gehst du unter der Woche (nicht am Wochenende) schlafen? Bitte trage die Uhrzeit ein.

__ __ Uhr

Wann stehst du unter der Woche (nicht am Wochenende) auf? Bitte trage die Uhrzeit ein.

__ __ Uhr

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie gut du schläfst?	<input type="checkbox"/>				

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Wenn mich jemand daran erinnert rechtzeitig ins Bett zu gehen, dann mache ich das auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde in Zukunft darauf achten, ausreichend zu schlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuze an, wie sehr der folgende Satz stimmt. Ein guter Schlaf ist für mich...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie wichtig es dir ist, gut zu schlafen, auch wenn andere Sachen manchmal spannender sind?	<input type="checkbox"/>				

Und jetzt noch ein paar Fragen dazu, wie deine Gesundheit alles in allem so ist.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich fühle mich körperlich gesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme nicht so leicht außer Atem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag meinen Körper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich fit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann gut durchhalten, z.B. beim Rennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit meinem Körper zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in meiner Haut richtig wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du an die letzte Woche denkst. Wie oft...

	Nie	Manchmal	Oft	Immer
... hast du dich krank gefühlt und konntest nicht zur Kita, zur Schule, zur Hochschule, zur Ausbildung, zur Fort- oder Weiterbildung, zur Freiwilligendienst- oder Ehrenamtsstelle, zur Arbeit gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... warst du müde und schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bist du ungewöhnlich schnell müde geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hattest du Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hattest du Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war dir übel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hattest du keinen Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist dir schwarz vor Augen geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war dir schwindelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hattest du Rückenschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hattest du starkes Herzklopfen oder Herzstiche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war dir plötzlich ganz kalt oder heiß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hast du geweint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie es dir körperlich geht?	<input type="checkbox"/>				

Jetzt geht es darum, wie es dir mit anderen Menschen in deinem Leben geht – in der Kita, in der Schule, im Studium, in der Ausbildung, in der Fort- oder Weiterbildung, im Freiwilligendienst oder Ehrenamt, bei der Arbeit, in der Freizeit und im Freundeskreis.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. In meinem Leben...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... habe ich das Gefühl, gebraucht zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühle ich mich von anderen akzeptiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gibt es Leute, auf die ich mich verlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühle ich mich sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich eine gute Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühle ich mich von anderen geliebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühle ich mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie es dir mit anderen Menschen in deinem Leben geht?	<input type="checkbox"/>				

Hier kommen einige Fragen dazu, wie du mit anderen Menschen klarkommst.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Wenn mich jemand angreift, weiß ich was ich machen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche immer nett zu anderen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere in meine Alter mögen mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Älteren verstehe ich mich besser als mit Leuten in meinem Alter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin gut darin, neue Freunde zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich helfe anderen, wenn sie Hilfe brauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevor ich etwas mache, denke ich erstmal darüber nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann gut verstehen, wie sich andere fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich teile gern mit anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann anderen Tipps geben, ohne alles bestimmen zu wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn sich jemand ehrlich bei mir entschuldigt, ist für mich alles wieder in Ordnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich warten muss, dann warte ich, bis ich dran bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich freue mich zu gewinnen, kann aber auch gut verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann anderen gut erklären, wie ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere ungerecht zu mir sind, sage ich, dass sie aufhören sollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte darauf, dass es anderen gut geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin eingeschnappt, wenn mir jemand sagt, dass ich etwas falsch gemacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte mich an Spielregeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache auch bei Dingen mit, die anders laufen als ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere sich streiten, erinnere ich an die Regeln, wie man gut miteinander umgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich merke, wenn ich etwas falsch gemacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich höre zu, wenn andere etwas erzählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie gut du mit anderen Menschen klarkommst?	<input type="checkbox"/>				

Nun geht es darum, wie du mit deinen Gefühlen umgehst.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Wenn ich aufgeregt bin, kann ich mich gut beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mir etwas wünsche und es nicht sofort bekomme, kann ich warten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich traurig bin, weiß ich, was ich tun muss, damit es mir besser geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich wütend bin, kann ich trotzdem mit anderen sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich zusammenreißen, wenn ich wütend bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Wenn eine Sache langweilig wird, weiß ich, wie ich wieder Spaß daran finden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas Blödes erledigen muss, mache ich meistens erstmal etwas anderes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich sehr viele wichtige Sachen erledigen muss, dann überlege ich oft, wo ich anfangen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich zu zwei Sachen große Lust habe, aber nur eine machen kann, dann kann ich die andere Sache oft nur schwer vergessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sachen, die ich anfangen, mache ich auch immer zu Ende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht ablenken, auch wenn ich mich eigentlich konzentrieren möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn etwas Schlimmes passiert, dauert es sehr lange, bis ich wieder an etwas anderes denken kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich von einer Sache abgelenkt werde, komme ich schnell wieder zum Thema zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Sorgen habe, kann ich an nichts anderes denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mir etwas vornehme, dann lasse ich mich nicht davon ablenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich bei einer Aufgabe nicht weiterkomme, überlege ich nochmal, was eigentlich die Aufgabe war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas schaffen will, dann probiere ich es so lange, bis ich es geschafft habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bemühe mich, immer ruhig zu bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft sind Sachen für mich so schlimm, dass ich sie kaum aushalten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. Wenn ich traurig, wütend oder ängstlich bin ...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... erzähle ich jemandem, wie es mir geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... denke ich über Dinge nach, die mich glücklich machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tue ich etwas, was mir Spaß macht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... denke ich darüber nach, was ich tun kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sage ich mir, dass das Problem nicht so schlimm ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... versuche ich zu vergessen, was mich traurig, wütend oder ängstlich macht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... versuche ich, das Beste daraus zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist das für mich in Ordnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zeige ich das auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie gut du mit deinen Gefühlen umgehen kannst?	<input type="checkbox"/>				

Nun geht es darum, wie es dir mit deinen Freunden geht.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. Ich habe Freunde...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... die mir zuhören, wenn ich mal etwas erzählen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit denen ich über alles reden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die merken, wenn es mir nicht gut geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die mich danach fragen, wenn sie sehen, dass es mir nicht gut geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die meine Probleme verstehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die gut verstehen, wie das mit Corona für mich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die sich dafür interessieren, was ich denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... denen wichtig ist, wie ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die mir helfen, wenn ich Hilfe brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf die ich mich verlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die mir bei Problemen gute Tipps geben können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die mir bei wichtigen Entscheidungen helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die mich so richtig mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die mich auch mal in den Arm nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die mich so mögen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit denen ich Sachen unternehmen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit denen ich viel Spaß haben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit denen ich richtig gerne Zeit verbringe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit denen ich mich entspannen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft triffst du dich nach der Kita, nach der Schule, nach der Hochschule, nach der Ausbildung, nach der Fort- oder Weiterbildung, nach dem Freiwilligendienst oder Ehrenamt, nach der Arbeit mit deinen Freunden?

- Nie
- 1–2 Tage pro Woche
- 3–5 Tage pro Woche
- 6–7 Tage pro Woche

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich würde meine Freunde gerne öfter sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, bei meinen Freunden nicht richtig dazuzugehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, meine Freunde sind gute Freunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie es dir mit deinen Freunden geht?	<input type="checkbox"/>				

Hier geht es darum, wie du lernst, z.B. in der Kita, in der Schule, im Studium, in der Ausbildung, in der Fort- oder Weiterbildung, im Freiwilligendienst oder Ehrenamt, bei der Arbeit oder in der Freizeit.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich überlege zuerst, was ich schon kann und was ich noch nicht kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vergleiche das, was ich schon kann und was ich noch nicht kann mit dem, was ich noch lernen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich setze mir ein eigenes Ziel, was und wie viel ich lernen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas Schwieriges zu lernen habe, beginne ich lieber gleich damit, anstatt es aufzuschieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich überlege mir genau, wie ich am besten beim Lernen vorgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachdem ich mir überlegt habe, wie ich am besten lerne, gehe ich erstmal genauso vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke beim Lernen darüber nach, ob ich anders noch besser lernen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mir während des Lernens auffällt, wie ich besser lernen könnte, dann ändere ich, wie ich lerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich eine Aufgabe habe, denke ich darüber nach, ob ich sie auch richtig verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Schluss überprüfe ich immer, ob ich das, was ich mir vorgenommen habe, auch erreicht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mein Ziel mal nicht erreicht habe, versuche ich alles, um es doch noch zu schaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich überlege mir nach einem Fehler, was ich verändern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere mir sagen, was ich besser machen kann, dann freue ich mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich entschieden habe, wie viel ich lernen will, dann möchte ich das auch schaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich keine Lust habe, eine Aufgabe zu bearbeiten, lasse ich es bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas nicht verstanden habe, dann frage ich auf jeden Fall nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich lerne, dann lasse ich mich nicht so leicht ablenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich lerne, dann versuche ich sehr gründlich zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor einer Prüfung nehme ich mir genug Zeit, um alles noch einmal durchzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. Ich kann ...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... einschätzen, was ich kann und was ich nicht kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir selbst Ziele für mein Lernen setzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... selbst einschätzen, wie weit ich beim Lernen gekommen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... festlegen, was und wie viel ich lernen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir selbst Lust aufs Lernen machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich lange Zeit auf eine Sache konzentrieren, wenn es nötig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... selbst ganz gut erkennen, wie gut ich etwas kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir Hilfe bei anderen suchen, wenn ich das brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... selbst einschätzen, wo und wie ich am besten lernen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gut einschätzen, mit wem ich am besten zusammen lernen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir selbst eine gute Lernumgebung schaffen, z.B. einen ruhigen Arbeitsplatz und genug Pausen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... selbst kontrollieren, ob ich das gelernt habe, was ich lernen wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gut entscheiden, was ich zum Lernen brauche, z.B. Buch oder Arbeitsheft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... selbst einschätzen, was beim Lernen gut gelaufen ist und was nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie gut du lernen kannst, auch wenn das manchmal schwer ist?	<input type="checkbox"/>				

Jetzt geht es darum, wie du beim Lernen vorgehst.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Wenn ich Sachen lerne, überlege ich, wofür mir die Sachen nützlich sein könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas lerne, versuche ich das mit anderen Sachen zu verbinden, die ich schon gelernt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas lerne, stelle ich mir auch Beispiele oder Bilder dazu vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich lerne, lerne ich so viel wie möglich auswendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich lerne, übe ich, indem ich den Stoff immer wieder aufsage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich lerne, schaue ich mir Sachen mehrmals an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas nicht verstehe, dann suche ich etwas, das mir hilft, z.B. Internet, Buch, Heft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas lerne, stelle ich Fragen, damit ich weiß, ob ich alles verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich lerne, überprüfe ich, ob ich mir alles gemerkt habe, z.B. indem ich es einer anderen Person erzähle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich lerne, mache ich Zusammenfassungen zu den wichtigsten Sachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Damit ich mir Sachen gut merken kann, ordne ich sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas lerne, markiere ich mir wichtige Sachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich lerne, spreche ich auch mit anderen darüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich nicht alles mitbekommen habe, frage ich andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas nicht verstehe, frage ich andere um Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche mir einen Platz zum Lernen, an dem ich möglichst wenig gestört werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache beim Lernen immer mal Pausen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lerne zu festen Zeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ordne an meinem Platz zum Lernen alles so an, dass ich es schnell finden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich richte meinen Platz zum Lernen so ein, dass ich mich gerne zum Lernen hinsetze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie du vorgehst, wenn du etwas lernen möchtest?	<input type="checkbox"/>				

Jetzt ein paar Fragen dazu, wie du gerne lernst.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich möchte selbst für mein Lernen verantwortlich sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich strenge mich auch dann an, wenn mich das Thema nicht interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch schwierige und große Themen will ich auf jeden Fall schaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal gebe ich einfach auf, wenn es beim Lernen schwierig wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es macht mir Spaß, neue Sachen zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist es wichtig, viel zu wissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich anfangs eine Sache zu lernen, dann will ich das auch zu Ende machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas noch nicht kann, dann übe ich mit Geduld und Ausdauer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie gerne du lernst?	<input type="checkbox"/>				

Nun geht es um die Sachen, die viele Menschen jeden Tag oder immer wieder zur gleichen Zeit machen, z.B. Zähne putzen oder Sport machen. Wie ist das bei dir?

Hast du vor dem Angebot von AUF!leben bestimmte Sachen immer zur gleichen Zeit gemacht, z.B. Aufstehen, Frühstück, Abendessen, Zubettgehen?

- Ja Nein

Machst du **jetzt** bestimmte Sachen immer zur gleichen Zeit, z.B. Aufstehen, Frühstücken, Abendessen, Zubettgehen?

Ja Nein

Bitte kreuze alle Sachen an, die du zu Hause **jeden Tag oder immer wieder zur gleichen Zeit** machst.

Beispiel: Wenn du dich vor dem Angebot morgens **jeden Tag** fertig gemacht hast, kreuze „Vor dem Angebot“ an. Wenn du das jetzt **jeden Tag** machst, dann kreuze „Jetzt“ an. Wenn beides stimmt, dann kreuze beides an. Wenn keins von beidem stimmt, dann kreuze keins von beidem an.

	Vor dem Angebot	Jetzt
Morgens fertig machen, z.B. Anzihsachen aussuchen, Anziehen, Zähne putzen, Frühstücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufen und Erledigungen, z.B. Supermarkt, Post, Schreibwarenladen, Spätshop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen vorbereiten, z.B. Brot schmieren, Banane schälen, Kochen oder Backen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen mit der Familie, z.B. Frühstück oder Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushalt machen, z.B. Bett machen, Geschirrspüler einräumen, Zimmer aufräumen, Müll rausbringen, Tisch decken, Wäsche waschen, um Haustier kümmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körper pflegen, z.B. Waschen, Duschen, Haare kämmen oder Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit allein verbringen, z.B. im eigenen Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit mit der Familie verbringen, z.B. Erzählen, wie der Tag war, Spiele spielen, Geburtstagsfeiern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Hause „Hallo“ und „Tschüss“ sagen, z.B. beim Nachhausekommen, beim ins Zimmer gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abends fertig machen, z.B. Zähne putzen, Schlafanzug anziehen, Wecker stellen, Lesen, Gutenachtkuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuze alle Sachen an, die du in der Freizeit **jeden Tag oder immer wieder zur gleichen Zeit** machst.

	Vor dem Angebot	Jetzt
Spiele spielen, z.B. Computer- oder Videospiele, Puzzles, Brettspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filme oder Serien gucken, z.B. bei YouTube, Netflix, im Fernsehen, DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen, z.B. Bücher, Zeitschriften, Comics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobbys zu Hause, z.B. Malen, Basteln, Musik hören, Instrument spielen, Sammeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobbys im Verein oder Kurs, z.B. Fußball, Karate, Tanzen, Reiten, Schwimmen, Turnen, Musik, Kunst, Computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere online treffen, z.B. per WhatsApp, Skype, Smartphone oder Computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere offline treffen, z.B. im Park, im Hof, zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausflüge oder Unternehmungen, z.B. ins Kino, ins Restaurant oder in den Park gehen, Shopping im Einkaufszentrum, Besuch in der Bücherei, Übernachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Vor dem Angebot	Jetzt
Ausflüge draußen oder in die Natur, z.B. Wanderungen, Fahrradfahren, Rollschuhfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veranstaltungen, z.B. Konzerte, Sportveranstaltungen, Aufführungen, Feste oder Paraden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuze alle Sachen an, die du sonst so jeden Tag oder immer wieder zur gleichen Zeit machst.

	Vor dem Angebot	Jetzt
Sachen für die Kita, die Schule, die Hochschule, die Ausbildung, die Fort- oder Weiterbildung, den Freiwilligendienst oder das Ehrenamt, die Arbeit, den Tag packen, z.B. Pausenbrot, Stifte, Spielzeug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sachen für die Schule, das Studium, die Ausbildung, die Fort- oder Weiterbildung, den Freiwilligendienst oder das Ehrenamt, die Arbeit, die Arbeitssuche machen, z.B. Hausaufgaben, Lesen, Üben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hingehen zur Kita, zur Schule, zur Hochschule, zur Ausbildung, zur Fort- oder Weiterbildung, zur Freiwilligendienst- oder Ehrenamtsstelle, zur Arbeit, z.B. zu Fuß, mit dem Fahrrad, mit dem Roller oder mit Bus oder Bahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausflüge und Veranstaltungen, z.B. Feste, Konzerte oder Aufführungen, Museumsbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGs oder Clubs in der Kita, in der Schule, in der Hochschule, in der Ausbildung, bei der Fort- oder Weiterbildung, im Freiwilligendienst oder Ehrenamt, bei der Arbeit, z.B. Sport, Musik, Gremien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie deine Tage normalerweise aussehen?	<input type="checkbox"/>				

Nun geht es um die Coronaschließungen. Da hatten viele das Gefühl, den Anschluss an Kita, Schule, Studium, Ausbildung, Fort- oder Weiterbildung, Freiwilligendienst oder Ehrenamt, Arbeit, Freunde und Freizeit zu verlieren. Wie war das bei dir und wie ist das jetzt bei dir?

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. Ich hatte während der Coronaschließungen das Gefühl, den Anschluss an...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... die Kita, die Schule, das Studium, die Ausbildung, die Fort- oder Weiterbildung, den Freiwilligendienst oder das Ehrenamt, die Arbeit zu verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Freizeitaktivitäten zu verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Freunde, Bekannten, Nachbarn oder anderen wichtigen Personen zu verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. Ich habe jetzt das Gefühl, Anschluss an...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... die Kita, die Schule, das Studium, die Ausbildung, die Fort- oder Weiterbildung, den Freiwilligendienst oder das Ehrenamt, die Arbeit zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Freizeitaktivitäten zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Freunde, Bekannten, Nachbarn oder anderen wichtigen Personen zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt kommen ein paar Fragen dazu, wie du dich in der Kita, in der Schule, im Studium, in der Ausbildung, in der Fort- oder Weiterbildung, im Freiwilligendienst oder Ehrenamt, bei der Arbeit fühlst.

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich fühle mich wie ein Teil meiner Kita, Schule, Hochschule, Berufsschule (und meines Betriebs), Fort- oder Weiterbildung, Freiwilligendienst- oder Ehrenamtsstelle, Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich strenge mich bei Aufgaben in der Kita, in der Schule, im Studium, in der Ausbildung, in der Fort- oder Weiterbildung, im Freiwilligendienst oder Ehrenamt, bei der Arbeit an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin gerne in der Kita, in der Schule, in der Hochschule, in der Berufsschule (und im Betrieb), bei der Fort- oder Weiterbildung, in der Freiwilligendienst- oder Ehrenamtsstelle, bei der Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich langweile mich oft in der Kita, in der Schule, in der Hochschule, in der Berufsschule (und im Betrieb), bei der Fort- oder Weiterbildung, in der Freiwilligendienst- oder Ehrenamtsstelle, bei der Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde in der Kita gelobt./Ich bin gut in der Schule, im Studium, in der Ausbildung, in der Fort- oder Weiterbildung, im Freiwilligendienst oder Ehrenamt, bei der Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in meiner Kita, Schule, Hochschule, Berufsschule (und im Betrieb), Fort- oder Weiterbildung, Freiwilligendienst- oder Ehrenamtsstelle, Arbeitsstelle sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich mit den anderen in der Kita, Schule, Hochschule, Berufsschule (und im Betrieb), Fort- oder Weiterbildung, Freiwilligendienst- oder Ehrenamtsstelle, Arbeitsstelle zusammengehöre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Meine Erzieher:innen, Lehrer:innen, Dozent:innen, Ausbilder:innen, Dozent:innen, Kolleg:innen, Kolleg:innen kümmern sich um mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag die meisten der Erzieher:innen, Lehrer:innen, Dozent:innen, Ausbilder:innen, Dozent:innen, Kolleg:innen, Kolleg:innen in meiner Kita, Schule, Hochschule, Berufsschule (und im Betrieb), Fort- oder Weiterbildung, Freiwilligendienst- oder Ehrenamtsstelle, Arbeitsstelle.- oder Ehrenamtsstelle, Arbeitsstelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist mir wichtig, was meine Erzieher:innen, Lehrer:innen, Dozent:innen, Ausbilder:innen, Dozent:innen, Kolleg:innen, Kolleg:innen von mir denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie du dich in der Kita, in der Schule, im Studium, in der Ausbildung, in der Fort- oder Weiterbildung, im Freiwilligendienst oder Ehrenamt, bei der Arbeit fühlst?	<input type="checkbox"/>				

Bitte kreuze an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich habe das Gefühl, dass ich den Menschen, die mir wichtig sind, auch wichtig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich mit den Menschen verbunden, die mir wichtig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ausgeschlossen von den Leuten, zu denen ich dazugehören möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, die meisten Leute, mit denen ich Zeit verbringe, mögen mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass die Beziehungen, die ich habe, nur oberflächlich sind [ab 16 Jahren].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, nirgendwo so richtig dazuzugehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich allein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Leute, mit denen ich Zeit verbringen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne Leute, mit denen ich mich richtig gut verstehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Leute, denen ich voll und ganz vertraue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Zeit mit meinen Freunden zu verbringen ist das Schönste an meinem Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Freunde und ich sprechen über Dinge, die uns wichtig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich streite oft mit meinen Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne Menschen, die für mich da sind, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Menschen, die mich trösten, wenn es mir schlecht geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die mir Mut machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich ausweinen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde, die mich auch einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinen Interessen und Hobbys stehe ich ganz allein da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denkst. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie es dir mit den Menschen in deinem Leben geht?	<input type="checkbox"/>				

Danke fürs Mitmachen!

Befragung zu AUF!leben

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie an der Befragung zu AUF!leben teilnehmen!

Die Befragung beinhaltet Fragen dazu, wie Sie Kinder und Jugendliche begleiten, und wie Sie deren psychosoziale Herausforderungen einschätzen und aufgreifen – daher gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

Bitte lesen Sie die Sätze und klicken Sie die Antwort an, die für Sie stimmt:

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich kann erkennen, wenn ein Kind glücklich ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie eine **Antwort korrigieren** möchten, klicken Sie einfach eine andere Antwort an:

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
Ich kann erkennen, wenn ein Kind glücklich ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Wenn Sie bei einer Frage nicht sicher sind, kreuzen Sie bitte das an, was am besten passt.

Wichtig ist: Die Befragung ist freiwillig und wir fragen nirgends nach Ihrem Namen. Es weiß also niemand, was Sie persönlich geantwortet haben.

Damit wir die Befragung ohne Namen sortieren und vergleichen können, brauchen wir einen Code, den nur Sie kennen.

Der Code setzt sich so zusammen:

1. Erste 2 Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter
2. Erste 2 Zahlen des Geburtstags Ihrer Mutter
3. Erste 2 Zahlen Ihres eigenen Geburtstags

Beispiel: Wenn Ihre Mutter **M**elissa heißt und am **16.** August Geburtstag hat, und Sie selbst am **07.** August Geburtstag haben, dann lautet der Code Me1607.

Zuerst geht es um Sie.

Wie alt sind Sie? Bitte tragen Sie eine Zahl ein.

__ __ Jahre

Welches Geschlecht haben Sie?

- Männlich
- Weiblich
- Divers
- Dazu möchte ich keine Angabe machen.

Wie wohnen Sie? Ich wohne...

- ... allein.
- ... mit meiner Familie.
- ... bei einer Pflegefamilie.
- ... im betreuten Wohnen.
- ... in einer Partnerschaft.
- ... in einer Wohngemeinschaft.
- ... in einer Notunterkunft.
- ... in einer anderen Art Zuhause.

Was machen Sie hauptsächlich? Ich...

- ... gehe zur Schule.
- ... mache ein Studium.
- ... mache eine Ausbildung.
- ... mache eine Fort- oder Weiterbildung.
- ... mache einen Freiwilligendienst oder Ehrenamt.
- ... bin erwerbstätig.
- ... bin arbeitssuchend zu Hause.
- ... schlage mich durch, z.B. mit Betteln oder mal bei etwas aushelfen.

Jetzt geht es um AUF!leben.

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Angebot von AUF!leben?

- Überhaupt nicht zufrieden
- Eher nicht zufrieden
- Etwas zufrieden
- Voll und ganz zufrieden

Jetzt haben wir ein paar Fragen dazu, wie Sie die psychosozialen Herausforderungen von Kindern und Jugendlichen einschätzen. Dazu gehört nicht nur die Anwendung standardisierter Tests, sondern auch Überlegungen, Beobachtungen oder kleine Gespräche, mit denen man etwas über die Lage oder die Lern- und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen herausfindet.

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. Ich weiß, wie ich einschätzen kann, ...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... ob jemand zu Hause Gewalt erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand zu Hause emotional vernachlässigt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand zu Hause körperlich vernachlässigt wird, z.B. keine saubere Kleidung oder nicht ausreichend zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand zu Hause in Armut lebt, z.B. kein Geld für Ausflüge oder Lernmaterial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn jemand zu Hause keine ausreichende Unterstützung beim Lernen hat, z.B. Vorlesen oder Erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn jemand zu Hause keinen geregelten Alltag hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand Probleme mit Freunden oder Bekannten hat, z.B. Mobbing, Diskriminierung, Gewalt oder Ausgrenzung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand selbständig lernen kann, z.B. Lernziele setzen und Lernmethoden auswählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand eine Lernschwierigkeit hat, z.B. ADHS, LRS, Dyskalkulie, Prüfungsangst oder Hochbegabung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand eine ausreichende Lernleistung zeigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand Probleme mit der Lernmotivation hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand ausreichende sozial-emotionale Kompetenzen hat, z.B. Kooperations- und Konfliktfähigkeit, Emotionsregulationsfähigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand altersgerechte motorische Fähigkeiten hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand Probleme mit dem Selbstwert hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand einfach nur „down“ oder eher depressiv ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand einfach nervös oder eher übermäßig ängstlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand einfach gerne mal allein ist oder sich sozial übermäßig zurückzieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob körperliche Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen, Bettnässen oder Schlafstörungen eher körperlich oder psychosomatisch bedingt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand sich absichtlich selbst verletzt, z.B. Ritzen oder Nahrungsverweigerung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand eine Essstörung wie Bulimie oder Adipositas hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... wenn jemand delinquent ist, z.B. Substanzmissbrauch, Sachbeschädigung oder Diebstahl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn jemand übermäßig aggressiv ist, z.B. Gewalt oder Manipulation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn jemand übermäßig vermeidend ist, z.B. Schwänzen oder Weglaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob jemand übermäßig trotzig ist, z.B. Wutausbrüche, Regelverstöße, Zuspätkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denken. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie viel Sie darüber wissen, wie man psychosoziale Herausforderungen von Kindern und Jugendlichen einschätzen kann?	<input type="checkbox"/>				

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. Ich kann ...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... entscheiden, ob Lern- und Verhaltensschwierigkeiten eher auf die Kinder und Jugendlichen oder eher auf deren Umwelt zurückzuführen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... entscheiden, was ich mit einer Diagnostik erreichen möchte, z.B. Hilfsmittel beantragen oder Förderung planen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich beim Diagnostizieren auf eine Lern- oder Verhaltensschwierigkeit konzentrieren, auch wenn mehrere wahrscheinlich sind, z.B. ADHS und Hochbegabung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es begründen, wenn ich mich beim Diagnostizieren auf eine Lern- oder Verhaltensschwierigkeit konzentriere, z.B. mithilfe von Diagnoseaufwand oder Folgerisiken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bestehende Informationen über die möglichen Lern- oder Verhaltensschwierigkeiten so zusammentragen, dass ich sie in die Diagnose einbeziehen kann, z.B. Diagnosekriterien, Diagnoseverfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Lage und die Lern- oder Verhaltensschwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen erfassen, z.B. mit Gesprächen, Beobachtungsbögen oder Tests.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... feststellen, wenn sich die Lage oder die Lern- oder Verhaltensschwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen verändern, z.B. mithilfe von Gesprächen, Beobachtungsbögen oder Tests.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angebote für Kinder und Jugendliche so gestalten, dass ich darin auch diagnostische Informationen sammeln kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beurteilen, welche Informationen über Kinder und Jugendliche diagnostisch relevant sind und welche nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... abschätzen, wie sich die Lage und die Lern- oder Verhaltensschwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen in Zukunft entwickeln werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... aus Informationen über einzelne Kinder und Jugendliche Annahmen über deren Lage, Lern- und Verhaltensschwierigkeiten ableiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kritisch hinterfragen, wie andere Personen einzelne Kinder und Jugendliche einschätzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit anderen Personen abstimmen, welche Diagnose die passende für ein Kind bzw. eine:n Jugendliche:n ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... anderen Personen erklären, wie ich beim Diagnostizieren vorgegangen bin und was dabei herausgekommen ist, z.B. Kindern, Eltern, Kolleginnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Kindern und Jugendlichen Feedback geben, das ihnen dabei hilft, sich selbst besser zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Förder- oder Unterstützungsangebote für „schwierige“ Kinder und Jugendliche planen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einschätzen, bei welchen Kindern und Jugendlichen ich jemand anderes hinzuziehen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einschätzen, welche Fälle so interessant sind, dass andere Personen davon erfahren sollten, z.B. um für eigene Fälle daraus zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denken. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie gut Sie psychosoziale Herausforderungen von Kindern und Jugendlichen einschätzen können?	<input type="checkbox"/>				

Jetzt geht es darum, wie Sie die Lern- und Verhaltensschwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen aufgreifen bzw. wie Sie damit umgehen. Dazu gehört z.B., Förder- und Unterstützungsangebote zu planen und durchzuführen, sich mit anderen zu beraten oder an Fachstellen zu verweisen.

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. Ich weiß, wie ich damit umgehen kann, wenn ...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... jemand zu Hause Gewalt erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand zu Hause emotional vernachlässigt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand zu Hause körperlich vernachlässigt wird, z.B. keine saubere Kleidung oder nicht ausreichend zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand zu Hause in Armut lebt, z.B. kein Geld für Ausflüge oder Lernmaterial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand zu Hause keine ausreichende Unterstützung beim Lernen hat, z.B. Vorlesen oder Erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand zu Hause keinen geregelten Alltag hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand Probleme mit Freunden oder Bekannten hat, z.B. Mobbing, Diskriminierung, Gewalt oder Ausgrenzung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand nicht selbständig lernen kann, z.B. Lernziele setzen und Lernmethoden auswählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand eine Lernschwierigkeit hat, z.B. ADHS, LRS, Dyskalkulie, Prüfungsangst oder Hochbegabung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand keine ausreichende Lernleistung zeigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand Probleme mit der Lernmotivation hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand keine ausreichenden sozial-emotionalen Kompetenzen hat, z.B. Kooperations- und Konfliktfähigkeit, Emotionsregulationsfähigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand nicht die altersgerechten motorischen Fähigkeiten hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand Probleme mit dem Selbstwert hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand depressiv ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand übermäßig ängstlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich jemand sozial übermäßig zurückzieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... körperliche Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen, Bettnässen oder Schlafstörungen hat, die psychosomatisch bedingt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand sich absichtlich selbst verletzt, z.B. Ritzen oder Nahrungsverweigerung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand eine Essstörung wie Bulimie oder Adipositas hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand delinquent ist, z.B. Substanzmissbrauch, Sachbeschädigung oder Diebstahl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand übermäßig aggressiv ist, z.B. Gewalt oder Manipulation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... jemand übermäßig vermeidend ist, z.B. Schwänzen oder Weglaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand übermäßig trotzig ist, z.B. Wutausbrüche, Regelverstöße, Zuspätkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denken. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie viel Sie darüber wissen, wie man mit psychosozialen Herausforderungen von Kindern und Jugendlichen umgehen kann?	<input type="checkbox"/>				

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die folgenden Sätze stimmen. Ich kann ...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... aus mehreren Förder- oder Unterstützungsangeboten für bestimmte Lern- und Verhaltensschwierigkeiten dasjenige auswählen, das am besten helfen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Förder- oder Unterstützungsangebote so anpassen, dass sie den jeweiligen Kindern bzw. Jugendlichen bestmöglich helfen, z.B. Dauer, Thema oder Methoden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ein Förder- oder Unterstützungsangebot durchführen, auch wenn ich es selbst nicht entwickelt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Förder- oder Unterstützungsangebote auch mit Kindern und Jugendlichen durchführen, die von anderen Kolleg:innen als schwierig beschrieben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mögliche Störungen während Förder- oder Unterstützungsangeboten vorbeugen, z.B. Verhaltensregeln festlegen oder Vereinbarungen treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Kinder und Jugendliche gut beraten, wenn sie mit einem Anliegen zu mir kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Eltern gut beraten, wenn sie sich Sorgen um die Entwicklung ihres Kindes machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf unvorhergesehene Vorkommnisse in Förder- oder Unterstützungsangeboten so eingehen, dass sie trotzdem erfolgreich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... abschätzen, welche positiven wie auch negativen Folgen bestimmte Förder- oder Unterstützungsangebote für ein Kind bzw. ein:e Jugendliche:n haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz
... überprüfen, ob ein Förder- oder Unterstützungsangebot erfolgreich war oder nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einschätzen, ob ein Kind oder ein:e Jugendliche:r die notwendigen Voraussetzungen für bestimmte Förder- oder Unterstützungsangebote mitbringt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Kindern, Eltern und Kolleg:innen Rückmeldung geben, wie ein Förder- oder Unterstützungsangebot verlaufen ist, z.B. Erfolge, Misserfolge, Wendepunkte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie nochmal an die Zeit vor dem Angebot von AUF!leben denken. Wie hat es sich seitdem verändert...

	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert
... wie gut Sie mit psychosozialen Herausforderungen von Kindern und Jugendlichen umgehen können?	<input type="checkbox"/>				

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Skalierung zum Fragebogen zu AUF!leben

Skalierung für die Vorher-Befragung

Jüngere				
Ältere	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz

Anmerkung. Jüngere sind Kinder bis 10 Jahre und Ältere Kinder und Erwachsene ab 11 Jahren.

Skalierung für die Nachher- und die Retrospektiv-Befragung

Jüngere				
Ältere	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll und ganz

Anmerkung. Jüngere sind Kinder bis 10 Jahre und Ältere Kinder und Erwachsene ab 11 Jahren.

Skalierung für die Veränderungsmessung in der Retrospektiv-Befragung

Jüngere					
Ältere	Stark verschlechtert	Etwas verschlechtert	Genau gleich	Etwas verbessert	Stark verbessert

Anmerkung. Jüngere sind Kinder bis 10 Jahre und Ältere Kinder und Erwachsene ab 11 Jahren.

Impressum

Herausgeberin

Deutsche Kinder- und Jugendstiftung GmbH (DKJS)
Tempelhofer Ufer 11
10963 Berlin
www.dkjs.de
www.auf-leben.org

Autor:innen

Dr.in Christin R. Müller
Dr. Alexander Wedel

Zitationshinweis

Deutsche Kinder- und Jugendstiftung (2021). Instrumente zur Evaluation im Förderprogramm AUF!leben. DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/MT2GU>

Kontakt

evaluation@dkjs.de

Lizenz



Bei Verwendung der Instrumente sind folgende Bestimmungen zu beachten.
Die Namen der ursprünglichen Urheber:innen müssen genannt werden (siehe Zitationshinweis).
Die Weiterverwendung der Instrumente darf nur nicht-kommerziellen Zwecken dienen.
Bei einer Bearbeitung der Instrumente muss das neu entstandene Werk unter denselben Bedingungen veröffentlicht werden wie das ursprüngliche Werk, d.h. CC BY NC SA.