

An die Ausbildungsleitungen
unserer Mitgliedsbetriebe

11.03.2008
VI/Ru

Tel.: 0711 7682-147
Fax: 0711 7682-210
E-Mail: ruocco@suedwestmetall.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes hat Südwestmetall das Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) Mannheim mit einer langfristigen Begleitforschung zu den Projekten Berufsvorbereitung in Kooperationsklassen (BiK), Grundausbildungslehrgang Metall (GL Metall) und Verbundausbildung Metall und Elektro (VME) beauftragt. Alle Angebote sind Teil unserer Ausbildungs- und Qualifizierungsinitiative START 2000 Plus. In Kooperation mit dem ZEW und dem durchführenden Bildungsträger BBQ Berufliche Bildung gGmbH werden über drei Jahre die Effekte auf die Erwerbsfähigkeit der Jugendlichen untersucht. Wir erhoffen uns davon wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die Wirksamkeit unserer Maßnahmen.

Dazu brauchen wir Ihre Unterstützung. Die Projektleitungen von BBQ werden in regelmäßigen Abständen die TeilnehmerInnen bitten, einen Multiple-Choice-Fragebogen auszufüllen. Eine Zuordnung zu einzelnen TeilnehmerInnen, Ausbildern oder Unternehmen wird auf Grund der garantierten Anonymisierung ausgeschlossen.

Im Mittelpunkt der Untersuchung steht die Bedeutung der Vermittlung nicht-kognitiver Kompetenzen wie Zielorientierung, Durchhaltevermögen, Motivation und Lernbereitschaft. Die Forschungsergebnisse werden mit Ergebnissen führender europäischer Forschungseinrichtungen sowie der Forschergruppe um den Nobelpreisträger James Heckman zusammengeführt. Der Forschungsverbund beschäftigt sich mit dem Erwerb nicht-kognitiver Fähigkeiten und den damit verbundenen ökonomischen Konsequenzen.

Wir danken Ihnen vorab für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen



Stefan Küpper
Geschäftsführer

GL

Personennummer

<Teilnehmer_BA_Teilnehmernummer>

Schul-/ Unternehmensnummer

<Teilnehmer_BA_Firmennummer>

Datum des Ausdrucks

16.04.2008

→ Befragung innerhalb weniger Tage

Die Fragen in diesem Teil beziehen sich auf Ihre Freizeit. Damit ist die Zeit gemeint, die Sie nicht in der Schule/ Ausbildung verbringen.

1. Sind Sie Mitglied in einem Sportverein?

Ja

Nein

2. Machen Sie Musik, spielen Sie ein Instrument oder singen Sie in einem Chor?

Ja

Nein

3. Sind Sie als Trainer in einem Verein tätig oder unterstützen Sie fremde Familien oder ältere Menschen ohne Bezahlung?

Ja

Nein

4. Besuchen Sie Kirchen oder Moscheen?

Ja

Nein

5. Haben Sie einen Nebenjob, mit dem Sie Geld verdienen?

Ja

Nein

6. Wie viel Geld haben Sie im Monat?

Euro

Denken Sie jetzt bitte an ein normales Wochenende (Freitagabend – Sonntag).

7. Wie viele Stunden verbringen Sie ungefähr mit folgenden Beschäftigungen?

	0 Stunden	1-2 Stunden	3-5 Stunden	mehr als 5 Stunden
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfach nichts tun/ abhängen/ träumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Internet surfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Haushalt helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden/ Clique treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit fester Freundin/ festem Freund treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disco/ Kneipe besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ins Kino gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Theater, Museum, Ausstellungen besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernen für die Schule/ Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der folgende Teil bezieht sich auf Ihre Einstellungen und Ihre Persönlichkeit.

8. Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Aussagen spontan an, wie sehr sie für Sie persönlich zutrifft.

Die Skala reicht von 1 (trifft gar nicht zu) bis 7 (trifft voll zu).

	trifft gar nicht zu					trifft voll zu	
	1	2	3	4	5	6	7
Es fällt mir leicht, Versuchungen zu widerstehen.	<input type="checkbox"/>						
Es fällt mir schwer, schlechte Gewohnheiten aufzugeben.	<input type="checkbox"/>						
Ich bin faul.	<input type="checkbox"/>						
Mir passiert es oft, dass ich etwas nicht Passendes sage.	<input type="checkbox"/>						

	trifft gar nicht zu					trifft voll zu	
	1	2	3	4	5	6	7
Wenn es Spaß macht, tue ich auch Dinge, die mir im Grunde nicht gut tun.	<input type="checkbox"/>						
Ungesunde Dinge lehne ich ab.	<input type="checkbox"/>						
Ich würde mich freuen, wenn ich mich besser selbst kontrollieren könnte.	<input type="checkbox"/>						
Bekannte sagen, ich habe eine gute Selbstdisziplin.	<input type="checkbox"/>						
Vergnügungen halten mich manchmal von der Arbeit ab.	<input type="checkbox"/>						
Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>						
Ich arbeite stets auf ein Ziel hin.	<input type="checkbox"/>						
Manchmal kann ich mich einfach nicht beherrschen etwas zu tun, auch wenn ich weiß, dass es nicht gut ist.	<input type="checkbox"/>						
Oft handle ich, ohne zu überlegen.	<input type="checkbox"/>						

9. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?

Die Skala reicht von 0 (ganz unzufrieden) bis 10 (ganz zufrieden).

ganz unzufrieden											ganz zufrieden
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

10. Die folgenden Aussagen kennzeichnen verschiedene Einstellungen zum Leben und zur Zukunft. Bitte sagen Sie uns, inwieweit Sie jeweils zustimmen.

Die Skala reicht von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll zu).

	stimme überhaupt nicht zu				stimme voll zu		
	1	2	3	4	5	6	7
Wie mein Leben verläuft, hängt von mir selbst ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Vergleich mit anderen habe ich nicht das erreicht, was ich verdient hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was man im Leben erreicht, ist in erster Linie eine Frage von Schicksal und Glück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein Leben bestimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme überhaupt nicht zu					stimme voll zu	
	1	2	3	4	5	6	7
Erfolg muss man sich hart erarbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich im Leben auf Schwierigkeiten stoße, zweifle ich oft an meinen Fähigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Möglichkeiten ich im Leben habe, wird von den Umständen bestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wichtiger als alle Anstrengungen sind die Fähigkeiten, die man mitbringt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die in meinem Leben passieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man sich sozial oder politisch engagiert, kann man die sozialen Verhältnisse beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Welche der folgenden Sachen haben Sie in den letzten 12 Monaten genommen?

	nie	selten	jeden Monat	jede Woche	täglich
Zigaretten	<input type="checkbox"/>				
Alkohol	<input type="checkbox"/>				
Cannabis, Marihuana, Gras	<input type="checkbox"/>				
Schnüffelstoffe, Naturdrogen, Chemische Drogen, Kokain, Heroin, Ecstasy	<input type="checkbox"/>				

12. Sind Sie jemals straffällig gewesen?

Ja

Nein → weiter zu Frage 14

13. Wenn ja, warum?
(Mehrfachnennung möglich)

- Gewalt
- Drogen
- Diebstahl
- Verkehrsdelikt
- Sonstiges

Der nächste Teil der Fragen bezieht sich auf Ihre Ausbildung und Ihre Pläne für die berufliche Zukunft.

14. Welche Noten haben Sie in Ihrem Schulabschluss-Zeugnis in den folgenden Fächern:

	Schulnote	weiß nicht	wird nicht benotet	abgewählt
Mathematik	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deutsch	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Englisch	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Haben Sie schon an einem der folgenden Angebote bereits vor der aktuellen Begleitung von BBQ teilgenommen?

Sagen Sie uns bitte für jedes Angebot, ob Sie daran teilgenommen haben und, wenn ja, zu welchem Zeitpunkt das Angebot beendet war. Das aktuelle Angebot, in dem Sie sich gerade befinden, zählen Sie bitte nicht mit!

Angebote	Teilnahme			→	Wenn ja: Endzeitpunkt:	
	Weiß nicht	Nein	Ja		Monat	Jahr
Berufswahlkompass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BiK (Berufsvorbereitung in Kooperationsklassen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GL Metall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>

16. Wissen Sie, welchen Beruf Sie ergreifen möchten?

Nein, ist noch offen

Ja, mit einiger Sicherheit

Ja, mit großer Sicherheit

17. Möchten Sie einen Beruf im Metall/ Elektro Bereich ergreifen?

sicher nicht

vielleicht

wahrscheinlich

sicher

18. Welche Personen haben Sie zu der Teilnahme an dem Angebot motiviert?
(Mehrfachnennungen möglich)

Sie selbst

Freunde/Bekannte

Ihre Eltern

Andere Person

Lehrer

BBQ-Mitarbeiter

Berufsberater

Keine Person

Ausbilder

Weiß nicht

Im folgenden Teil möchten wir gerne mehr darüber erfahren, in welcher familiären und sozialen Umgebung Sie aufgewachsen sind.

19. In welchem Land sind Sie geboren?

In Deutschland

In einem anderen Land, und zwar
in

20. Haben Sie einen Kindergarten besucht?

(Mehrfachnennungen möglich)

Nein

Ja, in Deutschland

Ja, in einem
anderen Land

Weiß nicht

21. Wo haben Sie die Grundschule (1. bis 4. Klasse) besucht?

(Mehrfachnennungen möglich)

In Deutschland

In einem anderen
Land

22. Wie gut können Sie die deutsche Sprache?

	gar nicht	eher schlecht	es geht	gut	sehr gut
verstehen	<input type="checkbox"/>				
lesen	<input type="checkbox"/>				
sprechen	<input type="checkbox"/>				
schreiben	<input type="checkbox"/>				

23. Woher kommt Ihre Familie (Herkunftsland/ Aussiedlungsgebiet)?

Denken Sie dabei auch an Ihre Großeltern.

(Mehrfachnennung möglich)

Aus Deutschland → wenn nur hier ein Kreuz, weiter zu Frage 28

Nicht aus Deutschland, sondern aus

Weiß nicht

24. Sprechen Sie in Ihrer Familie...

- nur Deutsch
- überwiegend Deutsch
- teils – teils
- überwiegend die Sprache Ihres Herkunftslands/ Aussiedlungsgebiets
- nur die Sprache Ihres Herkunftslands/ Aussiedlungsgebiets

25. Wie gut können Sie die Sprache des Herkunftslands/ Aussiedlungsgebiets Ihrer Familie?

	gar nicht	eher schlecht	es geht	gut	sehr gut
verstehen	<input type="checkbox"/>				
lesen	<input type="checkbox"/>				
sprechen	<input type="checkbox"/>				
schreiben	<input type="checkbox"/>				

26. Welche der folgenden Medien nutzen Sie hauptsächlich in welcher Sprache?

	Deutsch	Herkunftssprache/ Aussiedlungsgebiets- sprache	teils-teils	gar nicht
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tageszeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie für immer in Deutschland bleiben?

Die Skala reicht von 0 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch).

sehr niedrig											sehr hoch
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

Nun wieder für alle! Wir würden Ihnen gerne einige Fragen zu Ihren Eltern und Ihren Geschwistern stellen.

28. Wie viele Geschwister haben Sie?

Wenn Sie aus einer Kategorie keine Geschwister haben, schreiben Sie eine „0“ in die jeweilige Zeile.

Anzahl	
<input type="text"/>	ältere Geschwister
<input type="text"/>	jüngere Geschwister
<input type="text"/>	gleichaltrige Geschwister

29. Welche Ausbildung hat Ihre Mutter?

Bitte nur den **höchsten** Abschluss ankreuzen.

- Abgeschlossenes Studium
- Abgeschlossene Berufsausbildung
- Sonstiger beruflicher Abschluss (z.B. im Ausland)
- Keine abgeschlossene Berufsausbildung aber abgeschlossene Schulausbildung
- Keine abgeschlossene Schulausbildung
- Weiß nicht

30. Welche Ausbildung hat Ihr Vater?

Bitte nur den **höchsten** Abschluss ankreuzen.

- Abgeschlossenes Studium
- Abgeschlossene Berufsausbildung
- Sonstiger beruflicher Abschluss (z.B. im Ausland)
- Keine abgeschlossene Berufsausbildung aber abgeschlossene Schulausbildung
- Keine abgeschlossene Schulausbildung
- Weiß nicht

Denken Sie nun zurück an die Zeit, als Sie 15 Jahre alt waren. Wenn Sie noch nicht älter als 15 oder gerade 15 sind, dann beantworten Sie die Fragen bitte für Ihre momentane Situation.

31. Wie viele von Ihren ersten 15 Lebensjahren haben Sie bei den folgenden Personen gelebt?

Überprüfen Sie bitte, ob Sie beim zusammenzählen auf höchstens 15 Jahre kommen, auch wenn Sie heute schon älter sind. Bitte auf ganze Jahre runden. Hinweis: Adoptiveltern gelten wie leibliche Eltern.

Bei Ihren beiden (leiblichen) Eltern	<input type="text"/>	Jahre
Bei Ihrer Mutter allein (ohne Partner)	<input type="text"/>	Jahre
Bei Ihrer Mutter mit (neuem) Partner	<input type="text"/>	Jahre
Bei Ihrem Vater allein (ohne Partnerin)	<input type="text"/>	Jahre
Bei Ihrem Vater mit (neuer) Partnerin	<input type="text"/>	Jahre
Bei den Großeltern	<input type="text"/>	Jahre
Bei anderen Verwandten	<input type="text"/>	Jahre
Bei Pflegeeltern	<input type="text"/>	Jahre
Im Heim	<input type="text"/>	Jahre
	15	

32. Als Sie 15 waren: In welcher Weise suchten Ihre Eltern den Kontakt mit der Schule?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--------------------------|
| Regelmäßige Teilnahme am Elternabend | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßige Besuche von Elternsprechtagen | <input type="checkbox"/> |
| Aufsuchen des Lehrers außerhalb von Sprechtagen | <input type="checkbox"/> |
| Als Elternvertreter | <input type="checkbox"/> |
| Lehrer sucht Eltern auf | <input type="checkbox"/> |
| Nichts davon | <input type="checkbox"/> |
| Weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

33. Als Sie 15 waren: Wie viele Bücher gab es bei Ihnen zu Hause?

Auf einen Meter Bücherregal passen ungefähr 40 Bücher. Zählen Sie Zeitschriften, Zeitungen und Ihre Schulbücher bitte nicht mit. Schätzen Sie.

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 0 – 10 Bücher | <input type="checkbox"/> |
| 11 – 25 Bücher | <input type="checkbox"/> |
| 26 – 100 Bücher | <input type="checkbox"/> |
| 101 – 200 Bücher | <input type="checkbox"/> |
| 201 – 500 Bücher | <input type="checkbox"/> |
| Mehr als 500 Bücher | <input type="checkbox"/> |
| Weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

Jetzt interessieren wir uns für verschiedene Gegenstände, die es in einigen Haushalten gibt und in anderen nicht. Bitte sagen Sie uns bei jedem einzelnen Gegenstand, ob es ihn bei Ihnen zu Hause gab oder nicht.

34. Als Sie 15 waren: Gab es bei Ihnen zu Hause ...

	Ja	Nein
einen Schreibtisch zum Lernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Zimmer für Sie allein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen ruhigen Platz zum Lernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Computer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Internet-Anschluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunstwerke (z.B. Bilder)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücher, die beim Lernen hilfreich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen eigenen Garten am Haus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Als Sie 15 waren: Wie häufig kam es vor, dass bei Ihnen daheim wichtige Dinge des alltäglichen Gebrauchs (z.B. Lebensmittel, Kleidung) aus Geldmangel nicht gekauft werden konnten?

Die Skala reicht von 1 (nie) bis 7 (sehr häufig).

nie						sehr häufig
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>						

36. Als Sie 15 waren: Wie häufig kam es vor, dass bei Ihnen daheim größere Dinge (z.B. Fernseher, Waschmaschine, Möbel) aus Geldmangel nicht oder nur auf Raten gekauft werden konnten?

Die Skala reicht von 1 (nie) bis 7 (sehr häufig).

nie						sehr häufig
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>						

37. Als Sie 15 waren: Wie haben Sie gewohnt?

- Zur Miete
- In einer Eigentumswohnung/-haus
- Sonstiges
- Weiß nicht

38. Als Sie 15 waren: Wie oft kam es im Allgemeinen vor, dass Ihre Eltern...

	nie	selten	jeden Monat	jede Woche	täglich
mit Ihnen über politische oder soziale Fragen diskutiert haben?	<input type="checkbox"/>				
mit Ihnen über Bücher, Filme oder Fernsehsendungen diskutiert haben?	<input type="checkbox"/>				
mit Ihnen über Ihre Schulnoten gesprochen haben?	<input type="checkbox"/>				
gemeinsam mit Ihnen am Tisch gesessen und zu Mittag oder Abend gegessen haben?	<input type="checkbox"/>				
sich Zeit genommen haben, um einfach nur mit Ihnen zu reden?	<input type="checkbox"/>				

39. Als Sie 15 waren: Wie häufig unterstützten Sie die folgenden Personen bei Ihren Hausaufgaben oder anderen Arbeiten für die Schule?

	nie	selten	jeden Monat	jede Woche	täglich
Ihre Mutter	<input type="checkbox"/>				
Ihr Vater	<input type="checkbox"/>				
Ihre Geschwister	<input type="checkbox"/>				
Ihre Großeltern	<input type="checkbox"/>				
Andere Verwandte	<input type="checkbox"/>				
Freunde Ihrer Eltern	<input type="checkbox"/>				
Andere Personen	<input type="checkbox"/>				