

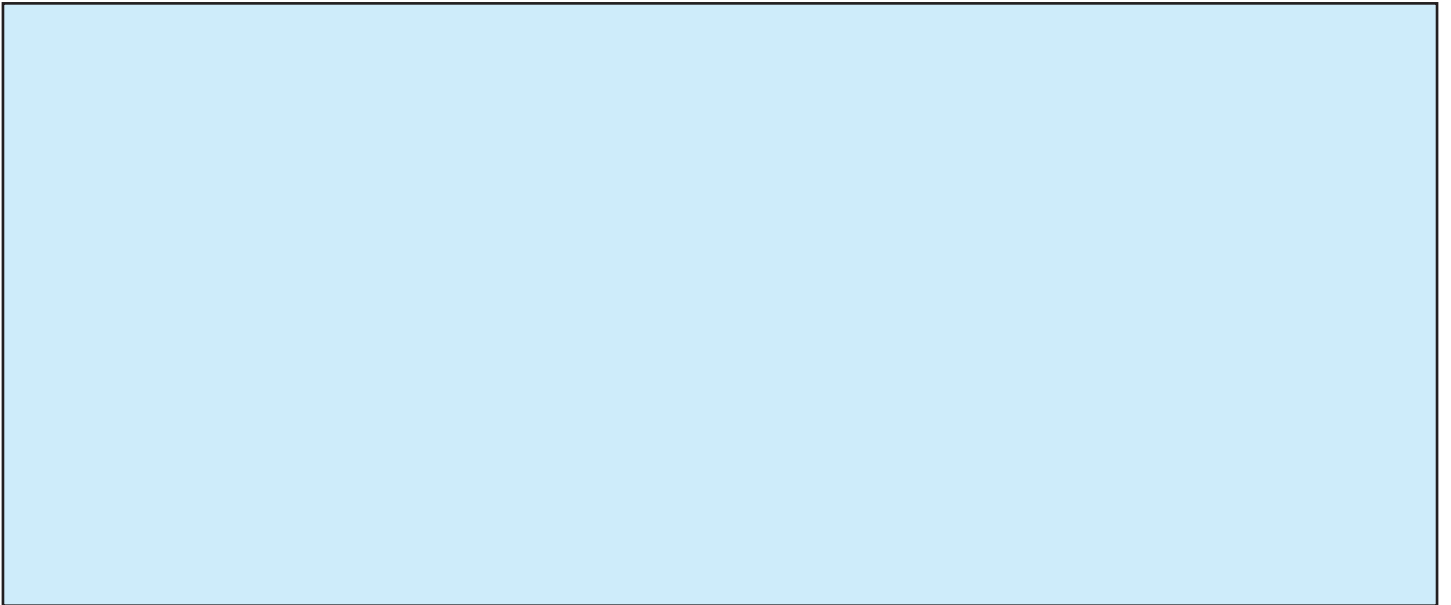


Beziehungen und Familienleben in Deutschland

ELTERNFRAGEBOGEN

Sohn-Version

Welle 7



Deutsche
Forschungsgemeinschaft

DFG

Wie wird's gemacht? Hier ein paar Erläuterungen:

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,
wir freuen uns, dass Sie an dieser Befragung teilnehmen!

Wie wird's gemacht?

Zunächst möchten wir Sie daran erinnern, bei der Beantwortung von Fragen, die sich auf Ihren Sohn beziehen, an Ihren **im Anschreiben genannten Sohn** zu denken. Wie bereits erwähnt, kann es sich hierbei auch um Ihren Stief- oder Adoptivsohn handeln.

Einige von Ihnen werden gebeten, sich bei einem Teil der Fragen auf das im **Anschreiben genannte Enkelkind** zu beziehen. Hierbei handelt es sich um ein zufällig ausgewähltes Kind, das im Haushalt Ihres Sohnes lebt. Wird im Anschreiben kein Enkelkind erwähnt, dann überspringen Sie einfach die entsprechenden Fragen im Fragebogen.

Sollten Sie schon einmal an dieser Befragung teilgenommen haben, dann werden Ihnen vielleicht einige der Fragen bekannt vorkommen. Bitte beantworten Sie diese Fragen trotzdem: Sie dienen uns dazu herauszufinden, ob sich die Einstellungen, Verhaltensweisen oder Lebensumstände der Befragten verändert haben.

Uns interessieren Ihre persönliche Meinung und Ihre Erlebnisse, es gibt deshalb keine richtigen oder falschen Antworten. Die kleinen Ziffern neben den Antwortmöglichkeiten dienen ausschließlich der Datenverarbeitung und beinhalten keine Wertung. Weiterhin möchten wir Sie bitten, den Fragebogen allein auszufüllen.

Hier noch zwei Beispiele:

In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr

1	9	5	6
---	---	---	---

Jahr

MUSTER

Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich ☒ ₁
Weiblich ☐ ₂

Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich darauf hingewiesen wird.

Zum Beispiel: → **Bitte gehen Sie weiter zu Frage 24 auf Seite 9!**

Viel Spaß beim Ausfüllen des Fragebogens!

1. Tragen Sie bitte hier das heutige Datum ein:

--	--	--	--	--	--	--	--

2. Zunächst geht es um allgemeine Ansichten zu Familie und Familienleben. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie persönlich diesen Ansichten zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu				
Eltern und Kinder sollten sich ein Leben lang gegenseitig unterstützen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Frauen sollten sich stärker um die Familie kümmern als um ihre Karriere.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Männer sollten sich genauso an der Hausarbeit beteiligen wie Frauen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Ein Kind unter 6 Jahren wird darunter leiden, wenn seine Mutter arbeitet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Kinder leiden oft darunter, dass sich ihre Väter zu sehr auf die Arbeit konzentrieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Die Ehe ist eine lebenslange Verbindung und sollte nicht beendet werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Man sollte heiraten, wenn man mit einem Partner auf Dauer zusammenlebt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Man sollte spätestens dann heiraten, wenn ein Kind da ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					

3. Wie sieht das bei Ihnen aus, wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

	Sehr unzufrieden						Sehr zufrieden					
Beruf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	
Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	
Freunde, Bekannte, soziale Kontakte ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	
Familie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	

Nun möchten wir Sie bitten, einige Angaben zu Ihren Kindern zu machen.

4. Wie viele Kinder haben Sie?

Gemeint sind alle leiblichen, Adoptiv- und Pflegekinder, egal ob diese mit Ihnen leben oder nicht. Aber auch alle Kinder Ihres jetzigen Partners werden hier erfasst sowie Kinder von früheren Partnern, wenn diese mit Ihnen zusammen gelebt haben. Wenn Sie mehr als 4 Kinder haben, dann notieren Sie bitte die Angaben zu den weiteren Kindern auf einem extra Zettel und legen ihn dem Fragebogen bei.

Ich habe insgesamt Kind(er).

5. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen für Ihre jeweiligen Kinder.

	Sohn aus Anschreiben	Weiteres Kind	Weiteres Kind	Weiteres Kind
Tragen Sie bitte zunächst die Namen aller Kinder ein: ►	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

In welchem Jahr wurde das jeweilige Kind geboren?

Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welches Geschlecht hat das jeweilige Kind?

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weiblich	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Männlich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem jeweiligen Kind?

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mein leibliches Kind und Kind meines jetzigen Partners	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mein leibliches Kind und Kind eines früheren Partners	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mein Stiefkind oder Kind eines früheren Partners	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adoptiv- oder Pflegekind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adoptiertes Stiefkind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lebt das jeweilige Kind noch?

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ja	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein ► <i>Weiter zum nächsten Kind</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sohn aus
Anschreiben**

**Weiteres
Kind**

**Weiteres
Kind**

**Weiteres
Kind**

Wie oft haben Sie zum jeweiligen Kind Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate, E-Mails und Ähnliches zusammenzählen?

Täglich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
1-3 mal im Monat	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Mehrmals im Jahr	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Seltener	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Nie	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

Wie eng fühlen Sie sich mit Ihrem jeweiligen Kind heute verbunden?

überhaupt nicht eng	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
weniger eng	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
mittel	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
eng	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
sehr eng	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

**Wie lange brauchen Sie, um zum jeweiligen Kind zu kommen?
(an einem gewöhnlichen Tag, mit einem gewöhnlichen Verkehrsmittel)**

Wir wohnen in einem Haushalt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Wir wohnen in einem Haus	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Weniger als 10 Minuten	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
10 bis weniger als 30 Minuten	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
30 Minuten bis weniger als 1 Stunde ...	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
1 Stunde bis weniger als 3 Stunden ...	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
3 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

Welchen Familienstand hat das jeweilige Kind?

Ledig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Geschieden	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Verwitwet	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

**Sohn aus
Anschreiben**

**Weiteres
Kind**

**Weiteres
Kind**

**Weiteres
Kind**

Wie eng fühlen Sie sich mit dem Partner des jeweiligen Kindes heute verbunden?

Kind hat derzeit keinen Partner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Habe den Partner noch nicht kennengelernt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
überhaupt nicht eng	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
weniger eng	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
mittel	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
eng	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
sehr eng	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

Wie viele Kinder hat das jeweilige Kind selbst?

Bitte notieren Sie jeweils die Anzahl . . .	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss hat das jeweilige Kind?

(Noch) keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss); POS 8./9. Klasse	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Realschulabschluss (Mittlere Reife); POS 10. Klasse	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
(Fach-)Hochschulreife, Abitur, Abschluss EOS	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

6. Wie fühlen Sie sich in der Elternrolle? Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu				Trifft voll und ganz zu
Gewöhnlich bin ich bereit, meine eigenen Wünsche denen meines Kindes/ meiner Kinder zu opfern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich würde alles aushalten für das Wohl meines Kindes/ meiner Kinder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich lasse oft alles stehen und liegen, um mein Kind/ meine Kinder zu unterstützen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Nun bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrem im Anschreiben genannten Sohn.

7. Wie oft kommt Folgendes zwischen Ihnen und Ihrem Sohn vor?

	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer
Wie oft erzählen Sie Ihrem Sohn, was Sie beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Wie oft teilen Sie mit Ihrem Sohn Ihre Geheimnisse und innersten Gefühle?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Wie oft passiert es zwischen Ihnen und Ihrem Sohn, dass Sie ärgerlich oder wütend aufeinander sind?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Wie oft sind Ihr Sohn und Sie unterschiedlicher Meinung und streiten sich?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Wie oft haben Sie gemischte Gefühle bezüglich ihres Sohnes? ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Wie oft fühlen Sie sich derzeit hin und her gerissen in den Gefühlen zu Ihrem Sohn?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

8. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Sohn gemeinsame Unternehmungen gemacht wie Ausflüge, Besuch kultureller Veranstaltungen oder Einkaufsbummel?

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

9. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihrem Sohn nachfolgende Hilfeleistungen gegeben?

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Kein Bedarf
Gegeben						
Ratschläge bei persönlichen Problemen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Größere Geld- und Sachgeschenke (mehr als 100 € pro Geschenk)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Finanzielle Unterstützung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Hilfe bei Einkäufen/ Arbeiten im Haus(halt) oder Garten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Über Kummer oder Sorgen Ihres Sohnes reden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Hilfe bei der Pflege oder Betreuung von Familienmitgliedern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Betreuung oder Beaufsichtigung der Kinder Ihres Sohnes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Ratschläge bei der Erziehung der Kinder Ihres Sohnes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Größere Geschenke oder finanzielle Unterstützung für die Kinder Ihres Sohnes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

10. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten von Ihrem Sohn folgende Dinge erhalten?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Kein Bedarf
Erhalten						
Ratschläge bei persönlichen Problemen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Größere Geld- und Sachgeschenke (mehr als 100 € pro Geschenk)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Kostgeld/ Finanzielle Unterstützung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Hilfe bei Einkäufen/ Arbeiten im Haus(halt) oder Garten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Über meinen Kummer oder Sorgen reden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Hilfe bei der Pflege oder Betreuung von Familienmitgliedern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

Wenn Sie keine Enkelkinder haben, gehen Sie bitte zu Frage 20 auf Seite 8.

- 11. Wie viele lebende Enkelkinder haben Sie? Gemeint sind hier sowohl leibliche Kinder Ihrer Kinder, aber auch deren Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder.**

Enkelkind(er)

Tragen Sie bitte jeweils die Anzahl der Kinder im jeweiligen Alter ein.

Anzahl der Enkelkinder im Alter bis 3 Jahre Enkelkind(er)

Anzahl der Enkelkinder im Alter zwischen 4 und 7 Jahren Enkelkind(er)

Anzahl der Enkelkinder im Alter zwischen 8 und 10 Jahren ... Enkelkind(er)

Anzahl der Enkelkinder im Alter zwischen 11 und 15 Jahren .. Enkelkind(er)

Anzahl der Enkelkinder im Alter über 15 Jahre Enkelkind(er)

Weiß nicht 8

- **Beziehen Sie bitte die folgenden Fragen auf das im Anschreiben genannte Enkelkind. Wenn im Anschreiben kein Enkelkind genannt wurde, dann gehen Sie bitte weiter zu Frage 20 auf Seite 8.**

- 12. Ist das im Anschreiben genannte Enkelkind ein Junge oder ein Mädchen?**

Junge 1

Mädchen 2

- 13. Wann ist dieses Enkelkind geboren? Notieren Sie bitte Monat und Jahr.**

Geburtsmonat:

Geburtsjahr:

Weiß nicht 8

- 14. Wie oft haben Sie zu diesem Enkelkind Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate, E-Mails und Ähnliches zusammenzählen?**

Täglich 1

Mehrmals pro Woche 2

Einmal pro Woche 3

1-3 mal im Monat 4

Mehrmals im Jahr 5

Seltener 6

Nie 7

► **Gehen Sie bitte zu Frage 20 auf Seite 8.**

15. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten die Betreuung dieses Enkelkindes übernommen?

- Täglich ☐ 1
- Mehrmals pro Woche ☐ 2
- Einmal pro Woche ☐ 3
- 1-3 mal im Monat ☐ 4
- Mehrmals im Jahr ☐ 5
- Seltener ☐ 6
- Nie ☐ 7

16. Wie oft hat dieses Enkelkind in den letzten 12 Monaten bei Ihnen übernachtet?

- Mehrmals pro Woche ☐ 1
- Einmal pro Woche ☐ 2
- 1-3 mal im Monat ☐ 3
- Mehrmals im Jahr ☐ 4
- Seltener ☐ 5
- Nie ☐ 6

17. Wie oft haben Sie mit diesem Enkelkind in den letzten 12 Monaten Dinge unternommen, die es gern mag, wie Sport, Spielen oder ins Kino gehen?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nie | Selten | Manchmal | Oft | Sehr oft |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

18. Wie oft hat dieses Enkelkind in den letzten 12 Monaten mit Ihnen über seine Probleme gesprochen?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nie | Selten | Manchmal | Oft | Sehr oft |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

19. Wie oft haben Sie diesem Enkel in den letzten 12 Monaten größere Geld- oder Sachgeschenke (mehr als 100 € pro Geschenk) gemacht?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nie | Selten | Manchmal | Oft | Sehr oft |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Im Folgenden geht es um Ihre Eltern.

20. Leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater noch?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, die noch leben.**
Sollten beide Elternteile verstorben sein, gehen Sie bitte zu Frage 31 auf Seite 11.

21. Welchen aktuellen Familienstand haben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater?

	Mutter	Vater
Miteinander verheiratet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Miteinander verheiratet, getrennt lebend	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Mit jemand anderem verheiratet	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Mit jemand anderem verheiratet, getrennt lebend	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Ledig	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Geschieden	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Verwitwet	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

22. Mit wem bzw. wo leben Ihre Mutter und Ihr Vater? Leben sie ...

Sie können mehrere Kreuze machen.

	Mutter	Vater
... gemeinsam in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
... mit einem anderen Partner in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
... mit jemand anderem in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
... allein?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
... in einem Alters- oder Pflegeheim; in betreuter Wohnanlage?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Sonstiges	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

23. Wie oft haben Sie zu Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate, E-Mails und Ähnliches zusammenzählen?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Täglich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
1-3 mal im Monat	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Mehrmals im Jahr	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Seltener	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Nie	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Kontakt hat nie bestanden	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

24. Wie eng fühlen Sie sich mit Ihrer Mutter heute verbunden?

Überhaupt
nicht eng

Sehr
eng

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

25. Wie eng fühlen Sie sich mit Ihrem Vater heute verbunden?

Überhaupt
nicht eng

Sehr
eng

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

26. Wie lange brauchen Sie, um zu Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater zu kommen
(an einem gewöhnlichen Tag, mit einem gewöhnlichen Verkehrsmittel)?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

Mutter

Vater

Wir wohnen in einem gemeinsamen Haushalt ☐ 1

☐ 1

Wir wohnen in einem Haus ☐ 2

☐ 2

Weniger als 10 Minuten ☐ 3

☐ 3

10 bis weniger als 30 Minuten ☐ 4

☐ 4

30 Minuten bis weniger als 1 Stunde ☐ 5

☐ 5

1 Stunde bis weniger als 3 Stunden ☐ 6

☐ 6

3 Stunden und mehr ☐ 7

☐ 7

Weiß nicht ☐ 8

☐ 8

► Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, zu denen Sie Kontakt haben. Sollte zu beiden Elternteilen kein Kontakt bestehen, dann gehen Sie bitte zu Frage 31 auf Seite 11.

27. Brauchten Ihre Mutter oder Ihr Vater innerhalb der letzten 12 Monate regelmäßige Hilfe bei täglichen Verrichtungen, wie z. B. essen, aufstehen, anziehen, baden oder zur Toilette gehen?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

Mutter

Vater

Ja ☐ 1

☐ 1

Nein ☐ 2

☐ 2

28. Wenn Sie angegeben haben, dass Ihre Mutter/ Ihr Vater regelmäßige Hilfe brauchte:
Von wem hat sie/ er diese Hilfe erhalten?

Sie können mehrere Kreuze machen.

Mutter

Vater

Von einem professionellen Pflegedienst ☐ 1

☐ 1

Von mir ☐ 1

☐ 1

Von ihrem/ von seiner (Ehe-) Partner/in ☐ 1

☐ 1

Von anderen Familienmitgliedern oder Verwandten ☐ 1

☐ 1

Von ihren/seinen Freunden oder Bekannten ☐ 1

☐ 1

Von sonstigen Personen ☐ 1

☐ 1

29. Wenn Sie einmal alle größeren Geld- und Sachgeschenke sowie die finanzielle Unterstützung zusammen zählen, die Sie von Ihren Eltern erhalten haben: Wie viel war das etwa in den letzten 12 Monaten?

- Ich habe in den letzten 12 Monaten nichts erhalten ☐ 1
- Weniger als 250 € ☐ 2
- Zwischen 250 und 500 € ☐ 3
- Zwischen 500 und 1.000 € ☐ 4
- Zwischen 1.000 und 2.000 € ☐ 5
- Zwischen 2.000 und 5.000 € ☐ 6
- Zwischen 5.000 und 10.000 € ☐ 7
- Mehr als 10.000 € ☐ 8
- Weiß nicht ☐ 9

30. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater folgende Dinge gegeben?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater in jeder Zeile ein Kreuz.

MUTTER							VATER					
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Kein Bedarf		Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Kein Bedarf
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	◀ Gegeben an ▶	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	Ratschläge bei persönlichen Problemen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	Größere Geld- & Sachgeschenke (mehr als 100 € pro Geschenk)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	Hilfe beim Ausfüllen von Unterlagen wie Steuererklärung, Begleitung bei Behördengängen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	Finanzielle Unterstützung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	Hilfe bei Einkäufen/Arbeiten im Haus(halt) oder Garten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	Über deren Kummer oder Sorgen reden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	Hilfe bei der Pflege oder Betreuung von Familienmitgliedern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8

Nun möchten wir Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer Person stellen.

31. Wann sind Sie geboren? Notieren Sie bitte Monat und Jahr.

Monat

 1 9

Jahr

32. Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich ☐ ₁

Weiblich ☐ ₂

33. Wie häufig kommen folgende Dinge in Ihrer Partnerschaft vor?

	nie	selten	manch- mal	häu- fig	immer	
Wie oft erzählen Sie Ihrem Partner/Ihrer Partnerin, was Sie beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
Wie oft zeigt Ihr Partner/Ihre Partnerin Ihnen Anerkennung für das, was Sie tun?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
Wie oft bringt Ihr Partner/Ihre Partnerin Sie dazu, dass Sie sich nach ihm/ihr richten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
Wie oft passiert es zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin, dass Sie ärgerlich oder wütend aufeinander sind?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Partner
Wie oft zeigt Ihnen Ihr Partner/Ihre Partnerin, dass er/sie Sie schätzt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
Wie oft sind Ihr Partner/Ihre Partnerin und Sie unterschiedlicher Meinung und streiten sich?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
Wie oft setzt sich Ihr Partner/Ihre Partnerin durch, wenn Sie sich nicht einigen können?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
Wie oft teilen Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin Ihre Geheimnisse und innersten Gefühle?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	

34. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben? War er...?

Schlecht ☐ ₁

Weniger gut ☐ ₂

Zufriedenstellend ☐ ₃

Gut ☐ ₄

Sehr gut ☐ ₅

35. Wenn Sie Treppen steigen müssen, also mehrere Stockwerke zu Fuß hochgehen: Beeinträchtigt Sie dabei Ihr Gesundheitszustand?

Stark ☐ ₁

Ein wenig ☐ ₂

Gar nicht ☐ ₃

36. Und wie ist das mit anderen anstrengenden Tätigkeiten im Alltag, wo man z.B. etwas Schweres heben muss oder Beweglichkeit braucht: Beeinträchtigt Sie dabei Ihr Gesundheitszustand?

- Stark ☐ 1
- Ein wenig ☐ 2
- Gar nicht ☐ 3

37. Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor, ...

	Fast nie	manch- mal	oft	fast immer
dass Sie sich niedergeschlagen und trübsinnig fühlten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
dass Sie sich ruhig und ausgeglichen fühlten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
dass Sie jede Menge Energie verspürten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
dass Sie starke körperliche Schmerzen hatten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
dass Sie wegen gesundheitlicher Probleme körperlicher Art in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen weniger geschafft haben als Sie eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
dass Sie wegen gesundheitlicher Probleme körperlicher Art in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen in der Art Ihrer Tätigkeiten eingeschränkt waren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
dass Sie wegen seelischer oder emotionaler Probleme in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen weniger geschafft haben als Sie eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
dass Sie wegen seelischer oder emotionaler Probleme in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen Ihre Arbeit oder Tätigkeit weniger sorgfältig als sonst gemacht haben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
dass Sie wegen gesundheitlicher oder seelischer Probleme in Ihren sozialen Kontakten, z.B. mit Freunden, Bekannten oder Verwandten, eingeschränkt waren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

38. Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft an, wenn ja, welcher?

- Ja, und zwar der katholischen Kirche ☐ 1
- Ja, und zwar der evangelischen Kirche ☐ 2
- Ja, und zwar dem Islam ☐ 3
- Ja, und zwar dem Judentum ☐ 4
- Ja, und zwar einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft ☐ 5
- Ja, und zwar einer anderen Religionsgemeinschaft ☐ 6
- Nein, konfessionslos ☐ 7

39. Wie oft gehen Sie zur Kirche/Moschee/Synagoge oder besuchen eine religiöse Veranstaltung?

- Mehr als einmal in der Woche ☐ 1
- Einmal in der Woche ☐ 2
- 1-3 mal im Monat ☐ 3
- Mehrmals im Jahr ☐ 4
- Seltener ☐ 5
- Nie ☐ 6

40. Was machen Sie zurzeit? Wenn mehrere Tätigkeiten auf Sie zutreffen, dann kreuzen Sie bitte alle an.

- Voll erwerbstätig ☐ 1
- Selbstständig ☐ 1
- Teilzeitbeschäftigt (auch bei parallelen Teilzeittätigkeiten) ☐ 1
- Praktika, Trainee, Volontariat o.ä. (auch unbezahlt) ☐ 1
- Geringfügig erwerbstätig, Mini-Job, „Ein-Euro-Job“
(bei Bezug von Arbeitslosengeld 2) ☐ 1
- Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt ☐ 1
- Sonstige Erwerbstätigkeit ☐ 1
- Mutterschutz, Elternzeit, Beurlaubung/Sonderurlaub wegen Kinderbetreuung ☐ 1
- Bundesfreiwilligendienst, freiwilliges soziales Jahr ☐ 1
- Arbeitslos, arbeitssuchend ☐ 1
- Hausfrau/ Hausmann ☐ 1
- Vorruheständler, Rentner, erwerbsunfähig ☐ 1
- Sonstiges, nicht erwerbstätig ☐ 1
- In Ausbildung (z.B. Abendschule, 2. Bildungsweg, Berufliche Ausbildung,
Umschulung, Weiterbildung, Berufsakademie, Fachhochschule, Hochschule,
Universität, Fachschule) ☐ 1

► **Wenn Sie zum ersten Mal an dieser Befragung teilnehmen, dann beantworten Sie bitte noch ein paar abschließende Fragen.**

Bei allen anderen bedanken wir uns sehr für die Teilnahme.

41. Waren Sie in der Zeit zwischen der Geburt und dem sechsten Geburtstag Ihres im Anschreiben genannten Sohnes irgendwann erwerbstätig?

Ja ☐ ₁

Nein ☐ ₂ ► **Gehen Sie bitte zu Frage 43.**

Weiß nicht ☐ ₈ ► **Gehen Sie bitte zu Frage 43.**

42. Wenn Sie in diesem Zeitraum erwerbstätig waren: Wie viele Jahre waren das insgesamt?

Jahre erwerbstätig ☐

Weiß nicht ☐ ₈

43. Wann wurden Ihre Mutter bzw. Ihr Vater geboren? Notieren Sie bitte das jeweilige Geburtsjahr.

Mutter

Vater

Geburtsjahr

Weiß nicht ☐ ₈ ☐ ₈

44. Wie viele lebende Brüder und Schwestern haben Sie? Bitte denken Sie auch an Halb- und Stiefgeschwister.

Notieren Sie bitte in jeder Zeile eine Zahl.

Bruder/ Brüder

Schwester/ Schwestern

45. In welchem Jahr sind Sie das erste Mal aus dem Elternhaus ausgezogen?

Im Jahr

Ich bin noch nie aus dem Elternhaus ausgezogen ☐ ₀

**46. Wenn Sie einmal an Ihre Kindheit bis zum 16. Lebensjahr zurückdenken:
Wo sind Sie in dieser Zeit ganz oder überwiegend aufgewachsen?**

- Bei beiden Eltern die ganze Zeit ☐ 1
- Überwiegend bei beiden Eltern ☐ 2
- Nur bei Mutter ☐ 3
- Nur bei Vater ☐ 4
- Bei anderen Personen ☐ 5
- Sonstiges ☐ 6

47. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Von der Schule abgegangen, ohne Abschluss ☐ 1
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) ☐ 2
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐ 3
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule 8./9. Klasse ☐ 4
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse ☐ 5
- Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule ☐ 6
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur
(Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐ 7
- Sonstiger Schulabschluss ☐ 8

48. Wie viele Jahre haben Sie insgesamt die Schule besucht?

Jahre

49. Welchen bzw. welche der folgenden Ausbildungsabschlüsse haben Sie erworben?

Sie können mehrere Kreuze machen.

- Habe keinen Berufsabschluss ☐ 1
- Lehre (DDR: Facharbeiterabschluss) ☐ 1
- Berufsfachschule/ Handelsschule/ Schule des Gesundheitswesens ☐ 1
- Fachschule (z.B. Meister-/ Technikerabschluss) ☐ 1
- Beamtenausbildung ☐ 1
- Fachhochschule/ Berufsakademie (früher: Ingenieurschule, Lehrerbildung,
DDR: Ingenieur- und Fachschulabschluss) ☐ 1
- Universitäts-/ Hochschulabschluss ☐ 1
- Promotion ☐ 1

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung bei dieser Befragung.

Stecken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten Rückumschlag und senden Sie diesen kostenlos an uns zurück. Als Dankeschön für Ihre Unterstützung erhalten Sie nach Eingang des ausgefüllten Fragebogens 5 Euro.