



Beziehungen und Familienleben in Deutschland

ELTERNFRAGEBOGEN

Tochter-Version

Welle 4

A large, empty rectangular area with a light yellow background, intended for the questionnaire content.

Deutsche
Forschungsgemeinschaft

DFG

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 Ihre Tochter beziehen, an Ihre **im Anschreiben genannte Tochter** zu denken. Wie bereits erwähnt, kann es sich hierbei auch um Ihre Stief- oder Adoptivtochter 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 Ihrer Tochter 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?

Monat

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. Man kann unterschiedliche Vorstellungen darüber haben, wie Familienmitglieder miteinander umgehen sollten. Bitte geben Sie an, wie stark Sie folgenden Aussagen zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu			Stimme voll und ganz zu	
Großeltern sollten zur wirtschaftlichen Absicherung ihrer Enkel und deren Eltern beitragen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Kinder sollten ihr Arbeitsleben so gestalten, dass sie sich um ihre kranken Eltern kümmern können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Erwachsene Kinder sollten bei Bedarf bei ihren Eltern wohnen können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

2. 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).

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

	Tochter 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?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Welches Geschlecht hat das jeweilige Kind?				
Männlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Weiblich	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Ich welchem Verhältnis stehen Sie zu dem jeweiligen Kind?				
Mein leibliches Kind und Kind meines jetzigen Partners	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Mein leibliches Kind und Kind eines früheren Partners	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Mein Stiefkind oder Kind eines früheren Partners	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Adoptiv- oder Pflegekind	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

Lebt das jeweilige Kind noch?	Tochter aus Anschreiben	Weiteres Kind	Weiteres Kind	Weiteres Kind
Ja	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein ► Weiter zum nächsten Kind.		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

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 Lebens- partnerschaft	<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

Hat das jeweilige Kind derzeit einen Partner?

Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

Wie oft haben Sie zum jeweiligen Kind Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate 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)

	Tochter aus Anschieben	Weiteres Kind	Weiteres Kind	Weiteres Kind
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Kinder hat das jeweilige Kind selbst?

Bitte notieren Sie jeweils die Anzahl!

Welchen höchsten allgemein bildenden 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 (Volks-schulabschluss); 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

Wir möchten Sie nun um einige Angaben zu Ihrer im Anschreiben genannten Tochter bitten.

4. Eltern und Kinder können unterschiedliche Erwartungen aneinander haben.
Denken Sie bitte einmal an die Beziehung zu Ihrer Tochter. Wie stark erwarten Sie,...

	Überhaupt nicht				Sehr stark	Keine klare Vorstellung
dass Ihre Tochter Abwechslung in Ihr Leben bringt? ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
dass Ihre Tochter stolz auf Sie ist?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
dass Ihre Tochter stets ein offenes Ohr für Ihre Probleme und Sorgen hat?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
dass Ihre Tochter sich um Sie kümmert, wenn Sie Hilfe brauchen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
dass Freunde und Verwandte Sie wegen Ihrer Tochter schätzen?	<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 zu unangenehmen Seiten. Wie stark befürchten Sie,...

	Überhaupt nicht					Sehr stark	Keine klare Vorstellung
dass Ihre Tochter auf Ihre Hilfe und Unterstützung angewiesen ist?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	
dass Ihre Tochter Sie zu sehr vereinnahmt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	
dass Sie sich um die Zukunft Ihrer Tochter Sorgen machen müssen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	
dass Ihre Tochter denkt, Sie wären keine gute Mutter/ kein guter Vater?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	
dass Sie bei allem was Sie vorhaben, Rücksicht auf Ihre Tochter nehmen müssen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	

5. Wie oft kommt Folgendes zwischen Ihnen und Ihrer Tochter vor?

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Wie oft erzählen Sie Ihrer Tochter, 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 Ihre Tochter 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 Ihre Tochter Sie dazu, dass Sie sich nach 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 Ihrer Tochter, 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 zeigt Ihre Tochter Ihnen, dass 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 Ihre Tochter 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 Ihre Tochter sich 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 Ihrer Tochter 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

6. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Folgendes gemeinsam mit Ihrer Tochter unternommen?

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Ausflüge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fernsehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einkaufsbummel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Besuch kultureller Veranstaltungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Gemeinsam essen (zu Hause, im Restaurant/Café)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihrer Tochter nachfolgende Hilfeleistungen gegeben?

Gegeben	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Kein Bedarf
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
Hilfe beim Ausfüllen von Unterlagen wie Steuer- erklärung, 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
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 Ihrer Tochter 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 Familien- mitgliedern	<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 Aufgaben für die Schule/ Berufsausbildung ..	<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 Ihrer Tochter	<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 Ihrer Tochter	<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 Ihrer Tochter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

8. Übernehmen Sie für Ihre Tochter folgende Zahlungen?

Ja

Nein

Langfristige Geld- und Vermögensanlagen (z.B. Bausparvertrag, Lebensversicherung)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Versicherungen (z.B. Kfz-Versicherung)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Regelmäßige finanzielle Unterstützung (z. B. Zuschuss zum Lebensunterhalt, Mietzahlungen, Telefonrechnungen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂

**9. Wenn Sie einmal alle größeren Geld- und Sachgeschenke sowie die finanzielle Unterstützung zusammen zählen, die Sie Ihrer Tochter gegeben haben:
Wie viel war das etwa in den letzten 12 Monaten?**

Ich habe meiner Tochter in letzten 12 Monaten nichts gegeben.	<input type="checkbox"/> ₁
Weniger als 250 €	<input type="checkbox"/> ₂
Zwischen 250 und 500 €	<input type="checkbox"/> ₃
Zwischen 500 und 1.000 €	<input type="checkbox"/> ₄
Zwischen 1.000 und 2.000 €	<input type="checkbox"/> ₅
Zwischen 2.000 und 5.000 €	<input type="checkbox"/> ₆
Zwischen 5.000 und 10.000 €	<input type="checkbox"/> ₇
Mehr als 10.000 €	<input type="checkbox"/> ₈
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> ₉

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

Erhalten	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Kein Bedarf
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
Hilfe beim Ausfüllen von Unterlagen wie Steuer- erklärung, 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
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 Familien- mitgliedern	<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 Ihre Tochter älter als 21 Jahre ist, gehen Sie bitte weiter zu Frage 13 auf Seite 7.

11. Wie häufig kommen folgende Dinge zwischen Ihnen und Ihrer Tochter vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft
Sie zeigen Ihrer Tochter mit Worten und Gesten, dass Sie sie gern haben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sie kritisieren Ihre Tochter.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sie trösten Ihre Tochter, wenn sie traurig ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sie schreien Ihre Tochter an, wenn sie etwas falsch gemacht hat.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sie beschimpfen Ihre Tochter, wenn Sie wütend auf sie sind.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sie loben Ihre Tochter.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wenn Ihre Tochter neue Freundinnen oder Freunde hat, unterhalten Sie sich mit ihr über diese Freunde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sie lassen sich nicht von Ihren Regeln und Verboten abbringen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wenn Ihre Tochter etwas gegen Ihren Willen tut, bestrafen Sie sie.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wenn Ihre Tochter bei Ihnen lebt: Wenn Ihre Tochter unterwegs war, fragen Sie nach, was sie getan und erlebt hat.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sie geben Ihrer Tochter zu verstehen, dass sie sich Ihren Anordnungen und Entscheidungen nicht widersetzen soll.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wenn Ihre Tochter bei Ihnen lebt: Wenn Ihre Tochter außer Haus ist, wissen Sie genau wo sie ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sie sind eher streng.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wenn Ihre Tochter neue Freundinnen oder Freunde hat, lernen Sie sie auch bald kennen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

12. Wie häufig gab es in den letzten 4 Wochen zwischen Ihnen und Ihrem Partner folgende Probleme bei der Kindererziehung?

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Habe keinen Partner
Meinungsverschiedenheiten in der Erziehung der Kinder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
Diskussionen über die Erziehung der Kinder enden im Streit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Einer fällt dem anderen in den Rücken.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	

Weiter geht es mit dem Thema Enkelkinder.

13. Wie wichtig ist es Ihnen Großmutter bzw. Großvater zu sein oder zukünftig zu werden?

Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Ganz unwichtig
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

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

Im Alter bis 3 Jahre	<input type="checkbox"/>	Enkelkind(er)
Im Alter zwischen 4 und 7 Jahren	<input type="checkbox"/>	Enkelkind(er)
Im Alter zwischen 8 und 10 Jahren	<input type="checkbox"/>	Enkelkind(er)
Im Alter zwischen 11 und 15 Jahren	<input type="checkbox"/>	Enkelkind(er)
Im Alter über 15 Jahre	<input type="checkbox"/>	Enkelkind(er)

Ich habe keine Enkelkinder ☐₀ ► **Gehen Sie bitte zu Frage 28 auf Seite 10.**

► **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 28 auf Seite 10.**

15. Ist dieses Enkelkind ein Junge oder ein Mädchen?

Junge	<input type="checkbox"/> ₁
Mädchen	<input type="checkbox"/> ₂

16. Wann ist dieses Enkelkind geboren? Notieren Sie bitte Monat und Jahr.

Geburtsmonat: <input type="checkbox"/>	Geburtsjahr: <input type="checkbox"/>	Weiß nicht .. <input type="checkbox"/> ₈
--	---------------------------------------	---

17. Wie oft haben Sie zu diesem Enkelkind Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate 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 28 auf Seite 10.**

18. Verglichen mit Ihren anderen Enkelkindern: Stehen Sie ...

mit diesem Enkelkind häufiger in Kontakt als mit Ihren anderen Enkelkindern. ☐ 1

mit allen Enkelkindern in gleich häufigem Kontakt. ☐ 2

mit diesem Enkelkind seltener in Kontakt als mit Ihren anderen Enkelkindern. ☐ 3

Ich habe nur dieses eine Enkelkind. ☐ 8

19. Wie eng fühlen Sie sich mit diesem Enkelkind heute verbunden?

**Überhaupt
nicht eng**

☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4

Sehr eng

☐ 5

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie Kontakt zu Ihrem Enkelkind haben. Besteht kein Kontakt, gehen Sie bitte zu Frage 28 auf Seite 10.**

20. Wenn Sie Ihr Enkelkind sehen: Sind dann meistens dessen Eltern dabei oder nicht?

Ja, meistens sind dessen Eltern dabei. ☐ 1

Nein, meistens sind dessen Eltern nicht dabei. ☐ 2

Mal so, mal so. ☐ 3

21. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten die Betreuung dieses Enkelkinds 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

22. 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

23. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Folgendes mit diesem Enkelkind gemacht?

- | | Nie | Selten | Manch-
mal | Oft | Sehr
oft |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Unternehmungen, die ihr Enkel gern mag wie Sport, Spielen
oder ins Kino gehen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ihrem Enkel bei Hausaufgaben oder Schulprojekten helfen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Über Probleme Ihres Enkels sprechen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ihrem Enkel Trost spenden, wenn es Kummer oder Sorgen hat .. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**24. Wie häufig hat sich dieses Enkelkind in den letzten 12 Monaten mit folgenden Gesprächs-
themen an Sie gewandt?**

- | | Nie | Selten | Manch-
mal | Oft | Sehr
oft |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Beziehung zu seinen Eltern/Geschwistern | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Schulische Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Neuste Nachrichten, aktuelle Geschehnisse | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Seine Freizeitgestaltung (Sport, Musik u. a.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

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

Nie

☐ 1

Selten

☐ 2

Manchmal

☐ 3

Oft

☐ 4

Sehr oft

☐ 5

26. Wenn Sie einmal alles zusammenzählen: Wie viel haben Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt für dieses Enkelkind ausgegeben?

Ich habe meinem Enkelkind in den letzten 12 Monaten nichts gegeben. ☐ 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

27. Haben Sie mit diesem Enkelkind in den letzten 12 Monaten gemeinsam einen längeren Urlaub verbracht?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2

Im Folgenden geht es um Ihre Eltern.

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

Mutter

Vater

Geburtsjahr:

Weiß nicht ☐

☐

29. Leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater noch?

Mutter

Vater

Ja ☐ 1

☐ 1

Nein ☐ 2

☐ 2

Weiß nicht ☐

☐

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, die noch leben.**
Sollten beide Elternteile verstorben sein, gehen Sie bitte zu Frage 35 auf Seite 12.

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

	Mutter	Vater
Miteinander verheiratet	<input type="checkbox"/> 1	
Miteinander verheiratet, getrennt lebend	<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

31. 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	
... 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

32. Wie oft haben Sie zu Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate 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

► **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 35 auf Seite 12.**

33. 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	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂

34. 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	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Von mir	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Von ihrem/seiner (Ehe-) Partner/in	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Von anderen Familienmitgliedern oder Verwandten	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Von sonstigen Personen	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅

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

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

--	--

Monat

--	--	--	--

Jahr

36. Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich ☐ ₁

Weiblich ☐ ₂

37. Welchen Familienstand haben Sie?

Ledig ☐ ₁

Verheiratet ☐ ₂

Geschieden ☐ ₂

Verwitwet ☐ ₂

38. Wie viele Personen außer Ihnen selbst wohnen in Ihrem Haushalt?

Personen

Niemand

39. Leben Sie derzeit in einer Partnerschaft?

Ja, ich lebe mit (Ehe-)Partner zusammen ₁

Ja, wir leben in getrennten Haushalten ₂

Nein ₃ ► **Gehen Sie bitte zu Frage 41!**

40. Wann wurde Ihr (Ehe-)Partner geboren? Notieren Sie bitte Monat und Jahr.

Monat

Jahr

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

Schlecht ₁

Weniger gut ₂

Zufrieden stellend ₃

Gut ₄

Sehr gut ₅

42. 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

Wehrdienst/Zivildienst, freiwilliges soziales Jahr ☐ ₁

Arbeitslos, arbeitssuchend ☐ ₁

Hausfrau/Hausmann ☐ ₁

Vorruhestandler, Rentner, erwerbsunfähig ☐ ₁

Sonstiges, nicht erwerbstätig ☐ ₁

In Ausbildung (z. B. Abendschule, 2. Bildungsweg, Berufliche Ausbildung, Umschulung, Weiterbildung, Berufsakademie, Fachhochschule, Hochschule, Universität, Fachschule) ☐ ₁

43. Sofern Sie erwerbstätig sind: Wie viele Stunden arbeiten Sie im Durchschnitt pro Woche? Zählen Sie bitte Überstunden dazu.

Stunden

44. Wenn man einmal alle Einkünfte Ihres Haushaltes zusammennimmt: Wie hoch war das Haushaltseinkommen, also das Einkommen aller Haushaltsmitglieder insgesamt im letzten Monat? Bitte geben Sie den monatlichen Netto-Betrag an, also nach Abzug von Steuern und Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung. Regelmäßige Zahlungen wie Rente, Wohngeld, Kindergeld, BAföG, Unterhaltszahlungen usw. rechnen Sie bitte dazu! Zum Haushalt gehören alle Personen, die aus einem Topf wirtschaften. Falls Sie alleine leben, ist Ihr eigenes Einkommen gemeint.

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|----|
| Unter 250 € | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 250 bis 500 € | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 500 bis 750 € | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 750 bis 1.000 € | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 1.000 bis 1.250 € | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 1.250 bis 1.500 € | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 1.500 bis 1.750 € | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 1.750 bis 2.000 € | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 2.000 bis 2.500 € | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 2.500 bis 3.000 € | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 3.000 bis 3.500 € | <input type="checkbox"/> | 11 |
| 3.500 bis 4.000 € | <input type="checkbox"/> | 12 |
| 4.000 bis 4.500 € | <input type="checkbox"/> | 13 |
| 4.500 € und mehr | <input type="checkbox"/> | 14 |
| Weiß nicht | <input type="checkbox"/> | |
| Keine Angabe | <input type="checkbox"/> | |

► Wenn Sie zum ersten Mal an dieser Befragung teilnehmen, dann beantworten Sie bitte noch ein paar abschließende Fragen.
Alle anderen gehen bitte weiter zu Frage 54 auf der letzten Seite.

45. Welchen höchsten allgemein bildenden 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

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

Jahre

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

Sie können mehrere Kreuze machen.

- Habe keinen Berufsabschluss ☐ 1
- Lehre (DDR: Facharbeiterabschluss) ☐ 2
- Berufsfachschule/Handelsschule/Schule des Gesundheitswesens ☐ 3
- Fachschule (z.B. Meister-/Technikerabschluss) ☐ 4
- Beamtenausbildung ☐ 5
- Fachhochschule/ Berufsakademie (früher: Ingenieurschule, Lehrerbildung,
DDR: Ingenieur- und Fachschulabschluss) ☐ 6
- Universitäts-/Hochschulabschluss ☐ 7
- Promotion ☐ 8

48. Waren Sie in der Zeit zwischen der Geburt und dem sechsten Geburtstag Ihrer im Anschreiben genannten Tochter irgendwann erwerbstätig?

- Ja ☐ 1
- Nein ☐ 2 ► **Gehen Sie bitte zu Frage 50!**
- Weiß nicht ☐ 8

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

Jahre erwerbstätig

Weiß nicht 8

50. 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

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

Mehr als einmal in der Woche 1

1mal in der Woche 2

1 bis 3mal im Monat 3

Mehrmals im Jahr 4

Seltener 5

Nie 6

52. 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

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

Im Jahr

Ich bin noch nie aus dem Elternhaus ausgezogen ..

54. Tragen Sie bitte hier noch das heutige Datum ein:

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 ein Los der ARD-Fernsehloterie.