



Beziehungen und Familienleben in Deutschland

ELTERNFRAGEBOGEN

Sohn-Version

Welle 3



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 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:

Wann sind Sie geboren? Notieren Sie bitte Monat und Jahr.		MUSTER
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Monat	Jahr	
Welches Geschlecht haben Sie?		
Männlich	<input type="checkbox"/>	1
Weiblich	<input type="checkbox"/>	2
<p>Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich darauf hingewiesen wird.</p>		
<p>Zum Beispiel: → Gehen Sie bitte zu Frage 24 auf Seite 9!</p>		

Viel Spaß beim Ausfüllen des Fragebogens!

**1. 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 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 genau so 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

Nun 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.

	Sohn aus Anschreiben	Weiteres Kind	Weiteres Kind	Weiteres Kind
Tragen Sie bitte zunächst die Namen aller Kinder ein: ►				

In welchem Jahr wurde das jeweilige Kind geboren?

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

Welches Geschlecht hat das jeweilige Kind?

Männlich	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Weiblich		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

Lebt das jeweilige Kind noch?

Ja	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein ► <i>Weiter zum nächsten Kind.</i>		<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)

	Sohn aus Anschreiben	Weiteres Kind	Weiteres Kind	Weiteres Kind
Wir wohnen in einem gemeinsamen 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"/>

4. 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		Weiß nicht
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

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

5. 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 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 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

6. 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

7. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihrem Sohn nachfolgende Hilfeleistungen 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 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
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 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 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

8. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten von Ihrem Sohn folgende Dinge 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 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
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

Weiter geht es mit dem Thema Enkelkinder.

9. 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 Enkelkind(er)

Im Alter zwischen 4 und 7 Jahren Enkelkind(er)

Im Alter zwischen 8 und 10 Jahren Enkelkind(er)

Im Alter zwischen 11 und 15 Jahren Enkelkind(er)

Im Alter über 15 Jahre Enkelkind(er)

Ich habe keine Enkelkinder 0 ► **Gehen Sie bitte zu Frage 18 auf Seite 7.**

► **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 18 auf Seite 7.**

10. Ist das im Anschreiben genannte Enkelkind ein Junge oder ein Mädchen?

Junge 1

Mädchen 2

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

Geburtsmonat: Geburtsjahr: Weiß nicht ..

12. 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 18 auf Seite 7!**

13. 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

14. 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

15. 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 |

16. 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 |

17. 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.

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

	Mutter	Vater
Geburtsjahr:	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Weiß nicht	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>

19. Leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater noch?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Ja	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₁	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₁
Nein	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₂	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₂
Weiß nicht	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, die noch leben. Sollten beide Elternteile verstorben sein, gehen Sie bitte zu Frage 30 auf Seite 10.**

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

	Mutter	Vater
Miteinander verheiratet	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₁	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
Miteinander verheiratet, getrennt lebend	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₂	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
Mit jemand anderem verheiratet	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₃	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₃
Mit jemand anderem verheiratet, getrennt lebend	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₄	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₄
Ledig	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₅	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₅
Geschieden	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₆	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₆
Verwitwet	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₇	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₇
Weiß nicht	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>

21. Mit wem bzw. wo leben Ihre Mutter und Ihr Vater? Leben Sie ...

Sie können mehrere Kreuze machen.

	Mutter	Vater
... gemeinsam in einem Haushalt?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₁	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
... mit einem anderen Partner in einem Haushalt?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₂	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₂
... mit jemand anderem in einem Haushalt?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₃	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₃
... allein?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₄	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₄
... in einem Alters- oder Pflegeheim; in betreuter Wohnanlage?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₅	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₅
Sonstiges	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₆	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ₆
Weiß nicht	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>

22. 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

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

Überhaupt
nicht eng

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

Sehr eng

☐ 5

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

Überhaupt
nicht eng

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

Sehr eng

☐ 5

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

► 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 30 auf Seite 10.

26. 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

27. 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 ihren/seinen Freunden oder Bekannten	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Von sonstigen Personen	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

28. 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	<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"/>

29. 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						◀ Gegeben an ▶	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	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.

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

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

31. Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich ☐₁

Weiblich ☐₂

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

	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	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
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

Ich habe
keinen
Partner

☐ 8

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

Schlecht	<input type="checkbox"/> 1
Weniger gut	<input type="checkbox"/> 2
Zufriedenstellend	<input type="checkbox"/> 3
Gut	<input type="checkbox"/> 4
Sehr gut	<input type="checkbox"/> 5

34. 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

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

Jahre

36. 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

37. 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, Referendariat, Anerkennungsjahr 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
- 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. Alle anderen gehen bitte weiter zu Frage 42 auf der letzten Seite.***

38. 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 40!***
- Weiß nicht ☐ ► ***Gehen Sie bitte zu Frage 40!***

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

Jahre erwerbstätig Weiß nicht ☐

40. 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

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

Im Jahr

Ich bin noch nie aus dem Elternhaus ausgezogen . . ☐

42. 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-Fernsehloterrie.