



# **Beziehungen und Familienleben in Deutschland**

## **Elternfragebogen**

### **Tochter-Version**



Deutsche  
Forschungsgemeinschaft



**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-, Pflege- oder Adoptivtochter handeln.

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

Hier noch zwei Beispiele:

#### MUSTER

In welchem Jahr sind Sie geboren?


Geburtsjahr    1 9    5 6

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.**

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*

	Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
Kinder sollten ihre Eltern zu sich nehmen, wenn diese nicht mehr selbst für sich sorgen können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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
Eltern sollten ihre erwachsenen Kinder finanziell unterstützen, wenn es notwendig ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Großeltern sollten Eltern bei der Betreuung ihrer Kinder helfen, wenn diese noch klein sind.	<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 Kinder, egal ob diese mit Ihnen leben oder nicht. Aber auch alle anderen Kinder, d.h. adoptierte Kinder, Kinder eines Partners oder Pflegekinder, sofern diese mit Ihnen zusammen gelebt haben oder leben, werden hier erfasst.**

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
<b>Tragen Sie bitte zunächst die Namen aller Kinder ein:</b> 	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>In welchem Jahr wurde das jeweilige Kind geboren?</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Welches Geschlecht hat das jeweilige Kind?</b> Männlich Weiblich	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<b>In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem jeweiligen Kind?</b> Mein leibliches Kind und Kind meines jetzigen Partners Mein leibliches Kind und Kind eines früheren Partners Mein Stiefkind oder Kind eines früheren Partners Adoptiv- oder Pflegekind	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>Lebt das jeweilige Kind noch?</b> Ja Nein  <b>Gehen Sie zum nächsten Kind.</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<b>Welchen Familienstand hat das jeweilige Kind?</b> Ledig Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft Geschieden oder verwitwet	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<b>Hat das jeweilige Kind derzeit einen Partner?</b> Ja Nein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

**Fortsetzung nächste Seite!**



	Tochter aus Anschieben	Weiteres Kind	Weiteres Kind	Weiteres Kind
<b>Wie oft haben Sie zum jeweili- gen Kind Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate u.ä. zusammenzählen?</b>				
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 bis 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
<b>Wie eng fühlen Sie sich mit Ihrem jeweiligen Kind heute verbunden?</b>				
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
<b>Wie lange brauchen Sie, um zum jeweiligen Kind zu kommen? (an einem gewöhnlichen Tag, mit einem gewöhnlichen Ver- kehrsmittel)</b>				
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
<b>Wie viele Kinder hat das jeweilige Kind selbst?</b> <b>Bitte notieren Sie jeweils die Anzahl:</b> 	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 Vor- stellung
... 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 den unangenehmen Seiten. Wie stark befürchten Sie, ...**

	Überhaupt nicht				Sehr stark	Keine klare Vor- stellung
.. 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 ver- einnahmt?	<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?**

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*

	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer
Wie oft erzählen Sie Ihrer Tochter, was Sie be- schäftigt?	<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, dass Sie und Ihre Tochter 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 Sie und Ihre Tochter 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 Geheim- nisse 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 empfinden Sie für Ihre Tochter große Zu- neigung, auch wenn Sie gerade ärgerlich auf sie sind?	<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? Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.**

	Nie	Selten	Manch- mal	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 Hilfestellungen gegeben?**

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Trifft nicht zu
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 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 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
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 ihrer Kinder	<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?**

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*

	Ja	Nein
Langfristige Geld- und Vermögensanlagen (z.B. Bausparvertrag, Lebensversicherung)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Versicherungen (z.B. Kfz-Versicherung)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Regelmäßige finanzielle Unterstützung (z.B. Zuschuss zum Lebensunterhalt, Mietzahlungen, Telefonrechnungen)	<input type="checkbox"/> 1	<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 den letzten 12 Monaten nichts gegeben.	<input type="checkbox"/> 1
Weniger als 250 €	<input type="checkbox"/> 2
Zwischen 250 und unter 500 €	<input type="checkbox"/> 3
Zwischen 500 und unter 1.000 €	<input type="checkbox"/> 4
Zwischen 1.000 und unter 2.000 €	<input type="checkbox"/> 5
Zwischen 2.000 und unter 5.000 €	<input type="checkbox"/> 6
Zwischen 5.000 und unter 10.000 €	<input type="checkbox"/> 7
Mehr als 10.000 €	<input type="checkbox"/> 8
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

**10. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten von Ihrer Tochter folgende Dinge erhalten? Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.**

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Trifft nicht zu
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 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 Ihre Tochter älter als 21 Jahre ist, gehen Sie bitte zu Frage 13 auf Seite 11!**

# 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 Freunde oder Freundinnen 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
<b>Wenn Ihre Tochter bei Ihnen lebt:</b> 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
<b>Wenn Ihre Tochter bei Ihnen lebt:</b> 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 Freunde oder Freundinnen 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 ?**

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	
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	} <i>Habe keinen Partner</i> <input type="checkbox"/> 8
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	
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	

**13. Waren Sie in der Zeit zwischen der Geburt und dem sechsten Geburtstag Ihrer Tochter irgendwann erwerbstätig?**

Ja	<input type="checkbox"/> 1	
Nein	<input type="checkbox"/> 2	➔ <b>Gehen Sie bitte zu Frage 15!</b>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 3	➔ <b>Gehen Sie bitte zu Frage 15!</b>

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

<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre erwerbstätig	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
---	--------------------	------------	--------------------------

Weiter geht es mit dem Thema Enkelkinder.

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

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

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

Im Alter bis 3 Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/>	Enkelkind(er)
Im Alter zwischen 4 und 7 Jahren	<input type="text"/> <input type="text"/>	Enkelkind(er)
Im Alter zwischen 8 und 10 Jahren	<input type="text"/> <input type="text"/>	Enkelkind(er)
Im Alter zwischen 11 und 15 Jahren	<input type="text"/> <input type="text"/>	Enkelkind(er)
Über 15 Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/>	Enkelkind(er)
Ich habe keine Enkelkinder.	<input type="text"/> 0	→ <b>Gehen Sie bitte weiter zu Frage 29 auf Seite 15 !</b>

**17. Wie viele Kinder leben im Haushalt Ihrer im Anschreiben genannten Tochter? Gemeint sind hier sowohl leibliche Kinder, aber auch Stiefkinder, Adoptiv- und Pflegekinder.**

<input type="text"/> <input type="text"/>	Kind(er)
Keine Kinder im Haushalt meiner Tochter	<input type="text"/> 0 → <b>Gehen Sie bitte weiter zu Frage 29 auf Seite 15 !</b>

**18. Ist mindestens eines der Kinder, die bei Ihrer Tochter leben, zwischen 8 und 15 Jahren alt?**

Ja	<input type="text"/> 1
Nein	<input type="text"/> 2 → <b>Gehen Sie bitte weiter zu Frage 29 auf Seite 15 !</b>

 **Beziehen Sie bitte die folgenden Fragen auf dieses Enkelkind. Hat Ihre Tochter mehrere Kinder in diesem Alter, dann beziehen Sie die folgenden Fragen auf das jüngste Kind zwischen 8 und 15 Jahren.**

19. Notieren Sie bitte den Vornamen dieses Enkelkindes, auf das sich die folgenden Fragen beziehen werden.

20. Ist dieses Enkelkind ein Junge oder ein Mädchen?

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

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

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

22. Wie oft haben Sie zu diesem Enkel Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate und ähnliches zusammenzählen?

Täglich	<input type="checkbox"/> 1	
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/> 2	
Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> 3	
1 bis 3 mal im Monat	<input type="checkbox"/> 4	
Mehrmals im Jahr	<input type="checkbox"/> 5	
Seltener	<input type="checkbox"/> 6	
Nie	<input type="checkbox"/> 7	→ <b>Gehen Sie bitte weiter zu Frage 29 auf Seite 15 !</b>

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

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

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

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

**25. Wie oft haben Sie mit diesem Enkelkind in den letzten 12 Monaten Dinge unter-  
nommen, die es gern mag, wie Sport, Spielen oder ins Kino gehen?**

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

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

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

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

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

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

Ich habe für dieses Enkelkind in den letzten 12 Monaten nichts ausgegeben.	<input type="checkbox"/> 1
Weniger als 250 €	<input type="checkbox"/> 2
Zwischen 250 und unter 500 €	<input type="checkbox"/> 3
Zwischen 500 und unter 1.000 €	<input type="checkbox"/> 4
Zwischen 1.000 und unter 2.000 €	<input type="checkbox"/> 5
Zwischen 2.000 und unter 5.000 €	<input type="checkbox"/> 6
Zwischen 5.000 und unter 10.000 €	<input type="checkbox"/> 7
Mehr als 10.000 €	<input type="checkbox"/> 8
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Ihre Eltern.

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

	Mutter	Vater
Geburtsjahr:	<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"/>	<input type="checkbox"/>

**30. 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"/>	<input type="checkbox"/>

 **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, die noch leben. Sollten beide Elternteile verstorben sein, gehen Sie bitte zu Frage 43 auf Seite 20 !**

**31. 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"/>	<input type="checkbox"/>

**32. Mit wem leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater zusammen? 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"/>	<input type="checkbox"/>

**33. 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 bis 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, gehen Sie bitte zu Frage 43 auf Seite 20 !**



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

Überhaupt nicht eng					Sehr eng	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		

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

Überhaupt nicht eng					Sehr eng	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		

**36. 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

**37. Wie oft passiert es zwischen Ihnen und Ihrer Mutter, dass Sie ärgerlich oder wütend aufeinander sind?**

Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**38. Wie oft passiert es zwischen Ihnen und Ihrem Vater, dass Sie ärgerlich oder wütend aufeinander sind?**

Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**39. 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

**40. 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 / von 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

**41. 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 unter 500 €	<input type="checkbox"/> 3
Zwischen 500 und unter 1.000 €	<input type="checkbox"/> 4
Zwischen 1.000 und unter 2.000 €	<input type="checkbox"/> 5
Zwischen 2.000 und unter 5.000 €	<input type="checkbox"/> 6
Zwischen 5.000 und unter 10.000 €	<input type="checkbox"/> 7
Mehr als 10.000 €	<input type="checkbox"/> 8
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>


**42. 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	Trifft nicht zu			Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Trifft nicht zu	
<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- 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	
<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	

**43. Bitte geben Sie an, welche der aufgelisteten Dinge Sie in den letzten 12 Monaten von anderen Personen außer Ihrer Tochter erhalten haben.**

Sie können in jeder Zeile mehrere Kreuze oder auch kein Kreuz machen.

Erhalten von 	Mutter	Vater	Andere Kinder	(Ehe-) Partner	Eigene Ge- schwister	Schwieger- sohn, -tochter	Enkel	Sonstige Personen	Trifft nicht zu
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"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
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"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
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"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
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"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
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"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
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"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
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"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

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

**44. Wann sind Sie geboren? Notieren Sie bitte Monat und Jahr.**

Monat

Jahr

**45. Welches Geschlecht haben Sie?**

Männlich

☐ 1

Weiblich

☐ 2

**46. Welchen Familienstand haben Sie?**

Ledig

☐ 1

Verheiratet

☐ 2

Geschieden

☐ 3

Verwitwet

☐ 4

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

Person(en)

Niemand

☐ 0

**48. Leben Sie derzeit in einer Partnerschaft?**

Ja, ich lebe mit (Ehe-)Partner zusammen

☐ 1

Ja, wir leben in getrennten Haushalten

☐ 1

Nein

☐ 2

**Gehen Sie bitte zu Frage 51 !**

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

Monat

Jahr

**50. Wie häufig kommen folgende Dinge in Ihrer Partnerschaft vor?**

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*

	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

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

*Notieren Sie bitte in jeder Zeile eine Zahl.*

<input type="text"/> <input type="text"/>	Bruder / Brüder
<input type="text"/> <input type="text"/>	Schwester / Schwestern

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

Im Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ich bin noch nie aus dem Elternhaus ausgezogen. <input type="checkbox"/>	

**53. 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

**54. Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft an, wenn ja welcher?**

Ja, und zwar der katholischen Kirche	<input type="checkbox"/> 1
Ja, und zwar der evangelischen Kirche	<input type="checkbox"/> 2
Ja, und zwar dem Islam	<input type="checkbox"/> 3
Ja, und zwar dem Judentum	<input type="checkbox"/> 4
Ja, und zwar einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> 5
Ja, und zwar einer anderen Religionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> 6
Nein, konfessionslos	<input type="checkbox"/> 7

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

Mehr als einmal in der Woche	<input type="checkbox"/> 1
Einmal in der Woche	<input type="checkbox"/> 2
1 bis 3 mal im Monat	<input type="checkbox"/> 3
Mehrmals im Jahr	<input type="checkbox"/> 4
Seltener	<input type="checkbox"/> 5
Nie	<input type="checkbox"/> 6

**56. Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?**

Von der Schule abgegangen ohne Abschluss	<input type="checkbox"/> 1
Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)	<input type="checkbox"/> 2
Realschulabschluss (mittlere Reife)	<input type="checkbox"/> 3
Abschluss des Polytechnischen Oberschule 8./9. Klasse	<input type="checkbox"/> 4
Abschluss des Polytechnischen Oberschule 10. Klasse	<input type="checkbox"/> 5
Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule	<input type="checkbox"/> 6
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	<input type="checkbox"/> 7
Sonstiger Schulabschluss	<input type="checkbox"/> 8

**57. Wie viele Jahre haben Sie insgesamt die Schule besucht?**

<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> Jahre
---

**58. Welchen bzw. welche der folgenden Ausbildungsabschlüsse haben Sie erworben?**

*Sie können mehrere Kreuze machen.*

Ich habe keinen Berufsabschluss	<input type="checkbox"/> 1
Lehre (DDR: Facharbeiterabschluss)	<input type="checkbox"/> 2
Berufsfachschule / Handelsschule / Schule des Gesundheitswesens	<input type="checkbox"/> 3
Fachschule (z.B. Meister- / Technikerabschluss)	<input type="checkbox"/> 4
Beamtenausbildung	<input type="checkbox"/> 5
Fachhochschule / Berufsakademie (früher: Ingenieurschule, Lehrerbildung, DDR: Ingenieur- und Fachschulabschluss)	<input type="checkbox"/> 6
Universitäts- / Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> 7
Promotion	<input type="checkbox"/> 8



**59. Was trifft derzeit auf Sie zu?**

Sie können mehrere Kreuze machen.

Voll erwerbstätig	<input type="checkbox"/> 1
Selbständig	<input type="checkbox"/> 2
Teilzeitbeschäftigt (auch bei parallelen Teilzeittätigkeiten)	<input type="checkbox"/> 3
Geringfügig erwerbstätig, Mini-Job, "Ein-Euro-Job" (bei Bezug von ALG II)	<input type="checkbox"/> 4
Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt	<input type="checkbox"/> 5
In Ausbildung / Umschulung	<input type="checkbox"/> 6
Mutterschutz, Elternzeit, Sonderurlaub wegen Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/> 7
Arbeitslos, arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> 8
Nicht erwerbstätig (Hausfrau / Hausmann etc.)	<input type="checkbox"/> 9
Vorruheständler, Rentner, Erwerbsunfähig	<input type="checkbox"/> 10
Sonstiges	<input type="checkbox"/> 11

**60. Sofern Sie erwerbstätig sind:**

**Wie viele Stunden arbeiten Sie im Durchschnitt pro Woche? Zählen Sie bitte Überstunden dazu.**

Stunden

**61. 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.**

Nettoeinkommen in Euro:

Weiß nicht ☐

**62. Falls Sie "Weiß nicht" geantwortet haben: Es würde uns schon helfen, wenn Sie sich zumindest grob einer der folgenden Kategorien zuordnen könnten.**

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

**Stimmen Sie für eine eventuelle Folgebefragung der Speicherung Ihrer Adresse zu, für den Fall, dass Ihre Tochter weiterhin an der Hauptbefragung teilnimmt?**

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

**Tragen Sie bitte hier noch das heutige Datum ein:**

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

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung bei dieser Befragung.**

Stecken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in den beigegefügteten Rückumschlag und senden Sie diesen **kostenlos** an uns zurück. Als Dankeschön für Ihre Unterstützung erhalten Sie nach Eingang des aufgefüllten Fragebogens ein Los der ARD-Fernsehlottterie.