

# Erziehungsfragebogen

## 8. Welle

<b>Abrechnungsnummer</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Welle</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Listennummer</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Laufende Nummer</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Haushaltsnummer</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Kindernummer</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"/>
<b><u>Ausgefüllt von:</u></b>	
<b>Befragungsperson</b>	<input type="text"/>
<b>Partner der Befragungs- person</b>	<input type="text"/>

Dieser Fragebogen bezieht sich auf das Kind mit dem Namen \_\_\_\_\_

Im folgenden Fragebogen wird zur Vereinfachung die Formulierung "mein Kind" bzw. "Ihr Kind" verwendet. Bitte fühlen Sie sich mit dieser Formulierung auch angesprochen, wenn es sich bei dem Kind nicht um Ihr leibliches Kind handelt, sondern um das Kind Ihres Partners bzw. ein Pflege- oder Adoptivkind.

Vielen Dank, dass Sie an unserer Studie zu Beziehungs- und Familienentwicklung teilnehmen. Im Weiteren möchten wir Ihnen gerne einige Fragen zu Ihrem Kind und Ihrer Beziehung zu Ihrem Kind stellen.

Viel Spaß beim Ausfüllen des Fragebogens!



# Eltern-Kind-Beziehung

## 1. Wie häufig kommen folgende Dinge zwischen Ihnen und Ihrem Kind vor?

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft
Sie zeigen Ihrem Kind mit Worten und Gesten, dass Sie es gerne haben. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Wenn Ihr Kind neue Freunde hat, unterhalten Sie sich mit ihm über diese Freunde. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Sie kritisieren Ihr Kind. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Sie schwächen eine Bestrafung ab oder heben sie vorzeitig auf. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Sie trösten Ihr Kind, wenn es traurig ist. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Wenn Ihr Kind außer Haus ist, wissen Sie genau, wo es ist. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Es fällt Ihnen schwer, in Ihrer Erziehung konsequent zu sein. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Sie schreien Ihr Kind an, wenn es etwas falsch gemacht hat. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Wenn Ihr Kind unterwegs war, fragen Sie nach, was es getan und erlebt hat. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Es gibt Tage, an denen Sie strenger sind als an anderen. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Sie beschimpfen Ihr Kind, wenn Sie wütend auf es sind. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Wenn Ihr Kind neue Freunde hat, lernen Sie sie auch bald kennen. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Sie drohen Ihrem Kind eine Strafe an, strafen es dann aber doch nicht. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Sie loben Ihr Kind. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**2. Jetzt geht es darum, wie Ihr Kind ist und wie es ihm geht. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten 6 Monaten.**

	Trifft nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eindeutig zu
Rücksichtsvoll .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Lieb zu jüngeren Kindern .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Lügt oder mogelt häufig .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

## Elternrolle

**3. Wie fühlen Sie sich in der Elternrolle? Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?**

	Trifft überhaupt nicht zu				Trifft voll und ganz zu
Wenn mein Kind nicht gehorcht und etwas Verbotenes tut, will es mich ärgern. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wenn es Probleme in der Erziehung gibt, liegt das an meinem Kind. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich denke, wenn mein Kind sich falsch verhält, macht es das mit Absicht. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Gemeinsame Aktivitäten mit dem Kind

### 4. Wie oft haben Sie in den letzten 3 Monaten gemeinsam mit Ihrem Kind folgende Aktivitäten ausgeführt?

	(Fast) jeden Tag	Etwa 1mal in der Woche	Etwa 1mal im Monat	Sel- tener	Nie
Aktivitäten an der frischen Luft (Spaziergänge, Spielplatz oder Ähnliches) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Besuch bei Anderen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einkaufen gehen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Singen oder musizieren .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Malen, basteln oder zeichnen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Gemeinsam kochen oder backen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Karten-, Würfelspiele oder andere gemeinsame Spiele .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Computer- / Internetspiele .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Theater, Zirkus, Museum, Ausstellung, Kino oder Ähnliches .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Geschichten vorlesen oder erzählen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Zusammen fernsehen, Video ansehen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Gemeinsamer Sport (z.B. Fußball, Joggen) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Eltern-Kind-Beziehung und Erziehung

### 5. Wie häufig kommen folgende Dinge vor?

	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer
Ihr Kind erzählt Ihnen, was es beschäftigt. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Die Dinge, die Ihr Kind tut, werden von Ihnen anerkannt. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ihr Kind bringt Sie dazu, dass Sie sich nach ihm richten. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sie und Ihr Kind sind ärgerlich oder wütend aufeinander. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sie zeigen Ihrem Kind, dass Sie es gut finden. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sie und Ihr Kind sind 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
Ihr Kind setzt 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
Ihr Kind teilt mit Ihnen seine Gefühle und Gedanken. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Nachhilfe

Die Fragen 6 bis 8 richten sich an Befragte, deren Kind bereits zur Schule geht.  
Wenn Ihr Kind (noch) nicht zur Schule geht, gehen Sie bitte direkt zur Frage 9.

6. Einige Eltern organisieren für ihre Kinder Zusatz- oder Nachhilfestunden in Fächern, die sie auch in der Schule haben. Hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Zusatz- oder Nachhilfestunden erhalten?

*Mehrfachantwort möglich.*

- Ja, Mathe ..... ☐ 1  
Ja, Deutsch ..... ☐ 2  
Ja, Fremdsprachen ..... ☐ 3  
Ja, anderes Fach ..... ☐ 4  
Nein ..... ☐ 0

Falls Ihr Kind Nachhilfe erhalten hat: weiter mit Frage 7, sonst bitte weiter zur Frage 9.

7. In wie vielen Monaten hat Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate Zusatz- oder Nachhilfestunden erhalten?

Monate

8. Wieviel haben Sie oder ein anderes Familienmitglied in dieser Zeit durchschnittlich pro Monat für diese Zusatz- oder Nachhilfestunden ausgegeben?

Euro

Die Zusatz- oder Nachhilfestunden waren kostenfrei ..... ☐ 0

## Körperliche Entwicklung

Abschließend noch einige Fragen zur körperlichen Entwicklung ihres Kindes.

9. Wie groß ist Ihr Kind?  
Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

cm

10. Wie viel wiegt Ihr Kind gegenwärtig?  
Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

kg

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**