

**Erziehungsfragebogen
„Jugend und junges Erwachsenenalter“**

10. Welle

Abrechnungsnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Welle	<input type="text"/> <input type="text"/>
Listennummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Laufende Nummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Haushaltsnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kindernummer	<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"/>
<u>Ausgefüllt von:</u>	
Befragungsperson	<input type="text"/>
Partner der Befragungs- person	<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 oft haben Sie zu Ihrem Kind Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate, E-Mails und Ähnliches zusammenzählen?

Täglich	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	1-3 mal im Monat	Mehrmals im Jahr	Seltener	Nie
<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

2. Wie lange brauchen Sie, um zu Ihrem Kind zu kommen (an einem gewöhnlichen Tag, mit einem gewöhnlichen Verkehrsmittel)?

Wir wohnen in einem Haushalt	Wir wohnen in einem Haus	Weniger als 10 Minuten	10 bis weniger als 30 Minuten	30 Minuten bis weni- ger als 1 Stunde	1 Stunde bis weni- ger als 3 Stunden	3 Stunden und mehr	Weiß nicht
<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"/> -1

3. Falls Ihr Kind nicht ausschließlich bei Ihnen wohnt: Wie oft hat es in den letzten 6 Monaten bei Ihnen im Durchschnitt übernachtet?

Mehrmals in der Woche	Einmal in der Woche	Zwei- oder dreimal im Monat	Einmal im Monat oder weniger	Nie	Weiß nicht
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1

4. Falls Ihr Kind nicht ausschließlich bei Ihnen wohnt: Hat es in Ihrem Haushalt (noch) ein eigenes Zimmer?

Ja, hat eigenes Zimmer ☐ 1

Nein, hat kein eigenes Zimmer ☐ 2

5. Wie eng fühlen Sie sich mit Ihrem Kind 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

6. Wie häufig kommen folgende Dinge vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	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
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
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 haben gemischte Gefühle bezüglich Ihres Kindes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Sie erzählen Ihrem Kind, was Sie beschäftigt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Sie teilen mit Ihrem Kind 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
Sie fühlen sich hin und her gerissen in den Gefühlen zu Ihrem Kind.	<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

7. Wie ist das, wenn Sie und Ihr Kind eine Meinungsverschiedenheit haben?

Bitte geben Sie an, wie häufig jeder von Ihnen die folgenden Verhaltensweisen gezeigt hat.
Bitte denken Sie an die letzten 6 Monate.

Wie oft kam dieses
Verhalten bei ihrem Kind vor?

Fast
nie
oder
nie

Sehr
oft

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

Den anderen beleidigen oder beschimpfen

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

In Schweigen verfallen

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

Den anderen anschreien

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

Zuhören und nachfragen, um den anderen besser zu verstehen

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

Sich weigern, weiter darüber zu reden

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

Sich bemühen, dem anderen das eigene Anliegen wirklich verständlich zu machen

Wie oft kam dieses
Verhalten bei Ihnen vor?

Fast
nie
oder
nie

Sehr
oft

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

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

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

9. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihrem Kind folgende Hilfeleistungen gegeben?
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

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
Über Kummer oder Sorgen des Kindes 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 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
Hilfe bei der Pflege oder Betreuung von Enkel- kindern oder anderen 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
Größere Geld- und Sachgeschenke (mehr als 100 € pro Geschenk)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Finanzielle Unterstützung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

10. Falls Sie ihrem Kind finanzielle Unterstützung gegeben haben:
Handelt es sich bei der finanziellen Unterstützung für Ihr Kind auch um regelmäßige monatliche Zahlungen? Wenn ja, in welcher Höhe?

Ja, in Höhe von Euro monatlich

Nein, keine monatlichen Zahlungen ☐₀

Weiß nicht ☐₋₁

11. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten von Ihrem Kind folgende Hilfestellungen erhalten?
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

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
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 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
Hilfe bei der Pflege oder Betreuung von Großeltern oder anderen 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
Größere Geld- und Sachgeschenke (mehr als 100 € pro Geschenk)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
Finanzielle Unterstützung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

Elternrolle

12. Nun geht es um Ihr Erleben und Verhalten in der Elternrolle.

Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Trifft überhaupt nicht zu	1	2	3	4	Trifft voll und ganz zu				
Ich treffe wichtige Entscheidungen für mein Kind.	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Ich vermittele bei Streitigkeiten zwischen meinem Kind und seinen Freunden oder Mitbewohnern.	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Wenn mein Kind Probleme mit Lehrern, Dozenten oder Vorgesetzten hat, schreite ich ein und bemühe mich um eine Lösung.	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Als Mutter/ Vater ist es meine Aufgabe mein Kind vor Schwierigkeiten zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Wenn mein Kind in einer Krise steckt, übernehme ich die Problemlösung.	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Ich suche für mein Kind nach Jobs oder guten Möglichkeiten für Aus- und Weiterbildung (z.B. Praktika, Auslandsaufenthalte, etc.).	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Ich lasse mein Kind herausfinden, wie es selbständig seine Angelegenheiten regeln kann.	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Selbst wenn ich manchmal Dinge anders machen würde als mein Kind, halte ich mich mit meiner Meinung zurück.	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Ich vertraue meinem Kind.	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Ich glaube, dass mein Kind langfristig am meisten profitiert, wenn es eigene Lösungen für Probleme findet.	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Junge Menschen stehen vor immer mehr Herausforderungen, die sie ohne Unterstützung der Eltern nicht meistern können.	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Ich fühle mich als schlechte Mutter / schlechter Vater, wenn ich mein Kind nicht vor allen Schwierigkeiten beschütze.	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5

Übergang von Schule zu Ausbildung, Studium, Beruf

13. Welchen dieser Abschlüsse hat Ihr Kind schon erreicht und welchen Abschluss strebt es aktuell an?

<i>Schulabschluss</i>	Schon erreicht	Angestrebter Abschluss der aktuellen Schule/ Ausbildung/ Studium
Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<i>Ausbildungs- und Hochschulabschlüsse</i>		
Lehre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Abschluss an Berufsfachschule/ Handelsschule/ Schule des Gesundheitswesens	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Abschluss an Fachschule (z.B. Meister-/ Technikerabschluss)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Beamtenausbildung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Abschluss an Fachhochschule/ Berufsakademie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Universitäts-/ Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Promotion	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sonstiger Abschluss: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
 <i>Mein Kind hat (noch) keinen Abschluss</i> <input type="checkbox"/> 1		
 <i>Mein Kind strebt aktuell keinen Abschluss an</i> <input type="checkbox"/> 1		

14. Falls Ihr Kind noch nicht im Beruf steht oder sich umorientieren möchte:

Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Trifft überhaupt nicht zu				Trifft voll und ganz zu
Ich ermuntere mein Kind, Informationen über Ausbildungen, Studienfächer und Berufe zu suchen, für die es sich interessiert. .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich mache mein Kind auf verschiedene Ausbildungs-, Studien- oder Berufsmöglichkeiten aufmerksam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich spreche mit meinem Kind über die Chancen, in verschiedenen Studienfächern bzw. Ausbildungsberufen einen Platz zu bekommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich spreche mit meinem Kind über seine Interessen und Fähigkeiten in Bezug auf seine zukünftige Ausbildung, Studium oder seinen Beruf.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich vertraue darauf, dass mein Kind eine gute berufliche Laufbahn einschlagen wird.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich vertraue darauf, dass mein Kind die Schule bzw. seine berufliche oder Hochschulausbildung gut meistern wird.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich mache mir Sorgen darum, dass andere Sachen für mein Kind wichtiger sind als Schule und Ausbildung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich mache mir Sorgen darum, dass mein Kind eine Ausbildung/ ein Studium wählt, mit dem es auf die Dauer nicht richtig glücklich sein wird.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!