



Deutsches
Jugendinstitut



infas



Wie wachsen Kinder auf?

Schriftlicher Fragebogen für Väter

Im folgenden Fragebogen ist sehr häufig von "**Zielkind**" die Rede.

Dabei handelt es sich um Ihr Kind: _____

Vor Interview eintragen:

Laufende Nummer des Zielkinds:

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

 K. 1 13-18

Laufende Nummer des Vaters:

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

 3-8

Vornamen des Zielkinds (oben in den Rahmen eintragen)

Alle Rechte für Formulierung und Anordnung des Fragebogens liegen bei
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn und beim
Deutsches Jugendinstitut, München

September 2002

Wer führt die Studie durch:

Die Untersuchung wird vom **Deutschen Jugendinstitut (DJI), München**, und **infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft Bonn** durchgeführt.

Worum wir Sie bitten:

Sie wurden für diese bundesweite repräsentative Befragung zufällig ausgewählt. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Der Erfolg dieser Untersuchung hängt davon ab, dass sich möglichst alle ausgewählten Personen an der Befragung beteiligen. Nur so lassen sich die erhobenen Einzelinformationen nachher zu einem schlüssigen Gesamtbild zusammenfügen.

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und in den beigefügten Rückumschlag zu stecken.

Unser Mitarbeiter holt ihn zum vereinbarten Termin bei Ihnen ab.

Was mit Ihren Angaben geschieht:

Die durchführenden Institute tragen die volle datenschutzrechtliche Verantwortung. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz, behandelt. Das bedeutet: Alle erhobenen Daten werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Person welche Angaben gemacht hat. Mit anderen Worten: **Der Datenschutz ist voll und ganz gewährleistet.**

Wie der Fragebogen auszufüllen ist:

Das Ausfüllen des Fragebogens ist sehr einfach.

☛ Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kästchen an.

☛ Die Fragen sind immer "fett" gedruckt, zumeist finden Sie die Antwortmöglichkeiten rechts daneben. Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich, also nur **ein** Kästchen anzukreuzen:

Beispiel:

Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

Ja 1

Nein 2

☛ Wenn mehrere Antworten auf eine Frage angekreuzt werden können, wird ausdrücklich darauf hingewiesen:

*Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!*

☛ Bei einigen Fragen müssen Sie nur eine Zahlenangabe machen.

Beispiel:

In welchem Jahr sind Sie geboren?

19

☛ Gelegentlich werden Sie aufgefordert, einen Teil der Fragen zu überspringen. Tun Sie dies bitte dann, wenn im Fragebogen auf folgende Weise darauf hingewiesen wird:

Beispiel:

Geht Ihr Kind (Zielkind) zur Schule?

Ja 1

Nein 2 → Bitte weiter mit Frage **3201**

Wenn Sie "Ja" ankreuzen,
gehen Sie zur nächsten Frage

Wenn Sie "Nein" ankreuzen, überspringen Sie
die nächsten Fragen und fahren fort mit Frage 3201

Für Fragen steht Ihnen zur Verfügung:

Herr Dr. Wolfgang Schäfer

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH

Margaretenstr. 1, 53175 Bonn

Tel.: 0228 / 3822-508, Fax: 0228 / 310071, E-Mail: w.schaefer@infas.de

Beginnen Sie jetzt bitte mit der Frage 3001 auf der gegenüberliegenden Seite.

**3001. Wie würden Sie Ihr Kind (Zielkind) beschreiben?
Inwieweit treffen die unten stehenden Aussagen auf Ihr Kind zu?**

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!

Mein Kind ...	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	
● ist gern mit anderen zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
● rauft gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
● findet sich o.k.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
● kann nichts ablenken, wenn es mit etwas angefangen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
● hat Spaß, andere zu ärgern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
● merkt, wenn es seinem Freund/seiner Freundin schlecht geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
● ist manchmal ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
● lacht gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
● fällt gelegentlich anderen auf die Nerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
● ist manchmal traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
● ist stolz auf das, was es geschafft hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
● fühlt sich manchmal allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
● ist meist gut gelaunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
● ist zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
● hat viele Ideen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
● lernt gerne neue Kinder kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
● verliert leicht die Beherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
● mag es lieber, wenn ein anderes Kind sagt, was sie spielen sollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
● kann sich gut vorstellen, wie sich andere Kinder so fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
● fängt oft mit jemand Streit an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
● fühlt sich manchmal unsicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
● kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
● ist schüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
● probiert gerne neue Sachen aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
● handelt oft, ohne nachzudenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
● ist oft wütend auf andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
● hat manchmal Angst vor fremden Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
● ist oft launisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
● setzt sich gegenüber anderen Kindern durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
● begreift schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42

3002. Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Sätze auf Ihr Kind (Zielkind) zutreffen.

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!

	Trifft voll und ganz zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft überhaupt nicht zu 4	
Wenn sich Widerstände auftun, findet mein Kind Mittel und Wege, um sich durchzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt meinem Kind immer, wenn es sich darum bemüht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
Es bereitet meinem Kind keine Schwierigkeiten, eigene Absichten und Ziele zu verwirklichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45
In unerwarteten Situationen weiß mein Kind immer, wie es sich verhalten soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
Auch bei überraschenden Ereignissen kommt mein Kind gut mit diesen zurecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
Schwierigkeiten sieht mein Kind gelassen entgegen, weil es den eigenen Fähigkeiten immer vertrauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
Mein Kind weiß: Was auch immer passiert, es wird schon klarkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
Für jedes Problem kann mein Kind eine Lösung finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
Wenn eine neue Sache auf mein Kind zukommt, weiß es, wie es damit umgehen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
Wenn ein Problem auf mein Kind zukommt, hat es meist mehrere Ideen, wie man es lösen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52

3003. Sicher kennen Sie diese Art von Konflikt: Sie möchten, dass Ihr Kind etwas machen soll, was es nicht machen will. Wann hatten Sie den letzten Konflikt dieser Art mit Ihrem Kind (Zielkind)?

War das ...

- gestern? 1 56
- vor ein paar Tagen? 2
- oder ist das schon länger her? 3



Ich hatte keinen Konflikt dieser Art .. 4
Weiß nicht 8 } Weiter mit Frage 3006

3004. Worum ging es bei diesem Konflikt?

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!

Ging es dabei ...	Ja 1	Nein 2	
● um das Helfen im Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57
● um das Aufräumen seines Zimmers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58
● um das Lernen für die Schule oder um Hausaufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59
● um die Zeit, wann es ins Bett gehen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
● um die Kleidung, die es anzieht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61
● oder um was anderes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62

3005. Wie haben Sie sich bei diesem Konflikt mit Ihrem Kind (Zielkind) verhalten?*Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!*

	Ja	Nein	
	1	2	
Haben Sie versucht, Ihrem Kind ganz vernünftig zu erklären, warum Sie das von ihm wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63
Sind Sie wütend geworden und haben mit Ihrem Kind geschimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64
Waren Sie einfach sauer und sind weggegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65
Haben Sie versucht zu verstehen, warum Ihr Kind es nicht machen wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66
Haben Sie eingesehen, warum Ihr Kind es nicht machen wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67
Haben Sie nachgegeben, um weiteren Streit zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68
Waren Sie traurig, weil Ihr Kind nicht folgen wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69

3006. Gab es seit Januar durch folgende Ereignisse Probleme in Ihrer Familie?*Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!*

	Ja	Nein	
	1	2	
Probleme durch unerledigte Aufgaben im Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94
Konflikt und Streit zwischen Ihnen und Ihrer Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95
Probleme durch angespannte Stimmung oder Hektik im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96
Probleme durch körperliche Krankheit oder Tod eines nahen Familienmitglieds, auch wenn dieses nicht im Haushalt lebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97
Verhaltensprobleme eines oder mehrerer Ihrer Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98
Probleme durch das Verhalten Ihrer Eltern oder Schwiegereltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99
Schulprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100
Probleme durch zu wenig Geld in der Familienkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101
Probleme bei Ihnen oder Ihrer Partnerin, z.B. Alkohol oder Gerichtsprozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102
Gesundheitliche Probleme eines oder mehrerer Ihrer Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103
Probleme, miteinander zurechtzukommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104
Probleme bezüglich der Frage, wer welche Aufgaben im Haushalt übernimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105
Probleme durch beruflichen Streß bei Ihnen oder Ihrer Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106
Probleme durch den Mangel an Zeit zum Entspannen und Abschalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Einrichtungen außerhalb der Familie,
in denen Ihr Kind möglicherweise betreut wird.

K.2

3007. Geht Ihr Kind (*Zielkind*) zur Schule?

Ja 1 126
↓

Nein 2 →

Bitte weiter mit Frage **3201 Seite 9**
(gelber Teil)

Bitte weiter mit Frage **3101**
(blauer Teil)

3101. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den schulischen Leistungen Ihres Kindes (Zielkind)?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- Sehr zufrieden 1 26
- Eher zufrieden 2
- Eher unzufrieden 3
- Sehr unzufrieden 4

3102. Wie gut ist Ihr Kind (Zielkind) in den einzelnen Fächern?

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!

	Sehr gut	Gut	Nicht so gut	Überhaupt nicht gut	Weiß nicht	Kind hat dieses Fach nicht	
	1	2	3	4	8	6	
Rechnen / Mathematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27-28
Rechtschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-30
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31-32
Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33-34
Musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35-36
Zeichnen / Kunst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37-38
Heimat- und Sachkunde (HSK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39-40

3103. Wie häufig haben Sie im letzten Schuljahr mit dem Lehrer oder der Lehrerin Ihres Kindes (Zielkind) Gespräche geführt?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- Nie 1 41
- 1- bis 2-mal 2
- Öfters 3

3104. Wenn Sie an die Zusammenarbeit der Schule mit Ihnen als Vater denken:

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Überhaupt nicht zufrieden	Darum kümmert sich meine Frau/Partnerin	
	1	2	3	4	5	
Wie zufrieden sind Sie mit ...						
● den Informationen aus der Schule über die Leistungen Ihres Kindes (Zielkind)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
● den Informationen aus der Schule über Entwicklung und Verhalten Ihres Kindes (Zielkind)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
● den Informationen aus der Schule bei Problemen wie beispielsweise Leistungs- oder Verhaltensproblemen Ihres Kindes (Zielkind)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> keine Probleme	52
● Ihrer Teilnahme am Schulleben, etwa bei der Mitgestaltung von Klassenfesten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53

3105. Wie oft haben Sie seit Januar einen Elternabend besucht?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- Nie 1 54
- Einmal 2
- Zweimal 3
- Öfters 4

3106. Haben Sie seit Januar bei Aktivitäten in der Schule mitgewirkt, z.B. bei Sommerfesten, Wandertagen etc.?

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwort an!

Ja 1 55-56

Nein 2

Es gab keine Aktivitäten,
bei denen die Eltern mitwirken konnten 6

Ich weiß nicht, ob es so was gibt 8

3107. Welche Note würden Sie der Schule insgesamt geben?

Kreuzen Sie bitte eine Schulnote von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend an.

Sehr gut	Gut	Befrie- digend	Aus- reichend	Mangel- haft	Un- genügend
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57-58



Bitte weiter mit Frage 3301, Seite 10

3201. Falls Ihr Kind nicht zur Schule geht:

Wird Ihr Kind (Zielkind) derzeit in einem Kindergarten oder einer anderen Einrichtung betreut?

Ja 1 31
↓

Nein 2 → Bitte weiter mit Frage 3301, Seite 10

3202. Im folgenden geht es um die Zusammenarbeit zwischen der Kinderbetreuungseinrichtung und Ihnen als Vater.

Wie oft waren Sie seit Januar bei einem persönlichen Elterngespräch in dieser Einrichtung?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Nie 1 62
- Einmal 2
- Zweimal 3
- Öfters 4

3203. Haben Sie seit Januar bei Aktivitäten in der Einrichtung mitgewirkt, z.B. Sommerfeste, Ausflüge etc.?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Ja 1 63-64
- Nein 2
- Es gab keine Aktivitäten, bei denen die Eltern mitwirken konnten 6
- Ich weiß nicht, ob es so was gibt 8

3204. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Rahmenbedingungen der Einrichtung?

Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Überhaupt nicht zufrieden	Betrifft mich nicht
	1	2	3	4	6
Wie zufrieden sind Sie ...					
● mit den täglichen Öffnungszeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 65-66
● mit den Ferienregelungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 67-68
● mit der Zusammensetzung der Kindergruppe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 69-70
● mit der Ausstattung der Räume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 71-72
● mit der Entfernung zu Ihrer Wohnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 73-74
● mit der Entfernung zu Ihrem Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 75-76
● mit dem Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 77-78
● mit den Kosten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 79-80
● mit dem pädagogischen Konzept?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 81-82
● mit dem Kontakt zu den Betreuerinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 83-84
● mit der Vorbereitung auf die Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 85-86

3205. Wenn Sie alles zusammennehmen, welche Schulnote würden Sie der Einrichtung insgesamt geben?

Kreuzen Sie bitte eine Note von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend an.

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Un- genügend
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3301. Im folgenden geht es um Ihre Wohnung und Ihre Wohnumgebung. Handelt es sich bei Ihrem Hauptwohnsitz um ...

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- den Haushalt Ihrer Eltern (bzw. eines Elternteils) oder Ihrer Schwiegereltern? 1 38-39
- eine Einliegerwohnung im Haus Ihrer Eltern (bzw. eines Elternteils) oder Ihrer Schwiegereltern? 2
- ein von Ihnen und/oder Ihrer Partnerin gemietetes Haus 3
- eine von Ihnen und/oder Ihrer Partnerin gemietete Wohnung? 4
- ein Ihnen und/oder Ihrer Partnerin gehörendes Haus? 5
- eine Ihnen und/oder Ihrer Partnerin gehörende Wohnung? 6
- eine Untermiete? 7
- eine Unterkunft in einem Wohnheim? 8
- Sonstiges 9

3302. In welchem Haustyp leben Sie?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

Lebe in einem ...

- Ein- oder Zweifamilienhaus 1 40
- Wohnhaus mit bis zu 10 Wohnungen 2
- Wohnhaus mit 11 bis 20 Wohnungen 3
- Wohnhaus mit mehr als 20 Wohnungen 4

3303. Wie beurteilen Sie den Zustand des Hauses, in dem Sie wohnen?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

Das Haus ist ...

- in sehr gepflegtem Zustand 1 41
- in gutem Zustand 2
- teilweise renovierungsbedürftig 3
- stark renovierungsbedürftig 4

3304. Wie schätzen Sie die Sicherheit Ihrer Wohnumgebung für Kinder ein?

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!

	Sehr gut 1	Eher gut 2	Eher schlecht 3	Sehr schlecht 4	
● die Verkehrssicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
● die Sicherheit vor Gewalt und Übergriffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43

3305. Wie viele Quadratmeter Wohnfläche haben Sie (einschließlich Küche, Wohnküche, Bad, Toilette, Flur)?

Bitte tragen Sie die Anzahl der Quadratmeter ein.

_____ qm

44-46

3306. Wie viele Zimmer haben Sie (ohne Küche, Wohnküche, Bad, Toilette, Flur)?

Bitte tragen Sie die Anzahl der Zimmer ein.

_____ Zimmer

47-48

3307. Wie viele der vorhandenen Räume werden ausschließlich oder überwiegend als Kinderzimmer genutzt?

Bitte tragen Sie die Anzahl der Zimmer ein.

Zimmer

49-50

3308.

A Wie beurteilen Sie die Ausstattung und Einrichtung Ihrer Wohnung?

Falls es irgend etwas davon bei Ihnen nicht gibt, kreuzen Sie bitte "Trifft nicht zu" an.

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!

	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht	Trifft nicht zu
	1	2	3	4	6
Wie beurteilen Sie ...					
● die Kücheneinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 51-52
● die sanitären Anlagen (Bad und Toilette)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 53-54
● das Heizungssystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 55-56
● die Geräumigkeit Ihrer Wohnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 57-58
● die Raumaufteilung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 59-60
● den Gartenbereich bzw. den Balkon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 61-62
● die Medienanschlüsse ([Kabel-]Fernsehen, Internet usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 63-64

B Wie beurteilen Sie die Umweltbelastung Ihrer Wohnung?

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!

	Sehr groß	Eher groß	Eher gering	Sehr gering
	1	2	3	4
Wie beurteilen Sie ...				
● die Belastung durch Lärm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 65-66
● die Belastung durch Schmutz und Abgase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 67-68

3309. In der folgenden Tabelle finden Sie eine Liste öffentlicher und privater Angebote für sportliche und kulturelle Aktivitäten. Bitte geben Sie zu jedem dieser Angebote an,

A ob es das in Ihrer Nähe gibt, das heißt, ob es in ca. 15 Minuten zu Fuß erreichbar ist,

B und unabhängig von der Entfernung ob Ihr Kind (*Zielkind*) ein solches Angebot im Verein oder außerhalb eines Vereins nutzt.

	A Gibt es in der Nähe?	B Wird von Kind (<i>Zielkind</i>) genutzt?
Fußballplatz / Basketball etc.	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 69	Ja, im Verein 1 <input type="checkbox"/> 70 Ja, außerhalb eines Vereins 2 <input type="checkbox"/> Ja, beides (im Verein <u>und</u> außerhalb) .. 3 <input type="checkbox"/> Nein 4 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Tennisplatz	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 71	Ja, im Verein 1 <input type="checkbox"/> 72 Ja, außerhalb eines Vereins 2 <input type="checkbox"/> Ja, beides (im Verein <u>und</u> außerhalb) .. 3 <input type="checkbox"/> Nein 4 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Musikschule / Orchester	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 73	Ja, im Verein 1 <input type="checkbox"/> 74 Ja, außerhalb eines Vereins 2 <input type="checkbox"/> Ja, beides (im Verein <u>und</u> außerhalb) .. 3 <input type="checkbox"/> Nein 4 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Privater Musik- oder Instrumentalunterricht, Chor	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 75	Ja, im Verein 1 <input type="checkbox"/> 76 Ja, außerhalb eines Vereins 2 <input type="checkbox"/> Ja, beides (im Verein <u>und</u> außerhalb) .. 3 <input type="checkbox"/> Nein 4 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Turn- Sporthalle	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 77	Ja, im Verein 1 <input type="checkbox"/> 78 Ja, außerhalb eines Vereins 2 <input type="checkbox"/> Ja, beides (im Verein <u>und</u> außerhalb) .. 3 <input type="checkbox"/> Nein 4 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Reitstall / Reitplatz	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 79	Ja, im Verein 1 <input type="checkbox"/> 80 Ja, außerhalb eines Vereins 2 <input type="checkbox"/> Ja, beides (im Verein <u>und</u> außerhalb) .. 3 <input type="checkbox"/> Nein 4 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Kinderkino / Kindertheater	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 81	Ja, im Verein 1 <input type="checkbox"/> 82 Ja, außerhalb eines Vereins 2 <input type="checkbox"/> Ja, beides (im Verein <u>und</u> außerhalb) .. 3 <input type="checkbox"/> Nein 4 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Ballett-Tanzstudio	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 83	Ja, im Verein 1 <input type="checkbox"/> 84 Ja, außerhalb eines Vereins 2 <input type="checkbox"/> Ja, beides (im Verein <u>und</u> außerhalb) .. 3 <input type="checkbox"/> Nein 4 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Kinderbibliothek / Bibliothek mit Kinderbüchern	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 85	Ja, im Verein 1 <input type="checkbox"/> 86 Ja, außerhalb eines Vereins 2 <input type="checkbox"/> Ja, beides (im Verein <u>und</u> außerhalb) .. 3 <input type="checkbox"/> Nein 4 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>

3310. In der folgenden Tabelle finden Sie eine Liste öffentlicher und privater Räume oder Plätze für sportliche und kulturelle Aktivitäten.

Bitte geben Sie zu jedem dieser Angebote an,

A ob es das in Ihrer Nähe gibt, das heißt, ob es in ca. 15 Minuten zu Fuß erreichbar ist,

B und ob Ihr Kind das Angebot nutzt.

	A Gibt es in der Nähe?	B Wird von Kind genutzt?
Freizeitheim für Kinder	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 87	Ja 1 <input type="checkbox"/> 88 Nein 2 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Radwege	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 89	Ja 1 <input type="checkbox"/> 90 Nein 2 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Kinderspielplatz/ Abenteuerspielplatz	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 91	Ja 1 <input type="checkbox"/> 92 Nein 2 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Park / Grünflächen / Wald	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 93	Ja 1 <input type="checkbox"/> 94 Nein 2 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Spielstraße	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 95	Ja 1 <input type="checkbox"/> 96 Nein 2 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Skaterplatz oder ähnliches	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 97	Ja 1 <input type="checkbox"/> 98 Nein 2 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Offen zugänglicher Schulhof	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 99	Ja 1 <input type="checkbox"/> 100 Nein 2 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Anderer Hof zum Spielen	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 101	Ja 1 <input type="checkbox"/> 102 Nein 2 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>
Öffentliche Verkehrs- mittel	Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> 103	Ja 1 <input type="checkbox"/> 104 Nein 2 <input type="checkbox"/> Weiß nicht 8 <input type="checkbox"/>

3311. Welche der folgenden Dinge gibt es in Ihrem Haushalt und welche dieser Dinge besitzt Ihr Kind selbst?

K. 11

Bitte machen Sie in jede Zeile **zwei** Kreuze!

	Gibt es im Haushalt		Besitzt Kind selbst		
	Ja	Nein	Ja	Nein	
	1	2	1	2	
Fernseher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105
Radio / CD-Spieler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107
Videorecorder / DVD-Spieler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109
Kassetten, CDs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111
Videokassetten / DVDs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113
Computerspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115
Lernsoftware	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117
Lego o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119
Puzzles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121
Computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123
Spielekonsole (z.B. Nintendo, Play Station)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	125
Internet-Anschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127
Handy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129
Mehr als 10 Sachbücher für Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131
Mehr als 10 Bücher mit Kinder-/Abenteuergeschichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133
Altersgemäßes Lexikon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135
Fahrrad oder Mountainbike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	137
Inlineskates, Skateboard oder Schlittschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	139
Musikinstrument (keine Blockflöte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	141

3312. Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Gesundheit. Wie schätzen Sie insgesamt Ihre Gesundheit ein?

K. 12

Kreuzen Sie bitte eine Note von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend an.

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Un- genügend
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66-67

3313. Wurde bei Ihnen jemals eine chronische Krankheit festgestellt?

Ja 1 68
 ↓
 Nein 2 → Bitte weiter mit Frage **3315**

3314. Um welche Krankheit handelt es sich dabei?

Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft.

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| | 1 | |
| Eine Erkrankung der Atemwege (Asthma, Bronchitis) | <input type="checkbox"/> | 69 |
| Eine Hautkrankheit (Neurodermitis) | <input type="checkbox"/> | 70 |
| Eine Herz-, Magen- oder Darmkrankheit | <input type="checkbox"/> | 71 |
| Eine Körperliche Behinderung | <input type="checkbox"/> | 72 |
| Eine Ernste Seh- oder Hörstörung (mehr als 5 Dioptrien oder ein Hörgerät) | <input type="checkbox"/> | 73 |
| Eine Depression oder Angstzustände | <input type="checkbox"/> | 74 |
| Erhebliche Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | 75 |

3315. Rauchen Sie?

Ja, gelegentlich 1 76

Ja, täglich 2



Nein 3 → Bitte weiter mit Frage **3317**

3316. Wie viele Zigaretten rauchen Sie ungefähr pro Tag?

1 bis 7 Zigaretten 1 77

8 bis 20 Zigaretten 2

Mehr als 20 Zigaretten 3

Ich rauche keine Zigaretten
sondern Pfeife, Zigarren etc. 4

3317. Inwieweit treffen die unten stehenden Aussagen auf Sie selbst zu?

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!

	Trifft voll und ganz zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft überhaupt nicht zu 4	
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, um mich durchzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87
Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88

3318. Wie weit treffen die unten stehenden Aussagen auf Sie zu?

K. 12

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	
Ich ...					
● bin gern mit anderen zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89
● bin manchmal traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90
● bin stolz auf das, was ich geschafft habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91
● fühle mich manchmal allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92
● bin meist gut gelaunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93
● merke, wenn es einem Freund/einer Freundin schlecht geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94
● fühle mich manchmal unsicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95
● handle oft, ohne nachzudenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96
● bin oft wütend auf andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97
● setze mich gegenüber anderen Leuten durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98
● bin manchmal ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99

3319. Bitte geben Sie zu den unten stehenden Bereichen an, wie sehr Sie sich darum Sorgen machen.

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz.

	Keine Sorgen		Große Sorgen		Trifft nicht zu	
	1	2	3	4	6	
Mache mir um ...						
● meine Arbeitsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100-101
● unsere Finanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102-103
● die Entwicklung meines Kindes oder meiner Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104-105
● die Schulleistungen meines Kindes oder meiner Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106-107
● unsere Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108-109
● meine eigene Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110-111

3320. Jetzt geht es darum, wie Sie sich in den letzten 4 Wochen gefühlt haben.

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz!

	Fast immer	Häufig	Manchmal	Nie	
	1	2	3	4	
Wie oft ...					
● haben Sie sich optimistisch und zuversichtlich gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112
● hatten Sie ein Gefühl des Stolzes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113
● Hatten Sie das Gefühl, ganz versagt zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114
● haben Sie sich im Vergleich zu anderen benachteiligt gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115
● waren Sie unzufrieden mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116
● hatten Sie das Gefühl, dass nichts so wird, wie Sie es sich wünschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117
● kam es vor, dass Sie das Gefühl hatten, alles sei sinnlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118
● haben Sie sich völlig hoffnungslos gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119
● waren Sie fröhlich und ausgelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120

3321. Wir möchten Sie nun um einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person bitten.

K. 12

Wann sind Sie geboren?

121-122

123-126

Tragen Sie bitte nur Monat und Jahr ein.

Monat		Jahr			

3322. Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

Ja 1 127
↓

Nein 2 → Weiter mit Frage **3324**

3323. Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit seit Ihrer Geburt oder über Einbürgerung?

Seit Geburt 1 128

Über Einbürgerung 2

3324. Seit wann leben Sie in Deutschland, d.h. auf dem Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland?

Bitte tragen Sie das Jahr ein.

K. 12 129-132

Seit

--	--	--	--	--

Jahr
↓

Seit Geburt 0 → Weiter mit Frage **3326**

K. 49

3325. In welchem Land sind Sie geboren?

Land:

12-111

3326. Welche Sprache sprechen Sie normalerweise im Alltag mit Ihrem Kind (Zielkind)?

K. 12

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- Deutsch 1 133
- Meine Muttersprache 2
- Die Muttersprache meiner Partnerin 3
- Eine andere Sprache 4
- Mal so, mal so 5

3327. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- Volks-/Hauptschulabschluss (DDR: 8. Klasse POS) 1 134-135
- Mittlere Reife / Realschulabschluss (DDR: 10. Klasse POS) 2
- Fachhochschulreife 3
- Abitur / Hochschulreife (DDR: EOS) 4
- Ohne Abschluss von der Schule abgegangen 5
- Gehe noch zur Schule 6

3333. Wie viele Kinder haben Sie insgesamt? Bitte berücksichtigen Sie neben den eigenen, leiblichen Kindern auch eventuell vorhandene Adoptiv-, Stief- oder Pflegekinder.

K. 12

Bitte tragen Sie die Anzahl **aller** Kinder ein.

Insgesamt Kinder


176-177

Im folgenden möchten wir etwas mehr über Ihr Kind / Ihre Kinder erfahren.

- a) Schreiben Sie bitte in **Spalte a)** der untenstehenden Liste zunächst den Namen des Zielkindes dieser Befragung.
Wenn Sie noch weitere Kinder haben, dann schreiben Sie deren Namen jeweils in die nachfolgenden Zeilen in der Liste. Denken Sie dabei auch an Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder.
- b) Bitte machen Sie in **Spalte b)** für jedes Kind Angaben zu seinem Geschlecht.
Tragen Sie bitte für Jungen eine **1** und für Mädchen eine **2** ein.
- c) Bitte tragen Sie in **Spalte c)** zu jedem Kind seinen Geburtstag ein.
Bitte geben Sie nur Monat und Jahr an.
- d) Bitte geben Sie in **Spalte d)** zu jedem Kind an, wie es mit Ihnen verwandt ist.
Bei leiblichen Kindern tragen Sie bitte eine **1** ein, bei Kindern Ihrer Partnerin eine **2**, bei Adoptivkindern eine **3**, bei Pflegekindern eine **4** und bei sonstigen Kindern eine **5**.
- e) Bitte tragen Sie in **Spalte e)** ein, wie es mit Ihrer jetzigen Partnerin verwandt ist.
Tragen Sie bitte wieder die zutreffende Kennziffer ein.
- f) Bitte geben Sie in **Spalte f)** zu jedem Kind seinen Wohnort an.
Tragen Sie bitte wieder die zutreffende Kennziffer ein.

a) Name	b) Geschlecht 1 = Junge 2 = Mädchen <i>Bitte Kennziffer eintragen</i>	c) Geboren Monat / Jahr eintragen	d) Zuordnung zum Befragten Das Kind ist für mich ein ... 1 = leibliches Kind 2 = Kind der Partnerin 3 = Adoptivkind 4 = Pflegekind 5 = Sonstiges Kind Kennziffer:	e) Zuordnung zur Partnerin Das Kind ist für meinen Partner ... 1 = leibliches Kind 2 = Kind der Partnerin/ Stiefkind 3 = Adoptivkind 4 = Pflegekind 5 = Sonstiges Kennziffer:	f) Wo lebt das Kind derzeit? 0 = in meinem Haushalt 1 = beim anderen Elternteil 2 = bei Großeltern/ Verwandten 3 = im Internat 4 = im Heim 5 = im eigenen Haushalt 6 = bei Adoptiveltern 7 = bei Pflegeeltern 8 = lebt abwechselnd bei verschied. Personen
Zielkind: 01	K. 13 <input type="text"/> 12-13 14	<input type="text"/> 15-16 <input type="text"/> 17-20	<input type="text"/> 21	<input type="text"/> 22-23	<input type="text"/> 24-25
weiteres Kind: 02	K. 14 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
weiteres Kind: 03	K. 15 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
weiteres Kind: 04	K. 16 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
weiteres Kind: 05	K. 17 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
weiteres Kind: 06	K. 18 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
weiteres Kind: 07	K. 19 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
weiteres Kind: 08	K. 20 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
weiteres Kind: 09	K. 21 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
weiteres Kind: 10	K. 22 <input type="text"/> 12-13 14	<input type="text"/> 15-16 <input type="text"/> 17-20	<input type="text"/> 21	<input type="text"/> 22-23	<input type="text"/> 24-25

**Bitte aufklappen
und ausfüllen**

Personennummer	A ₁ A ₂ Name (wie Sie diese Person nennen)	C Meine verwandtschaftliche Beziehung zu der Person: Code lt. Ausklappseite eintragen:	D Verwandtschaftliche Beziehung meines Kindes zu der Person: Code lt. Ausklappseite eintragen:	E Entfernung: 1 = In unserem Haushalt 2 = Im gleichen Haus 3 = Zu Fuß maximal 1/4 Stunde entfernt 4 = Maximal 1 Stunde Fahrzeit entfernt (Auto, Bus etc.) 5 = Weiter entfernt 8 = Weiß nicht	F Meine Beziehung zu dieser Person: gut schlecht 1 2 3 4  Keine Beziehung 5	
	K. 24 00 (Befragter)	12-13	14-15	16-17	18	19-20
01 (Zielkind)						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

C

Meine verwandtschaftliche Beziehung zur aufgeschriebenen Person

Code

- 01 Ehepartnerin / Partnerin
- 02 Expartnerin
- 03 Tochter
- 04 Sohn
- 05 Stieftochter / Pflege Tochter
- 06 Stiefsohn / Pflegesohn
- 07 Eigene Mutter
- 08 Eigener Vater
- 09 Eigene Stiefmutter
- 10 Eigener Stiefvater
- 11 Mutter der (Ehe-)Partnerin / Schwiegermutter
- 12 Vater der (Ehe-)Partnerin / Schwiegervater
- 13 Stiefmutter der Ehepartnerin/Partnerin
- 14 Stiefvater der Ehepartnerin/Partnerin
- 15 Eltern der Ex-Partnerin / Ex-Schwiegereltern
- 16 Bruder / Stiefbruder / Halbbruder
- 17 Schwester / Stiefschwester / Halbschwester
- 18 Bruder / Stiefbruder Halbbruder der Ehepartnerin/Partnerin
- 19 Schwester / Stiefschwester / Halbschwester der Ehepartner/Partnerin
- 20 Neffe
- 21 Nichte
- 22 Großmutter
- 23 Großvater
- 24 Großmutter der Ehepartnerin/Partnerin
- 25 Großvater der Ehepartnerin/Partnerin
- 26 andere verwandte Person
- 27 Tagesmutter
- 28 andere Person

D

Verwandtschaftliche Beziehung meines **Kindes** (Zielkind) zur aufgeschriebenen Person

Code

- 30 leibliche Mutter
- 31 Leiblicher Vater
- 32 Stiefmutter
- 33 Stiefvater
- 34 Stiefbruder
- 35 Stiefschwester
- 36 Bruder / Halbbruder
- 37 Schwester / Halbschwester
- 38 Großmutter (Mutter der Mutter)
- 39 Großmutter (Mutter des Vaters)
- 40 Großvater (Vater der Mutter)
- 41 Großvater (Vater des Vaters)
- 42 Stiefgroßmutter
- 43 Stiefgroßvater
- 44 Urgroßmutter
- 45 Urgroßvater
- 46 Onkel
- 47 Tante
- 48 Cousine
- 49 Cousin
- 50 Pflegemutter
- 51 Pflegevater
- 52 andere verwandte Person
- 53 Tagesmutter
- 54 andere Person

3335. Im folgenden möchten wir gerne von Ihnen wissen, wie Sie sich in Ihrer Familie fühlen. Wie häufig treffen die folgenden Sätze auf Sie zu?

Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Immer 1	Häufig 2	Selten 3	Nie 4	
● Ich bin gerne mit meiner Familie zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
● In unserer Familie kommt es zu Reibereien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
● In unserer Familie können wir über alles sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
● In unserer Familie geht jeder seinen eigenen Weg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
● In unserer Familie haben wir viel Spaß miteinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16

3336. In den folgenden drei Fragen geht es um die Bedeutung der Religion im Alltag und bei der Kindererziehung.

Welcher Kirche bzw. Religionsgemeinschaft gehören Sie an?

Der evangelischen Kirche 1 17-18

Einer evangelischen Freikirche 2

Der römisch-katholischen Kirche 3

Einer anderen christlichen
Religionsgemeinschaft 4

Dem Islam 5

Einer anderen nicht-christlichen
Religionsgemeinschaft 6

Keiner Religionsgemeinschaft ... 7 → Weiter mit Frage **3338A**



3337. Wie häufig gehen Sie zum Gottesdienst?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

Häufiger als einmal in der Woche 1 19-20

Einmal in der Woche 2

Ein- bis dreimal im Monat 3

Mehrmals im Jahr 4

Seltener 5

Nie 6

3338A Erziehen Sie Ihr Kind (Zielkind) religiös?

Ja 1 21

Nein 2 → Bitte weiter mit Frage **3339**



3338B Wie wichtig ist Ihnen die Religion bei der Erziehung Ihres Kindes (Zielkind)?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

Sehr wichtig 1 22

Eher wichtig 2

Eher unwichtig 3

Völlig unwichtig 4

**3339. Wir wollen nun etwas über Ihre Erwerbssituation erfahren.
Sind Sie derzeit erwerbstätig?**

Unter "Erwerbstätigkeit" verstehen wir dabei jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit, egal in welchem zeitlichen Umfang.

Ja 1 ²³ Nein 2 → Weiter mit Frage **3354**



**3340. Wenn Sie Ihre gesamte Erwerbstätigkeit zusammenrechnen,
wieviel Wochenstunden haben Sie im Durchschnitt
des letzten halben Jahres etwa gearbeitet?**

Weniger als 15 Stunden 1 ²⁴⁻²⁵

15 bis 24 Stunden 2

25 bis 34 Stunden 3

35 bis 40 Stunden 4

41 bis 60 Stunden 5

Mehr als 60 Stunden 6

3341. Was trifft für Ihre Haupttätigkeit zu?

Sind Sie ...

Vollzeit erwerbstätig 1 ²⁶

Teilzeit erwerbstätig 2 Nur geringfügig beschäftigt 3 → Weiter mit Frage **3354**



3342. Üben Sie neben Ihrer Haupttätigkeit noch weitere Erwerbstätigkeiten aus?

Ja 1 ²⁷

Nein 2

3343. Welchen Beruf üben Sie derzeit hauptberuflich aus?

Weiter mit Frage:

Selbständiger in Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Tierzucht, Fischerei 1 ²⁸⁻²⁹ → **3344**

Selbständiger in freiem Beruf, selbständige Akademiker, freischaffender Künstler .. 2 → **3345**

Selbständiger in Handel, Gewerbe, Industrie, Dienstleistung 3 → **3346**

Beamter, auch Richter, Berufssoldat 4 → **3347**

Angestellter 5 → **3348**

Arbeiter, Facharbeiter 6 → **3349**

Mithelfender Familienangehöriger 7 → **3350**

Auszubildender / Lehrling 8 → **3351**

3348 Angestellter:**A Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?**

Ich bin Angestellter, und zwar:

- mit ausführender Tätigkeit nach Anweisung (z.B. Verkäufer, Kontorist, Datentypist) 1 59
- mit einer Tätigkeit, die ich nach Anweisung erledige
(z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner) 2
- mit selbständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit begrenzter Verantwortung für Personal (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Prokurist, Abteilungsleiter bzw. Meister im Angestelltenverhältnis) 3
- mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen
(z.B. Direktor, Geschäftsführer, Mitglied des Vorstands) 4

60-61

62-65

B Seit wann üben Sie Ihren Beruf in der jetzigen Position aus?Seit
Monat Jahr**C Ist Ihr gegenwärtiges Arbeitsverhältnis befristet?**Ja 1 66
Nein 2 Weiter mit Frage 3352**3349 Arbeiter, Facharbeiter:****A Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?**

Sind Sie:

- ungelernter Arbeiter 1 67
- angelernter Arbeiter 2
- Facharbeiter 3
- Vorarbeiter 4
- Meister, Polier 5

68-69

70-73

B Seit wann üben Sie Ihren Beruf in der jetzigen Position aus?Seit
Monat Jahr**C Ist Ihr gegenwärtiges Arbeitsverhältnis befristet?**Ja 1 74
Nein 2 Weiter mit Frage 3352**3350. Mithelfender Familienangehöriger:**

Seit wann arbeiten Sie in der jetzigen Position im Familienbetrieb?

75-76

77-80

Seit
Monat Jahr Weiter mit Frage 3352**3351. Auszubildender / Lehrling:**

Seit wann haben Sie diese Ausbildungs- bzw. Lehrstelle?

81-82

83-86

Seit
Monat Jahr

**3352. Waren Sie unmittelbar davor arbeitslos?
Wenn ja, wie viele Monate insgesamt?**

Ja Monate 87-88

Nein, nicht arbeitslos 0

3353. Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Ihrer Erwerbstätigkeit.

Bitte kreuzen Sie jeweils an, inwieweit Sie persönlich für Ihre Arbeit der jeweiligen Aussage zustimmen.

(Bei mehreren Beschäftigungsverhältnissen denken Sie bitte an Ihre wichtigste Tätigkeit!)

Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz.

	Stimmt völlig	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt gar nicht	
	1	2	3	4	
Meine Arbeitsstelle ist sicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89
Meine Arbeitszeit ist flexibel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90
Meine Arbeit verlangt von mir eine Vielzahl von verschiedenen komplexen Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91
Meine Arbeit gibt mir beträchtliche Gelegenheit, frei und unabhängig zu entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92
Meine Arbeit verlangt ein großes Maß an Zusammenarbeit mit anderen Leuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93
Ich empfinde ein hohes Maß an Verantwortung für die Arbeit, die ich mache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94
Meine Arbeit lässt sich gut mit der Familie vereinbaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95
Mit dem Betriebsklima an meiner Arbeitsstelle bin ich zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96
Einkommen und Sozialleistungen für meine Arbeit sind gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97

Weiter mit Frage 3356

3354. Bitte sehen Sie sich nun diese Liste an. Was trifft derzeit auf Sie zu?

Bitte machen Sie in nur **ein** Kreuz.

- Ich bin zur Zeit ... 98-99
- arbeitslos, mache Null-Kurzarbeit 1
 - Hausmann, im Erziehungsurlaub 2
- } Bitte weiter mit Frage **3355**
- Student / Schüler 3
 - in Ausbildung / Umschulung 4
 - Rentner/Pensionär / im Vorruhestand 5
 - aus anderen Gründen nicht erwerbstätig 6
- } Bitte weiter mit Frage **3356**

3355. Seit wann sind Sie das?

*(arbeitslos oder in Null-Kurzarbeit
bzw. Hausmann oder in Erziehungsurlaub)*

100-101 102-105

Seit

Monat Jahr

3356. Wenn Sie an alles denken, was für Ihre Arbeit eine Rolle spielt, also z.B. die Tätigkeit selbst, die Arbeitsbedingungen, die Menschen, mit denen Sie zu tun haben, wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrer Arbeit?

Wenn Sie derzeit nicht erwerbstätig sind, denken Sie bitte an Ihren letzten Arbeitsplatz. Berücksichtigen Sie in jedem Fall auch Ihre Hausarbeit.

*Bitte machen Sie in nur **ein** Kreuz.*

Sind Sie mit dieser Arbeit

- sehr zufrieden 1 106
- eher zufrieden 2
- eher unzufrieden 3
- oder sehr unzufrieden? 4

3357. Haben Sie Ihre Erwerbstätigkeit oder Ausbildung innerhalb der letzten fünf Jahre wegen eines Ihrer Kinder unterbrochen?

Wenn ja, wie viele Monate?

Ja Monate 107-108

Nein 0

War in den letzten 5 Jahren
nicht erwerbstätig 95

War nie erwerbstätig 96

3358. Zum Abschluss hier noch einige Fragen zu Ihrer finanziellen Situation.

Welche Einkommensquellen haben Sie in Ihrem Haushalt?

*Bitte machen Sie in jede Zeile **ein** Kreuz.*

Haben wir im Haushalt

	Ja	Nein	
	1	2	
Mein eigenes Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109
Das Erwerbseinkommen meines Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110
Einkommen anderer Haushaltsmitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111
Mieteinnahmen / Zinserträge (nur wenn mehr als 100 EURO/Monat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112
Arbeitslosengeld / Arbeitslosenhilfe / Sozialhilfe / Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113
Erziehungsgeld / Kindergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114
Unterhaltsleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115
Private Transfers (z.B. Geld von den Eltern / Schwiegereltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116
Stipendien / Bafög	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117
Sonstige Sozialleistungen oder Renten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118

3359. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt?

Dabei ist die Summe gemeint, die sich aus sämtlichen Einnahmen, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ergibt.

Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Nettoeinkommen aus Vermietung und Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.

Falls Sie oder Ihr Partner selbständig sind, geben Sie bitte das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen abzüglich der Vorsorgeaufwendungen für Krankheit und Alter an.

Bitte kreuzen Sie an, was auf das ungefähre Nettoeinkommen Ihres Haushalts zutrifft.

- unter 325 Euro .. 01 119-120
 325 bis unter 500 Euro .. 02
 500 bis unter 750 Euro .. 03
 750 bis unter 1250 Euro .. 04
 1250 bis unter 1750 Euro .. 05
 1750 bis unter 2250 Euro .. 06
 2250 bis unter 2750 Euro .. 07
 2750 bis unter 3250 Euro .. 08
 3250 bis unter 4000 Euro .. 09
 4000 Euro und mehr 10

3360. Beziehen Sie regelmäßig Unterhaltsleistungen von Personen außerhalb Ihres Haushalts?

Bitte denken Sie dabei auch an Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz.

Wenn ja, wieviel monatlich?

Ja Euro monatlich 121-124

Nein 0

3361. Müssen Sie Unterhalt an Personen außerhalb Ihres Haushalts leisten?

Wenn ja, wieviel monatlich?

Ja Euro monatlich 125-128

Nein 0

3362. Zahlen Sie für Schulden oder Kredite regelmäßige Zinsen oder Tilgungsraten?

Wenn ja, wieviel monatlich?

Ja Euro monatlich 129-132

Nein 0

3363. Wie hoch sind Ihre monatlichen Ausgaben für Ihre Wohnung bzw. Ihr Haus?

Wenn Sie Mieter sind tragen Sie bitte die Brutto-Warmmiete ein, wenn Sie Eigentümer sind, die monatlichen Kosten ohne Baukredit-Belastung.

Euro monatlich 133-136

3364. Nun zur persönlichen Einschätzung Ihrer finanziellen Lage.

Hat sich Ihre persönliche wirtschaftliche Lage im Laufe des letzten Jahres ...

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- deutlich verbessert 1 137
- verbessert 2
- nicht verändert 3
- verschlechtert 4
- oder deutlich verschlechtert? 5

3365. Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt oder hat Ihnen jemand geholfen?

K. 48

Ja, ganz alleine ausgefüllt 1 51Nein, es hat mir jemand geholfen 2**Wer hat Ihnen beim Ausfüllen geholfen?**Der Interviewer 1 52Eine andere Person 2**3366. Haben Sie den Fragebogen mit oder ohne Unterbrechungen ausgefüllt?**Ohne Unterbrechungen 1 53Mit kleinen Unterbrechungen (alle Pausen zusammen maximal 1 Stunde) 2Mit größeren Unterbrechungen (alle Pausen zusammen zwischen 1 und 12 Stunden) 3Mit großen Unterbrechungen (alle Pausen zusammen mehr als 12 Stunden /
ein oder mehr Tage) 4**3367. Bitte tragen Sie den heutigen Tag und den Monat ein:**

K. 1

20-21

22-23

Tag

Monat

**3368. Wie lange haben Sie – die Pausen nicht mitgerechnet –
für das Ausfüllen des Fragebogens benötigt:**

K. 48

54-55

56-57

Stunden

Minuten

3369. Gibt es von Ihrer Seite aus noch Hinweise oder Anregungen, die Sie uns zu dem Fragebogen oder zu einzelnen Fragen geben möchten? Vielleicht haben wir ja eine für Sie persönlich ganz wichtige Frage vergessen. Für Ihre Anregungen wären wir Ihnen sehr dankbar.

Bitte notieren Sie Ihre Anmerkungen auf der nächsten Seite.

Bitte beachten Sie in jedem Fall den Hinweis auf Seite 31!

**Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten Rückumschlag.
Geben Sie den Umschlag bitte wie vereinbart an unseren Mitarbeiter.
Nochmals herzlichen Dank!**