

Leben in Deutschland

Befragung 2011
zur sozialen Lage
der Haushalte

Elternfragebogen für Mütter und Väter:

„Ihr Kind im Alter von 7 oder 8 Jahren“

Dieser Fragebogen richtet sich an Mütter und Väter von Kindern, die im **Jahr 2003** geboren sind und die hier im Haushalt leben.

Bitte beantworten Sie die Fragen auch dann, wenn das Kind nicht Ihr leibliches, sondern ein Adoptiv- oder Pflegekind ist, oder das Kind Ihres Partners, der hier im Haushalt lebt.

Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Einstellungen und Einschätzungen zu Themen wie Erziehungsziele und -stile sowie Bildung und Betreuung.

Wir bitten beide Elternteile jeweils einen Fragebogen zu beantworten.
Ihre Mitarbeit ist freiwillig, wir möchten Sie aber herzlich darum bitten

- unserem Mitarbeiter das Interview zu gewähren
- **oder** den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen
lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

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

Vorname der Befragungsperson:

Person Nr.:

--	--

Bitte in Druckbuchstaben

1. Wie heißt das Kind?

Vorname des Kindes:

Personen Nr.:

--	--

Bitte in Druckbuchstaben

2. In welchem Jahr und Monat
wurde das Kind geboren?

2003

Monat:

3. Sind Sie die Mutter oder der Vater des Kindes?

Ja, und zwar:

die leibliche Mutter

der leibliche Vater

die Adoptiv- / Pflegemutter

der Adoptiv- / Pflegevater

Nein, es handelt sich um das Kind meines Partners / meiner Partnerin

4. Wann wurde das Kind eingeschult?

Monat

Jahr

Trifft nicht zu, Kind geht (noch) nicht zur Schule

Bitte Grund angeben:

5. Inwieweit entsprechen die folgenden Schulabschlüsse Ihrer persönlichen Idealvorstellung für die schulische Ausbildung des Kindes?

☞ Antworten Sie bitte anhand einer Skala von 1 bis 7.
 Der Wert 1 bedeutet, dass der Abschluss „überhaupt nicht“, der Wert 7 „voll und ganz“ Ihren persönlichen Vorstellungen entspricht.
 Mit den Werten zwischen 1 und 7 können Sie Ihre Meinung abstufen.

	überhaupt nicht							voll und ganz
	1	2	3	4	5	6	7	
– Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Und für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass das Kind die Schule mit einem der folgenden Abschlüsse verlassen wird?

☞ Antworten Sie bitte wieder anhand einer Skala von 1 bis 7.
 Der Wert 1 bedeutet dieses Mal „ausgeschlossen“ und der Wert 7 bedeutet „ganz sicher“.

	ausge- schlossen							ganz sicher
	1	2	3	4	5	6	7	
– Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. Im Folgenden werden einige Eigenschaften und Fähigkeiten genannt, die man durch Erziehung fördern kann. Für wie wichtig halten Sie persönlich die folgenden Erziehungsziele?

 Bitte ein Kreuz pro Zeile!

überhaupt nicht wichtig eher unwichtig weder noch eher wichtig sehr wichtig

Dass das Kind ...

- ein guter Schüler / eine gute Schülerin wird — — — —
- sich gut mit anderen Kindern versteht..... — — — —
- sich dafür interessiert, wie und warum bestimmte Dinge passieren — — — —
- sich wie ein normales Mädchen bzw. wie ein normaler Junge verhält — — — —
- ehrlich ist — — — —
- gute Umgangsformen hat — — — —
- Selbstbeherrschung besitzt — — — —
- verantwortungsbewusst ist — — — —
- auf andere Rücksicht nimmt — — — —
- seinen Eltern gehorcht — — — —
- ein gutes Urteilsvermögen besitzt — — — —
- ordentlich und sauber ist — — — —
- sich bemüht, seine Ziele zu erreichen..... — — — —
- sich gut in Gruppen einfügen kann — — — —
- lernt, sich im Leben auch gegen Widerstände durchzusetzen — — — —
- zufrieden mit dem ist, was es hat und kann..... — — — —
- lernt, Risiken im Leben zu meiden — — — —
- von anderen gemocht wird, liebenswert ist — — — —

8. Wie häufig kommen folgende Dinge vor?

☞ Die folgenden Aussagen beziehen sich wieder auf Ihr Kind, oder das Kind Ihrer Partnerin/Ihres Partners hier im Haushalt.

Bitte ein Kreuz pro Zeile!

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
– Ich zeige meinem Kind mit Worten und Gesten, dass ich es gerne habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich kritisiere mein Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wenn mein Kind unterwegs war, frage ich nach, was es getan und erlebt hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wenn mein Kind etwas gegen meinen Willen tut, bestrafe ich es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich drohe meinem Kind eine Strafe an, bestrafe es aber dann doch nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wenn mein Kind außer Haus ist, weiß ich genau, wo es sich aufhält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich bin eher streng zu meinem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich tröste mein Kind, wenn es traurig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich schreie mein Kind an, wenn es etwas falsch gemacht hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich halte mein Kind für undankbar, weil es mir nicht gehorcht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich rede eine Zeit lang nicht mit meinem Kind, wenn es etwas angestellt hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich gebe meinem Kind zu verstehen, dass es sich meinen Anordnungen und Entscheidungen nicht widersetzen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich lobe mein Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich beschimpfe mein Kind, weil ich wütend auf es bin ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich versuche den Freundeskreis meines Kindes aktiv zu beeinflussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich schwäche eine Bestrafung ab oder hebe sie vorzeitig auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich bin enttäuscht und traurig, wenn mein Kind sich schlecht benommen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Es fällt mir schwer in meiner Erziehung konsequent zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wie fühlen Sie sich in Ihrer Elternrolle und inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?

☞ Die folgenden Aussagen beziehen sich wieder auf Ihr Kind, oder das Kind Ihrer Partnerin/Ihres Partners hier im Haushalt.
Bitte ein Kreuz pro Zeile!

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
– Ich bin bereit, meine eigenen Wünsche denen meines Kindes zu opfern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wenn mein Kind nicht gehorcht und etwas Verbotenes tut, will es mich ärgern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich habe das Gefühl, dass Betreuung und Erziehung meines Kindes mich völlig in Beschlag nehmen, mein ganzes Leben bestimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich wünschte, ich würde durch meine Elternpflichten nicht so gefangen genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wenn es Probleme in der Erziehung gibt, liegt das an meinem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wenn ich mit meinem Kind zusammen bin, gibt es nichts anderes, was ich lieber täte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Für das Wohl meines Kindes würde ich alles aushalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich denke, wenn mein Kind sich falsch verhält, macht es das mit Absicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich lasse oft alles stehen und liegen, um mein Kind zu unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich freue mich darauf, mit meinem Kind zusammen zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Sind Sie selbst die Hauptbetreuungsperson des Kindes?

Ja



Nein

Sie springen auf die letzte Seite!

11. Wenn Sie einmal an eine normale Woche denken:

Gibt es außer Ihnen andere Personen oder Einrichtungen, die die Betreuung des Kindes zeitweise übernehmen? Wenn ja, welche Personen oder Einrichtungen sind das und wie viele Stunden pro Woche übernehmen sie die Betreuung?

Folgende Personen:

	Ja	Stunden
(Ehe) Partner/in	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Vater / Mutter des Kindes, der / die außerhalb des Haushalts lebt	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Großeltern des Kindes	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Ältere Geschwister des Kindes	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Andere Verwandte	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Kinderfrau, Au-pair	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Andere (z.B. „Babysitter“, Eltern von Freunden des Kindes, Freunde oder Nachbarn)	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>

Folgende Einrichtungen / Organisationen:

Schule (Unterricht, AGs, frei betreute Zeit)	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Hort (Schulhort oder andere hortähnliche Einrichtungen)	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Soziale Einrichtungen, Zentren, Freizeitorganisationen	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Nein, niemand	<input type="checkbox"/>	

Durchführung des Interviews

A Wie wurde die Befragung durchgeführt?

Mündliches Interview

Befragter hat den Fragebogen selbst ausgefüllt,
und zwar:

– in Anwesenheit des Interviewers

– in Abwesenheit des Interviewers

Teils mündlich, teils selbst ausgefüllt

B Interviewdauer:

Das mündliche (Teil-)Interview dauerte Minuten

Befragter brauchte zum Selbstausfüllen Minuten

(bitte erfragen)

C Sonstige Hinweise:

Listen-Nr.

Lfd. Nr.

Ich bestätige die korrekte Durchführung
des Interviews:

Tag

Monat

Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers