

Bundesinitiative
Frühe Hilfen



EIN FRAGEBOGEN ZUR SITUATION VON FAMILIEN MIT SÄUGLINGEN UND
KLEINKINDERN IN DEUTSCHLAND. AUF IHRE UNTERSTÜTZUNG ZÄHLEN WIR!



KiD 0-3

KINDER IN DORTMUND

Wer führt die Befragung durch?

Im Auftrag des Deutschen Jugendinstitut München (DJ) führt das unabhängige infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft ein wissenschaftliches Forschungsprojekt zur Lebenssituation von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern durch.

Worum geht es genau?

Die erste Zeit des Aufwachsens von Kindern ist eine ereignisreiche Zeit für Familien. Nicht immer werden Familien dabei ausreichend unterstützt. Mit Ihrer Hilfe möchten wir die Situation von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland besser verstehen und erfahren, welche Sorgen, Probleme und Wünsche Eltern haben. Ihre Mitarbeit an der Studie hilft dabei, dass Familien zukünftig so unterstützt werden können, wie sie es brauchen.

Für Fragen steht Ihnen zur Verfügung:

Herr Julian von der Burg, Tel.: 0800-7384500, Fax: 0228-3822-894

Was geschieht mit Ihren Angaben?

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 ist der Fragebogen auszufüllen?

Bitte füllen Sie den Fragebogen wie folgt aus:

Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.

Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich, bitte nur ein Kästchen ankreuzen.

Beispiel: Sind Sie... ..ein Mann?.....₁ ...eine Frau?.....₂

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

Beispiel:  Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

Bei einigen Fragen müssen Sie nur eine Zahlenangabe machen:

Beispiel: In welchem Jahr sind Sie geboren?

1956

Bei einigen Fragen werden Sie aufgefordert, Ihre Antwort weiter auszuführen.

Bitte schreiben Sie in die weißen Balken den Antworttext:

Beispiel: In einem anderen Land (bitte eintragen).....→

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: → **Bitte weiter mit Frage 5**

Die Frage-Nummer, mit der Sie dann in der Beantwortung des Fragebogens fortfahren sollen, ist jeweils hinter dem Pfeil notiert.

Sollten Sie sich einmal bei einer Antwort geirrt haben, so kreisen Sie dieses Kästchen bitte ein und kreuzen die richtige Antwort an:

Beispiel: Sind Sie... ..ein Mann?.....₁ ...eine Frau?.....₂

Beginnen Sie bitte jetzt mit Frage 1 auf der gegenüberliegenden Seite!

1. Wann ist das Kind geboren?

--	--	--

Tag

Monat

Jahr

2. Ist Ihr Kind ein Junge oder ein Mädchen?

Junge..... 1 Mädchen..... 2

3. In welcher Beziehung stehen Sie zum Kind?

Ich bin die Mutter..... 1

Ich bin der Vater..... 2

Ich bin weder die Mutter/der Vater, sondern:..... 3 →

4. Leben Sie mit dem anderen leiblichen Elternteil des Kindes in einem Haushalt zusammen?

Ja..... 1 → **Bitte weiter mit Frage 6**

Nein..... 2 → **Bitte weiter mit Frage 5**

5. Welche Lebenssituation trifft derzeit auf Sie zu?

Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

	Ja	Nein
	1	2
Ich lebe in einer Partnerschaft mit dem anderen leiblichen Elternteil des Kindes, wohne aber nicht in einem gemeinsamen Haushalt mit ihm/ihr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht Kontakt zum anderen Elternteil, aber wir sind keine Lebenspartner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht kein Kontakt zum anderen Elternteil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Lebenspartner, der nicht Elternteil des Kindes ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin alleinerziehend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ist Ihr Kind...

...jünger als 14 Monate..... 1 →

Beantworten Sie bitte als nächstes Frage 7 im orangefarbenen Teil des Fragebogens ab Seite 5

...14 Monate oder älter..... 2 →

Beantworten Sie bitte als nächstes Frage 23 im lilafarbenen Teil des Fragebogens ab Seite 10



Fragen zu Kindern im Alter von
1 bis 13 Monaten

7. Im Folgenden geht es jetzt um das im Anschreiben genannte Kind.

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

	Ja 1	Nein 2
Haben Sie sich während der Schwangerschaft auf das Kind gefreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie während der Schwangerschaft je über Abtreibung oder Adoption nachgedacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handelt es sich bei Ihrem Kind um eine Frühgeburt, d.h. um eine Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind eine Mehrlingsgeburt, also ein Zwilling, Drilling, usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihrem Kind möglicherweise eine Behinderung oder eine schwere Erkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie würden Sie die allgemeine Gesundheit Ihres Kindes beschreiben?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Sehr gut 1
 Gut, nur einige wenige Probleme 2
 Manchmal recht schlecht 3
 Fast immer schlecht 4

**Nun stellen wir Ihnen einige Fragen zum Schlafen, Schreien und Füttern.
Denken Sie bitte an die vergangene Woche.**

 Falls die vergangene Woche ungewöhnlich gewesen sein sollte (z.B. weil Sie nicht zu Hause waren),
denken Sie bitte an die letzte typische Woche.

9. Zuerst geht es um das Schlafen.

Wie häufig kamen die folgenden Ereignisse in der letzten (typischen) Woche bei Ihnen vor?

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

	Gar nicht 1	1 bis 3 Mal 2	4 bis 6 Mal 3	Täglich 4
Mein Kind schläft zu wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind kann innerhalb von 30 Minuten zum Schlafen gebracht werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind wacht zwei Mal oder öfter in der Nacht auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat nächtliche Wachphasen von mindestens 15 Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie häufig spricht Ihr Kind auf die von Ihnen angebotenen (Wieder-)Einschlafhilfen an (z.B.: mit dem Kind sprechen, ihm etwas vorsingen, es herumtragen)?

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

- Nie/selten 1
 Manchmal 2
 Häufig 3
 Immer 4

11. Wie stark fühlen Sie sich durch das Schlafverhalten Ihres Kindes belastet?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Überhaupt nicht 1
 Ein wenig 2
 Ziemlich 3
 Sehr 4

**12. Kinder machen sich, manchmal auch recht lautstark, bemerkbar. Wie ist das bei Ihrem Kind?
Wie viel schreit oder weint Ihr Kind im Vergleich zu anderen Kindern?**

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Weniger als andere Kinder ₁
 Soviel wie andere Kinder auch ₂
 Mehr als andere Kinder ₃
 Ich weiß es nicht ₈

13. Wenn Ihr Kind schreit oder weint, wie oft lässt es sich dann von Ihnen beruhigen?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Nie/selten ₁
 Manchmal ₂
 Häufig ₃
 Immer ₄

14. Wie stark fühlen Sie sich durch das Schreien/Weinen Ihres Kindes belastet?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Überhaupt nicht ₁
 Ein wenig ₂
 Ziemlich ₃
 Sehr ₄

Nun zur Ernährung Ihres Kindes. Wie isst und trinkt Ihr Kind?

15. Wird bzw. wurde Ihr Kind gestillt?

- Ja, mein Kind wird gestillt ₁ → **Bitte weiter mit Frage 17**
 Ja, mein Kind wurde gestillt, jetzt aber nicht mehr ₂ → **Bitte weiter mit Frage 16**
 Nein, mein Kind wurde nicht gestillt ₃ → **Bitte weiter mit Frage 17**

16. Bis zu welchem Alter wurde Ihr Kind gestillt?

 Bitte geben Sie das Alter in Monaten und Wochen an.

--	--

Monate Wochen

17. Wie sehr treffen folgende Aussagen zur Ernährung auf Ihr Kind zu?

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

	Trifft überhaupt nicht zu 1	Trifft eher nicht zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft genau zu 4
Mein Kind isst gerne/wird gerne gestillt/ bekommt gerne sein Fläschchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Probleme mit dem Kauen, Saugen oder Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind isst nicht genug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind isst zu viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mahlzeiten dauern sehr lange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mein Kind gut füttern, bzw. dafür sorgen, dass es gut isst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie stark fühlen Sie sich durch das Esserhalten Ihres Kindes belastet?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

Überhaupt nicht 1

Ein wenig 2

Ziemlich 3

Sehr 4

19. Jedes Kind ist einzigartig. Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?

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

	Nie/selten 1	Manchmal 2	Häufig 3
Mag Ihr Kind es, hochgehoben und auf dem Arm gehalten zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessiert sich Ihr Kind für Dinge in seiner Umgebung, z.B. für Menschen, Spielzeuge und Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheint Ihr Kind zufrieden zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft ist Ihr Kind sehr aufgeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Probleme sich zu beruhigen, wenn es aufgeregt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigert sich Ihr Kind in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Haben Sie die folgenden Themen schon einmal bei Ihrer Kinderärztin/Ihrem Kinderarzt oder bei einer anderen Fachkraft als Problem angesprochen?

 Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

	Ja, bei der Kinderärztin/ dem Kinderarzt 1	Ja, bei einer anderen Fachkraft 2	(bitte angeben):	Nein 4
Das Schlafverhalten Ihres Kindes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Das Schreien/Weinen Ihres Kindes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Das Essverhalten Ihres Kindes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

21. Wünschen Sie sich fachkundige Beratung/Unterstützung bezüglich:

 Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

- ...des Schlafverhaltens Ihres Kindes?.....¹
- ...des Schreiens oder Weinens Ihres Kindes?.....
- ...des Essverhaltens Ihres Kindes?.....

22. Was freut Sie am meisten an Ihrem Kind?



Bitte überspringen Sie den lilafarbenen Teil des Fragebogens und machen weiter mit Frage 43 ab Seite 16 im grünen Teil.



Fragen zu Kindern im Alter von
14 bis 36 Monaten

23. Im Folgenden geht es jetzt um das im Anschreiben genannte Kind.

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

	Ja 1	Nein 2
Haben Sie sich während der Schwangerschaft auf das Kind gefreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie während der Schwangerschaft je über Abtreibung oder Adoption nachgedacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handelt es sich bei Ihrem Kind um eine Frühgeburt, d.h. um eine Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind eine Mehrlingsgeburt, also ein Zwilling, Drilling, usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihrem Kind möglicherweise eine Behinderung oder eine schwere Erkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Wie würden Sie die allgemeine Gesundheit Ihres Kindes beschreiben?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Sehr gut 1
 Gut, nur einige wenige Probleme 2
 Manchmal recht schlecht 3
 Fast immer schlecht 4

**Nun stellen wir Ihnen einige Fragen zum Schlafen, Schreien und Füttern.
Denken Sie bitte an die vergangene Woche.**

Falls die vergangene Woche ungewöhnlich gewesen sein sollte (z.B. weil Sie nicht zu Hause waren),
denken Sie bitte an die letzte typische Woche.

25. Zuerst geht es um das Schlafen.

Wie häufig kamen die folgenden Ereignisse in der letzten (typischen) Woche bei Ihnen vor?

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

	Gar nicht 1	1 bis 3 Mal 2	4 bis 6 Mal 3	Täglich 4
Mein Kind schläft zu wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schläft ohne Protest schnell ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind wacht zwei Mal oder öfter in der Nacht auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat nächtliche Wachphasen von mindestens 15 Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Wie häufig spricht Ihr Kind auf die von Ihnen angebotenen (Wieder-)Einschlafhilfen an (z.B.: mit dem Kind sprechen, ihm etwas vorsingen, es herumtragen)?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Nie/selten 1
 Manchmal 2
 Häufig 3
 Immer 4

27. Wie stark fühlen Sie sich durch das Schlafverhalten Ihres Kindes belastet?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Überhaupt nicht 1
 Ein wenig 2
 Ziemlich 3
 Sehr 4

28. Kinder machen sich, manchmal auch recht lautstark, bemerkbar. Wie ist das bei Ihrem Kind?
Wie viel weint, quengelt oder trotzt Ihr Kind im Vergleich zu anderen Kindern?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Weniger als andere Kinder 1
 Soviel wie andere Kinder auch 2
 Mehr als andere Kinder 3
 Ich weiß es nicht 8

29. Wie oft hat Ihr Kind Trotz- oder Wutanfälle?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Nie 1
 Weniger als einmal in der Woche 2
 Mindestens einmal in der Woche 3
 An den meisten Tagen 4
 Mehrmals täglich 5

30. Wie heftig sind die Trotzanfälle Ihres Kindes im Vergleich zu anderen Kindern?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Weniger heftig als bei anderen Kinder 1
 So heftig wie bei anderen Kindern auch 2
 Heftiger als bei anderen Kindern 3
 Ich weiß es nicht 8

31. Wenn Ihr Kind anhaltend schreit und schwer zu beruhigen ist, wie häufig haben Sie den Eindruck, dass die Ursache Trotz sein könnte?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Nie/selten 1
 Manchmal 2
 Häufig 3
 Immer 4

32. Wenn Ihr Kind weint, quengelt oder trotzt: wie oft lässt es sich dann von Ihnen beruhigen?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Nie/selten 1
 Manchmal 2
 Häufig 3
 Immer 4

33. Wie stark fühlen Sie sich durch das Weinen, Quengeln oder Trotzen Ihres Kindes belastet?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Überhaupt nicht 1
 Ein wenig 2
 Ziemlich 3
 Sehr 4

Nun zur Ernährung Ihres Kindes. Wie isst Ihr Kind?

34. Wird bzw. wurde Ihr Kind gestillt?

Ja, mein Kind wird gestillt.....1 → Bitte weiter mit Frage 36

Ja, mein Kind wurde gestillt, jetzt aber nicht mehr.....2 → Bitte weiter mit Frage 35

Nein, mein Kind wurde nicht gestillt.....3 → Bitte weiter mit Frage 36

35. Bis zu welchem Alter wurde Ihr Kind gestillt?

 Bitte geben Sie das Alter in Monaten und Wochen an.

--	--

Monate Wochen

36. Wie sehr treffen folgende Aussagen zur Ernährung auf Ihr Kind zu?

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

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
	1	2	3	4
Mein Kind isst gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Probleme mit dem Kauen, Saugen und Schlucken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind isst nicht genug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind isst zu viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mahlzeiten dauern sehr lange.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann dafür sorgen, dass mein Kind gut isst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Wie stark fühlen Sie sich durch das Essverhalten Ihres Kindes belastet?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

Überhaupt nicht..... 1

Ein wenig..... 2

Ziemlich..... 3

Sehr..... 4

38. Jedes Kind ist einzigartig. Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?

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

	Nie/selten	Manchmal	Häufig
	1	2	3
Mag Ihr Kind es, geknuddelt und liebkost zu werden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessiert sich Ihr Kind für Dinge in seiner Umgebung, z.B. für Menschen, Spielzeuge und Essen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheint Ihr Kind zufrieden zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft ist Ihr Kind sehr aufgeregt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Probleme sich zu beruhigen, wenn es aufgeregt ist?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht Ihr Kind nach Ihnen, wenn sich ein Fremder nähert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erscheint Ihr Kind Fremden gegenüber zu freundlich?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versichert sich Ihr Kind, dass Sie in der Nähe sind, wenn es neue Orte erkundet, z.B. einen Park oder die Wohnung eines Freundes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgt Ihr Kind einfachen Anweisungen? Setzt es sich z.B. hin, wenn es dazu aufgefordert wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihr Kind das, was Sie ihm sagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind warten, bis es an der Reihe ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihr Kind absichtlich Dinge kaputt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt Ihr Kind gut mit anderen Kindern (nicht nur mit Geschwistern)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigert sich Ihr Kind in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Wie stark fühlen Sie sich durch Ungehorsam oder Aggressionen Ihres Kindes belastet?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Überhaupt nicht 1
- Ein wenig 2
- Ziemlich..... 3
- Sehr 4

40. Haben Sie die folgenden Themen schon einmal bei Ihrer Kinderärztin/Ihrem Kinderarzt oder bei einer anderen Fachkraft als Problem angesprochen?

 Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

	Ja, bei der Kinderärztin/ dem Kinderarzt 1	Ja, bei einer anderen Fachkraft 2	(bitte angeben):	Nein 4
Das Schlafverhalten Ihres Kindes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>
Das Schreien/Weinen Ihres Kindes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>
Das Essverhalten Ihres Kindes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>
Ungehorsam oder Aggressionen Ihres Kindes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>

41. Wünschen Sie sich fachkundige Beratung/Unterstützung bezüglich:

 Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

...des Schlafverhaltens Ihres Kindes?.....	1 <input type="checkbox"/>
...des Schreiens oder Weinens Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>
...des Essverhaltens Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>
...Ungehorsam oder Aggressionen Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>

42. Was freut Sie am meisten an Ihrem Kind?



Bitte machen Sie weiter mit Frage 43 ab Seite 16 im grünen Teil des Fragebogens.



Fragen für die Eltern von Kindern
beider Altersgruppen

Einige der Fragen, die wir Ihnen im Weiteren stellen, werden von manchen Befragten als sehr persönlich empfunden. Selbstverständlich brauchen Sie nichts zu beantworten, was Sie nicht möchten. Für unser Forschungsprojekt ist es von großer Bedeutung, dass wir von möglichst vielen Teilnehmern ehrliche und vollständige Antworten bekommen. Deswegen möchten wir Sie herzlich bitten, möglichst alle Fragen zu beantworten, und Ihnen nochmals versichern, dass alle Angaben streng vertraulich behandelt werden.

43. Ein Kind zu bekommen ist eine große Veränderung im Leben und bringt viele neue Herausforderungen mit sich. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

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

	Trifft überhaupt nicht zu 1	Trifft eher nicht zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft genau zu 4
Mutter/Vater zu sein ist schwieriger als ich dachte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit ich Vater/Mutter bin, ist es schwierig für mich, neue Kontakte zu knüpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es macht mir viel Freude, mein Kind zu beobachten und herauszufinden, womit es sich gerade beschäftigt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch die Verantwortung als Mutter/Vater manchmal eingeengt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass man Kinder leicht verwöhnt, wenn man ständig auf ihre Launen und Stimmungen eingeht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich außer mir bin, fasse ich mein Kind manchmal härter an, als ich es eigentlich richtig finde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal schreit mein Kind nur um mich zu ärgern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft auf mich alleine gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir manchmal schwer herauszufinden, was mein Kind braucht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mein Kind schon mal für einige Zeit außer Sicht- und Hörweite alleine lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir manchmal nicht sicher, ob ich den Anforderungen als Mutter/Vater wirklich gewachsen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist schon mal vorgekommen, dass ich über das Wochenende nicht genügend Nahrung für mein Kind zuhause hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, als Mutter/Vater auf vieles verzichten zu müssen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei mir hat es etwas länger gedauert, bis ich ein Gefühl der Nähe und Wärme zu meinem Kind entwickelt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Wie gut fühlen Sie sich bei der Erziehung und Betreuung Ihres Kindes unterstützt?

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

	Trifft überhaupt nicht zu 1	Trifft eher nicht zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft genau zu 4
Es gibt genügend Menschen, die zeitweise die Betreuung meines Kindes übernehmen würden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mir Sorgen um mein Kind mache oder Probleme mit meinem Kind auftreten, habe ich genügend Menschen, die ich um Rat fragen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Unterstützung, die Sie bekommen?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

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

46. Wie häufig haben Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet gefühlt?

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

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Fast immer	Immer
	1	2	3	4	5	6
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit Ihren persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich Aufgaben oder Probleme so sehr aufgestaut haben, dass Sie diese nicht bewältigen können?	<input type="checkbox"/>					

47. Und wenn Sie jetzt Ihr gesamtes Wohlbefinden in der letzten Zeit betrachten...

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

	Ja	Nein
	1	2
Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Befinden Sie sich momentan in einer Partnerschaft?

Ja, ich befinde mich in einer Partnerschaft1 → **Bitte weiter mit Frage 49**

Nein, ich befinde mich nicht in einer Partnerschaft2 → **Bitte weiter mit Frage 52, Seite 18**

49. Unabhängig davon, wie gut man sich als Paar versteht, kommt es immer wieder vor, dass die beiden Partner in wichtigen Entscheidungen unterschiedlicher Meinung sind. Daher möchten wir Ihnen ein paar Fragen zu Ihrer Partnerschaft stellen.

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

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Fast immer	Immer
	1	2	3	4	5	6
Wie oft gab es bei Ihnen in den letzten Wochen Meinungsverschiedenheiten darüber, wie Sie Ihr Kind erziehen, versorgen oder betreuen?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft kam es im letzten halben Jahr zu lautstarken Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft überlegen oder sprechen Sie von Trennung?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft denken Sie, dass die Dinge zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin im Allgemeinen gut laufen?	<input type="checkbox"/>					
Können Sie sich auf Ihren Partner/Ihrer Partnerin verlassen, vertrauen Sie ihm/ihr?	<input type="checkbox"/>					

50. Wie glücklich sind Sie im Augenblick in Ihrer Partnerbeziehung?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Extrem unglücklich..... ₁
 Ziemlich unglücklich..... ₂
 Ein wenig unglücklich..... ₃
 Glücklich..... ₄
 Sehr glücklich..... ₅
 Äußerst glücklich..... ₆
 Perfekt..... ₇

51. Kam es im letzten halben Jahr einmal oder öfter zu Handgreiflichkeiten zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?

Ja..... ₁ Nein..... ₂

52. Hatten Sie jemals in Ihrem Leben eine Partnerschaft, in der es zu gewalttätigen Übergriffen kam?

Ja..... ₁ Nein..... ₂

53. Wie man seine Kinder erziehen will, hat oft auch damit zu tun, was man selbst in seiner Kindheit erlebt hat, indem man Dinge beispielsweise anders machen möchte. Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Ihre eigene Kindheit zu?

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

	Trifft überhaupt nicht zu 1	Trifft eher nicht zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft genau zu 4
In meiner Kindheit habe ich viel Liebe erfahren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde daheim oft ungerecht behandelt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern haben mich oft hart bestraft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern haben sich oft nicht so um mich gekümmert, wie ich es als Kind gebraucht hätte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Über verschiedene familiäre Bereiche kann man sich mehr oder weniger Sorgen machen. Uns würde interessieren, inwieweit Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin sich Sorgen in einem der folgenden Bereiche machen.

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

	Trifft überhaupt nicht zu 1	Trifft eher nicht zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft genau zu 4
Ich/wir machen uns Sorgen darüber, nicht ausreichend Geld für unsere Grundversorgung (z.B. Kleidung, Wohnung, Nahrung, Gesundheitsfürsorge) zur Verfügung zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich/wir machen uns Sorgen um eine Arbeitsstelle, über Probleme am Arbeitsplatz oder darüber, keine Arbeitsstelle zu finden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich/wir machen uns Sorgen um die Entwicklung unseres Kindes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich/wir machen uns Sorgen über eine Krankheit oder Behinderung, an der ein Familienmitglied leidet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neben den Veränderungen, die durch ein Kind auf eine Familie zukommen, kann es auch noch andere Dinge geben, die für Familien herausfordernd oder auch belastend sein können. Sind die folgenden Ereignisse bei Ihnen vorgekommen?

55. Wurde Ihnen durch das Jugendamt schon einmal eine Maßnahme angeboten oder in Ihrer Familie durchgeführt?

Ja.....1 → **Geschah dies auf Ihren Wunsch?**
 Nein.....2 Ja ₁ Nein..... ₂

56. Waren Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin jemals wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung?

Ja.....1 → **Wie sehr fühlen Sie sich aktuell durch diese psychische Erkrankung beeinträchtigt?**
 Nein.....2

Gar nicht ₁
 Kaum ₂
 Etwas ₃
 Deutlich ₄

57. Hatten Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin jemals Probleme mit Drogen?

Ja.....1 → **Wie sehr fühlen Sie sich aktuell durch diese Probleme beeinträchtigt?**
 Nein.....2

Gar nicht ₁
 Kaum ₂
 Etwas ₃
 Deutlich ₄

58. Hatten Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin jemals Probleme mit Alkohol?

Ja.....1 → **Wie sehr fühlen Sie sich aktuell durch diese Probleme beeinträchtigt?**
 Nein.....2

Gar nicht ₁
 Kaum ₂
 Etwas ₃
 Deutlich ₄

Bevor wir zum Ende kommen, möchten wir Ihnen gerne noch ein paar Fragen zu Ihnen und Ihrem Haushalt stellen.

 Um die Lebenssituation Ihres Kindes besser einschätzen und mit der von anderen Kindern vergleichen zu können, benötigen wir relativ detaillierte Informationen über Ihre eigene Lebenssituation. Dieser sogenannte „sozialdemografische“ Teil ist ein wichtiger Bestandteil von vielen wissenschaftlichen Studien.

59. Wie alt sind Sie?

Jahre

60. Wo sind Sie geboren?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

In Deutschland ₁
 In einem anderen Land ₂

61. Wo sind Ihre Eltern geboren?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

Beide in Deutschland..... 1

Ein Elternteil in einem anderen Land..... 2

Beide Elternteile in einem anderen Land 3

62. Welche Staatsbürgerschaft besitzen Sie?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

Die deutsche (einschließlich doppelte) Staatsbürgerschaft..... 1

Eine ausländische Staatsbürgerschaft..... 2

63. Bitte kreuzen Sie noch einmal an...

Ich befinde mich in einer Partnerschaft1 → **Bitte weiter mit Frage 64**

Ich befinde mich nicht in einer Partnerschaft.....2 → **Bitte weiter mit Frage 67**

64. Wo ist Ihr Partner/Ihre Partnerin geboren?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

In Deutschland 1

In einem anderen Land 2

65. Wo sind die Eltern Ihres Partners/Ihrer Partnerin geboren?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

Beide in Deutschland..... 1

Ein Elternteil in einem anderen Land..... 2

Beide Elternteile in einem anderen Land 3

66. Welche Staatsbürgerschaft besitzt Ihr Partner/Ihre Partnerin?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

Die deutsche (einschließlich doppelte) Staatsbürgerschaft..... 1

Eine ausländische Staatsbürgerschaft..... 2

67. Wie viele Personen leben derzeit insgesamt mit Ihnen zusammen in einem Haushalt (Sie selbst und die Kinder mit eingeschlossen)?

 Als Haushalt gilt jede Gesamtheit von Personen, die zusammen wohnen und wirtschaften, d. h. die in der Regel ihren Lebensunterhalt gemeinsam finanzieren bzw. die Ausgaben für den Haushalt gemeinsam teilen (einschließlich Wohngemeinschaften mit gemeinsamer Haushaltsführung). Dazu gehören auch die vorübergehend abwesenden Personen, z. B. Berufspendler/-innen, Studenten/Studentinnen, Auszubildende, Personen im Krankenhaus/Urlaub/Wehr- und Zivildienst. Entscheidend ist, dass die Abwesenheit nur vorübergehend ist und die Person normalerweise im Haushalt wohnt bzw. mit ihrem ersten Wohnsitz an der Adresse des Haushalts gemeldet ist. Personen, die in einem Haushalt nur für sich selbst wirtschaften (Alleinlebende, Wohngemeinschaften ohne gemeinsame Haushaltsführung) gelten als eigenständige Haushalte. Untermieter, Gäste, Hausangestellte gehören nicht zum Haushalt.

Anzahl Personen im Haushalt inkl. Sie selbst:

68. Wie viele der Personen in Ihrem Haushalt sind Kinder und Jugendliche (also jünger als 18 Jahre)?

Anzahl Kinder und Jugendliche im Haushalt:

Davon:

Kinder im 1. Lebensjahr (0 bis 12 Monate):

Kinder im 2. Lebensjahr (13 bis 24 Monate):

Kinder im 3. Lebensjahr (25 bis 36 Monate):

Kinder im 4. Lebensjahr (37 bis 48 Monate):

Kinder im Alter von 4 bis 13 Jahren:

Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren:

69. Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie selbst?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

Kein Schulabschluss..... 1

Haupt-/Volksschulabschluss..... 2

Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss..... 3

Fachhochschulreife..... 4

Abitur (allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife) 5

Sonstiger Abschluss (bitte angeben) 6

→

70. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie selbst?

 Bei einem im Ausland erworbenen Abschluss wählen Sie bitte denjenigen Abschluss aus der Liste, der diesem am ehesten entspricht oder beschreiben ihn unter „sonstiger Abschluss“.

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

Kein beruflicher Ausbildungsabschluss
(bzw. bisher nur berufliches Praktikum, Berufsvorbereitungsjahr oder Anlernausbildung)..... 1

Abschluss einer Lehrausbildung („Lehre“) oder
Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung..... 2

Berufsqualifizierender Abschluss an einer Berufsfachschule,
Kollegschule, Abschluss einer einjährigen Schule des Gesundheitswesens 3

Meister-/Technikerausbildung oder gleichwertiger Fachschulabschluss; Abschluss einer
zwei- oder dreijährigen Schule des Gesundheitswesens, einer Fachakademie oder einer Berufsakademie 4

Hochschulabschluss (an einer Fachhochschule, Kunsthochschule oder Universität) 5

Sonstiger Abschluss (bitte angeben) 6

→

71. Welche Lebenssituation trifft überwiegend auf Sie selbst?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Arbeitslos/arbeitssuchend 1
- Erwerbstätig, nicht in Elternzeit (einschließlich Teilzeitjob/Minijob) 2
- Elternzeit, komplett oder anteilig (bei genereller Erwerbstätigkeit) 3
- Nicht erwerbstätig (z.B. Betreuung von Kindern und Angehörigen,
Ruhestand, in Ausbildung usw.) 4

Falls eine Erwerbstätigkeit vorliegt **oder** jemals vorlag (dabei kann es sich auch um „Minijobs“ handeln):

72. Welche berufliche Stellung haben bzw. hatten Sie selbst in der letzten Stelle?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Angestellte/-r 1
- Arbeiter/-in 2
- Beamten/Beamter (auch Anwärter/-in) 3
- Landwirt/in im Haupterwerb 4
- Selbstständig erwerbstätig (mit Mitarbeitern) 5
- Selbstständig erwerbstätig (ohne Mitarbeiter) 6
- Mithelfende/-r Familienangehörige/-r 7
- Auszubildende/-r (auch Praktikant/-in, Volontär/-in) 8
- Wehr-/Zivildienstleistender/freiwilliges soziales Jahr 9
- Noch nie eine Erwerbstätigkeit ausgeübt 10

73. Wer trägt den größten Teil zum Haushaltseinkommen bei?

 Es zählen alle Erwerbseinkommen, Einkommen aus Vermögen und die einer einzelnen Person zurechenbaren (Lohnersatz-)Leistungen der Sozialversicherung bzw. anderer Versorgungskassen (also z.B. Arbeitslosengeld, Elterngeld usw., aber auch Renten und Pensionen). Andere Leistungen, die einer Familie oder anderen Bedarfsgemeinschaft zufließen (z.B. Sozialgeld, Kindergeld usw.) können unter Umständen keiner einzelnen Person zugerechnet und müssen somit nicht bei der Bestimmung eines Hauptverdieners/einer Hauptverdienerin berücksichtigt werden.

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Ich selbst bin Hauptverdiener/in 1 → Bitte weiter mit Frage 78, Seite 24
- Eine andere Person ist Hauptverdiener/in 2 → Bitte weiter mit Frage 74

74. Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss hat der Hauptverdiener/ die Hauptverdienerin?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Kein Schulabschluss 1
- Haupt-/Volksschulabschluss 2
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss 3
- Fachhochschulreife 4
- Abitur (allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife) 5
- Sonstiger Abschluss (bitte angeben) 6



75. Welchen höchsten beruflichen Abschluss hat der Hauptverdiener/die Hauptverdienerin?

 Bei einem im Ausland erworbenen Abschluss wählen Sie bitte denjenigen Abschluss aus der Liste, der diesem am ehesten entspricht oder beschreiben ihn unter „sonstiger Abschluss“.

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Kein beruflicher Ausbildungsabschluss
(bzw. bisher nur berufliches Praktikum, Berufsvorbereitungsjahr oder Anlernausbildung) 1
- Abschluss einer Lehrausbildung („Lehre“) oder
Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung 2
- Berufsqualifizierender Abschluss an einer Berufsfachschule,
Kollegschule, Abschluss einer einjährigen Schule des Gesundheitswesens 3
- Meister-/Technikerausbildung oder gleichwertiger Fachschulabschluss; Abschluss einer
zwei- oder dreijährigen Schule des Gesundheitswesens, einer Fachakademie oder einer Berufsakademie 4
- Hochschulabschluss (an einer Fachhochschule, Kunsthochschule oder Universität) 5
- Sonstiger Abschluss (bitte angeben) 6



76. Welche Lebenssituation trifft überwiegend auf den Hauptverdiener/die Hauptverdienerin zu?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Arbeitslos/arbeitssuchend 1
- Erwerbstätig, nicht in Elternzeit (einschließlich Teilzeitjob/Minijob) 2
- Elternzeit, komplett oder anteilig (bei genereller Erwerbstätigkeit) 3
- Nicht erwerbstätig (z.B. Betreuung von Kindern und Angehörigen,
Ruhestand, in Ausbildung usw.) 4

Falls eine Erwerbstätigkeit vorliegt **oder** jemals vorlag (dabei kann es sich auch um „Minijobs“ handeln):

77. Welche berufliche Stellung hat bzw. hatte der Hauptverdiener/die Hauptverdienerin in der letzten Stelle?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Angestellte/-r 1
- Arbeiter/-in 2
- Beamten/Beamtin (auch Anwärter/-in) 3
- Landwirt/in im Haupterwerb 4
- Selbstständig erwerbstätig (mit Mitarbeitern) 5
- Selbstständig erwerbstätig (ohne Mitarbeiter) 6
- Mithelfende/-r Familienangehörige/-r 7
- Auszubildende/-r (auch Praktikant/-in, Volontär/-in) 8
- Wehr-/Zivildienstleistender/freiwilliges soziales Jahr 9
- Noch nie eine Erwerbstätigkeit ausgeübt 10

Nun zu Ihrer finanziellen Situation und Ihrer Wohnsituation:

78. Haben Sie oder andere Haushaltsmitglieder in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der nachfolgend genannten staatlichen Leistungen erhalten?

- Arbeitslosengeld II („Hartz IV“)
- Sozialgeld (nach SGB II)
- Sozialhilfe (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, Leistungen nach SGB XII)
- Bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung

Ja..... 1

Nein..... 2

79. Wie hoch ist das ungefähre monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts (also nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben)? Bitte rechnen Sie auch das Kindergeld, mögliche Unterhaltszahlungen und Einkünfte aus Nebenverdiensten oder Vermögen mit zum Einkommen hinzu.

 Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen ist die Summe der monatlichen Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder. Es errechnet sich aus den Bruttoeinkünften z. B. Lohn/Gehalt, Weihnachtsgeld, Sonderzahlungen, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Einkommen aus Vermögen, Rente/Pension, Arbeitslosengeld, Sozialgeld, Wohngeld, Kindergeld und anderen öffentlichen Zahlungen, abzüglich Steuern und Pflichtbeiträgen zur Sozialversicherung

Euro

80. Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung/Ihr Haus ohne Küche, Bad, Flur und Keller?

Zimmer

81. Wie groß ist die gesamte Wohnfläche ungefähr in Quadratmeter?

qm

Abschließend einige Fragen zur aktuellen Betreuungssituation Ihres Kindes und der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten vor und nach der Geburt.

82. Wo wird Ihr Kind betreut?

 Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

- | | |
|--|-------------------------------|
| Krippenplatz..... | 1
<input type="checkbox"/> |
| Ich/wir sind zuhause, übernehmen die Betreuung selbst..... | <input type="checkbox"/> |
| Tagesmutter..... | <input type="checkbox"/> |
| Großeltern/Verwandte/Bekannte/Freunde..... | <input type="checkbox"/> |
| Anderes, und zwar: | <input type="checkbox"/> |



**83. Welche der folgenden Unterstützungsangebote haben Sie schon einmal genutzt?
Und wenn Sie ein Angebot genutzt haben, wie zufrieden waren Sie damit?**

	Unterstützungsangebote schon mal genutzt?		Wie zufrieden waren Sie mit dem genutzten Angebot?			
	Nein 2	Ja 1	Gar nicht zufrieden 1	Etwas zufrieden 2	Eher zufrieden 3	Sehr zufrieden 4
Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebammenhilfe vor der Geburt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebammenhilfe nach der Geburt bis zur 8. Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebammenhilfe über die 8. Woche hinaus/ Familienhebamme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsvorbereitungskurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Angebote nach der Geburt (zum Beispiel Rückbildungskurs, Säuglingspflegekurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern-Kind Gruppen (zum Beispiel Stillgruppe, PEKiP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Wohlfühlangebote fürs Kind (Babyschwimmen, Babymassage, Eltern-Kind-Turnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmaliger Begrüßungsbesuch (In einigen Städten und Gemeinden statten Hebammen oder Ehrenamtliche den jungen Familien einen Besuch ab und bringen Informationen und Nützliches rund um die Geburt des Kindes mit.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmalige ehrenamtliche Besuche (von z. B. von Familienpatinnen, Stadtteilmüttern).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Beratung bei Schreien und/oder Fütterstörungen (z. B. Schreiambulanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon- bzw. Onlineberatung (z.B. Elterntelefon „Nummer gegen Kummer“, Onlineberatung der Bundskonferenz für Erziehungsberatung).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung in einer Familien- und Erziehungsberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Welche Unterstützung würden Sie sich (zusätzlich noch) wünschen?
Wie können die Angebote für Familien aus Ihrer Sicht verbessert werden?

85. Bei einem Teil der befragten Eltern möchten wir vielleicht nach einiger Zeit eine Entwicklungsuntersuchung des Kindes und persönliche Interviews im häuslichen Umfeld durchführen. Die Teilnehmer dieser Interviews werden für Ihren Zeitaufwand angemessen finanziell entschädigt.

Könnten Sie sich vorstellen, an so einer Vertiefungsstudie teilzunehmen?

 Sie müssen jetzt noch nicht verbindlich zusagen.

Ja..... 1

Nein..... 2

86. Wann haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?

--	--	--

Tag

Monat

Jahr

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an der Studie!

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen
im portofreien Rückumschlag zurück an:
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft
GmbH
Postfach 24 01 01
53154 Bonn



infas