

Beziehungen und Familienleben in Deutschland

PARTNERFRAGEBOGEN

Welle 6

Abrechnungsnummer

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

Welle

--	--

Listennummer

--	--	--	--

Laufende Nummer

--	--	--

Haushaltsnummer

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

Partnernummer

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

Wie wird's gemacht? Hier ein paar Erläuterungen:

Es gibt bei unseren Fragen keine richtigen und falschen Antworten, sondern es geht immer um Ihre persönliche Meinung und Ihre Erlebnisse.

Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen allein auszufüllen.
Wir versichern Ihnen, dass die Angaben vertraulich behandelt werden.

Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich ein entsprechender Hinweis gegeben ist.

Dazu zwei Beispiele:

1. Gibt es in Ihrem Haushalt Kinder?

Ja..... ☐
↓

Nein..... ☐ → **Weiter mit Frage 3**

Wenn Sie in diesem Beispiel „Ja“ ankreuzen, geht es für Sie weiter mit der nächsten Frage!

2. Falls Sie sich ein weiteres Kind wünschen:

Welchen Altersabstand sollten Ihre Kinder haben?

Sie beantworten die Frage zum Altersabstand nur, wenn Sie sich ein weiteres Kind wünschen, ansonsten überspringen Sie nur diese eine Frage und gehen zur nächsten.

MUSTER

Viel Spaß beim Ausfüllen des Fragebogens!

Einstellungen und Meinungen über Familie und Partnerschaft

1. Man kann unterschiedliche Vorstellungen darüber haben, wie Familienmitglieder miteinander umgehen sollten.
Bitte geben Sie an, wie stark Sie folgenden Aussagen zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu				
Großeltern sollten zur wirtschaftlichen Absicherung ihrer Enkel und deren Eltern beitragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder sollten ihr Arbeitsleben so gestalten, dass sie sich um ihre kranken Eltern kümmern können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachsene Kinder sollten bei Bedarf bei ihren Eltern wohnen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie sieht das bei Ihnen aus, wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

	Sehr unzufrieden										Sehr zufrieden									
Schule, Ausbildung, Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde, Bekannte, soziale Kontakte ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Betrachten Sie bitte einmal die unten stehenden fünf Lebensziele und Lebensbereiche. Wie wichtig sind Ihnen persönlich im Moment diese Dinge? Dazu haben Sie insgesamt 15 Punkte, die sogenannten Wichtigkeitsmarken, zur Verfügung.



Je wichtiger Ihnen ein Ziel oder ein Bereich zurzeit ist, desto mehr von den 15 Wichtigkeitsmarken vergeben Sie hierfür. Sollte Ihnen eine Sache derzeit vollkommen unwichtig sein, vergeben Sie keine Marken. Zur Kontrolle streichen Sie bereits übertragene Wichtigkeitsmarken bitte oben jeweils aus!

Überprüfen Sie zum Schluss noch einmal, ob Sie genau 15 Marken verteilt haben!

Feld für die einzuzeichnenden Marken



Meine Ausbildung bzw. beruflichen Interessen verfolgen

Meinen Hobbys und Interessen nachgehen

Kontakte zu Freunden pflegen

In einer Partnerschaft leben

Ein Kind bzw. weitere Kinder bekommen

◀ Insgesamt 15 Marken ▶

Kommen wir nun zum Bereich Partnerschaft.

4. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?

Sehr
un-
zufrieden

Sehr
zufrieden

☐₀ ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₆ ☐₇ ☐₈ ☐₉ ☐₁₀

5. Was denken Sie: Wie zufrieden ist Ihr Partner/Ihre Partnerin insgesamt mit Ihrer Beziehung?

Sehr
un-
zufrieden

Sehr
zufrieden

☐₀ ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₆ ☐₇ ☐₈ ☐₉ ☐₁₀

6. Haben Sie vor, in den nächsten 12 Monaten mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin zusammenzuziehen bzw. einen gemeinsamen Haushalt zu gründen?

Ich lebe bereits mit meinem Partner/meiner Partnerin zusammen. ☐₆
Ja, bestimmt ☐₁
Ja, vielleicht ☐₂
Nein, eher nicht ☐₃
Nein, bestimmt nicht ☐₄
Darüber haben wir noch nicht gesprochen. ☐₅
Weiß nicht ☐

7. Haben Sie vor, Ihren Partner/Ihre Partnerin in den nächsten 12 Monaten zu heiraten?

Ich bin bereits mit meinem Partner/meiner Partnerin verheiratet. ☐₆
Ja, bestimmt ☐₁
Ja, vielleicht ☐₂
Nein, eher nicht ☐₃
Nein, bestimmt nicht ☐₄
Darüber haben wir noch nicht gesprochen. ☐₅
Weiß nicht ☐

8. Haben Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin ernsthaft darüber gesprochen, gemeinsam Kinder zu bekommen?

Wir haben bereits gemeinsame Kinder. ☐₆
Ja ☐₁
Nein ☐₂
Weiß nicht ☐

Kommen wir nun dazu, wie das Zusammenleben mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin aussieht.

9. Wie haben Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin sich die Arbeit in folgenden Bereichen zeitlich aufgeteilt?

Wenn Sie eine Haushaltshilfe, Kinderfrau oder Ähnliches haben, beziehen Sie Ihre Angaben bitte nur auf den Anteil der Arbeiten, den Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin erledigen.

Das übernimmt...	Hausarbeit (Waschen, Kochen, Putzen)	Ein- kaufen	Repara- turen am Haus, in der Wohnung, am Auto	Finanzielle Angelegen- heiten, Behörden- gänge	Kinder- betreuung
(Fast) vollständig mein/e Partner/in	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Überwiegend mein/e Partner/in	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Etwa halbe/halbe	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Überwiegend ich	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
(Fast) vollständig ich	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Nur eine andere Person	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Das trifft für uns nicht zu.	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

10. Wie ist das, wenn Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin eine Meinungsverschiedenheit haben? Bitte geben Sie an, wie häufig jeder von Ihnen die folgenden Verhaltensweisen gezeigt hat. Bitte denken Sie an die letzten 6 Monate. Wie oft kam dieses Verhalten bei Ihrem Partner/Ihrer Partnerin und bei Ihnen vor?

Bei Ihrem Partner						Bei Ihnen				
Fast nie oder nie				Sehr oft		Fast nie oder nie				Sehr oft
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Den Partner beleidigen oder beschimpfen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	In Schweigen verfallen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Den Partner anschreien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Zuhören und nachfragen, um den anderen besser zu verstehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Sich weigern, weiter darüber zu reden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Sich bemühen, dem anderen das eigene Anliegen wirklich verständlich zu machen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Wie häufig kommen folgende Dinge in Ihrer Partnerschaft vor?

	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer
Wie oft erzählen Sie Ihrem Partner/Ihrer Partnerin, was Sie beschäftigt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft zeigt Ihr Partner/Ihre Partnerin Ihnen Anerkennung für das, was Sie tun?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft bringt Ihr Partner/Ihre Partnerin Sie dazu, dass Sie sich nach ihm/ihr richten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft passiert es zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin, dass Sie ärgerlich oder wütend aufeinander sind?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft zeigt Ihnen Ihr Partner/Ihre Partnerin, dass er/sie Sie schätzt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft sind Ihr Partner/Ihre Partnerin und Sie unterschiedlicher Meinung und streiten sich?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft setzt sich Ihr Partner/Ihre Partnerin durch, wenn Sie sich nicht einigen können?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft teilen Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin Ihre Geheimnisse und innersten Gefühle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

12. Haben Sie im letzten Jahr gedacht, dass Ihre Partnerschaft bzw. Ehe in Schwierigkeiten ist?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2

13. Haben Sie im letzten Jahr ernsthaft an eine mögliche Trennung oder Scheidung gedacht?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2

14. Haben Sie im letzten Jahr Ihrem Partner/Ihrer Partnerin ernsthaft eine Trennung oder Scheidung vorgeschlagen oder hat er/sie dies getan?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2

15. Haben Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin in den vergangenen drei Monaten verhütet?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2 → **Weiter mit Frage 17**

Ich bin schwanger/meine Partnerin ist schwanger ☐ 7 → **Weiter mit Frage 17**

Weiß nicht ☐ → **Weiter mit Frage 17**

Das möchte ich nicht beantworten ☐ → **Weiter mit Frage 17**

16. Bitte denken Sie einmal an die letzten drei Monate: Wie konsequent haben Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin verhütet?

Sehr inkonsequent					Sehr konsequent	Das möchte ich nicht beantworten
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>

17. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Sexualleben?

Sehr un- zufrieden										Sehr zufrieden	Das möchte ich nicht beantworten
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>

**Im Folgenden geht es um Ihre Einstellungen und Pläne,
was Kinder angeht.**

18. Das Leben mit Kindern kann angenehme und unangenehme Seiten haben. Im Folgenden sind einige Erwartungen aufgelistet, die Sie mit Kindern verbinden können oder nicht. Geben Sie bitte an, wie stark Sie Folgendes von Kindern erwarten bzw. durch Kinder befürchten.

Wir stark erwarten Sie, ...	Über- haupt nicht				Sehr stark	Keine klare Vorstellung
dass Sie mit Kindern länger jung bleiben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
dass Sie zu Ihren Kindern eine besonders enge emotionale Beziehung haben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
dass durch Kinder Ihr Ansehen im persönlichen Umfeld steigt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
dass erwachsene Kinder in Notfällen für Sie da sind?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
dass Sie von erwachsenen Kindern immer wieder neue Anregungen bekommen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7

Und nun zu den unangenehmen Seiten. Wie stark befürchten Sie, ...	Über- haupt nicht				Sehr stark	Keine klare Vorstellung
dass Sie sich mit Kindern weniger leisten können? . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
dass Kinder eine nervliche Belastung für Sie sind? . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
dass Sie mit Kindern Ihre beruflichen Ziele nicht erreichen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
dass Sie mit Kindern in der Öffentlichkeit negativ auffallen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
dass Kinder Ihre persönliche Freiheit einschränken? .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7

19. Wenn Sie einmal alle Hindernisse außer Acht lassen: Wie viele Kinder würden Sie im Idealfall insgesamt gerne haben?

Gemeint ist die Gesamtzahl einschließlich bereits vorhandener Kinder.

Kinder

Keine Kinder 0

Weiß nicht

20. Wenn Sie einmal realistisch über (weitere) Kinder nachdenken: Denken Sie, dass Sie (weitere) leibliche Kinder oder Adoptivkinder haben werden?

Falls Sie schon Kinder haben: Gemeint sind weitere Kinder, zusätzlich zu den leiblichen Kindern, Stief-, Pflege- oder Adoptivkindern, die Sie bereits haben.

Wenn eine Schwangerschaft besteht: Gemeint sind weitere Kinder, zusätzlich zu dem Kind, das Sie derzeit erwarten.

Ja 1

Nein 2 → **Weiter mit Frage 25**

Ich bin mir nicht sicher 5 → **Weiter mit Frage 21**

Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht ... 6 → **Weiter mit Frage 25**

Wenn ja:

Wie viele (weitere) leibliche Kinder oder Adoptivkinder denken Sie, werden Sie haben?

Ein Kind / ein weiteres Kind 1

Zwei Kinder / zwei weitere Kinder 2

Drei Kinder / drei weitere Kinder 3

Vier Kinder / vier weitere Kinder oder mehr 4

Ich bin mir nicht sicher 5

Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht ... 6

21. Haben Sie vor, in den nächsten zwei Jahren ein (weiteres) Kind zu bekommen?

Wenn eine Schwangerschaft besteht: Gemeint ist ein weiteres Kind, nach dem, das Sie derzeit erwarten.

Ja, bestimmt 1

Ja, vielleicht 2

Nein, eher nicht 3

Nein, bestimmt nicht 4

Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. 7

Weiß nicht

- 22. Wenn Sie einmal realistisch über eigene (weitere) Kinder nachdenken:
In welchem Alter denken Sie, werden Sie Ihr erstes bzw. Ihr nächstes Kind bekommen?
Wenn eine Schwangerschaft besteht: Gemeint ist das nächste Kind nach dem, das Sie
derzeit erwarten.**

Mit Jahren

Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. ☐ ₉₇

- 23. Bis zu welchem Alter möchten Sie spätestens Ihr erstes bzw. Ihr nächstes Kind bekommen?
Wenn eine Schwangerschaft besteht: Gemeint ist das nächste Kind nach dem, das Sie
derzeit erwarten.**

Mit Jahren

Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. ☐ ₉₇

- 24. Haben Sie im letzten Jahr versucht, ein Kind zu zeugen oder schwanger zu werden?**

Ja ☐ ₁

Nein ☐ ₂

Das möchte ich nicht beantworten ☐

- 25. Wie einig sind Sie sich mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin hinsichtlich der Anzahl
gemeinsamer Kinder?**

Überhaupt
nicht einig

☐ ₁☐ ₂☐ ₃☐ ₄

Völlig
einig

☐ ₅

Darüber haben wir noch nicht gesprochen. ☐ ₆

- 26. Wie einig sind Sie sich mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin hinsichtlich des Zeitpunktes
der Geburt Ihres ersten bzw. nächsten gemeinsamen Kindes?**

Überhaupt
nicht einig

☐ ₁☐ ₂☐ ₃☐ ₄

Völlig
einig

☐ ₅

Wir wollen keine (weiteren) Kinder. ☐ ₇

Darüber haben wir noch nicht gesprochen. ☐ ₆

27. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen dazu, wie man eine Entscheidung für oder gegen eine Elternschaft trifft. Inwieweit stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu?

	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu				
Ein Kind zu bekommen, gehört für mich einfach zum Leben dazu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Letztlich sind die persönlichen Vor- und Nachteile für meine Entscheidung über ein (weiteres) Kind ausschlaggebend.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Ob ich Kinder haben will oder nicht, entscheide ich hauptsächlich anhand meiner Gefühle.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Die Entscheidung für oder gegen ein (weiteres) Kind überlasse ich meinem Partner/meiner Partnerin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Ich schiebe die Entscheidung für oder gegen ein (weiteres) Kind vor mir her.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
Für mich ist „Kinder bekommen“ etwas, was sich weitgehend nicht planen läßt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					

28. Außer Ihrem Partner/Ihrer Partnerin und Ihnen können auch andere Personen eine Meinung dazu haben, ob Sie ein (weiteres) Kind bekommen sollten. Bitte geben Sie an, wie stark folgende Aussagen zutreffen.

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu					Weiß nicht
Die meisten meiner Freunde finden, dass ich ein (weiteres) Kind bekommen sollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					<input type="checkbox"/>	
Meine Eltern finden, dass ich ein (weiteres) Kind bekommen sollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					<input type="checkbox"/>	
Die meisten meiner Freunde finden, dass ich mich vor allem um meine beruflichen Ziele kümmern sollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					<input type="checkbox"/>	
Meine Eltern finden, dass ich mich vor allem um meine beruflichen Ziele kümmern sollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					<input type="checkbox"/>	

29. In welchem Ausmaß würde Sie Ihr persönliches Umfeld finanziell, zeitlich und gefühlsmäßig unterstützen, wenn Sie ein (weiteres) Kind bekommen?

	Überhaupt nicht					Sehr stark					Kein Bedarf	Weiß nicht
Finanziell	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	
Zeitlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	
Gefühlsmäßig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	

30. Um ein (weiteres) Kind haben zu können, kann es notwendig sein, auf einige Dinge zu verzichten:

Wie stark wären Sie im Moment bereit, sich bei den folgenden Dingen einzuschränken?

	Überhaupt nicht				Sehr stark	Keine klare Vorstellung
Schule, Ausbildung, Beruf	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇
Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇
Freunde, Bekannte, soziale Kontakte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇
Partnerschaft	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇

31. Wenn Sie Kinder haben:

Wie ist das bei Ihnen? Wie wirkt sich Ihre Elternschaft im Moment auf die anderen Dinge aus?

Wenn Sie keine Kinder haben:

Angenommen, Sie würden jetzt ein Kind bekommen: Wie würde sich das auf die anderen Dinge im Moment auswirken?

	Sehr hinderlich				Sehr förderlich	Keine klare Vorstellung
Schule, Ausbildung, Beruf	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇
Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇
Freunde, Bekannte, soziale Kontakte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇
Partnerschaft	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen 32 und 33 nur, wenn Sie Kinder haben.**

► **Wenn Sie keine Kinder haben, gehen Sie direkt zu Frage 34.**

32. Wie häufig gab es in letzter Zeit zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin bei der Kindererziehung folgende Probleme?

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Meinungsverschiedenheiten in der Pflege und Erziehung der Kinder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Diskussionen über die Pflege und Erziehung der Kinder enden im Streit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Einer fällt dem anderen in den Rücken	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

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

	Trifft überhaupt nicht zu			Trifft voll und ganz zu		Weiß nicht
Ich kann den Bedürfnissen meines Kindes/meiner Kinder sehr gut gerecht werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass die Betreuung und Pflege meines Kindes/meiner Kinder mich völlig in Beschlag nimmt und mein ganzes Leben bestimmt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Was ich mir in der Pflege und Erziehung vornehme, kann ich auch in die Tat umsetzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit meinem Kind/meinen Kindern zusammen bin, gibt es nichts anderes, was ich lieber täte. ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich habe es selber in der Hand, wie ich in der Pflege und Erziehung zurecht komme.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich freue mich darauf, mit meinem Kind/meinen Kindern zusammen zu sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich hilflos in der Pflege und Erziehung meines Kindes/meiner Kinder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch meine Elternpflichten gefangen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Ihre Eltern.

34. Leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater noch?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, die noch leben. Sollten beide Elternteile verstorben sein, gehen Sie bitte zu Frage 47.**

35. Welchen aktuellen Familienstand haben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater?

	Mutter	Vater
Miteinander verheiratet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Miteinander verheiratet, getrennt lebend	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Mit jemand anderem verheiratet	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Mit jemand anderem verheiratet, getrennt lebend	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Ledig	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Geschieden	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Verwitwet	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

36. Mit wem leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater zusammen? Leben sie...

Sie können mehrere Kreuze machen.

	Mutter	Vater
...gemeinsam in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit einem anderen Partner in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit jemand anderem in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...allein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...in einem Alters- oder Pflegeheim; in betreuter Wohnanlage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Wie oft haben Sie zu Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate, E-Mails und Ähnliches zusammenzählen?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 mal im Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals im Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seltener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt hat nie bestanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Wie eng fühlen Sie sich mit Ihrer Mutter heute verbunden?

Überhaupt nicht eng					Sehr eng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

39. Wie eng fühlen Sie sich mit Ihrem Vater heute verbunden?

Überhaupt nicht eng					Sehr eng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

40. Wie lange brauchen Sie, um zu Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater zu kommen (an einem gewöhnlichen Tag, mit einem gewöhnlichen Verkehrsmittel)?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Wir wohnen in einem gemeinsamen Haushalt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Wir wohnen in einem Haus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Weniger als 10 Minuten	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
10 bis weniger als 30 Minuten	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
30 Minuten bis weniger als 1 Stunde	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
1 Stunde bis weniger als 3 Stunden	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
3 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, zu denen Sie Kontakt haben. Sollte zu beiden Elternteilen kein Kontakt bestehen, gehen Sie bitte zu Frage 47.**

41. Wie oft erzählen Sie Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater, was Sie beschäftigt?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Nie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Selten	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Manchmal	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Häufig	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Immer	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

42. Wie oft passiert es zwischen Ihnen und Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater, dass Sie ärgerlich oder wütend aufeinander sind?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Nie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Selten	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Manchmal	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Häufig	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Immer	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

43. Wie oft sind Ihre Mutter bzw. Ihr Vater und Sie unterschiedlicher Meinung und streiten sich?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Nie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Selten	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Manchmal	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Häufig	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Immer	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

44. Wie oft teilen Sie mit Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater Ihre Geheimnisse und innersten Gefühle?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Nie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Selten	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Manchmal	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Häufig	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Immer	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

45. Brauchten Ihre Mutter oder Ihr Vater innerhalb der letzten 12 Monate regelmäßige Hilfe bei täglichen Verrichtungen, wie z.B. essen, aufstehen, anziehen, baden oder zur Toilette gehen?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

46. Wenn Sie angegeben haben, dass Ihre Mutter/Ihr Vater regelmäßig Hilfe brauchte: Von wem hat sie/er diese Hilfe erhalten?

Sie können mehrere Kreuze machen.

	Mutter	Vater
Von einem professionellen Pflegedienst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Von mir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Von ihrem/von seiner (Ehe-) Partner/in	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Von anderen Familienmitgliedern oder Verwandten ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Von sonstigen Personen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

Nun interessiert uns Ihr Verhältnis zu den Eltern Ihres Partners bzw. Ihrer Partnerin. Beziehen Sie sich bei den folgenden Fragen bitte nur auf die leiblichen Elternteile Ihres Partners/Ihrer Partnerin.

47. Leben die leiblichen Eltern Ihres Partners/Ihrer Partnerin noch?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners ein Kreuz.

	Mutter des Partners	Vater des Partners
Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, die noch leben. Sollten beide leiblichen Elternteile Ihres Partners verstorben sein, gehen Sie bitte zu Frage 54.**

48. Wie oft haben Sie zur leiblichen Mutter bzw. zum leiblichen Vater Ihres Partners/ Ihrer Partnerin Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate, E-Mails und Ähnliches zusammenzählen?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners ein Kreuz.

	Mutter des Partners	Vater des Partners
Täglich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
1-3 mal im Monat	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Mehrmals im Jahr	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Seltener	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Nie	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Noch nicht kennen gelernt	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

49. Wie eng fühlen Sie sich mit der Mutter Ihres Partners/Ihrer Partnerin heute verbunden?

Überhaupt
nicht eng

Sehr
eng

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

50. Wie eng fühlen Sie sich mit dem Vater Ihres Partners/Ihrer Partnerin heute verbunden?

Überhaupt
nicht eng

Sehr
eng

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

51. Wie lange brauchen Sie, um zur Mutter bzw. zum Vater Ihres Partners/Ihrer Partnerin zu kommen (an einem gewöhnlichen Tag, mit einem gewöhnlichen Verkehrsmittel)?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners ein Kreuz.

	Mutter des Partners	Vater des Partners
Wir wohnen in einem gemeinsamen Haushalt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Wir wohnen in einem Haus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Weniger als 10 Minuten	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
10 bis weniger als 30 Minuten	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
30 Minuten bis weniger als 1 Stunde	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
1 Stunde bis weniger als 3 Stunden	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
3 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile zu denen Sie Kontakt haben. Sollte zu keinem der Elternteile Ihres Partners/Ihrer Partnerin Kontakt bestehen, gehen Sie bitte zu Frage 54.**

52. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten mit der Mutter bzw. dem Vater Ihres Partners/ Ihrer Partnerin gemeinsame Unternehmungen gemacht, wie Ausflüge, Besuche kultureller Veranstaltungen oder Einkaufsbummel?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners ein Kreuz.

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

53. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten der Mutter bzw. dem Vater Ihres Partners/Ihrer Partnerin folgende Dinge gegeben?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners in jeder Zeile ein Kreuz.

Mutter des Partners						◀ Gegeben an ▶	Vater des Partners					
Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Kein Bedarf		Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Kein Bedarf
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Ratschläge bei persön- lichen Problemen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Größere Geld- & Sach- geschenke (mehr als 100 € pro Geschenk)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Hilfe bei Einkäufen/ Arbeiten im Haus(halt) oder Garten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Über deren Kummer oder Sorgen reden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Und wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten von der Mutter bzw. dem Vater Ihres Partners/Ihrer Partnerin folgende Dinge erhalten?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners in jeder Zeile ein Kreuz.

Mutter des Partners						◀ Erhalten von ▶	Vater des Partners					
Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Kein Bedarf		Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Kein Bedarf
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Ratschläge bei persön- lichen Problemen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Größere Geld- & Sach- geschenke (mehr als 100 € pro Geschenk)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Hilfe bei Einkäufen/ Arbeiten im Haus(halt) oder Garten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Über meinen Kummer oder Sorgen reden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Abschließend noch einige Angaben zu Ihrer Person.

54. Wann sind Sie geboren?

Tag

Monat

Jahr

55. Sind Sie ...

Männlich ☐ ₁

Weiblich ☐ ₂

56. Welchen Familienstand haben Sie?

Ledig ☐ ₁

Verheiratet ☐ ₂

Eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ ₃

Geschieden/Entpartnert ☐ ₄

Verwitwet/Partnerhinterblieben ☐ ₅

57. Wie hoch war Ihr Arbeitsverdienst im letzten Monat? Gemeint ist Ihr Nettoverdienst, das heißt der Betrag nach Abzug von Steuern und Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung. Wenn Sie im letzten Monat Sonderzahlungen hatten (z.B. Urlaubsgeld oder Nachzahlungen), rechnen Sie diese bitte nicht mit. Entgelt für Überstunden rechnen Sie dagegen mit. Falls Sie selbstständig sind: Bitte schätzen Sie Ihren monatlichen Gewinn nach Steuern.

Nettoeinkommen in Euro:

Weiß nicht ☐

Trifft nicht zu ☐

58. Falls Sie „Weiß nicht“ geantwortet haben: Es würde uns schon helfen, wenn Sie sich zumindest grob einer der folgenden Kategorien zuordnen könnten.

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|----|
| Unter 250 Euro | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 250 bis unter 500 Euro | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 500 bis unter 750 Euro | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 750 bis unter 1000 Euro | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 1000 bis unter 1250 Euro | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 1250 bis unter 1500 Euro | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 1500 bis unter 1750 Euro | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 1750 bis unter 2000 Euro | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 2000 bis unter 2500 Euro | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 2500 bis unter 3000 Euro | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 3000 bis unter 3500 Euro | <input type="checkbox"/> | 11 |
| 3500 bis unter 4000 Euro | <input type="checkbox"/> | 12 |
| 4000 bis unter 4500 Euro | <input type="checkbox"/> | 13 |
| 4500 und mehr Euro | <input type="checkbox"/> | 14 |
| Weiß nicht | <input type="checkbox"/> | |

59. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand der letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben? War er...?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|
| Schlecht | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Weniger gut | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Zufriedenstellend | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Gut | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Sehr gut | <input type="checkbox"/> | 5 |

60. Wie viele Stunden pro Nacht schlafen Sie im Durchschnitt unter der Woche?

Stunden

Weiß nicht ☐

61. Nun noch einige Fragen zu Ihrem Freundeskreis.

Wie viele Freunde haben Sie?

- | | | | |
|--|--------------------------|---|-----------------------|
| Keine | <input type="checkbox"/> | 1 | → Weiter mit Frage 64 |
| 1 bis 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3 bis 5 | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 6 bis 10 | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| mehr als 10 | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| Weiß nicht | <input type="checkbox"/> | | |
| Das möchte ich nicht beantworten | <input type="checkbox"/> | | |

**62. Wenn Sie an Ihre Freunde denken:
Wie viele davon sind auch Freunde Ihres Partners/Ihrer Partnerin?**

Mein Partner/meine Partnerin hat keine Freunde	<input type="checkbox"/>	0
Keine bzw. fast keine	<input type="checkbox"/>	1
Weniger als die Hälfte	<input type="checkbox"/>	2
Ungefähr die Hälfte	<input type="checkbox"/>	3
Mehr als die Hälfte	<input type="checkbox"/>	4
Fast alle bzw. alle	<input type="checkbox"/>	5
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	
Das möchte ich nicht beantworten	<input type="checkbox"/>	

**63. Und wenn Sie an die Freunde Ihres Partners/Ihrer Partnerin denken:
Wie viele davon sind auch Ihre Freunde?**

Mein Partner/meine Partnerin hat keine Freunde	<input type="checkbox"/>	0
Keine bzw. fast keine	<input type="checkbox"/>	1
Weniger als die Hälfte	<input type="checkbox"/>	2
Ungefähr die Hälfte	<input type="checkbox"/>	3
Mehr als die Hälfte	<input type="checkbox"/>	4
Fast alle bzw. alle	<input type="checkbox"/>	5
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	
Das möchte ich nicht beantworten	<input type="checkbox"/>	

**64. Jetzt geht es darum, wie sich Ihr Privatleben und Ihre Arbeit im Beruf bzw.
in der Ausbildung oder im Studium gegenseitig beeinflussen.
Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?**

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu					Bin derzeit nicht erwerbstätig oder in Ausbildung/ Studium
Durch die zeitliche Arbeitsbelastung im Beruf bzw. in der Ausbildung oder im Studium kommt mein Privatleben zu kurz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich durch private Belange häufig gestresst bin, habe ich Probleme, mich auf meine Arbeit zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen privater Termine fehlt mir häufig die Zeit für meine Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch wenn ich etwas mit Freunden, Partner/ Partnerin oder Familie unternehme, muss ich häufig an die Arbeit denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zeit, die ich für Partner/Partnerin, Familie und Freunde brauche, hindert mich daran, mich stärker im Beruf bzw. in der Ausbildung oder im Studium zu engagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konflikte in meinem Privatleben beeinträchtigen meine Leistungsfähigkeit bei der Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach den Belastungen durch die Arbeit fällt es mir schwer, mich zu Hause zu entspannen und/oder meine Freizeit mit anderen zu genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit hält mich mehr von Unternehmungen mit Freunden, Partner/Partnerin und Familie ab, als mir recht ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Nun geht es darum, wie Sie sich selbst sehen. Inwiefern treffen die folgenden Eigenschaften auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu			Trifft voll und ganz zu		Weiß nicht
Manchmal denke ich, dass ich wertlos bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich mag mich, so wie ich bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich allein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

66. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen.

	Fast nie	Manch- mal	Oft	Fast immer	Weiß nicht
Meine Stimmung ist schwermütig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin glücklich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin deprimiert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin traurig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin verzweifelt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin in gedrückter Stimmung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich gut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich sicher	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin ruhig und gelassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Das Leben macht mir Spaß	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

67. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig – alles in allem – mit Ihrem Leben?

Sehr un- zufrieden											Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	

Wenn Sie zum ersten Mal an dieser Befragung teilnehmen,
dann beantworten Sie bitte die Fragen 68 bis 79.

Wenn Sie schon im letzten Jahr an dieser Befragung teilgenommen haben,
gehen Sie bitte direkt zu Frage 80.

68. Haben Sie Kinder?

Gemeint sind alle leiblichen Kinder, egal, ob diese mit Ihnen leben oder nicht.
Aber auch alle anderen Kinder, d.h. adoptierte Kinder, Kinder eines Partners oder
Pflegekinder, sofern diese mit Ihnen zusammen gelebt haben oder leben, werden
hier erfasst.

Ja ☐₁

Nein ☐₂ → *Weiter mit Frage 71*

Weiß nicht ☐

69. Bitte beantworten Sie für diese Kinder die nachfolgenden Fragen.

**Wann wurden Ihre Kinder
geboren?**

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Geburtsmonat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsjahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tragen Sie bitte das Geschlecht
Ihrer Kinder ein:**

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Männlich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Weiblich	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welches Verhältnis haben Ihre
Kinder zu Ihnen?**

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Leibliches Kind	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Adoptivkind	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Kind des Partners/der Partnerin, Stiefkind ..	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Pflegekind	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Leben Ihre Kinder mit Ihnen in
einem Haushalt?**

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Ja	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂

**70. Nun geht es um Ihre Ziele in der Erziehung. Was wollen Sie Ihrem Kind/Ihren Kindern unbedingt mitgeben, und was ist Ihnen weniger wichtig?
Wie wichtig sind Ihnen folgende Dinge für Ihr Kind/Ihre Kinder?**

	Völlig unwichtig										Absolut wichtig
...sich gesund ernähren und sich genug bewegen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
...von anderen gemocht werden, liebenswert sein?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
...sich in die Gruppe einfügen können?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
...von anderen respektiert werden, ein hohes Ansehen haben?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
...sich durchsetzen können?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
...Regeln und Vorgaben akzeptieren, gehorchen können? .	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
...selbstständig sein, Dinge selbst machen können?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
...sich eine eigene Meinung bilden können?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
...eine hohe Bildung erhalten (Abitur und mehr)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
...fleißig sein?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
...verantwortungsbewusst sein? .	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
...wissen, wie man sich zu verhalten hat, sichere Umgangsformen haben?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

71. Sind Sie nach amtlicher Feststellung erwerbsgemindert oder schwerbehindert?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2 → **Weiter mit Frage 73**

Weiß nicht ☐

72. Wie hoch ist Ihre Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung nach der letzten Feststellung?

%

Weiß nicht ☐

73a. Haben Sie jemals in Ihrem Leben geraucht?

Gemeint ist, dass Sie insgesamt mindestens 100 Zigaretten oder andere Rauchwaren in Ihrem Leben geraucht haben.

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2 → **Weiter mit Frage 74a**

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten ☐

73b. Wie alt waren Sie, als Sie anfangen regelmäßig zu rauchen?

Jahre

Ich habe nie regelmäßig geraucht ☐ ₁

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten ☐

73c. Rauchen Sie gegenwärtig, seien es Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren/Zigarillos?

Ja ☐ ₁

Nein ☐ ₂ → **Weiter mit Frage 73e**

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten ☐

**73d. Wie viele Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren/Zigarillos rauchen Sie pro Tag?
Geben Sie bitte den täglichen Durchschnitt der letzten Woche an.**

Zigaretten pro Tag:

Pfeifen pro Tag:

Zigarren/Zigarillos pro Tag:

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten ☐

73e. Wann haben Sie aufgehört zu rauchen? Bitte geben Sie das Jahr und den Monat an.

Monat:

Jahr:

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten ☐

74a. Wie oft trinken Sie normalerweise Alkohol?

Jeden Tag ☐ ₁

5 bis 6 mal pro Woche ☐ ₂

3 bis 4 mal pro Woche ☐ ₃

1 bis 2 mal pro Woche ☐ ₄

1 bis 3 mal im Monat ☐ ₅

Weniger als einmal im Monat ☐ ₆

Nie ☐ ₇ → **Weiter mit Frage 75**

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten ☐

74b. Wenn Sie an die letzten 4 Wochen denken: Wie oft haben Sie fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu sich genommen?
Ein alkoholisches Getränk entspricht zum Beispiel einer 0,33l-Flasche Bier, einem Glas Wein oder Sekt, einem Schnapsglas Schnaps oder einer Flasche Alcopops.

Ungefähr mal

Nie, zu keiner Gelegenheit ☐ 0

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten ☐

75. Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft an, wenn ja, welcher?

Ja, und zwar der katholischen Kirche ☐ 1

Ja, und zwar der evangelischen Kirche ☐ 2

Ja, und zwar dem Islam ☐ 3

Ja, und zwar dem Judentum ☐ 4

Ja, und zwar einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft .. ☐ 5

Ja, und zwar einer anderen Religionsgemeinschaft ☐ 6

Nein, konfessionslos ☐ 7

Weiß nicht ☐

76. Wie oft gehen Sie zur Kirche/Moschee/Synagoge oder besuchen Sie eine religiöse Veranstaltung?

Mehr als einmal in der Woche ☐ 1

1mal in der Woche ☐ 2

1 bis 3mal im Monat ☐ 3

Mehrmals im Jahr ☐ 4

Seltener ☐ 5

Nie ☐ 6

Weiß nicht ☐

77. Wann wurden Ihre Mutter bzw. Ihr Vater geboren? Notieren Sie bitte das jeweilige Geburtsjahr.

Mutter

Vater

Geburtsjahr

Weiß nicht ☐

☐

78. Nun geht es darum, wie Sie sich selbst sehen. Inwiefern treffen die folgenden Eigenschaften auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu			Trifft voll und ganz zu		Weiß nicht
Ich stimme anderen oft zu, selbst wenn ich nicht sicher bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich gerate schnell in Wut.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich anderen gegenüber gehemmt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich ändere oft meine Meinung, nachdem ich gehört habe, was andere denken.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich steigere mich leicht in einen Streit hinein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in der Gegenwart anderer schüchtern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich neige stark dazu, mich den Wünschen anderer anzuschließen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Wenn andere mich reizen, werde ich schnell wütend.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ich gehe ungezwungen auf andere Menschen zu. ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

79. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

Ich...	Sehr unzu- treffend	Eher unzu- treffend	Weder noch	Eher zu- treffend	Sehr zu- treffend	Weiß nicht
...bin eher zurückhaltend, reserviert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...neige dazu, andere zu kritisieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...erledige Aufgaben gründlich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...werde leicht deprimiert, niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...bin vielseitig interessiert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...bin begeisterungsfähig und kann andere leicht mitreißen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...bin bequem und neige zur Faulheit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...bin tiefsinnig, denke gerne über Sachen nach.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...bin eher der stille „Typ“, wortkarg.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...kann mich kalt und distanziert verhalten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...bin tüchtig und arbeite flott.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...mache mir viele Sorgen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...habe eine aktive Vorstellungskraft, bin phantasievoll.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...gehe aus mir heraus, bin gesellig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...kann mich schroff und abweisend anderen gegenüber verhalten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...mache Pläne und führe sie auch durch.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...werde leicht nervös und unsicher.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...schätze künstlerische und ästhetische Eindrücke. ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
...habe nur wenig künstlerisches Interesse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

80. Tragen Sie hier bitte noch das heutige Datum ein:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!