

# Beziehungen und Familienleben in Deutschland

## PARTNERFRAGEBOGEN 2019/2020

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. 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"/> 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	
Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen . . .	<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	
Freunde, Bekannte, soziale Kontakte . . .	<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	
Familie . . . . .	<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	

### 2. Wie schätzen Sie Ihre gegenwärtige Zeitverwendung für die folgenden Bereiche oder Personen ein? Ist Ihre aufgewendete Zeit eher zu wenig, gerade richtig oder zu viel?

	Zu wenig	Gerade richtig	Zu viel	Trifft nicht zu	Weiß nicht
Schule, Ausbildung, Beruf . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Hausarbeit . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Persönliche Freizeit . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Partner/Partnerin . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Kinder . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Freunde . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtliche Tätigkeit . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

## Kommen wir nun zum Bereich Partnerschaft

### 3. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?

Sehr unzufrieden											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	

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

Sehr unzufrieden											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	

### 5. 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. . . . .	<input type="checkbox"/> 6
Ja, bestimmt . . . . .	<input type="checkbox"/> 1
Ja, vielleicht . . . . .	<input type="checkbox"/> 2
Nein, eher nicht . . . . .	<input type="checkbox"/> 3
Nein, bestimmt nicht . . . . .	<input type="checkbox"/> 4
Darüber haben wir noch nicht gesprochen. . . . .	<input type="checkbox"/> 5
Weiß nicht . . . . .	<input type="checkbox"/>

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

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

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

- Wir haben bereits gemeinsame Kinder . . . . . ☐ 1
- Ja . . . . . ☐ 2
- Nein . . . . . ☐ 3
- Weiß nicht . . . . . ☐

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

**8. 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

**9. Wenn Sie einmal alles zusammennehmen, also Hausarbeit und Berufstätigkeit: Wie gerecht finden Sie die Arbeitsteilung zwischen Ihnen und Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin insgesamt?**

- Ich erledige viel mehr als meinen gerechten Anteil ..... ☐ 1
- Ich erledige etwas mehr als meinen gerechten Anteil ..... ☐ 2
- Ich erledige ungefähr meinen gerechten Anteil ..... ☐ 3
- Ich erledige etwas weniger als meinen gerechten Anteil ..... ☐ 4
- Ich erledige viel weniger als meinen gerechten Anteil ..... ☐ 5
- Weiß nicht ..... ☐

**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

	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer
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
Wie oft fühlen Sie sich derzeit hin und her gerissen in den Gefühlen zu Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie häufig haben Sie gemischte Gefühle bezüglich Ihres Partners/Ihrer Partnerin? .....	<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

☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4

Sehr  
konsequent

☐ 5

Das möchte  
ich nicht  
beantworten

☐

17. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Sexualleben?

Sehr un-  
zufrieden

☐ 0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10

Sehr  
zufrieden

Das möchte  
ich nicht  
beantworten

☐

18. Wenn es nur nach Ihnen ginge, hätten Sie dann gerne seltener oder häufiger Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin als in den letzten 3 Monaten?

Viel seltener ..... ☐ 1

Etwas seltener ..... ☐ 2

Genau so oft ..... ☐ 3

Etwas häufiger ..... ☐ 4

Viel häufiger ..... ☐ 5

Weiß nicht ..... ☐

Das möchte ich nicht beantworten . ☐

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

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 ..... ☐<sub>1</sub>

Nein ..... ☐<sub>2</sub>

Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

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

Überhaupt  
nicht einig

Völlig  
einig

☐<sub>1</sub>   ☐<sub>2</sub>   ☐<sub>3</sub>   ☐<sub>4</sub>   ☐<sub>5</sub>

Darüber haben wir noch nicht gesprochen. .... ☐<sub>6</sub>

**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

Völlig  
einig

☐<sub>1</sub>   ☐<sub>2</sub>   ☐<sub>3</sub>   ☐<sub>4</sub>   ☐<sub>5</sub>

Wir wollen keine (weiteren) Kinder. .... ☐<sub>7</sub>

Darüber haben wir noch nicht gesprochen. .... ☐<sub>6</sub>

**27. 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					Weiβ nicht
Die meisten meiner Freunde finden, dass ich ein (weiteres) Kind bekommen sollte. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>						
Meine Eltern finden, dass ich ein (weiteres) Kind bekommen sollte. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>						
Die meisten meiner Freunde finden, dass ich mich vor allem um meine beruflichen Ziele kümmern sollte. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>						
Meine Eltern finden, dass ich mich vor allem um meine beruflichen Ziele kümmern sollte. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>						

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

	Über- haupt nicht					Sehr stark					Kein Bedarf	Weiβ nicht
Finanziell .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>					<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/>	
Zeitlich .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>					<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/>	
Gefühlsmäßig .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>					<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/>	

**29. 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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
Freunde, Bekannte, soziale Kontakte .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
Partnerschaft .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>

**30. 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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
Freunde, Bekannte, soziale Kontakte .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
Partnerschaft .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen 31 und 32 nur, wenn Sie Kinder haben.**

► **Wenn Sie keine Kinder haben, gehen Sie direkt zu Frage 33.**

**31. 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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Diskussionen über die Pflege und Erziehung der Kinder enden im Streit .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Einer fällt dem anderen in den Rücken .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### 32. 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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>
Was ich mir in der Pflege und Erziehung vornehme, kann ich auch in die Tat umsetzen. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit meinem Kind/meinen Kindern zusammen bin, gibt es nichts anderes, was ich lieber täte. ...	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>
Ich habe es selber in der Hand, wie ich in der Pflege und Erziehung zurecht komme. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>
Ich freue mich darauf, mit meinem Kind/meinen Kindern zusammen zu sein. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich hilflos in der Pflege und Erziehung meines Kindes/meiner Kinder. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch meine Elternpflichten gefangen. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>
Gewöhnlich bin ich bereit, meine eigenen Wünsche denen meines Kindes/meiner Kinder zu opfern. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>
Mein Partner/meine Partnerin unterstützt mich bei der Betreuung bzw. Erziehung meines Kindes/meiner Kinder. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>
Ich würde alles aushalten für das Wohl meines Kindes/meiner Kinder. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich von meinem Partner/meiner Partnerin in meiner Rolle als Mutter/Vater anerkannt. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse oft alles stehen und liegen, um mein Kind/meine Kinder zu unterstützen. ....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>

### Im Folgenden geht es um Ihre Eltern.

### 33. Leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater noch?

	Mutter	Vater
Ja .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nein .....	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
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 44.

**34. 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

**35. 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"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
...mit einem anderen Partner in einem Haushalt? ....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
...mit jemand anderem in einem Haushalt? .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
...allein? .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
...in einem Alters- oder Pflegeheim; in betreuter Wohnanlage? .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Sonstiges .....	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36. 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"/> 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
Kontakt hat nie bestanden .....	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10

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

Überhaupt  
nicht eng

Sehr  
eng

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

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

Überhaupt  
nicht eng

Sehr  
eng

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

39. 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 44.

40. 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

41. 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

**42. 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

**43. 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

**Abschließend noch einige Angaben zu Ihrer Person.**

**44. Wann sind Sie geboren?**

Tag

Monat

Jahr

**45. Sind Sie ...**

Männlich .....	<input type="checkbox"/> 1
Weiblich .....	<input type="checkbox"/> 2

**46. Welchen Familienstand haben Sie?**

Ledig .....	<input type="checkbox"/> 1
Verheiratet .....	<input type="checkbox"/> 2
Eingetragene Lebenspartnerschaft .....	<input type="checkbox"/> 3
Geschieden/Entpartnert .....	<input type="checkbox"/> 4
Verwitwet/Partnerhinterblieben .....	<input type="checkbox"/> 5

**47. 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

☐

**48. 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 ☐ 1

250 bis unter 500 Euro ☐ 2

500 bis unter 750 Euro ☐ 3

750 bis unter 1000 Euro ☐ 4

1000 bis unter 1250 Euro ☐ 5

1250 bis unter 1500 Euro ☐ 6

1500 bis unter 1750 Euro ☐ 7

1750 bis unter 2000 Euro ☐ 8

2000 bis unter 2500 Euro ☐ 9

2500 bis unter 3000 Euro ☐ 10

3000 bis unter 3500 Euro ☐ 11

3500 bis unter 4000 Euro ☐ 12

4000 bis unter 4500 Euro ☐ 13

4500 und mehr Euro ☐ 14

Weiß nicht ☐

**49. Wie gerne übernehmen Sie die anfallende Hausarbeit, also putzen, waschen, aufräumen?**

Sehr  
ungern

Sehr  
gerne

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10

Weiß nicht

☐

**50. Wie wichtig sind Ihnen Ordnung und Sauberkeit in Ihrem Haushalt?**

Es genügt, wenn  
das Notwendigste  
erledigt ist

Sollte mit  
größter Sorgfalt  
erledigt werden

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10

Weiß nicht

☐

**51. Hausarbeit kann unterschiedlich gut gemacht werden. Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeiten diesbezüglich ein?**

Nicht so  
gut

Sehr  
gut

☐<sub>0</sub> ☐<sub>1</sub> ☐<sub>2</sub> ☐<sub>3</sub> ☐<sub>4</sub> ☐<sub>5</sub> ☐<sub>6</sub> ☐<sub>7</sub> ☐<sub>8</sub> ☐<sub>9</sub> ☐<sub>10</sub>

Weiß nicht ..... ☐

**52. Und wie schätzen Sie die Fähigkeiten Ihres Partners bzw. Ihrer Partnerin diesbezüglich ein?**

Nicht so  
gut

Sehr  
gut

☐<sub>0</sub> ☐<sub>1</sub> ☐<sub>2</sub> ☐<sub>3</sub> ☐<sub>4</sub> ☐<sub>5</sub> ☐<sub>6</sub> ☐<sub>7</sub> ☐<sub>8</sub> ☐<sub>9</sub> ☐<sub>10</sub>

Weiß nicht ..... ☐

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

Schlecht ..... ☐<sub>1</sub>

Weniger gut ..... ☐<sub>2</sub>

Zufriedenstellend ..... ☐<sub>3</sub>

Gut ..... ☐<sub>4</sub>

Sehr gut ..... ☐<sub>5</sub>

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

Stunden

Weiß nicht ..... ☐

**55. Nun noch einige Fragen zu Ihrem Freundeskreis.  
Wie viele Freunde haben Sie?**

Keine ..... ☐<sub>1</sub> → **Weiter mit Frage 58**

1 bis 2 ..... ☐<sub>2</sub>

3 bis 5 ..... ☐<sub>3</sub>

6 bis 10 ..... ☐<sub>4</sub>

mehr als 10 ..... ☐<sub>5</sub>

Weiß nicht ..... ☐

Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐



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

- Mein Partner/meine Partnerin hat keine Freunde ..... ☐ 0
- Keine bzw. fast keine ..... ☐ 1
- Weniger als die Hälfte ..... ☐ 2
- Ungefähr die Hälfte ..... ☐ 3
- Mehr als die Hälfte ..... ☐ 4
- Fast alle bzw. alle ..... ☐ 5
- Weiß nicht ..... ☐
- Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

**57. 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 ..... ☐ 0
- Keine bzw. fast keine ..... ☐ 1
- Weniger als die Hälfte ..... ☐ 2
- Ungefähr die Hälfte ..... ☐ 3
- Mehr als die Hälfte ..... ☐ 4
- Fast alle bzw. alle ..... ☐ 5
- Weiß nicht ..... ☐
- Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

**58. 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<br>überhaupt<br>nicht zu |                            |                            |                            |                            | Trifft<br>voll und<br>ganz zu |                            |                            |                            |                            | Bin derzeit<br>nicht<br>erwerbstätig<br>oder in<br>Ausbildung/<br>Studium |
|--|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
|  | <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 | <input type="checkbox"/>  |
| Durch die zeitliche Arbeitsbelastung im Beruf bzw. in der Ausbildung oder im Studium kommt mein Privatleben zu kurz. ....  | <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 | <input type="checkbox"/>  |
| Weil ich durch private Belange häufig gestresst bin, habe ich Probleme, mich auf meine Arbeit zu konzentrieren. ....   | <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 | <input type="checkbox"/>  |
| Wegen privater Termine fehlt mir häufig die Zeit für meine Arbeit. ....  | <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 | <input type="checkbox"/>  |
| Auch wenn ich etwas mit Freunden, Partner/ Partnerin oder Familie unternehme, muss ich häufig an die Arbeit denken. ....   | <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 | <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"/> 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 | <input type="checkbox"/>  |
| Konflikte in meinem Privatleben beeinträchtigen meine Leistungsfähigkeit bei der Arbeit. ....  | <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 | <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"/> 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 | <input type="checkbox"/>  |
| Meine Arbeit hält mich mehr von Unternehmungen mit Freunden, Partner/Partnerin und Familie ab, als mir recht ist. ....   | <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 | <input type="checkbox"/>  |

59. Falls Sie erwerbstätig, in Ausbildung oder im Studium sind:  
Wie zufrieden sind Sie mit dem Verhältnis zwischen der Zeit, die Sie für Ihre berufliche Tätigkeit bzw. für Ihre Ausbildung oder Ihr Studium aufwenden und der Zeit, die Sie Ihrem Privatleben widmen?

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

60. 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"/>

61. 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"/>

## 62. 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"/>

63. In den folgenden Fragen würden wir gerne wissen, wie Sie Ihr eigenes Aussehen und das Aussehen Ihres Partners/Ihrer Partnerin beurteilen.

Wie gut würden Sie Ihr eigenes Aussehen einschätzen?

Sehr  
schlecht  
aussehend

Sehr  
gut  
aussehend

Weiß  
nicht

Das möchte  
ich nicht  
beantworten

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐
☐

Wie gut würden Sie das Aussehen Ihres Partners/Ihrer Partnerin einschätzen?

Sehr  
schlecht  
aussehend

Sehr  
gut  
aussehend

Weiß  
nicht

Das möchte  
ich nicht  
beantworten

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐
☐

Was denken Sie, wie schätzt Ihr Partner/Ihre Partnerin Ihr Aussehen ein?

Sehr  
schlecht  
aussehend

Sehr  
gut  
aussehend

Weiß  
nicht

Das möchte  
ich nicht  
beantworten

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐
☐

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

Sehr  
un-  
zufrieden

Sehr  
zufrieden

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10

Wenn Sie zum ersten Mal an dieser Befragung teilnehmen,  
dann beantworten Sie bitte die Fragen 65 bis 75.

Wenn Sie schon im letzten Jahr an dieser Befragung teilgenommen haben,  
gehen Sie bitte direkt zu Frage 75.

**65. 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 ..... ☐<sub>1</sub>  
Nein ..... ☐<sub>2</sub> → *Weiter mit Frage 68*  
Weiß nicht ..... ☐

**66. 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"/>	<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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Weiblich .....	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Adoptivkind .....	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Kind des Partners/der Partnerin, Stiefkind ..	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Pflegekind .....	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nein .....	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**67. 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

**68. Sind Sie nach amtlicher Feststellung erwerbsgemindert oder schwerbehindert?**

Ja . . . . . ☐ 1

Nein . . . . . ☐ 2 → **Weiter mit Frage 70a**

Weiß nicht . . . . . ☐

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

%

Weiß nicht . . . . . ☐

**70a. Haben Sie jemals in Ihrem Leben geraucht?**  
**Gemeint ist, dass Sie insgesamt mindestens 100 Zigaretten oder andere Rauchwaren in Ihrem Leben geraucht haben.**

Ja ..... ☐ <sub>1</sub>

Nein ..... ☐ <sub>2</sub> → **Weiter mit Frage 71**

Weiß nicht ..... ☐

Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

**70b. Wie alt waren Sie, als Sie anfangen regelmäßig zu rauchen?**

Jahre

Ich habe nie regelmäßig geraucht ..... ☐ <sub>1</sub>

Weiß nicht ..... ☐

Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

**71. Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft an, wenn ja, welcher?**

Ja, und zwar der katholischen Kirche ..... ☐ <sub>1</sub>

Ja, und zwar der evangelischen Kirche ..... ☐ <sub>2</sub>

Ja, und zwar dem Islam ..... ☐ <sub>3</sub>

Ja, und zwar dem Judentum ..... ☐ <sub>4</sub>

Ja, und zwar einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft .. ☐ <sub>5</sub>

Ja, und zwar einer anderen Religionsgemeinschaft ..... ☐ <sub>6</sub>

Nein, konfessionslos ..... ☐ <sub>7</sub>

Weiß nicht ..... ☐

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

Mehr als einmal in der Woche ..... ☐ <sub>1</sub>

1mal in der Woche ..... ☐ <sub>2</sub>

1 bis 3mal im Monat ..... ☐ <sub>3</sub>

Mehrmals im Jahr ..... ☐ <sub>4</sub>

Seltener ..... ☐ <sub>5</sub>

Nie ..... ☐ <sub>6</sub>

Weiß nicht ..... ☐

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

	Mutter	Vater
Geburtsjahr .....	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Weiß nicht .....	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>

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

	Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

**75. Tragen Sie hier bitte noch das heutige Datum ein:**

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**