

Das Beziehungs- und Familienpanel (pairfam)

Selbstaussfüller
2020

Abrechnungsnummer

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

Welle

--	--

Listennummer

--	--	--	--

Laufende Nummer

--	--	--

Haushaltsnummer

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

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Bereitschaft, diesen Fragebogen auszufüllen. Sie sind ja bereits gewöhnt Teile unseres Interviews selbst auszufüllen – dieses Mal möchten wir Sie bitten, aufgrund der aktuellen Situation den Fragebogen auf Papier zu beantworten.

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!

Persönlichkeit

1. Zuerst geht es darum, wie Sie sich selbst sehen. Inwiefern treffen folgende Eigenschaften auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu					Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie haben Sie sich in den letzten vier Wochen überwiegend gefühlt?

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu					Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
gestresst	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktiv	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tatkräftig	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überlastet	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voller Energie	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unter Druck	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 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	Das möchte ich nicht beant- worten.
Meine Stimmung ist schwermütig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

4. Kommen wir nun zu einem anderen Thema. Es gibt immer wieder Ereignisse und Veränderungen in verschiedenen Bereichen des Lebens, die man als besonders herausfordernd erlebt, sei dies positiver oder negativer Art. Inwiefern haben Sie das Gefühl, dass Sie diese Veränderungen und ihre Folgen beeinflussen können?

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu					Weiß nicht	Das möchte ich nicht beantworten.
Wenn sich mir Hindernisse in den Weg stellen, gebe ich nicht auf, bis ich sie überwunden habe.	<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 ich ein Ziel nicht mehr weiter verfolgen kann, sage ich mir, dass es auch noch andere wichtige Ziele gibt.	<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 ich ein Ziel verfolge, sage ich mir, dass ich es bestimmt erreichen werde.	<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 ich ein Ziel nicht erreichen kann, verfolge ich andere Ziele, die mir wichtig sind.	<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 ich mit einer schwierigen Situation konfrontiert bin, tue ich alles, was ich kann, um die Situation zu verbessern.	<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 ich ein Ziel wirklich nicht mehr erreichen kann, fällt es mir leicht, nicht mehr über das Ziel nachzudenken und es aufzugeben.	<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 ein Ziel für mich unerreichbar wird, höre ich auf, daran zu denken und es zu verfolgen.	<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 ich ein Ziel nicht erreichen kann, denke ich über andere, neue Ziele nach, die ich verfolgen kann.	<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"/>

5. In den folgenden Fragen geht es darum, ob Sie selbst in den letzten zwei Jahren wegen persönlicher Probleme im psychischen, sozialen oder rechtlichen Bereich professionelle Hilfe gesucht haben. Gemeint sind z.B. auch Belastungen der seelischen Gesundheit oder Partnerschaftsprobleme (nicht Probleme mit Kindern und Erziehung). Bitte geben Sie an, ob Sie die folgenden Angebote in den letzten zwei Jahren genutzt haben.

Sie können mehrere Kreuze machen.

Persönliche Beratung	<input type="checkbox"/>	1
Coaching	<input type="checkbox"/>	2
Psychologische Therapie	<input type="checkbox"/>	3
Medikamentöse Therapie von psychosozialen Problemen und seelischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	4
Sonstige Angebote oder Hilfen	<input type="checkbox"/>	5
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	
Das möchte ich nicht beantworten.	<input type="checkbox"/>	

6. Nun würden wir gerne wissen, wie Sie Ihr eigenes Aussehen und ggf. das Aussehen Ihres Partners oder Ihrer Partnerin beurteilen.

	Sehr schlecht aussehend							Sehr gut aus- sehend		Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
Wie gut würden Sie Ihr eigenes Aussehen einschätzen? .	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie einen Partner / eine Partnerin haben:

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

<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"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<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"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Nun noch zu einem anderen Thema: In unserer Gesellschaft gibt es Bevölkerungsgruppen, die eher oben stehen und solche, die eher unten stehen. Wir haben hier eine Skala, die von oben nach unten verläuft. Wenn Sie an sich selbst denken: Wo würden Sie sich auf dieser Skala einordnen?

Ganz oben	<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	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Ganz unten	<input type="checkbox"/> 10	Das möchte ich nicht beantworten. . . <input type="checkbox"/>

Sexualität und Verhütung

8. Wie häufig hatten Sie durchschnittlich in den letzten drei Monaten Geschlechtsverkehr (wenn Sie eine/n Partner/in haben: mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin)?

Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.	<input type="checkbox"/> 1
Nicht in den letzten 3 Monaten	<input type="checkbox"/> 2
Einmal im Monat oder weniger	<input type="checkbox"/> 3
Zwei- oder dreimal im Monat	<input type="checkbox"/> 4
Einmal in der Woche	<input type="checkbox"/> 5
Zwei- bis dreimal in der Woche	<input type="checkbox"/> 6
Mehr als dreimal in der Woche	<input type="checkbox"/> 7
Täglich	<input type="checkbox"/> 8
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Das möchte ich nicht beantworten.	<input type="checkbox"/>

9. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Sexualleben?

Sehr
unzufrieden

Sehr
zufrieden

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

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

Viel seltener ☐ 1

Etwas seltener ☐ 2

Genauso oft ☐ 3

Etwas häufiger ☐ 4

Viel häufiger ☐ 5

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

**11. Haben Sie in den letzten drei Monaten pornografische Filme oder Bilder angesehen, sei es im Internet, in Videos, im Fernsehen oder über das Handy?
Mit Pornografie meinen wir Darstellungen, deren Hauptziel es ist, Menschen bei sexuellen Handlungen zu zeigen.**

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2 → *Weiter mit Frage 14*

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

12. Wie häufig haben Sie durchschnittlich in den letzten drei Monaten pornografische Filme oder Bilder angesehen?

Einmal im Monat oder weniger ☐ 1

Zwei- oder dreimal im Monat ☐ 2

Einmal in der Woche ☐ 3

Zwei- bis dreimal in der Woche ☐ 4

Mehr als dreimal in der Woche ☐ 5

Täglich ☐ 6

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

13. Wenn Sie eine/n Partner/in haben: Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten gemeinsam mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin pornografische Filme oder Bilder angesehen?

- Immer mit meinem Partner / meiner Partnerin ☐ 1
- Überwiegend mit meinem Partner / meiner Partnerin ☐ 2
- Etwa halbe/halbe ☐ 3
- Überwiegend ohne meinen Partner / meine Partnerin ☐ 4
- Immer ohne meinen Partner / meine Partnerin ☐ 5
- Ich habe keinen Partner / keine Partnerin ☐ 6
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

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

- Ja ☐ 1
- Nein ☐ 2
- Ich hatte keinen Geschlechtsverkehr ☐ 3
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐
- } → **Weiter mit Frage 17**

15. Wenn Sie verhütet haben: Welche Methoden haben Sie hauptsächlich eingesetzt?

Sie können auch mehrere Alternativen ankreuzen.

- Pille, Mini-Pille ☐ 1
- Kondom ☐ 2
- Andere Hormonpräparate (Stäbchen, Paster, NuvaRing) ☐ 3
- Spirale ☐ 4
- Diaphragma, Schaum, Zäpfchen, Gel ☐ 5
- Natürliche Verhütung (Nutzung der unfruchtbaren Tage, Zykluscomputer) ... ☐ 6
- Sterilisation der Frau ☐ 7
- Sterilisation des Mannes ☐ 8
- „Aufpassen“, Coitus Interruptus ☐ 9
- „Pille danach“ ☐ 10
- Etwas anderes ☐ 11
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

**16. Bitte denken Sie einmal an die letzten drei Monate: Wie konsequent haben Sie verhütet?
Wenn Sie verhütet haben:**

Sehr
inkonsequent

Sehr
konsequent

☐ ₁☐ ₂☐ ₃☐ ₄☐ ₅

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

17. Haben Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner sich sterilisieren lassen?

Ja ☐ ₁

Nein ☐ ₂ → *Weiter mit Frage 19*

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

18. Kreuzen Sie bitte an, was auf Sie und/oder Ihre Partnerin / Ihren Partner zutrifft:

Sterilisation der Frau ☐ ₁

Sterilisation des Mannes ☐ ₂

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

19. Haben Sie seit der letzten Befragung (vor ca. einem Jahr) versucht schwanger zu werden bzw. ein Kind zu zeugen?

Ja ☐ ₁

Nein ☐ ₂ → *Weiter mit Frage 22*

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

**20. Wie lange versuchen Sie schon, schwanger zu werden bzw. ein Kind zu zeugen?
Gemeint ist der Zeitraum, ab dem Sie nicht mehr verhütet haben bzw. bewusst versucht haben, eine Schwangerschaft herbeizuführen.**

Jahr(e) und Monate

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

21. Haben Sie oder Ihr Partner / Ihre Partnerin seit der letzten Befragung (vor ca. einem Jahr) eine der folgenden Maßnahmen ergriffen, um eine Schwangerschaft herbeizuführen? Bitte geben Sie alle Maßnahmen an, die Sie genutzt haben.

- Einnahme von Medikamenten ☐ 1
- Methoden, um den Zeitpunkt des Eisprungs festzustellen ☐ 2
- In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder Mikro-Fertilisation (ICSI) ☐ 3
- Operation ☐ 4
- Intrauterine Insemination ☐ 5
- Andere Behandlung ☐ 6
- Nichts davon ☐ 7
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

22. Haben Sie bzw. hat Ihre Partnerin seit der letzten Befragung (vor ca. einem Jahr) einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen?

- Ja ☐ 1
- Nein ☐ 2
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

23. Hatten Sie bzw. hatte Ihre Partnerin seit der letzten Befragung eine Fehlgeburt?

- Ja ☐ 1
- Nein ☐ 2
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

Die folgenden beiden Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie ein Kind / Kinder haben. Wenn Sie kein Kind / keine Kinder haben, machen Sie bitte weiter mit Frage 26.

24. Wenn Sie sich mit Ihrem heutigen Wissen und Ihren Erfahrungen noch einmal entscheiden könnten, würden Sie wieder ein Kind / Kinder bekommen?

- Sicher ja ☐ 1 } **→ Weiter mit Frage 26**
- Wahrscheinlich ja ☐ 2 }
- Wahrscheinlich nein ☐ 3
- Sicher nein ☐ 4
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

25. Was sind die wichtigsten Gründe dafür, dass Sie sich heute eher nicht mehr für Kinder entscheiden würden?

Wenn Sie nur ein Kind haben, beziehen Sie die Aussagen bitte auf dieses Kind.

- | | | |
|--|--------------------------|----|
| Ich konnte/kann meine Kinder schwer mit meinen beruflichen Zielen vereinbaren. | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Wegen meiner Kinder musste/muss ich zu viele Freiheiten aufgeben. | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Meine Kinder waren/sind ein zu hoher Kostenfaktor. | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ich mache mir Sorgen, welche Zukunft meine Kinder erwartet. | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Meine Kinder waren/sind eine zu starke Belastung für meine Partnerschaft. | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Meine Kinder waren/sind zu viel Arbeit. | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Ich habe das Gefühl, ich war/bin kein guter Vater / keine gute Mutter. | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Eigentlich wollte ich noch nie Kinder haben. | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Meine Kinder waren/sind zu viel Verantwortung. | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Ich konnte kein inniges Verhältnis zu meinen Kindern aufbauen. | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Kinder zu haben hat mich nicht erfüllt / erfüllt mich nicht. | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Sonstiges, und zwar: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | 12 |
| Weiß nicht | <input type="checkbox"/> | |
| Das möchte ich nicht beantworten. | <input type="checkbox"/> | |

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen nur, wenn Sie derzeit eine Partnerin / einen Partner haben.
Wenn Sie keine Partnerin / keinen Partner haben, machen Sie bitte weiter mit Frage 37.**

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

- | | Nie | Selten | Manch-
mal | Häufig | Immer | Weiß
nicht | Das möchte
ich nicht
beant-
worten. |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| Wie oft erzählen Sie Ihrer Partnerin / Ihrem Partner, was Sie beschäftigt? | <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"/> |
| Wie oft zeigt Ihre Partnerin / Ihr Partner 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie oft bringt Ihre Partnerin / Ihr Partner Sie dazu, dass Sie sich nach ihr / ihm richten? . . . | <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"/> |
| Wie oft passiert es zwischen Ihnen und Ihrer Partnerin / Ihrem Partner, 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie oft zeigt Ihnen Ihre Partnerin / Ihr Partner, dass sie bzw. er Sie schätzt? | <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"/> |
| Wie oft sind Ihre Partnerin / Ihr Partner 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie oft setzt sich Ihre Partnerin / Ihr Partner 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie oft teilen Sie mit Ihrer Partnerin / Ihrem Partner 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie oft fühlen Sie sich derzeit hin und her gerissen in den Gefühlen zu Ihrer Partnerin / Ihrem Partner? | <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"/> |
| Wie häufig haben Sie gemischte Gefühle bezüglich Ihrer Partnerin / Ihres Partners? | <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"/> |

27. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?

Sehr
unzufrieden

Sehr
zufrieden

☐₀ ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₆ ☐₇ ☐₈ ☐₉ ☐₁₀

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

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

Sehr
unzufrieden

Sehr
zufrieden

☐₀ ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₆ ☐₇ ☐₈ ☐₉ ☐₁₀

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

**29. Wie ist das, wenn Sie und Ihr/e Partner/in 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

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

30. Wenn Sie Kinder haben: Wie oft war(en) Ihr(e) Kind(er) seit der letzten Befragung (vor ca. einem Jahr) Zeuge von Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem Partner / Ihrer Partnerin?

- Nie ☐ 1
- Selten ☐ 2
- Manchmal ☐ 3
- Oft ☐ 4
- Sehr oft ☐ 5
- Ich habe keinen Kontakt zu meinem Kind ☐ 6
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

31. Haben Sie seit der letzten Befragung (vor ca. einem Jahr) gedacht, dass Ihre Partnerschaft bzw. Ehe in Schwierigkeiten ist?

- Ja ☐ 1
- Nein ☐ 2
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

32. Haben Sie seit der letzten Befragung (vor ca. einem Jahr) ernsthaft an eine mögliche Trennung oder Scheidung gedacht?

- Ja ☐ 1
- Nein ☐ 2
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

33. Haben Sie seit der letzten Befragung (vor ca. einem Jahr) ernsthaft eine Trennung oder Scheidung vorgeschlagen oder hat Ihr Partner / Ihre Partnerin dies getan?

- Ja ☐ 1
- Nein ☐ 2
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

34. Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu					Das möchte ich nicht beant- worten.	
											Weiß nicht	
Ich bin offen für Flirts.	<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"/>
Jemand wie ich findet immer einen Partner / eine Partnerin.	<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"/>

35. Nutzen Sie zur Zeit das Internet – also zum Beispiel Chatforen, soziale Netzwerke, Online-Partnerbörsen oder mobile Dating-Apps – um zu flirten oder einen neuen Partner zu finden?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

36. Welche Möglichkeiten im Internet nutzen Sie, um zu flirten oder einen neuen Partner zu finden? Sie können mehrere Kreuze machen.

Chatforen ☐ 1

Soziale Netzwerke (z.B. Facebook, Instagram, Twitter) ☐ 2

Online-Partnerbörsen (z.B. eDarling, LoveScout24, Parship) ☐ 3

Mobile Dating-Apps (z.B. Tinder, Lovoo, Grindr) ☐ 4

Sonstiges, nämlich ☐ 5

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

Bitte beantworten Sie folgende Fragen nur, wenn Sie sich seit der letzten Befragung (vor ca. einem Jahr) von Ihrer damaligen Partnerin / Ihrem damaligen Partner getrennt haben. Wenn keine Trennung erfolgt ist, sind Sie mit der Beantwortung des Fragebogens fertig.

37. Wie war das bei Ihrer Trennung:

	Überhaupt nicht stark					Sehr stark					Das möchte ich nicht beant- worten.	
											Weiß nicht	
Wie stark ging die Trennung von Ihnen aus? ..	<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"/>
Wie stark ging die Trennung von Ihrem Partner aus?	<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"/>

38. Manchmal deutet sich eine Trennung schon länger an, andere Male kommt die Trennung sehr plötzlich und unerwartet. Wie stark haben Sie mit dieser Trennung von Ihrem damaligen Partner / Ihrer damaligen Partnerin gerechnet?

Ich habe
gar nicht
damit
gerechnet

Ich habe
sehr stark
damit
gerechnet

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

39. Wenn Sie gemeinsame Kinder haben: Wann wurde(n) Ihr(e) Kind(er) über die Trennung informiert?

Einige Zeit bevor ich / mein Ex-Partner ausgezogen bin/ist. ☐ 1

Erst als ich / mein Ex-Partner ausgezogen bin/ist. ☐ 2

Wurde/n noch nicht informiert. ☐ 3

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

40. Wenn Sie gemeinsame Kinder haben: Wie oft war(en) Ihr(e) Kind(er) im letzten Jahr bis zu Ihrer Trennung Zeuge von Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem Ex-Partner / Ihrer Ex-Partnerin?

Nie ☐ 1

Selten ☐ 2

Manchmal ☐ 3

Oft ☐ 4

Sehr oft ☐ 5

Ich habe keinen Kontakt zu meinem Kind ☐ 6

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

41. Gab es in Ihrer Beziehung mit Ihrem Ex-Partner / Ihrer Ex-Partnerin im letzten Jahr bis zu Ihrer Trennung Alkohol-, Tabletten- oder andere Drogenprobleme?

- Ja, bei mir ☐ 1
- Ja, bei meinem Ex-Partner ☐ 2
- Ja, sowohl bei mir als auch bei meinem Ex-Partner ☐ 3
- Nein ☐ 4
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

42. Sind Sie oder Ihr Ex-Partner / Ihre Ex-Partnerin im letzten Jahr bis zu Ihrer Trennung fremdgegangen?

- Ja, ich ☐ 1
- Ja, mein Ex-Partner ☐ 2
- Ja, sowohl ich als auch mein Ex-Partner ☐ 3
- Nein ☐ 4
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

43. Kam es in Ihrer Beziehung im letzten Jahr bis zu Ihrer Trennung zu handgreiflichen Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem Ex-Partner / Ihrer Ex-Partnerin?

- Ja, durch mich ☐ 1
- Ja, durch meinen Ex-Partner ☐ 2
- Ja, sowohl durch mich als auch durch meinen Ex-Partner ☐ 3
- Nein ☐ 4
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

44. Gab es ansonsten im letzten Jahr bis zu Ihrer Trennung heftige Auseinandersetzungen und Konflikte zwischen Ihnen und Ihrem Ex-Partner / Ihrer Ex-Partnerin?

- Ja, durch mich ☐ 1
- Ja, durch meinen Ex-Partner ☐ 2
- Ja, sowohl durch mich als auch durch meinen Ex-Partner ☐ 3
- Nein ☐ 4
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

45. Kam es bei oder nach Ihrer Trennung zu handgreiflichen Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem Ex-Partner / Ihrer Ex-Partnerin?

Ja, durch mich ☐ 1

Ja, durch meinen Ex-Partner ☐ 2

Ja, sowohl durch mich als auch durch meinen Ex-Partner ☐ 3

Nein ☐ 4

Weiß nicht

Das möchte ich nicht beantworten.

46. Kam es bei oder nach Ihrer Trennung zu Cyber-Mobbing, z.B. Veröffentlichung von intimen Fotos im Internet oder Verleumdung in Sozialen Netzwerken durch Sie oder Ihren Ex-Partner / Ihre Ex-Partnerin?

Ja, durch mich ☐ 1

Ja, durch meinen Ex-Partner ☐ 2

Ja, sowohl durch mich als auch durch meinen Ex-Partner ☐ 3

Nein ☐ 4

Weiß nicht

Das möchte ich nicht beantworten.

47. Wenn Sie an Ihre Trennung denken:

**Nein,
gar nicht**

**Ja,
sehr**

Das möchte
ich nicht
Weiß beant-
nicht worten.

Sind Sie traurig wegen Ihrer Trennung? ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

Sind Sie erleichtert wegen Ihrer Trennung? ... ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

Sind Sie verärgert wegen Ihrer Trennung? ☐₁ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Fühlen Sie sich schuldig wegen Ihrer Trennung? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

48. Wie geht es Ihnen heute mit Ihrer Trennung?

**Sehr
gut**

**Sehr
schlecht**

1

2

3

4

5

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!