

Das Beziehungs- und Familienpanel (pairfam)

Selbstaussfüller
2020/2021

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/Befindlichkeit

1. Zuerst 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	Das möchte ich nicht beant- worten.
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>
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"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>

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"/>
Ärgerlich	<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"/>
Nervös	<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"/>
Sauer	<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"/>
Ängstlich	<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. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu					Das möchte ich nicht beant- worten.	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Weiß nicht	
Ich neige dazu, andere zu manipulieren, um meinen Willen durchzusetzen	<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"/>
Ich neige dazu, keine Gewissensbisse zu haben.	<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"/>
Ich habe getäuscht oder gelogen, um meinen Willen durchzusetzen.	<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"/>
Ich neige dazu, mich nicht um die Moral meiner Handlungen zu kümmern.	<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"/>
Ich habe Schmeicheleien genutzt, um meinen Willen durchzusetzen	<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"/>
Ich neige dazu, gefühllos oder unsensibel zu sein.	<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"/>
Ich reagiere genervt, wenn eine andere Person mir die Schau stiehlt	<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"/>
Ich habe es verdient, als große Persönlichkeit angesehen zu werden.	<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"/>
Ich will, dass meine Konkurrenten scheitern.	<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"/>
Ich ziehe viel Kraft daraus, eine ganz besondere Person zu sein.	<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"/>
Mit meinen besonderen Beiträgen schaffe ich es, im Mittelpunkt zu stehen.	<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"/>
Die meisten Menschen sind ziemliche Versager.	<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"/>

4. 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	Das möchte ich nicht beant- worten.	
	1	2	3	4	Weiß nicht	
Meine Stimmung ist schwermütig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin glücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin deprimiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin verzweifelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in gedrückter Stimmung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ruhig und gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Leben macht mir Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorstellungen eines idealen Partners

5. Menschen haben verschiedene Vorstellungen davon, wie ihr idealer Partner oder ihre ideale Partnerin sein sollte.

Wie stellen Sie sich Ihren idealen Partner oder Ihre ideale Partnerin vor?

Befragte mit Partner/in: Hier soll es nicht um Ihren aktuellen Partner / Ihre aktuelle Partnerin gehen, sondern um Ihr Ideal!

Mein idealer Partner / meine ideale Partnerin für eine längerfristige Beziehung...

	Sehr unzu- treff- end	Eher unzu- treff- end	Weder noch	Eher zu- treff- end	Sehr zu- treff- end	Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
... ist 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"/>	<input type="checkbox"/>
... neigt 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"/>	<input type="checkbox"/>
... erledigt 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"/>	<input type="checkbox"/>
... wird 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"/>	<input type="checkbox"/>
... ist 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"/>	<input type="checkbox"/>
... ist 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"/>	<input type="checkbox"/>
... schenkt anderen leicht Vertrauen glaubt 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"/>	<input type="checkbox"/>
... ist bequem und neigt 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"/>	<input type="checkbox"/>
... ist entspannt, läßt sich 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"/>	<input type="checkbox"/>
... ist tief sinnig, denkt 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"/>	<input type="checkbox"/>
... ist 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"/>	<input type="checkbox"/>
... kann sich 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"/>	<input type="checkbox"/>
... ist tüchtig und arbeitet flott.	<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"/>
... macht sich 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"/>	<input type="checkbox"/>
... hat eine aktive Vorstellungskraft, ist phantasievoll.	<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"/>
... geht aus sich heraus, ist gesellig.	<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"/>
... kann sich 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"/>	<input type="checkbox"/>
... macht Pläne und führt 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"/>	<input type="checkbox"/>
... wird 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"/>	<input type="checkbox"/>
... schätzt 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"/>	<input type="checkbox"/>
... hat 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"/>	<input type="checkbox"/>

6. 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"/>	10	
	<input type="checkbox"/>	9	
	<input type="checkbox"/>	8	
	<input type="checkbox"/>	7	
	<input type="checkbox"/>	6	
	<input type="checkbox"/>	5	
	<input type="checkbox"/>	4	
	<input type="checkbox"/>	3	
	<input type="checkbox"/>	2	
	<input type="checkbox"/>	1	Weiß nicht
Ganz unten	<input type="checkbox"/>	0	Das möchte ich nicht beantworten. ..

7. Im Folgenden geht es um belastende Ereignisse im Leben. Bitte geben Sie bei jedem Ereignis an, ob Sie dieses in den letzten zwei Jahren erlebt haben.

	Ja	Nein	Weiße nicht	Das möchte ich nicht beantworten.
Große finanzielle Probleme, Überschuldung oder Privatinsolvenz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerwiegende körperliche Krankheit oder schwerer Unfall	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung oder Suchtprobleme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opfer von Mobbing	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Haben Sie sich jemals absichtlich verletzt ohne dabei sterben zu wollen, zum Beispiel durch Schneiden, Ritzen oder Verbrennen der Haut?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2 → **Weiter mit Frage 10**

Weiße nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

9. Wie oft haben Sie sich im letzten Jahr absichtlich selbst verletzt?

mal im letzten Jahr

Im letzten Jahr keinmal ☐ 0

Weiße nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

Suchtverhalten

Nun noch ein paar Fragen zu einem anderen Thema.

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

E-Zigaretten und Wasserpfeifen sind hier nicht gemeint

Ja ☐ ₁

Nein ☐ ₂ → **Weiter mit Frage 12**

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

11. Wie viele Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren/Zigarillos rauchen Sie pro Tag?

Geben Sie bitte den täglichen Durchschnitt der letzten Woche an.

Geben Sie bitte 0 bei den Tabakwaren ein, die sie nicht regelmäßig rauchen.

Zigaretten pro Tag

Pfeifen pro Tag

Zigaretten/Zigarillos pro Tag

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

**12. Wenn Sie bei der letzten Befragung angegeben haben, dass Sie regelmäßig rauchen:
Wann haben Sie aufgehört zu rauchen? Bitte geben Sie das Jahr und den Monat an.**

Monat Jahr

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

13. Wie oft trinken Sie normalerweise Alkohol?

Jeden Tag ☐ ₁

5 bis 6 Mal die Woche ☐ ₂

3 bis 4 Mal die Woche ☐ ₃

1 bis 2 Mal die Woche ☐ ₄

1 bis 3 Mal im Monat ☐ ₅

Weniger als einmal im Monat ☐ ₆

Nie ☐ ₇

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten ☐

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

Ungefähr Mal
 Nie, zu keiner Gelegenheit 0
 Weiß nicht
 Das möchte ich nicht beantworten

Sexualität und Verhütung

In den folgenden Fragen geht es um Intimität und Sexualität

- 15. 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. 0 → **Weiter mit Frage 24**
 Nicht in den letzten 3 Monaten 1
 Einmal im Monat oder weniger 2
 Zwei- oder dreimal im Monat 3
 1 bis 3 Mal im Monat 4
 Einmal in der Woche 5
 Zwei- bis dreimal in der Woche 6
 Mehr als dreimal in der Woche 7
 Täglich 8
 Weiß nicht
 Das möchte ich nicht beantworten

- 16. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Sexualleben?**

Sehr unzufrieden Sehr zufrieden Das möchte ich nicht beantworten.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 17. 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

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

- Ja ☐ 1
- Nein ☐ 2 } **Weiter mit Frage 21**
- Ich hatte keinen Geschlechtsverkehr ☐
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten ☐

19. 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
- Nicht genannt ☐ 0
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten ☐

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

- | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| Sehr
inkonsequent | | Sehr
konsequent | | Das möchte
ich nicht
beant-
worten. |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 6 |

21. 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 24**
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

22. 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. ☐

23. 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. ☐

24. 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 26**

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten ☐

25. 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 ☐

Aktuelle Partnerschaft

Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie derzeit eine Partnerin oder einen Partner haben.

26. Wenn Ihr Partner / Ihre Partnerin gestresst ist: Wie häufig tun Sie folgende Dinge?

	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer	Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
Ich gebe ihm / ihr das Gefühl, dass ich ihn / sie verstehe.	<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 höre ihm / ihr zu, gebe ihm / ihr Raum, sich auszusprechen.	<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 unterstütze ihn / sie mit Rat und Tat, wenn er / sie Probleme hat.	<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 Sie selbst gestresst sind: Wie häufig tut Ihr Partner / Ihre Partnerin folgende Dinge?

	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer	Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
Er / sie gibt mir das Gefühl, dass er / sie mich versteht.	<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"/>
Er / sie hört mir zu, gibt mir Raum, mich auszusprechen.	<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"/>
Er / sie unterstützt mich mit Rat und Tat, wenn ich Probleme 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"/>

27. 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"/>

28. Wenn Sie an Ihre Partnerschaft denken: Wie sehr treffen folgende Aussagen zu?

	Trifft über- haupt nicht zu				Trifft voll und ganz zu	Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
Mein/e Partner/in findet es ganz in Ordnung, wenn ich in unserer Partnerschaft meine eigenen Interessen vertrete.	<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"/>
Manchmal habe ich Angst, dass mein/e Partner/in lieber mehr mit anderen Leuten zusammen wäre und nicht so viel mit mir.	<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 wir ein Problem haben, denkt mein/e Partner/in nur an sich und seine/ihre Bedürfnisse.	<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"/>
Mein/e Partner/in ist so anhänglich, dass ich das Gefühl habe, keine Luft zu bekommen.	<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 kann viel dazu beitragen, dass wir gut in unserer Partnerschaft zurechtkommen.	<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 kann meine Angelegenheiten unabhängig für mich selbst entscheiden, ohne dass es darüber Konflikte mit meinem Partner/meiner Partnerin 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"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich meine/n Partner/in mehr mag als er/sie mich.	<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 Problem anspreche, ist das / meine/m Partner/in nur lästig und ärgert ihn/sie.	<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 kann den Bedürfnissen meines Partners / meiner Partnerin sehr gut gerecht werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir oft nicht sicher, ob mein/e Partner/in genauso gerne mit mir zusammen ist, wie ich mit ihm/ihr.	<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"/>
In unserer Partnerschaft kann ich ohne größere Einschränkungen machen, was ich will.	<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 habe oft Angst, dass mein/e Partner/in mich blöd findet, wenn ich etwas falsch mache.	<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 bei uns etwas ändern will, weiß ich gleich, dass mein/e Partner/in mein Anliegen nicht ernst nimmt.	<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"/>

Fortsetzung von Frage 28

	Trifft über- haupt nicht zu				Trifft voll und ganz zu	Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
Mein/e Partner/in klebt so sehr an mir, dass er/sie mich nicht meine eigenen Sachen machen lässt.	<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 meinen Partner / meine Partnerin enttäuscht oder verärgert habe, habe ich Angst, dass er/sie mich nicht mehr leiden 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"/>
In unserer Partnerschaft kann ich meinen eigenen Interessen nachgehen, ohne dass mein/e Partner/in sauer ist.	<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"/>
Was ich mir in meiner Partnerschaft vornehme, kann ich auch in die Tat umsetzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein/e Partner/in kann meinen Bedürfnissen sehr gut gerecht werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?

Sehr unzufrieden										Sehr zufrieden	Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Sehr unzufrieden										Sehr zufrieden	Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Wie sehen Sie Ihre Partnerschaft? Inwiefern treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Trifft über- haupt nicht zu				Trifft voll und ganz zu	Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
Ich möchte, dass unsere Beziehung noch sehr lange dauert.	<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 lasse oft alles stehen und liegen, um meine / n Partner / in zu unterstützen.	<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 für meine/n Partner/in auf etwas verzichte oder nachgebe, achte ich darauf, ob er/sie sich auch erkenntlich zeigt..	<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"/>
Gewöhnlich bin ich bereit, meine eigenen Wünsche den Wünschen meines Partners / meiner Partnerin zu opfern.	<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"/>
Bei ernsthaften Beziehungsproblemen mit meinem Partner / meiner Partnerin könnte ich mir eine Trennung durchaus vorstellen.	<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 die Partnerschaft uns nicht mehr glücklich macht, wäre eine Trennung von meinem Partner / meiner Partnerin der einzige Ausweg.	<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 meinem Partner / meiner Partnerin einen Gefallen tue, erwarte ich auch eine Gegenleistung.	<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 rechne mit einer langfristigen gemeinsamen Zukunft mit meinem Partner / meiner Partnerin.	<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"/>

32. Manchmal gibt es in einer Partnerschaft Schwierigkeiten und Probleme, die für die Betroffenen mehr oder weniger ernst sein können. Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	Trifft über- haupt nicht zu				Trifft voll und ganz zu	Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
Alkohol-, Tabletten- oder andere Drogenprobleme würden für mich ein ernsthaftes Beziehungsproblem darstellen.	<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"/>
Fremdgehen wäre für mich ein ernsthaftes Beziehungsproblem.	<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"/>
Handgreifliche Auseinandersetzungen wären für mich ein ernsthaftes Beziehungsproblem.	<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"/>

33. Wie oft haben Sie und Ihr/e Partner/in Meinungsverschiedenheiten in den folgenden Bereichen?

	Fast nie oder nie				Sehr oft	Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
Die Gestaltung der Freizeit	<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"/>
Die Aufteilung der Arbeiten zwischen Ihnen (z.B. Hausarbeit, Kinderbetreuung)	<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"/>
Finanzielle Dinge.	<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"/>
Ihr Engagement in Beruf / Ausbildung / Schule oder das Ihres Partners / Ihrer Partnerin	<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"/>
Die Frage, wie miteinander umgehen (Eifersucht, Fairness, Rücksichtnahme)	<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 Sie Kinder haben: Fragen der Kinder- erziehung bzw. der Umgang mit Kindern	<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"/>

**34. 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	Schnell beleidigt sein	<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	Dem anderen die Schuld geben, Schuldgefühle machen	<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					<input type="checkbox"/>					
Das möchte ich nicht beantworten.					<input type="checkbox"/>					

35. 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 / meinen Kindern ☐
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

36. Gab es in Ihrer Beziehung in den letzten zwei Jahren Alkohol-, Tabletten-, oder andere Drogenprobleme?

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

37. Sind Sie oder Ihr Partner / Ihre Partnerin in den letzten zwei Jahren fremdgegangen?

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

38. Kam es in Ihrer Beziehung in den letzten zwei Jahren zu handgreiflichen Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem Partner / Ihrer Partnerin?

- Ja, durch mich ☐ 1
- Ja, durch meinem Partner / meiner Partnerin ☐ 2
- Ja, sowohl durch mich als auch durch meinem Partner / meine Partnerin ☐ 3
- Nein ☐ 4
- Weiß nicht ☐
- Das möchte ich nicht beantworten. ☐

39. 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. ☐

40. 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. ☐

41. 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. ☐

42. Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

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

43. 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 / eine neue Partnerin zu finden?

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

Trennung vom Ex-Partner / in

Die folgenden Fragen beantworten Sie nur, wenn Sie sich seit der letzten Befragung (vor ca. einem Jahr) von einer Partnerin / einem Partner getrennt haben.

44. Wie war das bei Ihrer Trennung?

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

45. 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 Ex-Partner / Ihrer Ex-Partnerin gerechnet?

Ich habe gar nicht damit gerechnet		Ich habe sehr stark damit gerechnet	Weiß nicht	Das möchte ich nicht beant- worten.
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

46. 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	<input type="checkbox"/> 1
Selten	<input type="checkbox"/> 2
Manchmal	<input type="checkbox"/> 3
Oft	<input type="checkbox"/> 4
Sehr oft	<input type="checkbox"/> 5
Ich habe keinen Kontakt zu meinem Kind / meinen Kindern	<input type="checkbox"/> 6
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Das möchte ich nicht beantworten.	<input type="checkbox"/>

47. 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	<input type="checkbox"/> 1
Ja, bei meinem Ex-Partner / meiner Ex-Partnerin	<input type="checkbox"/> 2
Ja, sowohl bei mir als auch bei meinem Ex-Partner /meiner Ex-Partnerin	<input type="checkbox"/> 3
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Das möchte ich nicht beantworten.	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

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

53. Wenn Sie an Ihre Trennung denken:

	Nein gar nicht					Ja, sehr					Das möchte ich nicht beant- worten.	
	<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	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Sind Sie traurig wegen Ihrer Trennung?	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie erleichtert wegen Ihrer Trennung?	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie verärgert wegen Ihrer Trennung?	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich schuldig wegen Ihrer Trennung?	<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"/>	<input type="checkbox"/>

54. Wie geht es Ihnen heute mit Ihrer Trennung?:

Sehr gut					Sehr schlecht					Das möchte ich nicht beant- worten.	
<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	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
<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"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!