

# Beziehungen und Familienleben in Deutschland

## PARTNERFRAGEBOGEN

### Welle 9

Abrechnungsnummer

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Welle

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Listennummer

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Laufende Nummer

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Haushaltsnummer

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Partnernummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

## Wie wird's gemacht? Hier ein paar Erläuterungen:

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

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

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

Dazu zwei Beispiele:

### 1. Gibt es in Ihrem Haushalt Kinder?

Ja..... ☐  
↓

Nein..... ☐ → **Weiter mit Frage 3**

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

### 2. Falls Sie sich ein weiteres Kind wünschen:

Welchen Altersabstand sollten Ihre Kinder haben?

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

**MUSTER**

**Viel Spaß beim Ausfüllen des Fragebogens!**

# Einstellungen und Meinungen über Familie und Partnerschaft

## 1. Zunächst geht es um allgemeine Ansichten zu Familie und Familienleben. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie persönlich diesen Ansichten zustimmen.

|   | Stimme überhaupt nicht zu  |                            |                            |                            |                            | Stimme voll zu |  |  |  |  |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|--|--|--|--|
| Eltern und Kinder sollten sich ein Leben lang gegenseitig unterstützen. ....                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                |  |  |  |  |
| Frauen sollten sich stärker um die Familie kümmern als um ihre Karriere. ....               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                |  |  |  |  |
| Männer sollten sich genau so an der Hausarbeit beteiligen wie Frauen. ....                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                |  |  |  |  |
| Ein Kind unter 6 Jahren wird darunter leiden, wenn seine Mutter arbeitet. ....              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                |  |  |  |  |
| Kinder leiden oft darunter, dass sich ihre Väter zu sehr auf die Arbeit konzentrieren. .... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                |  |  |  |  |
| Die Ehe ist eine lebenslange Verbindung und sollte nicht beendet werden. ....               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                |  |  |  |  |
| Man sollte heiraten, wenn man mit einem Partner auf Dauer zusammenlebt. ....                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                |  |  |  |  |
| Man sollte spätestens dann heiraten, wenn ein Kind da ist. ....                             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                |  |  |  |  |

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

|   | Sehr unzufrieden           |                            |                            |                            |                            | Sehr zufrieden             |                            |                            |                            |                            |                             |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Schule, Ausbildung, Beruf .....           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen .. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| Freunde, Bekannte, soziale Kontakte ...   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| Familie .....                             | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |

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



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

Feld für die einzuzeichnenden Marken



Meine Ausbildung bzw. beruflichen Interessen verfolgen

Meinen Hobbys und Interessen nachgehen

Kontakte zu Freunden pflegen

In einer Partnerschaft leben

Ein Kind bzw. weitere Kinder bekommen

◀ Insgesamt 15 Marken ▶

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

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

## Kommen wir nun zum Bereich Partnerschaft.

Man kann an eine Partnerschaft unterschiedliche positive und negative Erwartungen knüpfen. Wie ist es bei Ihnen?

5. Wie stark erwarten Sie, ...

|   | Überhaupt nicht            |                            |                            |                            | Sehr stark                 | Keine klare Vorstellung  |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| mit einem Partner gemeinsame Unternehmungen zu machen? . . . . .  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |
| dass Sie durch einen Partner Unterstützung bekommen, wenn Sie Hilfe brauchen oder krank sind? . . . . . | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |
| dass durch einen Partner Ihr Ansehen bei anderen steigt? . . . . .                                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |
| in einer Partnerschaft finanzielle Vorteile zu haben? . . . . .   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |
| in einer Partnerschaft Zuneigung und Geborgenheit 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"/> |
| dass Sie in Ihrer Partnerschaft eigenen Interessen nachgehen können? . . . . .                          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |

**Und wie stark befürchten Sie, ...**

|   | Über-<br>haupt<br>nicht    |                            |                            |                            | Sehr<br>stark              | Keine klare<br>Vorstellung |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Stress in der Partnerschaft zu haben? .....                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/>   |
| in einer Partnerschaft Langeweile und<br>Gewöhnung zu erleben? .....          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/>   |
| dass Ihre Familie oder Freunde einen Partner<br>ablehnen? .....               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/>   |
| dass ein Partner Sie einschränkt? .....                                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/>   |
| in einer Partnerschaft Liebeskummer und<br>Beziehungsprobleme zu haben? ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/>   |

**6. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?**

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

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

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

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

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Ich lebe bereits mit meinem Partner/meiner Partnerin zusammen. .... | <input type="checkbox"/> 6 |
| Ja, bestimmt .....  | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ja, vielleicht .....  | <input type="checkbox"/> 2 |
| Nein, eher nicht .....  | <input type="checkbox"/> 3 |
| Nein, bestimmt nicht .....  | <input type="checkbox"/> 4 |
| Darüber haben wir noch nicht gesprochen. ....                       | <input type="checkbox"/> 5 |
| Weiß nicht .....  | <input type="checkbox"/>   |

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

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Ich bin bereits mit meinem Partner/meiner Partnerin verheiratet. .... | <input type="checkbox"/> 6 |
| Ja, bestimmt .....  | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ja, vielleicht .....  | <input type="checkbox"/> 2 |
| Nein, eher nicht .....  | <input type="checkbox"/> 3 |
| Nein, bestimmt nicht .....  | <input type="checkbox"/> 4 |
| Darüber haben wir noch nicht gesprochen. ....                         | <input type="checkbox"/> 5 |
| Weiß nicht .....  | <input type="checkbox"/>   |

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

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

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

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

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

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

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

Ich erledige **viel mehr** als meinen gerechten Anteil. .... ☐ 1  
 Ich erledige **etwas mehr** als meinen gerechten Anteil. .... ☐ 2  
 Ich erledige **ungefähr** meinen gerechten Anteil. .... ☐ 3  
 Ich erledige **etwas weniger** als meinen gerechten Anteil. .... ☐ 4  
 Ich erledige **viel weniger** als meinen gerechten Anteil. .... ☐ 5  
 Das trifft für uns nicht zu. .... ☐ 7  
 Weiß nicht ..... ☐

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

|  | Trifft<br>überhaupt<br>nicht zu |                            |                            | Trifft<br>voll und<br>ganz zu |                            |
|--|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 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 |
| Wenn ich für meinen Partner/meine Partnerin auf etwas<br>verzichte oder nachgebe, achte ich darauf, ob er/sie sich<br>auch erkenntlich zeigt. .... | <input type="checkbox"/> 1      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 5 |
| Bei ernsthaften Beziehungsproblemen mit meinem<br>Partner/meiner Partnerin könnte ich mir eine Trennung<br>durchaus vorstellen. ....               | <input type="checkbox"/> 1      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 5 |
| Wenn die Partnerschaft uns nicht mehr glücklich macht,<br>wäre eine Trennung von meinem Partner/meiner Partnerin der<br>einzige Ausweg. ....       | <input type="checkbox"/> 1      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 5 |
| Wenn ich meinem Partner/meiner Partnerin einen Gefallen tue,<br>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 |
| Ich rechne mit einer langfristigen gemeinsamen Zukunft mit<br>meinem Partner/meiner Partnerin. ....  | <input type="checkbox"/> 1      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 5 |

### 14. Und wie gehen Sie miteinander um, wenn Sie gestresst sind?

|   | Nie                        | Selten                     | Manch-<br>mal              | Häufig                     | Immer                      |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

### 15. Wie oft haben Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin Meinungsverschiedenheiten in den folgenden Bereichen?

|   | Fast nie<br>oder nie       |                            |                            |                            | Sehr<br>oft                |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Die Gestaltung der Freizeit .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Die Aufteilung der Arbeiten zwischen Ihnen<br>(z.B. Hausarbeit, Kinderbetreuung) .....                                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Finanzielle Dinge .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ihr Engagement in Beruf/Ausbildung/Schule oder das<br>Ihres Partners/Ihrer Partnerin .....                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Die Frage, wie Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin miteinander<br>umgehen (Eifersucht, Fairness, Rücksichtnahme) ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Fragen der Kindererziehung 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 |

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

| Bei Ihrem Partner          |                            |                            |                            |                            |  | Bei Ihnen                  |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Fast nie<br>oder nie       |                            |                            |                            | Sehr oft                   |  | Fast nie<br>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<br>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,<br>um den anderen besser<br>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<br>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<br>Schuld geben,<br>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<br>anderen das eigene<br>Anliegen wirklich<br>verständlich zu machen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**17. Wie häufig kommen folgende Dinge in Ihrer Partnerschaft vor?**

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



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

|   | Trifft<br>überhaupt<br>nicht zu |                            |                            |                            |                            | Trifft<br>voll und<br>ganz zu |  |  |  |  |
|---|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|
| Mein Partner/meine Partnerin 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 |                               |  |  |  |  |
| Manchmal habe ich Angst, dass mein Partner/meine Partnerin 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 |                               |  |  |  |  |
| Wenn wir ein Problem haben, denkt mein Partner/meine Partnerin 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 |                               |  |  |  |  |
| Mein Partner/meine Partnerin 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 |                               |  |  |  |  |
| Ich kann viel dazu beitragen, dass wir gut in unserer Partnerschaft zurecht kommen. . . . .   | <input type="checkbox"/> 1      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                               |  |  |  |  |
| 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 |                               |  |  |  |  |
| Ich habe das Gefühl, dass ich meinen Partner/meine Partnerin 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 |                               |  |  |  |  |
| Wenn ich ein Problem anspreche, ist das meinem Partner/meiner Partnerin 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 |                               |  |  |  |  |
| 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 |                               |  |  |  |  |
| Ich bin mir oft nicht sicher, ob mein Partner/meine Partnerin genauso gern 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 |                               |  |  |  |  |
| 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 |                               |  |  |  |  |
| Ich habe oft Angst, dass mein Partner/meine Partnerin 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 |                               |  |  |  |  |
| Wenn ich bei uns etwas ändern will, weiß ich gleich, dass mein Partner/meine Partnerin 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 |                               |  |  |  |  |
| Mein Partner/meine Partnerin 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 |                               |  |  |  |  |
| 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 |                               |  |  |  |  |
| In unserer Partnerschaft kann ich meinen eigenen Interessen nachgehen, ohne dass mein Partner/meine Partnerin sauer ist. . .                            | <input type="checkbox"/> 1      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                               |  |  |  |  |
| 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 |                               |  |  |  |  |
| Mein Partner/meine Partnerin 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 |                               |  |  |  |  |

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

Ja . . . . . ☐ 1

Nein . . . . . ☐ 2

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

Ja ..... ☐<sub>1</sub>  
Nein ..... ☐<sub>2</sub>

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

Ja ..... ☐<sub>1</sub>  
Nein ..... ☐<sub>2</sub>

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

Ja ..... ☐<sub>1</sub>  
Nein ..... ☐<sub>2</sub> → **Weiter mit Frage 25**  
Ich bin schwanger/meine Partnerin ist schwanger ..... ☐<sub>7</sub> → **Weiter mit Frage 25**  
Weiß nicht ..... ☐ → **Weiter mit Frage 25**  
Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐ → **Weiter mit Frage 25**

**23. Welche Methoden haben Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin hauptsächlich eingesetzt? Sie können auch mehrere Alternativen ankreuzen.**

Pille, Mini-Pille ..... ☐<sub>1</sub>  
Kondom ..... ☐<sub>1</sub>  
Andere Hormonpräparate (Stäbchen, Pflaster, Nuva-Ring) ..... ☐<sub>1</sub>  
Spirale ..... ☐<sub>1</sub>  
Diaphragma, Schaum, Zäpfchen, Gel ..... ☐<sub>1</sub>  
Natürliche Verhütung (Nutzung der unfruchtbaren Tage, Zykluscomputer) ..... ☐<sub>1</sub>  
Sterilisation der Frau ..... ☐<sub>1</sub>  
Sterilisation des Mannes ..... ☐<sub>1</sub>  
„Aufpassen“, Coitus Interruptus ..... ☐<sub>1</sub>  
„Pille danach“ ..... ☐<sub>1</sub>  
Etwas anderes ..... ☐<sub>1</sub>  
Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

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

**Sehr inkonsequent** ..... **Sehr konsequent** ..... **Das möchte ich nicht beantworten**  
☐<sub>1</sub>   ☐<sub>2</sub>   ☐<sub>3</sub>   ☐<sub>4</sub>   ☐<sub>5</sub>   ☐

**25. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Sexualleben?**

**Sehr unzufrieden** ..... **Sehr zufrieden** ..... **Das möchte ich nicht beantworten**  
☐<sub>0</sub>   ☐<sub>1</sub>   ☐<sub>2</sub>   ☐<sub>3</sub>   ☐<sub>4</sub>   ☐<sub>5</sub>   ☐<sub>6</sub>   ☐<sub>7</sub>   ☐<sub>8</sub>   ☐<sub>9</sub>   ☐<sub>10</sub>   ☐

26. 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 ..... ☐<sub>1</sub>  
 Etwas seltener ..... ☐<sub>2</sub>  
 Genauso oft ..... ☐<sub>3</sub>  
 Etwas häufiger ..... ☐<sub>4</sub>  
 Viel häufiger ..... ☐<sub>5</sub>

Weiß nicht ..... ☐  
 Das möchte ich nicht beantworten . ☐

27. Manche Menschen sind körperlich nicht dazu in der Lage, auf natürlichem Wege Kinder zu bekommen oder zu zeugen. Soweit Sie es wissen, wäre es für Sie rein körperlich möglich, Kinder zu bekommen bzw. zu zeugen?

- Sicher ja ..... ☐<sub>1</sub>  
 Wahrscheinlich ja ..... ☐<sub>2</sub>  
 Wahrscheinlich nein ..... ☐<sub>0</sub>  
 Sicher nein ..... ☐<sub>0</sub>

Weiß nicht ..... ☐  
 Das möchte ich nicht beantworten . ☐

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

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

Gemeint ist die Gesamtzahl einschließlich bereits vorhandener Kinder.

 

Kinder

Keine Kinder ..... ☐<sub>0</sub>      Weiß nicht ..... ☐

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

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

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

- Ja ..... ☐<sub>1</sub>  
 Nein ..... ☐<sub>2</sub> → **Weiter mit Frage 33**  
 Ich bin mir nicht sicher ..... ☐<sub>5</sub> → **Weiter mit Frage 30**  
 Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht ... ☐<sub>6</sub> → **Weiter mit Frage 33**

**Wenn ja:**

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

- Ein Kind / ein weiteres Kind ..... ☐<sub>1</sub> → **Weiter mit Frage 30**  
 Zwei Kinder / zwei weitere Kinder ..... ☐<sub>2</sub> → **Weiter mit Frage 30**  
 Drei Kinder / drei weitere Kinder ..... ☐<sub>3</sub> → **Weiter mit Frage 30**  
 Vier Kinder / vier weitere Kinder und mehr ..... ☐<sub>4</sub> → **Weiter mit Frage 30**  
 Ich bin mir nicht sicher ..... ☐<sub>5</sub> → **Weiter mit Frage 30**  
 Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht ... ☐<sub>6</sub> → **Weiter mit Frage 33**

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

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

- Ja, bestimmt ..... ☐ 1
- Ja, vielleicht ..... ☐ 2
- Nein, eher nicht ..... ☐ 3
- Nein, bestimmt nicht ..... ☐ 4
- Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. .... ☐ 7
- Weiß nicht ..... ☐

**31. Wenn Sie einmal realistisch über eigene (weitere) Kinder nachdenken:**

**In welchem Alter denken Sie, werden Sie Ihr erstes bzw. Ihr nächstes Kind bekommen?**

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

Mit  Jahren

Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. .... ☐ 97

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

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

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

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

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

**34. Wenn Sie Kinder haben:**

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

**Wenn Sie keine Kinder haben:**

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

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

**35. Wenn Sie Kinder haben: Wie fühlen Sie sich in der Elternrolle?  
Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?**

|  | Trifft<br>überhaupt<br>nicht zu |                            |                            |                            |                            | Trifft<br>voll und<br>ganz zu |  |  |  |  | Weiβ<br>nicht            |
|--|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|
| Gewöhnlich bin ich bereit, meine eigenen Wünsche<br>denen meines Kindes/meiner Kinder 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"/> |
| Mein Partner/meine Partnerin unterstützt mich bei<br>der Betreuung und Erziehung meines Kindes/<br>meiner Kinder. .... | <input type="checkbox"/> 1      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                               |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Ich würde alles aushalten für das Wohl<br>meines Kindes/meiner Kinder. ....  | <input type="checkbox"/> 1      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                               |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich von meinem Partner/meiner Partnerin<br>in meiner Rolle als Mutter/Vater anerkannt. ....                 | <input type="checkbox"/> 1      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                               |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Ich lasse oft alles stehen und liegen, um<br>mein Kind/meine Kinder 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"/> |

**Nun einige Fragen zu Ihrer Freizeit.**

**36. Geben Sie bitte zu jeder Tätigkeit an, wie oft Sie dieser nachgehen.**

|  | Täg-<br>lich   | Mind.<br>1mal/<br>Woche    | Mind.<br>1mal/<br>Monat    | Sel-<br>tener              | Nie                        | Weiβ<br>nicht            |
|--|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| In Cafés, Kneipen oder Restaurants gehen ..... | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |
| Aktive sportliche Betätigung .....             | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |
| In die Disko gehen .....                       | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |
| Mit Freunden treffen .....                     | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |
| Fernsehen .....                                | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden in<br>letzter Woche |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |
| Internet (private Nutzung) .....               | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden in<br>letzter Woche |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |
| Urlaubsreisen .....                            | <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen/Jahr                                      |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> |

**Im Folgenden geht es um Ihre Eltern.**

**37. Leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater noch?**

|                  | Mutter                     | Vater                      |
|------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ja .....         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Nein .....       | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Weiβ nicht ..... | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, die noch leben.**  
**Sollten beide Elternteile verstorben sein, gehen Sie bitte zu Frage 48.**

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

*Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.*

|                                 | Mutter                      | Vater                       |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Täglich .....                   | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 1  |
| Mehrmals pro Woche .....        | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 2  |
| Einmal pro Woche .....          | <input type="checkbox"/> 3  | <input type="checkbox"/> 3  |
| 1-3 mal im Monat .....          | <input type="checkbox"/> 4  | <input type="checkbox"/> 4  |
| Mehrmals im Jahr .....          | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5  |
| Seltener .....                  | <input type="checkbox"/> 6  | <input type="checkbox"/> 6  |
| Nie .....                       | <input type="checkbox"/> 7  | <input type="checkbox"/> 7  |
| Kontakt hat nie bestanden ..... | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 10 |

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

Überhaupt  
nicht eng

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

Sehr  
eng

☐ 5

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

Überhaupt  
nicht eng

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

Sehr  
eng

☐ 5

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

*Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.*

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

► **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, zu denen Sie Kontakt haben.** **Sollte zu beiden Elternteilen kein Kontakt bestehen, gehen Sie bitte zu Frage 48.**

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

*Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.*

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

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

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

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

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

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

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

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

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

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

**46. Wie oft fühlen Sie sich derzeit hin und her gerissen in den Gefühlen zu Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater?**

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

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

**47. Wie oft haben Sie gemischte Gefühle bezüglich Ihrer Mutter bzw. Ihres Vaters?**

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

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

## Abschließend noch einige Angaben zu Ihrer Person.

### 48. Wann sind Sie geboren?

Tag

Monat

Jahr

### 49. Sind Sie ...

Männlich ..... ☐ 1

Weiblich ..... ☐ 2

### 50. Welchen Familienstand haben Sie?

Ledig ..... ☐ 1

Verheiratet ..... ☐ 2

Eingetragene Lebenspartnerschaft ..... ☐ 3

Geschieden/Entpartnert ..... ☐ 4

Verwitwet/Partnerhinterblieben ..... ☐ 5

### 51. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Noch keinen, gehe noch zur Schule ..... ☐ 1

Von der Schule abgegangen, ohne Abschluss ..... ☐ 2

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) ..... ☐ 3

Realschulabschluss (Mittlere Reife) ..... ☐ 4

Abschluss der Polytechnischen Oberschule 8./9. Klasse ..... ☐ 5

Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse ..... ☐ 6

Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule ..... ☐ 7

Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur  
(Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ..... ☐ 8

Sonstiger Schulabschluss und zwar ..... ☐ 9

Weiß nicht ..... ☐



**52. Was machen Sie zurzeit? Wenn mehrere Tätigkeiten auf Sie zutreffen, dann kreuzen Sie bitte alle an.**

- Allgemein bildende Schule (1. Bildungsweg) ..... ☐ 1
- Abendschule, Kolleg, Fachoberschule, 2. Bildungsweg ..... ☐ 1
- Berufliche Ausbildung (Ausbildung/Lehre (Berufsschule),  
Berufsfachschule oder Handelsschule u.a.) ..... ☐ 1
- Umschulung/Weiterbildung ..... ☐ 1
- Berufsakademie ..... ☐ 1
- Fachhochschule, Hochschule, Universität (auch Promotion) ..... ☐ 1
- Berufsvorbereitende Maßnahmen ..... ☐ 1
- Fachschulen (z. B. Meister-, Technikerschule) ..... ☐ 1
- Sonstige Ausbildung ..... ☐ 1
- Voll erwerbstätig ..... ☐ 1
- Selbstständig ..... ☐ 1
- Teilzeitbeschäftigt (auch bei parallelen Teilzeittätigkeiten) ..... ☐ 1
- Praktika, Trainee, Volontariat, Referendariat, Anerkennungsjahr o.ä.  
(auch unbezahlt) ..... ☐ 1
- Geringfügig erwerbstätig, Mini-Job, "Ein-Euro-Job"  
(bei Bezug von Arbeitslosengeld 2) ..... ☐ 1
- Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt ..... ☐ 1
- Sonstige Erwerbstätigkeit ..... ☐ 1
- Mutterschutz, Elternzeit, Beurlaubung/Sonderurlaub  
wegen Kinderbetreuung ..... ☐ 1
- Bundesfreiwilligendienst, freiwilliges soziales Jahr ..... ☐ 1
- Arbeitslos, arbeitssuchend ..... ☐ 1
- Hausfrau / Hausmann ..... ☐ 1
- Vorruhestandler, Rentner, erwerbsunfähig ..... ☐ 1
- Sonstiges, nicht erwerbstätig ..... ☐ 1

**53. Falls Sie erwerbstätig, in Ausbildung oder im Studium sind:**

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

**Sehr un-  
zufrieden**

**Sehr  
zufrieden**

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

**54. Falls Sie erwerbstätig sind:**

**In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt?**

**Falls Sie mehr als eine berufliche Tätigkeit ausüben, beantworten**

**Sie diese Frage bitte nur für Ihre derzeitige berufliche Haupttätigkeit.**

**Arbeiter (auch in der Landwirtschaft)**

- Ungelernte Arbeiter ..... ☐ 60
- Angelernte Arbeiter ..... ☐ 61
- Gelernte und Facharbeiter ..... ☐ 62
- Vorarbeiter, Kolonnenführer, Brigadier ..... ☐ 63
- Meister, Poliere ..... ☐ 64

**Auszubildende/Praktikanten**

- Kaufmännische Auszubildende/Verwaltungslehrlinge ..... ☐ 70
- Gewerbliche Lehrlinge ..... ☐ 71
- Haus-/Landwirtschaftliche Lehrlinge ..... ☐ 72
- Beamtenanwärter/Beamte im Vorbereitungsdienst ..... ☐ 73
- Volontäre, Praktikanten u. ä. .... ☐ 74

**Beamte/Staatsverwaltung (einschl. Richter und Berufssoldaten)**

- Einfacher Dienst (bis einschl. Oberamtsmeister) ..... ☐ 40
- Mittlerer Dienst (vom Assistenten bis einschl.  
Hauptsekretär/ Amtsinspektor) ..... ☐ 41
- Gehobener Dienst (vom Inspektor bis einschl.  
Oberamtsmann/Oberamtsrat) ..... ☐ 42
- Höherer Dienst (vom Regierungsrat aufwärts) ..... ☐ 43

**Selbstständige (einschl. mithelfende Familienangehörige)**

- Selbstständige Landwirte ohne Mitarbeiter ..... ☐ 10
- Selbstständige Landwirte mit 1-9 Mitarbeitern ..... ☐ 11
- Selbstständige Landwirte mit 10 und mehr Mitarbeitern ..... ☐ 12
- Freie Berufe, selbstständige Akademiker ohne Mitarbeiter ..... ☐ 13
- Freie Berufe, selbstständige Akademiker mit 1-9 Mitarbeitern ..... ☐ 14
- Freie Berufe, selbstständige Akademiker mit 10 und mehr Mitarbeitern .. ☐ 15
- Sonstige Selbstständige ohne Mitarbeiter ..... ☐ 20
- Sonstige Selbstständige mit 1-9 Mitarbeitern ..... ☐ 21
- Sonstige Selbstständige mit 10 und mehr Mitarbeitern ..... ☐ 22
- Mithelfende Familienangehörige ..... ☐ 30

**Angestellte**

- Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis ..... ☐ 50
- Angestellte mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist, Stenotypistin) ☐ 51
- Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter,  
technischer Zeichner) ..... ☐ 52
- Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion  
(z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ingenieur, Abteilungsleiter) ..... ☐ 53
- Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor,  
Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände) ..... ☐ 54
- Weiß nicht ..... ☐

**55. Wie hoch war Ihr Brutto-Arbeitsverdienst im letzten Monat?**

Das heißt Lohn oder Gehalt vor Abzug der Steuern und Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung. Wenn Sie im letzten Monat Sonderzahlungen hatten (z.B. Urlaubsgeld oder Nachzahlungen), rechnen Sie diese bitte nicht mit. Entgelt für Überstunden rechnen Sie dagegen mit. Falls Sie selbstständig sind: Bitte schätzen Sie Ihren monatlichen Gewinn vor Steuern.

Bruttoeinkommen in Euro:

Weiß nicht ..... ☐

Trifft nicht zu ..... ☐

**56. Und nun zu Ihrem Nettoverdienst, das heißt der Betrag nach Abzug von Steuern und Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung.**

Falls Sie selbstständig sind: Bitte schätzen Sie Ihren monatlichen Gewinn nach Steuern.

Nettoeinkommen in Euro:

Weiß nicht ..... ☐

Trifft nicht zu ..... ☐

**57. Falls Sie beim Nettoverdienst „Weiß nicht“ geantwortet haben:**

Es würde uns schon helfen, wenn Sie sich zumindest grob einer der folgenden Kategorien zuordnen könnten.

Unter 250 Euro ..... ☐ 1

250 bis unter 500 Euro ..... ☐ 2

500 bis unter 750 Euro ..... ☐ 3

750 bis unter 1000 Euro ..... ☐ 4

1000 bis unter 1250 Euro ..... ☐ 5

1250 bis unter 1500 Euro ..... ☐ 6

1500 bis unter 1750 Euro ..... ☐ 7

1750 bis unter 2000 Euro ..... ☐ 8

2000 bis unter 2500 Euro ..... ☐ 9

2500 bis unter 3000 Euro ..... ☐ 10

3000 bis unter 3500 Euro ..... ☐ 11

3500 bis unter 4000 Euro ..... ☐ 12

4000 bis unter 4500 Euro ..... ☐ 13

4500 und mehr Euro ..... ☐ 14

Weiß nicht ..... ☐

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

Schlecht ..... ☐ 1  
Weniger gut ..... ☐ 2  
Zufriedenstellend ..... ☐ 3  
Gut ..... ☐ 4  
Sehr gut ..... ☐ 5

**59a. Haben Sie jemals in Ihrem Leben geraucht?  
Gemeint ist, dass Sie insgesamt mindestens 100 Zigaretten oder andere  
Rauchwaren in Ihrem Leben geraucht haben.**

Ja ..... ☐ 1  
Nein ..... ☐ 2 → **Weiter mit Frage 60a**  
Weiß nicht ..... ☐  
Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

**59b. Wie alt waren Sie, als Sie anfangen regelmäßig zu rauchen?**

Jahre  
Ich habe nie regelmäßig geraucht ..... ☐ 97  
Weiß nicht ..... ☐  
Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

**59c. Rauchen Sie gegenwärtig, seien es Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren/Zigarillos?**

Ja ..... ☐ 1  
Nein ..... ☐ 2 → **Weiter mit Frage 59e**  
Weiß nicht ..... ☐  
Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

**59d. Wie viele Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren/Zigarillos rauchen Sie pro Tag?  
Geben Sie bitte den täglichen Durchschnitt der letzten Woche an.**

Zigaretten pro Tag:    
Pfeifen pro Tag:    
Zigarren/Zigarillos pro Tag:    
Weiß nicht ..... ☐  
Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

**59e. Wann haben Sie aufgehört zu rauchen? Bitte geben Sie das Jahr und den Monat an.**

Monat:   Jahr:    
Weiß nicht ..... ☐  
Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

**60a. Wie oft trinken Sie normalerweise Alkohol?**

- Jeden Tag ..... ☐ 1  
 5 bis 6 mal pro Woche ..... ☐ 2  
 3 bis 4 mal pro Woche ..... ☐ 3  
 1 bis 2 mal pro Woche ..... ☐ 4  
 1 bis 3 mal im Monat ..... ☐ 5  
 Weniger als einmal im Monat ..... ☐ 6  
 Nie ..... ☐ 7 → **Weiter mit Frage 61**  
 Weiß nicht ..... ☐  
 Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

**60b. 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 ..... ☐

**61. Wie groß sind Sie (in cm)?**

- cm  
 Weiß nicht ..... ☐

**62. Wie viel Kilogramm wiegen Sie gegenwärtig?**

- kg  
 Weiß nicht ..... ☐

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

- Stunden  
 Weiß nicht ..... ☐

**64. Wenn Sie nicht mit Ihrem Partner zusammenleben: Wer außer Ihnen wohnt noch in Ihrem Haushalt? Bitte geben Sie auch die Anzahl an.**

- |                        |                            | Anzahl                                    |
|------------------------|----------------------------|---|
| Mein Kind/meine Kinder | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Eltern/Stiefeltern     | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Geschwister            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Großeltern             | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Andere Verwandte       | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Freund/Freundin        | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Mitbewohner            | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Niemand, wohne allein  | <input type="checkbox"/>   |   |

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

66. Wie schätzen Sie sich persönlich ein:  
Wie risikobereit sind Sie im Allgemeinen?

Gar nicht  
risikobereit

Sehr  
risikobereit

☐<sub>1</sub>   ☐<sub>2</sub>   ☐<sub>3</sub>   ☐<sub>4</sub>   ☐<sub>5</sub>   ☐<sub>6</sub>   ☐<sub>7</sub>

Weiß nicht ..... ☐

Das möchte ich nicht beantworten ..... ☐

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

Sehr un-  
zufrieden

Sehr  
zufrieden

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

Wenn Sie zum ersten Mal an dieser Befragung teilnehmen,  
dann beantworten Sie bitte die Fragen 68 bis 78.

Wenn Sie schon im letzten Jahr an dieser Befragung teilgenommen haben,  
gehen Sie bitte direkt zu Frage 78.

#### 68. Haben Sie Kinder?

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

Ja ..... ☐<sub>1</sub>

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

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

**Wann wurden Ihre Kinder  
geboren?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ja ..... ☐1

Nein ..... ☐2 → **Weiter mit Frage 73**

Weiß nicht ..... ☐

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

%

Weiß nicht ..... ☐



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

- Ja, und zwar der katholischen Kirche ..... ☐ 1
- Ja, und zwar der evangelischen Kirche ..... ☐ 2
- Ja, und zwar dem Islam ..... ☐ 3
- Ja, und zwar dem Judentum ..... ☐ 4
- Ja, und zwar einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft .. ☐ 5
- Ja, und zwar einer anderen Religionsgemeinschaft ..... ☐ 6
- Nein, konfessionslos ..... ☐ 7
- Weiß nicht ..... ☐

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

- Mehr als einmal in der Woche ..... ☐ 1
- 1mal in der Woche ..... ☐ 2
- 1 bis 3mal im Monat ..... ☐ 3
- Mehrmals im Jahr ..... ☐ 4
- Seltener ..... ☐ 5
- Nie ..... ☐ 6
- Weiß nicht ..... ☐

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

|                   | Mutter  | Vater   |
|-------------------|---|---|
| Geburtsjahr ..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Weiß nicht .....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

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

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

## 77. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

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

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

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**