

Beziehungen und Familienleben in Deutschland

PARTNERFRAGEBOGEN

Abrechnungsnummer

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

Welle

--	--

Listennummer

--	--	--	--

Laufende Nummer

--	--	--

Haushaltsnummer

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

MUSTER

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

Dazu zwei Beispiele:

Ja ☐ Nein ☐ → *Weiter mit Frage xx*

↓

2. Falls Sie sich ein weiteres Kind wünschen:

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.

Viel Spaß beim Ausfüllen des Fragebogens!

Einstellungen und Meinungen über Familie und Partnerschaft

1. Über Familie und Familienleben gibt es unterschiedliche Vorstellungen. Wir haben hier einige Aussagen zusammengestellt. Bitte sagen Sie mir, wie sehr Sie persönlich diesen Aussagen zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll zu					Weiß nicht	Keine Angabe
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						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Sehr unzufrieden											Sehr zufrieden											Weiß nicht	Keine Angabe
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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Die Bedeutung mancher Lebensziele verändert sich im Lebensverlauf.
Wie wichtig sind Ihnen persönlich zurzeit folgende Dinge?
Für die unten genannten 5 Dinge stehen Ihnen insgesamt folgende 15 Wichtigkeitsmarken zur Verfügung.



Je wichtiger Ihnen eine Sache zurzeit ist, desto mehr von den 15 Wichtigkeitsmarken übertragen Sie bitte in das leere Feld dahinter. Sollte Ihnen eine Sache derzeit vollkommen unwichtig sein, übertragen Sie keine Wichtigkeitsmarke. 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 einzuzuzeichnenden Marken



Meine Ausbildung bzw. beruflichen Interessen verfolgen

Meinen Hobbys und Interessen nachgehen

Kontakte zu Freunden pflegen

In einer Partnerschaft leben

Ein Kind bzw. weiteres Kind bekommen

◀ Insgesamt 15 Marken ▶

Kommen wir nun zum Bereich Partnerschaft.

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

4. Wie stark erwarten Sie, ...

	Überhaupt nicht				Sehr stark	Keine klare Vor- stellung	Keine Angabe
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
dass Sie durch eine Partnerschaft Freiräume für eigene Interessen erhalten? ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und wie stark befürchten Sie, ...

	Überhaupt nicht				Sehr stark	Keine klare Vor- stellung	Keine Angabe
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"/>	<input type="checkbox"/>
in einer Partnerschaft Langeweile und 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"/>	<input type="checkbox"/>
dass Ihre Familie oder Freunde einen Partner ablehnen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?

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

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

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

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

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"/> 6
Ich lebe bereits mit meinem Partner/meiner Partnerin zusammen.	<input type="checkbox"/> 7
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>

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

- Ja, bestimmt ☐ 1
- Ja, vielleicht ☐ 2
- Nein, eher nicht ☐ 3
- Nein, bestimmt nicht ☐ 4
- Darüber haben wir noch nicht gesprochen. ☐ 6
- Ich bin bereits mit meinem Partner/meiner Partnerin verheiratet. ☐ 7
- Weiß nicht ☐
- Keine Angabe ☐

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

- Ja ☐ 1
- Nein ☐ 2
- Wir haben bereits gemeinsame Kinder. ☐ 7
- Weiß nicht ☐
- Keine Angabe ☐

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

10. 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.

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

**11. 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 ☐
- Keine Angabe ☐

12. Wie sehen Sie Ihre Partnerschaft? Inwiefern treffen folgende Aussagen in Bezug auf Ihre Partnerschaft zu?

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

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

	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer	Weiß nicht	Keine Angabe
Ich gebe ihm/ihr das Gefühl, dass ich ihn/sie verstehe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich höre ihm/ihr zu, gebe ihm/ihr Raum, sich auszusprechen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich unterstütze ihn/sie mit Rat und Tat, wenn er/sie Probleme hat.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er/sie gibt mir das Gefühl, dass er/sie mich versteht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er/sie hört mir zu, gibt mir Raum, mich auszusprechen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er/sie unterstützt mich mit Rat und Tat, wenn ich Probleme habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Fast nie oder nie		Sehr oft	Das trifft für uns nicht zu	Weiß nicht	Keine Angabe
Die Gestaltung der Freizeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Die Aufteilung der Arbeiten zwischen Ihnen (z.B. Hausarbeit, Kinderbetreuung) ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
Finanzielle Dinge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Ihr Engagement in Beruf, Ausbildung, Schule oder das Ihres Partners	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Die Frage, wie Sie und Ihr Partner miteinander umgehen (Eifersucht, Fairness, Rücksichtnahme)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> 7

15. 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 das vergangene halbe Jahr. Wie oft kam dieses Verhalten bei Ihrem Partner/Ihrer Partnerin und bei Ihnen vor?

Bei Ihrem Partner

Bei Ihnen

Fast nie
oder nie

Sehr oft

Weiß nicht

Keine Angabe

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

den Partner beleidigen
oder beschimpfen

Fast nie
oder nie

Sehr oft

Weiß nicht

Keine Angabe

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

in Schweigen verfallen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

den Partner anschreien

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

zuhören und nachfragen,
um den anderen besser
zu verstehen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

sich weigern, weiter
darüber zu reden

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

schnell beleidigt sein

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

dem anderen die Schuld
geben, Schuldgefühle
machen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

sich bemühen, dem
anderen das eigene
Anliegen wirklich ver-
ständlich zu machen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ☐

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

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

17. Die folgenden Fragen beziehen sich wieder auf die Gestaltung Ihrer Partnerschaft. Inwiefern treffen diese Aussagen in Bezug auf Ihre Partnerschaft zu?

	Trifft überhaupt nicht zu		Trifft voll und ganz zu			Weiß nicht	Keine Angabe
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann meine Angelegenheiten unabhängig für mich selbst entscheiden, ohne dass es darüber Konflikte mit meinem Partner/meiner Partnerin gibt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann den Bedürfnissen meines Partners/meiner Partnerin sehr gut gerecht werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir oft nicht sicher, ob mein 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Partnerschaft kann ich ohne größere Einschränkungen machen, was ich will.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft Angst, dass mein 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich meinen Partner/meine Partnerin enttäuscht oder verärgert habe, habe ich Angst, dass er/sie mich nicht mehr leiden kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Partnerschaft kann ich meinen eigenen Interessen nachgehen, ohne dass mein 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ja	<input type="checkbox"/>	1
Nein	<input type="checkbox"/>	2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>	

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

Ja	<input type="checkbox"/>	1
Nein	<input type="checkbox"/>	2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>	

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

Ja	<input type="checkbox"/>	1
Nein	<input type="checkbox"/>	2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>	

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein vieldiskutiertes Thema. Hierzu möchten wir im Folgenden ein paar Fragen stellen. Zunächst zu den Kindern.

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

Wie stark erwarten Sie, ...

	Überhaupt nicht					Sehr stark					Keine klare Vorstellung	Keine Angabe
dass Sie mit Kindern länger jung bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass Sie zu Ihren Kindern eine besonders enge emotionale Beziehung haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass durch Kinder Ihr Ansehen im persönlichen Umfeld steigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass erwachsene Kinder in Notfällen für Sie da sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass Sie von erwachsenen Kindern immer wieder neue Anregungen bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und nun zu den unangenehmen Seiten.

Wie stark befürchten Sie, ...

	Überhaupt nicht				Sehr stark	Keine klare Vor- stellung	Keine Angabe
dass Sie sich mit Kindern weniger leisten können?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass Kinder eine nervliche Belastung für Sie sind?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass Sie mit Kindern Ihre beruflichen Ziele nicht erreichen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass Sie mit Kindern in der Öffentlichkeit negativ auffallen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass Kinder Ihre persönliche Freiheit einschränken?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Haben Sie leibliche oder adoptierte Kinder?

Ja ☐ 1 Nein ☐ 2 → *Weiter mit Frage 24*

↓

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

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Wann wurden Ihre Kinder geboren?				
Geburtsmonat	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Geburtsjahr	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Tragen Sie bitte das Geschlecht Ihrer Kinder ein:				
Weiblich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Männlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welches Verhältnis haben Ihre Kinder zu Ihnen?				
Leibliches Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adoptivkind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es folgen einige wenige Fragen zum Verhütungsverhalten.

24. Haben Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin in den vergangenen drei Monaten Empfängnisverhütung betrieben?

- Ja ☐ ₁
- Nein ☐ ₂ → *Weiter mit Frage 27*
- Ich/meine Partnerin erwarte(t) ein Kind ☐ ₄ → *Weiter mit Frage 28*
- Weiß nicht ☐ → *Weiter mit Frage 27*
- Keine Angabe ☐ → *Weiter mit Frage 27*

25. Sie haben eben angegeben, dass Sie in den letzten drei Monaten verhütet haben. Welche Methoden haben Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin hauptsächlich eingesetzt? Sie können mehrere Methoden ankreuzen.

- Pille, Mini-Pille ☐
- Kondom ☐
- Andere Hormonpräparate (Stäbchen, Pflaster, Nuva-Ring) ☐
- Spirale ☐
- Diaphragma, Schaum, Zäpfchen, Gel ☐
- Natürliche Verhütung (Nutzung der unfruchtbaren Tage, Zykluscomputer) ☐
- Sterilisation der Frau ☐
- Sterilisation des Mannes ☐
- „Aufpassen“, Coitus Interruptus ☐
- „Pille danach“ ☐
- Etwas anderes ☐
- Weiß nicht ☐
- Keine Angabe ☐

26. Bitte denken Sie einmal an die letzten drei Monate: wie konsequent haben Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin Empfängnisverhütung betrieben?

- | Sehr
inkonsequent | | | | Sehr
konsequent | Weiß
nicht | Keine
Angabe |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> |

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	<input type="checkbox"/>	1
Wahrscheinlich ja	<input type="checkbox"/>	2
Wahrscheinlich nein	<input type="checkbox"/>	3
Sicher nein	<input type="checkbox"/>	4
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>	

28. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Sexualleben?

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

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

29. Wenn Sie einmal alle Hindernisse außer Acht lassen: Wie viele Kinder würden Sie im Idealfall insgesamt gerne haben? Bitte zählen Sie bereits vorhandene Kinder dazu.

<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Kinder	
Keine Kinder		<input type="checkbox"/>
Weiß nicht		<input type="checkbox"/>
Keine Angabe		<input type="checkbox"/>

30. Wenn Sie einmal realistisch über (weitere) eigene Kinder nachdenken: Wie viele (weitere) Kinder denken Sie, werden Sie haben? Zählen Sie bitte die Kinder, die Sie schon haben, hier nicht mit.

kein (weiteres) Kind	<input type="checkbox"/> 0	
ein (weiteres) Kind	<input type="checkbox"/> 1	→ Weiter mit Frage 32
zwei (weitere) Kinder	<input type="checkbox"/> 2	→ Weiter mit Frage 32
drei (weitere) Kinder	<input type="checkbox"/> 3	→ Weiter mit Frage 32
vier und mehr (weitere) Kinder	<input type="checkbox"/> 4	→ Weiter mit Frage 32
Ich bin mir nicht sicher.	<input type="checkbox"/>	→ Weiter mit Frage 32
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht.	<input type="checkbox"/>	→ Weiter mit Frage 34
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>	→ Weiter mit Frage 32

31. Sie haben eben angegeben, dass Sie keine (weiteren) Kinder haben möchten. Welches ist der wichtigste Grund / sind die wichtigsten Gründe dafür, dass Sie keine (weiteren) Kinder möchten? Bitte markieren Sie höchstens drei Gründe in der angegebenen Liste.

- Mein Gesundheitszustand erlaubt es nicht. ☐
- Ich habe so viele Kinder, wie es meiner Lebensplanung entspricht. ☐
- Ich lebe allein und habe keinen festen Partner/keine feste Partnerin. ☐
- Ich könnte es nicht mit meinen beruflichen Zielen vereinbaren. ☐
- Ich müsste zu viele Freizeitinteressen aufgeben. ☐
- Es würde mich in meiner persönlichen Freiheit zu sehr einschränken. ☐
- Ich könnte mir finanziell weniger leisten. ☐
- Ich mache mir zu viele Sorgen darüber, welche Zukunft meine Kinder erwarten könnte. ☐
- Ich könnte mein Leben nicht mehr so genießen wie bisher. ☐
- Ich bin zu alt; mein Partner/meine Partnerin ist zu alt. ☐
- Mein Partner/meine Partnerin ist dagegen. ☐
- Meine Partnerschaft funktioniert nicht so, wie ich es mir vorstelle. ☐
- Ein (weiteres) Kind würde mich überfordern. ☐
- Sonstiges ☐

Weiter mit Frage 34

32. Haben Sie vor, in den nächsten zwei Jahren (erneut) Mutter bzw. Vater zu werden?

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

33. Wenn Sie einmal realistisch über eigene (weitere) Kinder nachdenken: In welchem Alter, denken Sie, werden Sie Ihr erstes (nächstes) Kind bekommen?

Mit Jahren

- Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. ☐
- Keine Angabe ☐

34. Außer Ihrem Partner und Ihnen können auch andere Personen eine Meinung dazu haben, ob Sie ein (weiteres) Kind bekommen sollten. Bitte geben Sie an, wie stark Sie folgenden Aussagen zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu					Weiß nicht	Keine Angabe
Die meisten meiner Freunde finden, dass ich ein (weiteres) Kind bekommen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern finden, dass ich ein (weiteres) Kind bekommen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. 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					Weiß nicht	Keine Angabe
Schule/Ausbildung/Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung/Hobbys/Interessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde, Bekannte, soziale Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun einige Fragen zu Ihrer Freizeit.

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

	Täglich	Mindestens einmal in der Woche	Mindestens einmal im Monat	Seltener	Nie	Weiß nicht	Keine Angabe
In Cafés, Kneipen oder Restaurants gehen ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktive sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In die Disko gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="text"/>				Stunden in letzter Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (private Nutzung)	<input type="text"/>				Stunden in letzter Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urlaubsreisen	<input type="text"/>				Wochen/Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Nun würden wir gern etwas darüber erfahren, wie Sie sich selbst sehen. In den folgenden Aussagen werden Sie sich manchmal sicher wiedererkennen, manchmal wiederum nicht. Bitte geben Sie zu jeder Aussage an, in welchem Ausmaß diese auf Sie zutrifft.

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu					Weiß nicht	Keine Angabe
Ich stimme anderen oft zu, selbst wenn ich nicht sicher bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal denke ich, dass ich wertlos bin. . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gerate schnell in Wut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich anderen gegenüber gehemmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ändere oft meine Meinung, nachdem ich gehört habe, was andere denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich allein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag mich so, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich steigere mich leicht in einen Streit hinein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in der Gegenwart anderer schüchtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige stark dazu, mich den Wünschen anderer anzuschließen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere mich reizen, werde ich schnell wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe ungezwungen auf andere Menschen zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend noch einige Angaben zu Ihrer Person.

38. Wann sind Sie geboren?

Tag

Monat

Jahr

39. Sind Sie ...

Männlich ☐ 1

Weiblich ☐ 2

40. Welchen Familienstand haben Sie?

- Verheiratet ☐ 1
- Geschieden ☐ 2
- Verwitwet ☐ 3
- Ledig ☐ 4
- Eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ 5
- Weiß nicht ☐
- Keine Angabe ☐

41. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Noch keinen, gehe noch zur Schule ☐ 1
- Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss
(Volksschulabschluss) ☐ 2
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) ☐ 3
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐ 4
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse
(vor 1965: 8. Klasse) ☐ 5
- Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule ☐ 6
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur
(Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐ 7
- Einen anderen Schulabschluss und zwar: ☐ 8

- Weiß nicht ☐
- Keine Angabe ☐

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

- Abendschule, Kolleg, 2. Bildungsweg ☐ 1
- Berufliche Ausbildung (Ausbildung/Lehre (Berufsschule),
Berufsfachschule oder Handelsschule u.a.) ☐ 2
- Umschulung/Weiterbildung ☐ 3
- Berufsakademie ☐ 4
- Fachhochschule, Hochschule, Universität ☐ 5
- Berufsvorbereitende Maßnahmen ☐ 6
- Fachschulen (z. B. Meister-, Technikerschule) ☐ 7
- Sonstige Ausbildung ☐ 8
-
- Voll erwerbstätig ☐ 9
- Selbstständig ☐ 10
- Teilzeitbeschäftigt (auch bei parallelen Teilzeittätigkeiten) ☐ 11
- Praktika, Trainee, Volontariat o.ä. (auch unbezahlt) ☐ 12
- Geringfügig erwerbstätig, Mini-Job, „Ein-Euro-Job“
(bei Bezug von Arbeitslosengeld 2) ☐ 13
- Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt ☐ 14
- Sonstige Erwerbstätigkeit ☐ 15
-
- Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit, oder sonstige Beurlaubung .. ☐ 16
- Wehrdienst/Zivildienst, freiwilliges soziales Jahr ☐ 17
- Arbeitslos, arbeitssuchend ☐ 18
- Hausfrau / Hausmann ☐ 19
- Vorruhestandler, Rentner, berufsunfähig ☐ 20
- Sonstige, nicht erwerbstätig ☐ 21

43. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt? Wenn Sie mehr als eine berufliche Tätigkeit ausüben, beantworten Sie diese Frage bitte nur für Ihre derzeitige berufliche Haupttätigkeit.

Auszubildende/Praktikanten

- kaufmännische Auszubildende/Verwaltungslehrlinge ☐ 1
- Gewerbliche Lehrlinge ☐ 2
- Haus-/Landwirtschaftliche Lehrlinge ☐ 3
- Beamtenanwärter/Beamte im Vorbereitungsdienst ☐ 4
- Volontäre, Praktikanten u. ä. ☐ 5

Arbeiter (auch in der Landwirtschaft)

- Ungelernte Arbeiter ☐ 6
- Angelernte Arbeiter ☐ 7
- Gelernte und Facharbeiter ☐ 8
- Vorarbeiter, Kolonnenführer, Brigadier ☐ 9
- Meister, Poliere ☐ 10

Selbstständige Landwirte

- Mit keinen Mitarbeitern ☐ 11
- Mit 1-9 Mitarbeitern ☐ 12
- Mit 10 und mehr Mitarbeitern ☐ 13

Freie Berufe, selbstständige Akademiker

- Mit keinen Mitarbeitern ☐ 14
- Mit 1-9 Mitarbeitern ☐ 15
- Mit 10 und mehr Mitarbeitern ☐ 16

Sonstige Selbstständige

- Mit keinen Mitarbeitern ☐ 17
- Mit 1-9 Mitarbeitern ☐ 18
- Mit 10 und mehr Mitarbeitern ☐ 19

- Mithelfende Familienangehörige** ☐ 20

Fortsetzung nächste Seite 

Angestellte

- Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis ☐ 21
- Angestellte mit einfacher Tätigkeit (z. B. Verkäufer, Kontorist, Stenotypistin) ☐ 22
- Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z. B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner) ☐ 23
- Angestellter mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z. B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ingenieur, Abteilungsleiter) ☐ 24
- Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben (z. B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände) ☐ 25

Beamte/Staatsverwaltung (einschl. Richter und Berufssoldaten)

- Einfacher Dienst (bis einschl. Oberamtsmeister) ☐ 21
- Mittlerer Dienst (vom Assistenten bis einschl. Hauptsekretär/ Amtsinspektor) ☐ 22
- Gehobener Dienst (vom Inspektor bis einschl. Oberamtsmann/ Oberamtsrat) ☐ 23
- Höherer Dienst (vom Regierungsrat aufwärts) ☐ 24
- Trifft derzeit nicht zu ☐
- Keine Angabe ☐

44. Wie hoch war Ihr persönliches Nettoeinkommen im letzten Monat?

Nettoeinkommen in Euro:

Weiß nicht ☐

Keine Angabe ☐

Wenn Sie Ihr Einkommen nicht genau angeben können, ordnen Sie bitte Ihr Nettoeinkommen in eine der folgenden Kategorien ein.

bis 500 € ☐

501 bis 1000 € ☐

1001 bis 1500 € ☐

1501 bis 2000 € ☐

2001 bis 2500 € ☐

2501 bis 3000 € ☐

3001 bis 3500 € ☐

3501 bis 4000 € ☐

4001 bis 4500 € ☐

4501 bis 5000 € ☐

mehr als 5000 € ☐

45. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand der letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben?

Sehr gut ☐ 1

Gut ☐ 2

Zufriedenstellend ☐ 3

Weniger gut ☐ 4

Schlecht ☐ 5

Weiß nicht ☐

Keine Angabe ☐

46. Wie häufig kam es in den letzten 4 Wochen vor, dass Sie sich niedergeschlagen und trübsinnig fühlten?

Nie ☐ 1

Selten ☐ 2

Manchmal ☐ 1

Häufig ☐ 4

Immer ☐ 5

Weiß nicht ☐

Keine Angabe ☐

47. Wie groß sind Sie (in cm)?

cm

Weiß nicht ☐

Keine Angabe ☐

48. Wie viel Kilogramm wiegen Sie gegenwärtig?

 kg

Weiß nicht ☐

Keine Angabe ☐

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

 Stunden

Weiß nicht ☐

Keine Angabe ☐

50. Sind Sie nach amtlicher Feststellung erwerbsgemindert oder schwerbehindert?

Ja ☐ ₁
↓

Nein ☐ ₂ → **Weiter mit Frage 52**

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

 %

Weiß nicht ☐

Keine Angabe ☐

52. Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft an?

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 → **Weiter mit Frage 54**

Weiß nicht ☐ → **Weiter mit Frage 54**

Keine Angabe ☐ → **Weiter mit Frage 54**

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

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

Nun möchten wir Sie noch nach Ihrer Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt fragen.

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

**Sehr
un-
zufrieden**

**Sehr
zufrieden**

**Weiß
nicht**

**Keine
Angabe**

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10

☐
☐

Tragen Sie hier bitte noch das heutige Datum ein: _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

