

Beziehungen und Familienleben in Deutschland

2021/2022

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

wir freuen uns, dass Sie auch dieses Jahr wieder an unserer Studie teilnehmen. In diesem Fragebogen möchten wir mehr darüber erfahren, wie der Alltag von Singles, Paaren und Familien in Deutschland aussieht. Bei den Fragen geht es um Ihre persönlichen Ansichten und Erfahrungen. Es gibt dazu keine richtigen und falschen Antworten - nur Ihre persönliche Einschätzung ist uns wichtig.

Die Beantwortung des Fragebogens wird ca. 30 Minuten dauern. Bitte gehen Sie den gesamten Fragebogen durch. Sie werden feststellen, dass Sie nicht alle Fragen beantworten müssen, z.B. gibt es Fragen für Singles, für Personen in Partnerschaft oder auch für Eltern. Teilweise können ganze Frageblöcke übersprungen werden. Entsprechende Anweisungen finden Sie im Fragebogen.

Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig, aber trotzdem sehr wichtig. Für den Erfolg dieser Studie ist es von großer Bedeutung, dass alle Befragten der letzten Jahre auch dieses Mal wieder mitmachen. Alle Informationen, die Sie uns mitteilen, werden wir streng vertraulich unter Einhaltung aller Datenschutzbestimmungen behandeln.

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme und viel Spaß beim Ausfüllen
des Fragebogens!**

Ihre Lebenssituation heute

1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

Männlich ☐

Weiblich ☐

Divers ☐

2. Wann sind Sie geboren? Bitte nennen Sie Tag, Monat und Jahr.

T	T
---	---

Tag

M	M
---	---

Monat

J	J	J	J
---	---	---	---

Jahr

3. Welchen Familienstand haben Sie?

Ledig ☐

Verheiratet / Eingetragene Lebenspartnerschaft ☐

Geschieden / Entpartnert ☐

Verwitwet / Partnerhinterblieben ☐

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

Sehr un-
zufrieden

Sehr
zufrieden

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"/>
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"/>
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"/>
Familie	<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"/>

5. Wenn Sie an unsere letzte Befragung denken - damals noch durch einen Interviewer oder eine Interviewerin: Hatten Sie zu diesem Zeitpunkt einen Partner oder eine Partnerin?

Ja ☐

Nein ☐ → Weiter zu Frage 9

6. Sind Sie noch mit diesem Partner / dieser Partnerin zusammen?

Ja ☐

Nein ☐ ⇨ Seit wann sind Sie nicht mehr zusammen?

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

Wie endete die Beziehung? ☐ Trennung ☐ Tod

7. Wohnen Sie mit diesem Partner / dieser Partnerin zusammen?

Ja ☐ ⇨ Seit wann wohnen Sie zusammen?

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

☐ Wir haben schon bei der letzten Befragung zusammen gewohnt.

Nein ☐ ⇨ Seit wann wohnen Sie nicht mehr zusammen?

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

☐ Wir haben nie zusammen gewohnt.

8. Sind Sie mit diesem Partner / dieser Partnerin verheiratet?

Ja ☐

⇔ Seit wann sind Sie verheiratet?

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

☐ Wir waren schon bei der letzten Befragung verheiratet.

Nein ☐

⇔ Seit wann sind Sie nicht mehr verheiratet?

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

☐ Wir waren nie verheiratet.

Wenn Sie mit diesem Partner / dieser Partnerin noch zusammen sind, gehen Sie bitte zu Frage 21. Ansonsten gehen Sie bitte zu Frage 9.

9. Haben Sie derzeit eine Partnerin oder einen Partner?

Ja ☐

Nein ☐ → Weiter zu Frage 21

10. Bitte geben Sie Namen, Geschlecht und Geburtsdatum Ihres Partners / Ihrer Partnerin an.

Vorname

Geschlecht

☐

Männlich

☐

Weiblich

☐

Divers

Geburtsdatum

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

11. Seit wann sind Sie mit diesem Partner / dieser Partnerin zusammen? ...

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

12. Wohnen Sie mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin zusammen?

Ja ☐

⇔ Seit wann wohnen Sie zusammen?

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

Nein ☐

13. Sind Sie mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin verheiratet?

Ja ☐

⇔ Seit wann sind Sie verheiratet?

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

Nein ☐

14. Wann haben Sie Ihren Partner / Ihre Partnerin kennengelernt?

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

15. Wie haben Sie sich kennengelernt?

- Über Schule, Ausbildung ☐
- Beruf ☐
- Hobby, Verein, Sport ☐
- Kneipe, Disko ☐
- Im Bekannten- oder Freundeskreis ☐
- Durch Verwandte ☐
- Durch eine gedruckte Anzeige ☐
- Durch Partnerbörsen im Internet (z.B. eDarling, LoveScout24, Parship) ☐
- Durch soziale Netzwerke, Chatforen oder Ähnliches im Internet (z.B. Facebook, Instagram) ☐
- Durch eine mobile Dating App (z.B. Tinder, Lovoo, Grindr) ☐
- Urlaub ☐
- Sonstiges ☐

16. Sind Sie früher schon einmal zusammen gewesen?

Ja ☐ Nein ☐

17. Von welchem Land bzw. von welchen Ländern hat Ihr Partner / Ihre Partnerin die Staatsbürgerschaft? Bei mehreren Staatsbürgerschaften nennen Sie bitte alle Länder.

Bundesrepublik Deutschland ☐

Von einem anderen Land / anderen Ländern .. ☐ ⇨ und zwar

Weiß nicht ☐

18. In welchem Land ist Ihr Partner / Ihre Partnerin geboren? Bitte nennen Sie das Land, so wie es heute bezeichnet wird.

Bundesrepublik Deutschland ☐

Ehemalige DDR ☐

In einem anderen Land ☐ ⇨ und zwar

Weiß nicht ☐

19. In welchem Land sind die Eltern Ihres Partners / Ihrer Partnerin geboren? Bitte geben Sie das Land für die Mutter und den Vater an.

Mutter

Bundesrepublik Deutschland ☐

Ehemalige DDR ☐

In einem anderen Land ☐

und zwar

Weiß nicht ☐

Vater

Bundesrepublik Deutschland ☐

Ehemalige DDR ☐

In einem anderen Land ☐

und zwar

Weiß nicht ☐

20. Hat Ihr Partner / Ihre Partnerin Kinder aus früheren Beziehungen? Wenn ja, wie viele?

Ja, Kinder Keine Kinder ☐ Weiß nicht ☐

21. Haben oder hatten Sie seit der letzten Befragung (weitere) Partnerinnen oder Partner?

Nein ☐ → **Weiter zu Frage 22**

Ja, Partner / Partnerinnen

Bitte geben Sie diese in der folgenden Tabelle an.

	Partner / Partnerin 1			Partner / Partnerin 2			Partner / Partnerin 3		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	<input type="text"/> M <input type="text"/> M	<input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J		<input type="text"/> M <input type="text"/> M	<input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J		<input type="text"/> M <input type="text"/> M	<input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J	
Wann waren Sie zusammen?	von <input type="text"/> M <input type="text"/> M	<input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J		von <input type="text"/> M <input type="text"/> M	<input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J		von <input type="text"/> M <input type="text"/> M	<input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J	
	bis <input type="text"/> M <input type="text"/> M	<input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J		bis <input type="text"/> M <input type="text"/> M	<input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J		bis <input type="text"/> M <input type="text"/> M	<input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J	
	<input type="checkbox"/> Wir sind noch zusammen.			<input type="checkbox"/> Wir sind noch zusammen.			<input type="checkbox"/> Wir sind noch zusammen.		

22. Haben Sie Kinder? Gemeint sind alle leiblichen Kinder, egal ob diese mit Ihnen leben oder nicht, und auch alle anderen Kinder, z.B. adoptierte Kinder, Kinder eines Partners / einer Partnerin oder Pflegekinder.

Nein ☐ → **Weiter zu Frage 23**

Ja, Kinder

Damit wir die Angaben richtig zuordnen können, nennen Sie bitte die Vornamen und Geburtsdaten der Kinder. Beginnen Sie bitte mit dem jüngsten Kind. Falls Sie mehr als 3 Kinder haben oder hatten, machen Sie die Angaben für die jüngsten 3 Kinder.

	Kind 1 jüngstes Kind	Kind 2	Kind 3
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> M <input type="text"/> M	<input type="text"/> M <input type="text"/> M	<input type="text"/> M <input type="text"/> M
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> männl.
	<input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> weibl.
	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> divers
Ist das Kind ein...?			
Leibliches Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adoptiertes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind des Partners / Stiefkind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnt das Kind in Ihrem Haushalt?			
Ja, ausschließlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, teilweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn das Kind nicht ausschließlich bei Ihnen lebt: Wie oft sehen Sie das Kind?

Täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 mal im Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals im Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes insgesamt beschreiben?

Schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenstellend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Von welchen Personen oder Einrichtungen wird Ihr Kind vormittags und nachmittags betreut?
Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.****Vormittags**

Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krippe, Kindergarten, KiTa, Tagesmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule (auch Hort, Mittagsbetreuung o. Ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichts davon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachmittags

Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krippe, Kindergarten, KiTa, Tagesmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule (auch Hort, Mittagsbetreuung o. Ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichts davon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Ihr Kind im Alter von 8-16 Jahren ist: In unsere Studie wollen wir auch die Meinungen von Kindern und Jugendlichen einbeziehen. Deshalb haben wir eine etwa 15-20minütige mündliche Befragung entwickelt, die speziell auf die Bedürfnisse von Kindern abgestimmt wurde. Dazu möchten wir Sie in den nächsten Wochen telefonisch kontaktieren, um einen Termin mit Ihrem Kind zu vereinbaren. Sind Sie einverstanden, dass wir Ihr Kind befragen? Bitte beantworten Sie die Frage für jedes Kind im Alter von 8-16 Jahren.

Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Wo ist jetzt Ihr Lebensmittelpunkt?

Ort Bundesland

24. Seit wann wohnen Sie an diesem Ort?

M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---

☐ Ich habe schon bei der letzten Befragung hier gewohnt.

25. Wohnen außer Ihnen selbst und gegebenenfalls Ihrem Partner / Ihrer Partnerin und Ihren Kindern weitere Personen in Ihrem Haushalt?

Ja ☐ ⇒ Wie viele Personen wohnen insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst, ggf. Ihren Partner / Ihre Partnerin und Ihre Kinder eingeschlossen? Personen

⇒ Wie viele dieser Personen sind jünger als 15 Jahre? Personen

Nein ☐

26. Nun zu Ihren Tätigkeiten. Was machen Sie aktuell? Bitte geben Sie alles an, was bei Ihnen derzeit zutrifft und seit wann. Wenn Sie sich hinsichtlich des Datums nicht genau erinnern, schätzen Sie bitte.

☐ Voll erwerbstätig (nicht selbstständig) Seit

☐ Selbstständig Seit

☐ Teilzeitbeschäftigt (nicht selbstständig) Seit

☐ Geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig, Minijob, 1-Euro-Job Seit

☐ Praktikum, Anerkennungsjahr, Bundesfreiwilligendienst oder ähnliches Seit

☐ Sonstige Erwerbstätigkeit Seit

☐ Arbeitslos, arbeitssuchend Seit

☐ Schule, auch Abendschule, Kolleg, Fachschule oder ähnliches Seit

☐ Studium (Universität, Hochschule, Duales Studium) Seit

☐ Ausbildung, berufsvorbereitende Maßnahme Seit

☐ Elternzeit, Mutterschutz Seit

☐ Hausfrau / Hausmann Seit

☐ Rente, erwerbsunfähig Seit

☐ Sonstiges, nicht erwerbstätig Seit

27. Haben Sie seit der letzten Befragung einen schulischen oder beruflichen Abschluss erworben? Wenn ja, welchen Abschluss bzw. welche Abschlüsse?

- Nein, weder schulischen noch beruflichen Abschluss erworben ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss (Mittlere Reife; mittlerer Schulabschluss) ☐
- Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule ☐
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur ☐
- Sonstiger Schulabschluss, und zwar ☐
- Lehre ☐
- Abschluss an Berufsfachschule / Handelsschule / Schule des Gesundheitswesens ☐
- Abschluss an Fachschule (z.B. Meister- / Technikerabschluss) ☐
- Beamtenausbildung ☐
- Abschluss an Fachhochschule / Berufsakademie /
Hochschule für angewandte Wissenschaften (FH) ☐
- Universitäts- / Hochschulabschluss ☐
- und zwar: Bachelor ☐
- Master ☐
- Diplom, Staatsexamen oder Magister ☐
- Sonstiges ☐
- Promotion ☐

28. Falls Sie derzeit eine berufliche Ausbildung oder berufsvorbereitende Maßnahme machen: Handelt es sich dabei um eine rein schulische Ausbildung oder sind Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung auch in einem Betrieb beschäftigt?

- Rein schulische Ausbildung ☐
- Auch in Betrieb beschäftigt ☐

**Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie erwerbstätig sind.
Ansonsten gehen Sie bitte zu Frage 39.**

29. Für die folgenden Fragen denken Sie bitte nur an Ihren Hauptberuf. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Berufliche Tätigkeit

30. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt?

Arbeiter/in (auch in der Landwirtschaft)

- Ungelernte/r Arbeiter/in ☐
- Angelernte/r Arbeiter/in ☐
- Gelernte/r und Facharbeiter/in ☐
- Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in ☐
- Meister/in, Polier/in ☐

Angestellte/r

- Industrie- und Werkmeister/in im Angestelltenverhältnis ☐
- Angestellte/r mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer/in, Pflegehelfer/in) ☐
- Angestellte/r mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter/in, technische/r Zeichner/in) ☐
- Angestellte/r mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion
(z.B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Ingenieur/in, Abteilungsleiter/in) ☐
- Angestellte/r mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Geschäftsführer/in, Vorstandsmitglied) .. ☐

Auszubildende/r, Praktikant/in

- Kaufmännische/r Auszubildende/r, Verwaltungslehrling ☐
- Gewerblicher Lehrling ☐
- Haus- / Landwirtschaftlicher Lehrling ☐
- Beamtenanwärter/in, Beamte/r im Vorbereitungsdienst ☐
- Volontär/in, Praktikant/in u. ä. ☐

Beamte/r, Staatsverwaltung (einschl. Richter/in und Berufssoldat/in)

- Einfacher Dienst ☐
- Mittlerer Dienst ☐
- Gehobener Dienst (z.B. Grundschullehrer/in) ☐
- Höherer Dienst (z.B. Lehrer/in der Sekundarstufe II, Studienrat/-rätin, Schulleiter/in) ☐

Selbstständige/r (einschl. mithelfende/r Familienangehörige/r)

Selbstständige/r
Landwirt/in ⇨ ☐ ohne Mitarbeiter ☐ mit 1 bis 4 Mitarbeitern ☐ mit 5 und mehr Mitarbeitern

Freie Berufe,
selbstständige/r
Akademiker/in ⇨ ☐ ohne Mitarbeiter ☐ mit 1 bis 4 Mitarbeitern ☐ mit 5 und mehr Mitarbeitern

Sonstige/r
Selbstständige/r ⇨ ☐ ohne Mitarbeiter ☐ mit 1 bis 4 Mitarbeitern ☐ mit 5 und mehr Mitarbeitern

Mithelfende/r Familienangehörige/r ☐

Weiter
→ zu
Frage 33

31. Haben Sie einen befristeten Arbeitsvertrag?

Ja ☐ Nein ☐

32. Gehört der Betrieb, in dem Sie arbeiten, zum öffentlichen Dienst?

Ja ☐ Nein ☐

33. Wie viele Stunden beträgt im Durchschnitt Ihre tatsächliche Arbeitszeit pro Woche einschließlich eventueller Überstunden?

Bitte berücksichtigen Sie hier alle Ihre Erwerbstätigkeiten.

Stunden pro Woche

34. Wenn Sie den Umfang Ihrer Arbeitszeit selbst wählen könnten und dabei berücksichtigen, dass sich Ihr Verdienst entsprechend der Arbeitszeit ändern würde: Wie viele Stunden in der Woche würden Sie dann am liebsten arbeiten?

Stunden pro Woche

35. Es gibt ja heute sehr unterschiedliche Arbeitszeitregelungen. Was trifft bei Ihnen am ehesten zu?
Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, denken Sie bitte an Ihre Haupttätigkeit.

Fester Beginn und festes Ende der täglichen Arbeitszeit ☐

Von Betrieb festgelegte, teilweise wechselnde Arbeitszeiten pro Tag ☐

Keine formelle Arbeitszeitregelung, lege Arbeitszeit selbst fest ☐

Gleitzeit mit Arbeitszeitkonto und einer gewissen Selbstbestimmung
über die tägliche Arbeitszeit in diesem Rahmen ☐

36. Wie oft arbeiten Sie von zu Hause aus?

Täglich	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	1-3 Mal im Monat	Seltener	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Wie viele Nächte haben Sie im letzten Vierteljahr arbeitsbedingt nicht zu Hause übernachtet?

Nächte

Keine Nacht ☐

38. Wie ist das bei Ihrem gegenwärtigen Arbeitsplatz? Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
Ich muss oft unter hohem Zeitdruck arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss oft ein zu großes Arbeitspensum erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde für meine Arbeit gut bezahlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Beruf bietet interessante Tätigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Beruf wird anerkannt und geachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich unternehme auch außerhalb der Arbeitszeit etwas mit meinen Kollegen und Kolleginnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben ein gutes Arbeitsklima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich beantworte berufliche Mitteilungen während meiner Freizeit (z.B. E-Mails oder Anrufe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Zeit mit meiner Familie, Partner/in oder Freunden verbringe, muss ich für berufliche Angelegenheiten erreichbar sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Jetzt geht es darum, wie sich Ihr Privatleben und Ihre Arbeit im Beruf bzw. in der Ausbildung oder im Studium gegenseitig beeinflussen. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu				
Durch die zeitliche Arbeitsbelastung im Beruf bzw. in der Ausbildung oder im Studium kommt mein Privatleben zu kurz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Weil ich durch private Belange häufig gestresst bin, habe ich Probleme, mich auf meine Arbeit zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Die Zeit, die ich für Partner/in, Familie und Freunde brauche, hindert mich daran, mich stärker im Beruf bzw. in der Ausbildung oder im Studium zu engagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Nach den Belastungen durch die Arbeit fällt es mir schwer, mich zu Hause zu entspannen und/oder meine Freizeit mit anderen zu genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

40. 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 unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr zufrieden

Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie derzeit keinen Partner / keine Partnerin haben. Ansonsten gehen Sie bitte zu Frage 48.

41. Sie haben angegeben, dass Sie derzeit keine Partnerschaft haben. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Situation als Single?

Sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr zufrieden

42. Wie geht es Ihnen im Moment als Single? Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu				
Ich finde als Single vieles leichter, weil man nicht dauernd Rücksicht nehmen und sich dem Anderen anpassen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich hätte gerne einen Partner bzw. eine Partnerin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

43. Gibt es jemanden, der sich für Sie als mögliche Partnerin bzw. möglichen Partner interessiert?

Ja ☐ Nein ☐

44. Gibt es jemanden, für den Sie sich interessieren?

Ja ☐ Nein ☐

45. Geben Sie bitte an, inwieweit diese Aussagen auf Sie zutreffen.

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu				
Ich bin offen für Flirts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich versuche, offen auf Leute zuzugehen und viele verschiedene Kontakte zu knüpfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

46. Nutzen Sie das Internet - also zum Beispiel Chatforen, soziale Netzwerke, Online- Partnerbörsen oder mobile Dating-Apps - um zu flirten oder einen Partner / eine Partnerin zu finden?

Ja ☐

Nein ☐

⇒ 47. Welche Möglichkeiten im Internet nutzen Sie, um zu flirten oder einen Partner / eine Partnerin zu finden?

Chatforen ☐

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

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

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

Sonstiges ☐

Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie derzeit einen Partner / eine Partnerin haben. Ansonsten gehen Sie bitte zu Frage 61.

48. Was trifft derzeit bei Ihrem Partner / Ihrer Partnerin zu?

Geben Sie bitte alles Zutreffende an.

Voll erwerbstätig (nicht selbstständig) ☐

Selbstständig ☐

Teilzeitbeschäftigt (nicht selbstständig) ☐

Geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig, Minijob, 1-Euro-Job ☐

Praktikum, Anerkennungsjahr, Bundesfreiwilligendienst oder ähnliches ☐

Ausbildung, berufsvorbereitende Maßnahme ☐

Sonstige Erwerbstätigkeit, und zwar ☐

Schule, auch Abendschule, Kolleg, Fachschule oder ähnliches ☐

Arbeitslos, arbeitssuchend ☐

Studium (Universität, Hochschule, Duales Studium) ☐

Elternzeit, Mutterschutz ☐

Hausfrau/Hausmann ☐

Rente, Erwerbsunfähigkeit ☐

Sonstiges, nicht erwerbstätig ☐

→ Weiter zu Frage 50

49. Falls Ihr Partner / Ihre Partnerin erwerbstätig ist: Wie viele Stunden beträgt im Durchschnitt die tatsächliche Arbeitszeit pro Woche einschließlich eventueller Überstunden?

Stunden pro Woche

Weiß nicht ☐

50. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss hat Ihr Partner / Ihre Partnerin?

- Hauptschulabschluss ☐
- Realschulabschluss (Mittlere Reife; mittlerer Schulabschluss) ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule 8./9. Klasse ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse ☐
- Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule ☐
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐
- Sonstiger Schulabschluss, und zwar ☐
- (Noch) keinen Schulabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

51. Hat Ihr Partner / Ihre Partnerin einen beruflichen Ausbildungsabschluss? Wenn ja, welchen?

Sie können auch mehrere Abschlüsse angeben.

- Lehre (DDR: Facharbeiterabschluss) ☐
- Berufsfachschule/Handelsschule/Schule des Gesundheitswesens ☐
- Fachschule (z.B. Meister-/Technikerabschluss) ☐
- Beamtenausbildung ☐
- Fachhochschule/Berufsakademie/Hochschule für angewandte Wissenschaften (FH) (früher: Ingenieurschule, Lehrerbildung, DDR: Ingenieur- und Fachschulabschluss) ☐
- Universitäts-/Hochschulabschluss ☐
- und zwar: Bachelor ☐
- Master ☐
- Diplom, Staatsexamen oder Magister ☐
- Sonstiges ☐
- Promotion ☐
- Keinen Ausbildungsabschluss ☐
- Weiß nicht ☐

52. Um mehr über die Lebenssituation von Paaren zu erfahren, würden wir gerne auch Ihren Partner oder Ihre Partnerin bitten, einen kurzen Fragebogen auszufüllen.

Es wird dort um ähnliche Fragen gehen wie in dieser Befragung. Ihr Partner / Ihre Partnerin erhält für die Teilnahme 5 Euro.

Die Teilnahme Ihres Partners / Ihrer Partnerin ist für den Erfolg der Studie sehr wichtig. Für die Befragung gelten selbstverständlich auch alle Regelungen des Datenschutzes, die wir strengstens einhalten.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihren Partner / Ihre Partnerin für die Befragung kontaktieren?

Ja ☐ Nein ☐

➔ Die dafür nötige Adresserfassung erfolgt auf der letzten Seite des Fragebogens.

53. Wenn Sie nicht mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin zusammen wohnen: Wo wohnt Ihr Partner / Ihre Partnerin? Nennen Sie bitte Ort und Bundesland.

Im selben Wohnort wie ich ☐

Wohnort

Bundesland Nicht in Deutschland, sondern

54. Wenn Sie nicht mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin zusammen wohnen: Wie lange brauchen Sie von Ihrer Wohnung zu Ihrem Partner / Ihrer Partnerin durchschnittlich in Stunden und Minuten?

Stunden Minuten

55. Wenn Sie mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin zusammen wohnen: Wie haben Sie sich die Arbeit in folgenden Bereichen zeitlich aufgeteilt? Wenn Sie eine Haushaltshilfe, Kinderfrau oder Ähnliches haben, beziehen Sie Ihre Angaben nur auf den Anteil der Arbeiten, die Sie und Ihr Partner / Ihre Partnerin erledigen.

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

56. Wenn Sie mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin zusammen wohnen: 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. ☐

Ich erledige etwas mehr als meinen gerechten Anteil. ☐

Ich erledige ungefähr meinen gerechten Anteil. ☐

Ich erledige etwas weniger als meinen gerechten Anteil. ☐

Ich erledige viel weniger als meinen gerechten Anteil. ☐

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

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

58. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?

Sehr unzufrieden [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] **Sehr zufrieden**

59. Wie ist das, wenn Sie und Ihr Partner / Ihre Partnerin eine Meinungsverschiedenheit haben? Bitte geben Sie an, wie häufig Sie selbst in den letzten 6 Monaten die folgenden Verhaltensweisen gezeigt haben.

gezeigt haben.	Fast nie oder nie				Sehr oft
Den Partner / die Partnerin beleidigen oder beschimpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Schweigen verfallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Partner / die Partnerin anschreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuhören und nachfragen, um den anderen besser zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich weigern, weiter darüber zu reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich bemühen, dem anderen das eigene Anliegen wirklich verständlich zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Haben Sie seit Beginn Ihrer Beziehung ernsthaft an eine mögliche Trennung oder Scheidung gedacht?

Ja ☐ Nein ☐

Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie sich seit der letzten Befragung von einem Partner / einer Partnerin getrennt haben. Ansonsten gehen Sie bitte zu Frage 69.

61. Wie stark ging die Trennung von Ihnen aus?

Überhaupt nicht stark ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr stark

62. Wie stark ging die Trennung von Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin aus?

Überhaupt nicht stark ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr stark

63. Manchmal deutet sich eine Trennung schon länger an, andere Male kommt die Trennung sehr plötzlich und unerwartet. Wie stark haben Sie mit dieser Trennung gerechnet?

Ich habe gar nicht damit gerechnet. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ich habe sehr stark damit gerechnet.

64. Wenn Sie Kinder haben: Wie stark sind Ihre Kinder heute durch die Trennung belastet?

Gar nicht belastet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr stark belastet

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

Ja, bei mir ☐
 Ja, bei meinem Ex-Partner / meiner Ex-Partnerin ☐
 Ja, sowohl bei mir als auch bei meinem Ex-Partner / meiner Ex-Partnerin ☐
 Nein ☐

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

Ja, ich ☐
 Ja, mein Ex-Partner / meine Ex-Partnerin ☐
 Ja, sowohl ich als auch mein Ex-Partner / meine Ex-Partnerin ☐
 Nein ☐

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

Ja, durch mich ☐
 Ja, durch meinen Ex-Partner / meine Ex-Partnerin ☐
 Ja, sowohl durch mich als auch durch meinen Ex-Partner / meine Ex-Partnerin ☐
 Nein ☐

68. Wie geht es Ihnen heute mit Ihrer Trennung?

Sehr gut ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr schlecht

69. Wie häufig hatten Sie durchschnittlich in den letzten drei Monaten Geschlechtsverkehr?

- Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr ☐ → *Weiter zu Frage 76*
- Nicht in den letzten drei Monaten ☐
- Einmal im Monat oder weniger ☐
- Zwei- oder dreimal im Monat ☐
- Einmal in der Woche ☐
- Zwei- bis dreimal in der Woche ☐
- Mehr als dreimal in der Woche ☐
- Täglich ☐

70. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Sexualleben?

Sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr zufrieden

71. 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 ☐ Etwas seltener ☐ Genauso oft ☐ Etwas häufiger ☐ Viel häufiger ☐

72. Erwarten Sie (oder Ihre Partnerin) ein Kind?

Ja ☐ Nein ☐ → *Weiter zu Frage 74*

Weiß nicht ☐

73. Kam die Schwangerschaft unerwartet?

Ja ☐ Nein ☐

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

Ja ☐ Nein ☐ → *Weiter zu Frage 76*

Weiß nicht ☐

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

Sehr inkonsequent ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr konsequent ☐ Weiß nicht ☐

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

Falls vorhanden: mein
Partner / meine
Partnerin

Ich selbst

	Ich selbst	Falls vorhanden: mein Partner / meine Partnerin
Sicher ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrscheinlich ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrscheinlich nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicher nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Haben Sie (oder Ihr Partner / Ihre Partnerin) seit der letzten Befragung versucht, schwanger zu werden bzw. ein Kind zu zeugen?

Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐

78. Wenn Sie einmal alle Hindernisse außer Acht lassen: Wie viele Kinder würden Sie im Idealfall insgesamt gerne haben? Gemeint ist hier die Anzahl einschließlich bereits vorhandener Kinder.

Kinder Keine Kinder ☐ Weiß nicht ☐

79. 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.

Ja ☐

Nein ☐

Ich bin mir nicht sicher. ☐ → Weiter zu Frage 82

Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. ☐

80. Wie viele weitere leibliche Kinder oder Adoptivkinder zusätzlich zu Ihren bisherigen Kindern oder Stiefkindern denken Sie, werden Sie haben?

Ein (weiteres) Kind ☐

Zwei (weitere) Kinder ☐

Drei (weitere) Kinder ☐

Vier (weitere) Kinder oder mehr ☐

Ich bin mir nicht sicher. ☐

Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. ☐

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

- Ja, bestimmt ☐
- Ja, vielleicht ☐
- Nein, eher nicht ☐
- Nein, bestimmt nicht ☐
- Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. ☐

Nun geht es darum, wie Sie sich selbst sehen.

82. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu			Trifft voll und ganz zu	
Manchmal denke ich, dass ich wertlos bin.	<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"/>
Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<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"/>

83. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen.

	Fast nie	Manch- mal	Oft	Fast immer
Meine Stimmung ist schwermütig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin deprimiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Nun geht es darum, ob Sie selbst in den letzten zwei Jahren wegen persönlicher Probleme professionelle Hilfe gesucht haben. Gemeint sind z.B. Belastungen der seelischen Gesundheit oder Partnerschaftsprobleme, aber nicht Probleme der Kinder oder Fragen zur Erziehung. Welche der folgenden Angebote haben Sie in den letzten zwei Jahren genutzt?

- Persönliche Beratung ☐
- Psychologische Therapie ☐
- Medikamentöse Therapie von psychosozialen Problemen und seelischen Erkrankungen ☐
- Sonstige Angebote oder Hilfen ☐
- Nichts davon ☐

Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie minderjährige Kinder haben. Ansonsten gehen Sie bitte zu Frage 99.

85. Falls Ihre Kinder jünger als 14 Jahre sind: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Betreuungssituation Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder?

Sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr zufrieden

86. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie und Ihr Kind / Ihre Kinder zu?

	Trifft überhaupt nicht zu			Trifft voll und ganz zu	
Mein Leben mit dem Kind / den Kindern ist anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft am Ende meiner Kräfte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass die Betreuung und Pflege meines Kindes / meiner Kinder mich völlig in Beschlag nimmt und mein ganzes Leben bestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit meinem Kind / meinen Kindern zusammen bin, gibt es nichts anderes, was ich lieber täte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich freue mich darauf, mit meinem Kind / meinen Kindern zusammen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch meine Elternpflichten gefangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann den Bedürfnissen meines Kindes / meiner Kinder sehr gut gerecht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich mir in der Pflege und Erziehung vornehme, kann ich auch in die Tat umsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe es selber in der Hand, wie ich in der Pflege und Erziehung zurechtkomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich hilflos in der Pflege und Erziehung meines Kindes / meiner Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

87. Wie häufig kommen folgende Dinge zwischen Ihnen und Ihrem Kind / Ihren Kindern vor?

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Sie zeigen Ihrem Kind / Ihren Kindern mit Worten und Gesten, dass Sie es / sie gerne haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie kritisieren Ihr Kind / Ihre Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie schwächen eine Bestrafung ab und heben sie vorzeitig auf. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie trösten Ihr Kind / Ihre Kinder, wenn es traurig ist / sie traurig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt Ihnen schwer, in der Erziehung konsequent zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie schreien Ihr Kind / Ihre Kinder an, wenn es etwas falsch gemacht hat / sie etwas falsch gemacht haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Tage, an denen Sie strenger sind als an anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie beschimpfen Ihr Kind / Ihre Kinder, wenn sie wütend auf es / sie sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie drohen Ihrem Kind / Ihren Kindern eine Strafe an, strafen es / sie dann aber doch nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie loben Ihr Kind / Ihre Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Falls Sie einen Partner / eine Partnerin haben: Wie häufig gab es in letzter Zeit zwischen Ihnen und Ihrem Partner / Ihrer Partnerin bei der Kindererziehung folgende Probleme?

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Meinungsverschiedenheiten in der Pflege und Erziehung der Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskussionen über die Pflege und Erziehung der Kinder enden im Streit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einer fällt dem anderen in den Rücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Falls Sie einen Partner / eine Partnerin haben: Wie ist das, wenn es ein Problem mit dem Kind / den Kindern gibt: Wie oft suchen Sie und Ihr Partner / Ihre Partnerin gemeinsam eine Lösung?

Nie	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>
Manchmal	<input type="checkbox"/>
Oft	<input type="checkbox"/>
Sehr oft	<input type="checkbox"/>

90. Jetzt geht es um Beratungsangebote für Eltern, Kinder und Jugendliche. Welche der folgenden Angebote haben Sie oder Ihr Partner / Ihre Partnerin für Ihr Kind / Ihre Kinder in den letzten zwei Jahren in Anspruch genommen?

Beratung durch Erzieher/innen oder Lehrer/innen in Kindergarten, Hort oder Schule	<input type="checkbox"/>
Beratung durch Kinderarzt / Kinderärztin	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychotherapie	<input type="checkbox"/>
Nichts davon	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie seit der letzten Befragung ein Kind bekommen haben. Ansonsten gehen Sie bitte zu Frage 99.

Wenn Sie seit der letzten Befragung mehr als ein Kind bekommen haben, denken Sie bitte an Ihr jüngstes Kind.

91. Wer ist der andere leibliche Elternteil des Kindes?

Aktuelle/r Partner/in	<input type="checkbox"/>
Ex-Partner/in	<input type="checkbox"/>
Eine andere Person	<input type="checkbox"/>

92. Kam das Kind durch einen Kaiserschnitt zur Welt?

Ja, Kaiserschnitt aus medizinischen Gründen	<input type="checkbox"/>
Ja, Kaiserschnitt aus anderen Gründen	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

93. In welcher Schwangerschaftswoche ist das Kind geboren?

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

Woche

Weiß nicht

☐

94. Wie groß und wie schwer war das Kind zum Zeitpunkt der Geburt?

Körpergröße in cm Gewicht in Gramm
 Weiß nicht ☐

95. Wurde das Kind gestillt, und wenn ja, wie lange?

Wurde Monate gestillt ☐
 Wird immer noch gestillt ☐
 Wurde nicht gestillt ☐
 Weiß nicht ☐

96. Wenn das Kind in den letzten 2 Wochen quengelte oder schrie und Sie es beruhigen wollten, wie oft ließ sich Ihr Kind beruhigen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

97. Wie oft fühlen Sie sich durch das Schreien oder Quengeln Ihres Kindes belastet?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

98. Wie würden Sie Ihr Kind heute beschreiben?

	Trifft überhaupt nicht zu				Trifft voll und ganz zu
Mein Kind ist meist fröhlich und zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist leicht erregbar und weint häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist schwer zu trösten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist neugierig und aktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Ihre Eltern.

99. Leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater noch?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, die noch leben. Sollten beide Elternteile verstorben sein, gehen Sie bitte zu Frage 108.

100. Leben Ihre Eltern in einem gemeinsamen Haushalt?

Ja ☐ → Weiter zu Frage 105 Nein ☐ Weiß nicht ☐

101. Lebt Ihre Mutter derzeit in einer Partnerschaft?

Ja ☐

Nein ☐ → *Weiter zu Frage 103*

Weiß nicht ☐

102. Ist das derselbe Partner, mit dem Ihre Mutter zum Zeitpunkt der letzten Befragung bereits zusammen war?

Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐

103. Lebt Ihr Vater derzeit in einer Partnerschaft?

Ja ☐

Nein ☐ → *Weiter zu Frage 105*

Weiß nicht ☐

104. Ist das dieselbe Partnerin, mit der Ihr Vater zum Zeitpunkt der letzten Befragung bereits zusammen war?

Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐

105. Wie oft haben Sie zu Ihren Eltern Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate, E-Mails und Ähnliches zusammenzählen?

	Mutter	Vater	Falls vorhanden: Partner der Mutter	Falls vorhanden: Partnerin des Vaters
Täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 bis 3 Mal im Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals im Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seltener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt hat nie bestanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

106. Wie eng fühlen Sie sich mit Ihren Eltern heute verbunden?

	Überhaupt nicht eng				Sehr eng
Ihrer Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihrem Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls vorhanden: Partner der Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls vorhanden: Partnerin des Vaters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

107. Wie lange brauchen Sie, um zu Ihren Eltern zu kommen? (An einem gewöhnlichen Tag, mit einem gewöhnlichen Verkehrsmittel)

	Mutter	Vater	Falls vorhanden: Partner der Mutter	Falls vorhanden: Partnerin des Vaters
Wir wohnen im gleichen Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir wohnen in einem Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger als 10 Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Minuten bis weniger als 30 Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Minuten bis weniger als 1 Stunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Stunde bis weniger als 3 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend noch einige Fragen zu Ihrer Person.

108. Wie hoch war Ihr Arbeitsverdienst im letzten Monat?

Gemeint ist Ihr Nettoverdienst, das heißt der Betrag nach Abzug von Steuern und Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung. Wenn Sie im letzten Monat Sonderzahlungen hatten (z.B. Urlaubsgeld oder Nachzahlungen), rechnen Sie diese bitte nicht mit. Entgelt für Überstunden rechnen Sie dagegen mit. Falls Sie selbstständig sind: Bitte schätzen Sie Ihren monatlichen Gewinn nach Steuern. Falls Sie nicht erwerbstätig sind: Geben Sie bitte 0 Euro an.

Euro netto

Weiß nicht

☐

109. Falls Sie "Weiß nicht" geantwortet haben: Es würde uns schon helfen, wenn Sie sich zumindest grob einer der folgenden Kategorien zuordnen könnten.

Unter 250 Euro	<input type="checkbox"/>	2000 bis unter 2500 Euro	<input type="checkbox"/>
250 bis unter 500 Euro	<input type="checkbox"/>	2500 bis unter 3000 Euro	<input type="checkbox"/>
500 bis unter 750 Euro	<input type="checkbox"/>	3000 bis unter 3500 Euro	<input type="checkbox"/>
750 bis unter 1000 Euro	<input type="checkbox"/>	3500 bis unter 4000 Euro	<input type="checkbox"/>
1000 bis unter 1250 Euro	<input type="checkbox"/>	4000 bis unter 4500 Euro	<input type="checkbox"/>
1250 bis unter 1500 Euro	<input type="checkbox"/>	4500 und mehr Euro	<input type="checkbox"/>
1500 bis unter 1750 Euro	<input type="checkbox"/>		
1750 bis unter 2000 Euro	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

110. Erhalten Sie oder ein anderes Haushaltsmitglied derzeit eine oder mehrere der folgenden Leistungen? Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

Kindergeld	<input type="checkbox"/>	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/>
Lohnfortzahlung im Mutterschutz	<input type="checkbox"/>	Krankengeld	<input type="checkbox"/>
Elterngeld	<input type="checkbox"/>	Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/>
Wohngeld oder Lastenzuschuss	<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unterhaltszahlungen für Kinder	<input type="checkbox"/>
Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unterhaltszahlungen von ehemaligem/r Partner/in (nicht für Kinder)	<input type="checkbox"/>
Rente	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld I (ALG I)	<input type="checkbox"/>	Keine dieser Leistungen	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld II einschließlich Sozialgeld	<input type="checkbox"/>		

111. Wenn man einmal alle Einkünfte zusammennimmt: Wie hoch war das Haushaltseinkommen, also das Einkommen aller Haushaltsmitglieder insgesamt im letzten Monat?

Bitte geben Sie den monatlichen Netto-Betrag an, also nach Abzug von Steuern und Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung. Regelmäßige Zahlungen wie Rente, Wohngeld, Kindergeld, BAföG, Unterhaltszahlungen usw. rechnen Sie bitte dazu! Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie den Betrag bitte. Wenn Sie alleine leben, ist Ihr eigenes Einkommen gemeint. Auch bei Wohngemeinschaften geben Sie bitte nur Ihr eigenes Einkommen an.

Euro

Weiß nicht

☐

112. Falls Sie „Weiß nicht“ geantwortet haben: Es würde uns schon helfen, wenn Sie sich zumindest grob einer der folgenden Kategorien zuordnen könnten.

Falls Sie alleine leben, ist Ihr eigenes Einkommen gemeint.

Unter 250 Euro	<input type="checkbox"/>	2000 bis unter 2500 Euro	<input type="checkbox"/>
250 bis unter 500 Euro	<input type="checkbox"/>	2500 bis unter 3000 Euro	<input type="checkbox"/>
500 bis unter 750 Euro	<input type="checkbox"/>	3000 bis unter 3500 Euro	<input type="checkbox"/>
750 bis unter 1000 Euro	<input type="checkbox"/>	3500 bis unter 4000 Euro	<input type="checkbox"/>
1000 bis unter 1250 Euro	<input type="checkbox"/>	4000 bis unter 4500 Euro	<input type="checkbox"/>
1250 bis unter 1500 Euro	<input type="checkbox"/>	4500 und mehr Euro	<input type="checkbox"/>
1500 bis unter 1750 Euro	<input type="checkbox"/>		
1750 bis unter 2000 Euro	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

113. Zahlen Sie oder ein anderes Haushaltsmitglied gesetzliche Unterhaltszahlungen für einen ehemaligen Partner bzw. eine ehemalige Partnerin oder für Kinder?

Ja für ehemalige/n Partner/in ☐

Ja, für Kind ☐

Nein, weder noch ☐

114. Wie ist die finanzielle Situation in Ihrem Haushalt?

Stimme
überhaupt
nicht zu

Stimme
voll und
ganz zu

Wir müssen bzw. ich muss häufig auf etwas verzichten, weil wir uns finanziell einschränken müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei uns bzw. bei mir ist Geld meistens knapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

115. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der finanziellen Situation Ihres Haushalts?

Sehr
unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr
zufrieden

116. Nun noch eine Frage zu Ihrem Freundeskreis. Wie viele Freunde haben Sie?

Keine ☐
1 bis 2 ☐
3 bis 5 ☐
6 bis 10 ☐
Mehr als 10 ☐

117. Kommen wir nun zu Ihrer gesundheitlichen Situation. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben?

Schlecht ☐ Weniger gut ☐ Zufriedenstellend ☐ gut ☐ Sehr gut ☐

118. Wurde bei den folgenden Personen eine COVID-19-Infektion nachgewiesen?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

Ja, bei mir ☐
Ja, bei meinem Partner / meiner Partnerin ☐
Ja, bei meinem Kind / meinen Kindern ☐
Ja, bei meiner Mutter / meinem Vater ☐
Nein, bei keiner dieser Personen ☐

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

, Stunden pro Nacht

120. Nun möchten wir Sie noch nach Ihrer Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt fragen.
Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig - alles in allem - mit Ihrem Leben?

Sehr
unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr
zufrieden

Zum Abschluss noch eine wichtige Sache:

Im nächsten Jahr wird die Befragung nicht mehr Kantar im Auftrag der vier Universitäten durchführen, sondern GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften und das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB). Deshalb möchten wir Sie um Ihr Einverständnis bitten:

- Ihre bisher im Rahmen von „Beziehungen und Familienleben in Deutschland“ erhobenen Daten mit den neu erhobenen Daten über eine ID zu verknüpfen und
- Ihre Adressdaten an die beiden genannten Institute weiterzugeben, damit Sie auch im nächsten Jahr eine Einladung zur Befragung erhalten können.

Sie können sicher sein, dass der Datenschutz ebenso wie bisher gewährleistet ist. Die Datenschutzinformation von GESIS und dem BiB finden Sie unter www.gesis.org und www.bib.bund.de.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig, doch Ihre Unterstützung ist für den Erfolg der Studie von großer Bedeutung. Es ist sehr wichtig für uns, dass Sie auch im nächsten Jahr wieder an der Befragung teilnehmen, da wir Veränderungen über die Zeit nur analysieren können, wenn wir jedes Jahr dieselben Menschen befragen.

Sind Sie damit einverstanden?

Ja ☐
Nein ☐

Wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse angeben, können wir Sie im nächsten Jahr per E-Mail zur Befragung einladen. Sie können dann einfach einen Link anklicken, um die Befragung zu starten. Wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse nicht angeben wollen, erhalten Sie einen Brief mit dem Link zur Befragung. Die E-Mail-Adresse erhalten GESIS und das BiB, um Sie zur erneuten Befragung im nächsten Jahr zu kontaktieren. Sie können sicher sein, dass Sie keine weiteren Mails von den beiden genannten Forschungsinstituten erhalten. Der Nutzung der E-Mail-Adresse können Sie jederzeit widersprechen.

E-Mail-Adresse:

Falls Sie vorhin zugestimmt haben, dass wir Ihren Partner / Ihre Partnerin für die aktuelle Befragung kontaktieren dürfen: Für die Zusendung des Fragebogens benötigen wir den vollständigen Namen und die vollständige Adresse Ihres Partners / Ihrer Partnerin. Die Adressdaten werden getrennt von Ihren Antworten gespeichert und nach dem letzten Versand gelöscht.

Vorname: ...

Name:

Gleiche Adresse wie ich ☐

Straße, Hausnummer: ...

PLZ, Ort:

Tragen Sie bitte das heutige Datum ein:

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

