

Beziehungen und Familienleben in Deutschland

PARTNERFRAGEBOGEN 2021/2022

Wie wird's gemacht? Hier ein paar Erläuterungen:

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

Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen allein auszufüllen.

Wir versichern Ihnen, dass die Angaben vertraulich behandelt werden.

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

Dazu zwei Beispiele:

1. Gibt es in Ihrem Haushalt Kinder?

Ja ☐

Nein ☐ → **Weiter mit Frage 3**



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

2. Falls Sie sich ein weiteres Kind wünschen:

Welchen Altersabstand sollten Ihre Kinder haben?

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

MUSTER

Viel Spaß beim Ausfüllen des Fragebogens!

Einstellungen und Meinungen über Familie und Partnerschaft

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

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

Kommen wir nun zu den Bereichen Partnerschaft und Zusammenleben.

2. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?

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

3. Wie haben Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin sich die Arbeit in folgenden Bereichen zeitlich aufgeteilt? Wenn Sie eine Haushaltshilfe, Kinderfrau oder Ähnliches haben, beziehen Sie Ihre Angaben bitte nur auf den Anteil der Arbeiten, den Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin erledigen.

Das übernimmt...	Hausarbeit (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

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

Ich erledige viel mehr als meinen gerechten Anteil	<input type="checkbox"/> 1
Ich erledige etwas mehr als meinen gerechten Anteil	<input type="checkbox"/> 2
Ich erledige ungefähr meinen gerechten Anteil	<input type="checkbox"/> 3
Ich erledige etwas weniger als meinen gerechten Anteil	<input type="checkbox"/> 4
Ich erledige viel weniger als meinen gerechten Anteil	<input type="checkbox"/> 5
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

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

	Fast nie oder nie				Sehr oft
Den Partner beleidigen oder beschimpfen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
In Schweigen verfallen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Den Partner anschreien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Zuhören und nachfragen, um den anderen besser zu verstehen ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sich weigern, weiter darüber zu reden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sich bemühen, dem anderen das eigene Anliegen wirklich verständlich zu machen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

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

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2

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

Ja ☐₁

Nein ☐₂ → *Weiter mit Frage 10*

Ich bin schwanger/meine Partnerin ist schwanger ☐₇ → *Weiter mit Frage 10*

Weiß nicht ☐ → *Weiter mit Frage 10*

Das möchte ich nicht beantworten ☐ → *Weiter mit Frage 10*

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

**Sehr
inkonsequent**

☐₁☐₂☐₃☐₄

**Sehr
konsequent**

☐₅

**Das möchte
ich nicht
beantworten**

☐

10. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Sexualleben?

**Sehr un-
zufrieden**

☐₀☐₁☐₂☐₃☐₄☐₅☐₆☐₇☐₈☐₉☐₁₀

**Sehr
zufrieden**

**Das möchte
ich nicht
beantworten**

☐

11. Wenn es nur nach Ihnen ginge, hätten Sie dann gerne seltener oder häufiger Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin als in den letzten 3 Monaten?

Viel seltener ☐₁

Etwas seltener ☐₂

Genau so oft ☐₃

Etwas häufiger ☐₄

Viel häufiger ☐₅

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten . ☐

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

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

Gemeint ist die Gesamtzahl einschließlich bereits vorhandener Kinder.

Kinder

Keine Kinder ☐₀

Weiß nicht ☐

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

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

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

- Ja ☐ ₁
- Nein ☐ ₂ → **Weiter mit Frage 16**
- Ich bin mir nicht sicher ☐ ₅ → **Weiter mit Frage 14**
- Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht ... ☐ ₆ → **Weiter mit Frage 16**

Wenn ja:

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

- Ein Kind / ein weiteres Kind ☐ ₁
- Zwei Kinder / zwei weitere Kinder ☐ ₂
- Drei Kinder / drei weitere Kinder ☐ ₃
- Vier Kinder / vier weitere Kinder oder mehr ☐ ₄
- Ich bin mir nicht sicher ☐ ₅
- Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht ... ☐ ₆

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

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

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

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

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

► Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen 16 und 17 nur, wenn Sie Kinder haben.

► Wenn Sie keine Kinder haben, gehen Sie direkt zu Frage 18.

16. Wie häufig gab es in letzter Zeit zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin bei der Kindererziehung folgende Probleme?

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft
Meinungsverschiedenheiten in der Pflege und Erziehung der Kinder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Diskussionen über die Pflege und Erziehung der Kinder enden im Streit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Einer fällt dem anderen in den Rücken	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

17. Wie fühlen Sie sich in der Elternrolle? Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu					Weiß nicht
Ich kann den Bedürfnissen meines Kindes/meiner Kinder 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"/>
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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅						<input type="checkbox"/>
Was ich mir in der Pflege und Erziehung vornehme, kann ich auch in die Tat umsetzen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅						<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit meinem Kind/meinen Kindern zusammen bin, gibt es nichts anderes, was ich lieber täte. ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅						<input type="checkbox"/>
Ich habe es selber in der Hand, wie ich in der Pflege und Erziehung zurecht komme.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅						<input type="checkbox"/>
Ich freue mich darauf, mit meinem Kind/meinen Kindern zusammen zu sein.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅						<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich hilflos in der Pflege und Erziehung meines Kindes/meiner Kinder.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅						<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch meine Elternpflichten gefangen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅						<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Ihre Eltern.

18. Leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater noch?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
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 24.

19. Mit wem leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater zusammen? Leben sie...

Sie können mehrere Kreuze machen.

	Mutter	Vater
...gemeinsam in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit einem anderen Partner in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit jemand anderem in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...allein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...in einem Alters- oder Pflegeheim; in betreuter Wohnanlage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 mal im Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals im Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seltener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt hat nie bestanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Überhaupt
nicht eng

Sehr
eng

☐
☐
☐
☐
☐

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

Überhaupt
nicht eng

Sehr
eng

☐
☐
☐
☐
☐

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

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

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

Abschließend noch einige Angaben zu Ihrer Person.

24. Wann sind Sie geboren?

Tag

Monat

Jahr

25. Sind Sie ...

Männlich ☐ 1

Weiblich ☐ 2

26. Welchen Familienstand haben Sie?

Ledig ☐ 1

Verheiratet ☐ 2

Eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ 3

Geschieden/Entpartnert ☐ 4

Verwitwet/Partnerhinterblieben ☐ 5

27. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt?

Arbeiter (auch in der Landwirtschaft)

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

Auszubildende/Praktikanten

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

Beamte/Staatsverwaltung (einschl. Richter und Berufssoldaten)

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

Selbständige (einschl. mithelfende Familienangehörige)

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

Angestellte

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

28. 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.

Nettoeinkommen in Euro:

Weiß nicht

☐

Trifft nicht zu

☐

29. 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

☐

1

250 bis unter 500 Euro

☐

2

500 bis unter 750 Euro

☐

3

750 bis unter 1000 Euro

☐

4

1000 bis unter 1250 Euro

☐

5

1250 bis unter 1500 Euro

☐

6

1500 bis unter 1750 Euro

☐

7

1750 bis unter 2000 Euro

☐

8

2000 bis unter 2500 Euro

☐

9

2500 bis unter 3000 Euro

☐

10

3000 bis unter 3500 Euro

☐

11

3500 bis unter 4000 Euro

☐

12

4000 bis unter 4500 Euro

☐

13

4500 und mehr Euro

☐

14

Weiß nicht

☐

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

Schlecht

☐

1

Weniger gut

☐

2

Zufriedenstellend

☐

3

Gut

☐

4

Sehr gut

☐

5

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

Stunden

Weiß nicht

☐

**32. Nun noch einige Fragen zu Ihrem Freundeskreis.
Wie viele Freunde haben Sie?**

Keine	<input type="checkbox"/>	1
1 bis 2	<input type="checkbox"/>	2
3 bis 5	<input type="checkbox"/>	3
6 bis 10	<input type="checkbox"/>	4
mehr als 10	<input type="checkbox"/>	5
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	
Das möchte ich nicht beantworten	<input type="checkbox"/>	

**33. 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					Bin derzeit nicht erwerbstätig oder in Ausbildung/ Studium
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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zeit, die ich für Partner/Partnerin, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Sehr un- zufrieden											Sehr zufrieden
<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

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

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu					Weiß nicht
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

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

	Fast nie	Manch- mal	Oft	Fast immer	Weiß nicht
Meine Stimmung ist schwermütig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin deprimiert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin traurig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

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

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

Wenn Sie zum ersten Mal an dieser Befragung teilnehmen, dann beantworten Sie bitte die Fragen 38 bis 48.

Wenn Sie schon im letzten Jahr an dieser Befragung teilgenommen haben, gehen Sie bitte direkt zu Frage 48.

38. Haben Sie Kinder?

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

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2 → Weiter mit Frage 40

Weiß nicht ☐

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

Wann wurden Ihre Kinder geboren?

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

Tragen Sie bitte das Geschlecht Ihrer Kinder ein:

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

Fortsetzung nächste Seite!

Welches Verhältnis haben Ihre Kinder zu Ihnen?

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

Leben Ihre Kinder mit Ihnen in einem Haushalt?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂

40. Sind Sie nach amtlicher Feststellung erwerbsgemindert oder schwerbehindert?

Ja ☐₁

Nein ☐₂ → *Weiter mit Frage 42a*

Weiß nicht ☐

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

%

Weiß nicht ☐

42a. Haben Sie jemals in Ihrem Leben geraucht?
Gemeint ist, dass Sie insgesamt mindestens 100 Zigaretten oder andere Rauchwaren in Ihrem Leben geraucht haben.

Ja ☐₁

Nein ☐₂ → *Weiter mit Frage 43*

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten ☐

42b. Wie alt waren Sie, als Sie anfangen regelmäßig zu rauchen?

Jahre

Ich habe nie regelmäßig geraucht ☐₁

Weiß nicht ☐

Das möchte ich nicht beantworten ☐

43. Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft an, wenn ja, welcher?

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

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

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

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

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

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

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

47. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

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

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

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!