

LMU

Ludwig-Maximilians-
Universität
München
(Germany)



Göteborg
Universitet
(Sweden)



Università Cattolica
Del Sacro Cuore,
Milan
(Italy)



Universitat Ramon
Llull,
Barcelona
(Spain)

YAGISS

Young Adults in Germany, Italy, Sweden and Spain

Life Design of Young Adults ages 20 to 30 in Munich, Milan,
Gothenburg, Stockholm, and Barcelona between
Vocational Training, Job and Family

**"Junge Erwachsene in Deutschland,
Italien, Schweden und Spanien"**

**Lebensgestaltung der 20 – 30jährigen
zwischen Ausbildung,
Beruf und Familie**

München
2008

"Junge Erwachsene in München und Mailand"
Lebensgestaltung der 20 – 30jährigen zwischen Ausbildung, Beruf und Familie

Liebe Teilnehmerin und lieber Teilnehmer!

Der vorliegende Fragebogen befasst sich mit der Lebenssituation junger Erwachsener. Sie als junge(r) Erwachsene(r) stehen in einer wichtigen Lebensphase, die sich in einzelnen europäischen Ländern durchaus anders gestaltet. Für alle werden hier aber wesentliche Weichen für die Zukunft gestellt: Welcher Beruf ist auf Dauer der richtige? Wie möchte man in den nächsten Jahren leben? Die Suche nach einem dauerhaften Partner ist vielen ein wichtiges Anliegen. Berufspläne und Kinderwunsch sind oft nicht leicht zu vereinbaren. Wir wissen nur wenig darüber, wie diese Lebensphase erfolgreich gemeistert werden kann. Mit dieser Befragung in München und Mailand stellen wir zwei benachbarte Länder gegenüber, die viele Gemeinsamkeiten haben, aber auch Unterschiede im wirtschaftlichen Bereich und in den Familienbeziehungen aufweisen. Dem möchten wir näher nachgehen. ***Ihre Erfahrungen können dabei helfen, gezielte Maßnahmen und Beratungsangebote zu entwickeln, die Schwierigkeiten in dieser Lebensphase abwenden oder leichter überwinden lassen.***

Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie sie es für richtig halten. Ihre Meinung ist uns wichtig.

Alle Angaben sind selbstverständlich anonym, Ihr Name wird also zu keiner Zeit erfasst oder vermerkt werden, d.h. der Datenschutz ist voll gewährleistet.

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden (siehe Beiblatt).

Vielen Dank und viel Spaß bei der Beantwortung der Fragen!

Wird von uns ausgefüllt:

Nr. _____

Datum _____

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen:

Allgemeine Fragen**(Frage 1 bis 9)**

1. Sind Sie: 1 männlich 2 weiblich

2. Ihr Geburtsjahr: 19__ __ (Bitte geben Sie eine Jahreszahl an)

3.a) Sie sind:

- 1 ledig
- 2 verheiratet in erster Ehe
- 3 verheiratet in einer weiteren Ehe
- 4 noch verheiratet, in Trennung lebend
- 5 geschieden
- 6 verwitwet

3.b) Ihre eigene Nationalität:

3.c) Nationalität Ihrer Eltern:

4. Ihr höchster bisher erreichter Abschluss:

- 1 keiner
- 2 einfacher Hauptschulabschluss
- 3 qualifizierter Hauptschulabschluss
- 4 mittlere Reife
- 5 Fachhochschulreife
- 6 Hochschulreife/Abitur
- 7 abgeschlossenes Fachhochschulstudium
- 8 abgeschlossenes Hochschulstudium

5. Was machen Sie zur Zeit?

⇒ in Schule / Ausbildung

- 1 Schule / BOS / FOS
(nicht Zutreffendes bitte streichen)
- 2 Schule gerade abgeschlossen und noch nicht in Ausbildung/Beruf
- 3 in beruflich-betrieblicher Ausbildung/Lehre als _____
- 4 in beruflich-schulischer Ausbildung als _____
- 5 Fach-/Meister-/Technikerschule, Fachakademie oder Schule des Gesundheitswesens, Fachrichtung: _____
- 6 Fachhochschul-Studium oder Berufsakademie, Fachrichtung: _____
- 7 Universitäts-Studium, Fachrichtung: _____

⇒ nicht in Schule / Ausbildung, sondern:

- 8 Wehr-, Zivildienst, soziales Jahr
(nicht Zutreffendes bitte streichen)
- 9 Ausbildung abgeschlossen, noch nicht erwerbstätig
- 10 Erwerbstätig als _____
- 11 Arbeitslos
- 12 Sonstiges, nämlich _____

6. Waren oder sind Sie erwerbstätig?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- 1 Ja, mit ca. ___ Stunden pro Woche. (Bitte geben Sie eine Zahl an)
- 2 Ja, früher.
- 3 Nein, ich war noch nie erwerbstätig, auch nicht nebenher.

7. Wenn Sie schon einmal gearbeitet haben: Wann haben Sie das erste Mal in einem Job selbst Geld verdient?

Im Alter von ____ Jahren. (Bitte geben Sie eine Zahl an)

8. Welche Personen leben mit Ihnen in einem Haushalt? (Bitte, alles ankreuzen, was gegenwärtig zutrifft)

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Mutter | 1 <input type="checkbox"/> Großeltern |
| 1 <input type="checkbox"/> Vater | 1 <input type="checkbox"/> Freunde/Mitbewohner |
| 1 <input type="checkbox"/> Geschwister | 1 <input type="checkbox"/> Meinem Partner/meiner Partnerin |
| 1 <input type="checkbox"/> Stiefvater/Partner der Mutter | 1 <input type="checkbox"/> Meinen Kindern |
| 1 <input type="checkbox"/> Stiefmutter/Partnerin des Vaters | 1 <input type="checkbox"/> Allein |
| 1 <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich _____ | |

9. Mit Ihnen beträgt die Anzahl aller in Ihrem Haushalt lebenden Personen: ____ (Bitte geben Sie eine Zahl an)

Wie sind Sie?	(Fragen 10 bis 12)
----------------------	---------------------------

10. Wie sehen Sie sich?

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4
1	Ich habe viele gute Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich steigere mich leicht in einen Streit hinein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich gerate schnell in Wut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich kann selten stolz auf mich sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Manchmal denke ich, dass ich wertlos bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Im Großen und Ganzen bin ich mit mir zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Bei Streit mit anderen raste ich richtig aus und habe mich nicht mehr unter Kontrolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wenn andere mich reizen, werde ich schnell wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich fühle mich manchmal nutzlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich habe wenig Achtung vor mir selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich mag mich so wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie oft haben Sie sich innerhalb der letzten 12 Monate in einer der folgenden Situationen befunden?

		0 mal	1 mal	2-5 mal	6-10 mal	mehr als 10 mal
		1	2	3	4	5
1	Ich bin unter dem Einfluss von Alkohol und/oder Drogen Auto gefahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich bin schneller als 160km/h gefahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich habe im Straßenverkehr an Geschwindigkeitsrennen teilgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich habe bewusst Verkehrsregeln missachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich habe mich exzessiv betrunken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich habe Marihuana/Hasch geraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich habe Drogen in Tablettenform genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		0 mal	1 mal	2-5 mal	6-10 mal	mehr als 10 mal
		1	2	3	4	5
8	Ich habe andere Drogen genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich habe ungeschützten Sex gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich habe/hatte One Night Stands.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich habe Anabolika (Muskelaufbaupräparat) für den Sport benutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich habe Ladendiebstahl begangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich habe Crashdiäten gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich habe an Vandalismus (absichtliche Zerstörung von Eigentum anderer) teilgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie haben Sie sich in der letzten Woche gefühlt?

		Weniger als 1 Tag	1 bis 2 Tage lang	3 bis 4 Tage lang	5 bis 7 Tage lang
	Während der letzten Woche...	1	2	3	4
1	...war ich deprimiert/niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	...dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	...hatte ich oft Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	...war ich fröhlich gestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	...fühlte ich mich einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	...habe ich das Leben genossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	...war ich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	...hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Beziehung zu den Eltern

(Frage 13 bis 23)

Im Folgenden geht es um Ihre leiblichen Eltern.

13. Leben noch beide Eltern?

1 Ja

2 Nein

1 die Mutter ist verstorben im Jahr _____ (Bitte geben Sie eine Jahreszahl an)

2 der Vater ist verstorben im Jahr _____ (Bitte geben Sie eine Jahreszahl an)

Im Folgenden lassen Sie alle Fragen zu ihrem verstorbenen Elternteil aus.

14. Wie verstehen Sie sich mit Ihrer Mutter und wie mit Ihrem Vater?

Bitte denken Sie daran beide Spalten - sowohl für die Mutter, wie auch für den Vater - zu beantworten. Vielleicht ist es einfacher dies nacheinander zu tun (erst Mutter, dann Vater).

Mutter					Vater			
stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
1	2	3	4		1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) Ich möchte vieles zusammen mit meiner Mutter/meinem Vater erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mutter					Vater			
stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
1	2	3	4		1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) Sie/er bleibt mir wichtig, auch wenn ich mehr meinen eigenen Interessen nachgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) Ich möchte später am liebsten in der gleichen Stadt leben wie sie/er, so dass wir viel Zeit miteinander verbringen können.	<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) Am liebsten würde ich oft mit ihr/ihm zusammen verreisen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6) Ich komme meistens am besten zurecht, wenn ich allein bin (ohne Mutter/Vater).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7) Wenn ich einen Fehler gemacht habe, frage ich mich, ob sie/er mich noch mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(8) Wir haben zwar manchmal unterschiedliche Meinungen, wir verstehen uns aber trotzdem sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(9) Ich verstecke meine Gefühle vor meiner Mutter/meinem Vater, damit sie/er sich nicht darüber lustig macht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(10) Es stört mich sehr, wenn sie/er dauernd alles von mir wissen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(11) Wenn ich meine Mutter/meinen Vater enttäuscht habe, habe ich Angst, dass sie/er mich weniger liebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(12) Mir wäre es lieber, wenn sie/er nicht so an mir hängen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(13) Sie/er wäre sehr enttäuscht oder böse auf mich, wenn ich in meiner Ausbildung/meiner Arbeit Ärger hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(14) Auch wenn ich mit ihr/ihm streite, mögen wir uns gegenseitig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(15) Oft wünsche ich mir, sie/er wäre weniger fürsorglich und besorgt um mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(16) Es ist mir egal, was sie/er von mir denkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(17) Es regt mich auf, wenn sie/er mich über meine Angelegenheiten ausfragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(18) Ich habe es gern, wenn sie/er sich mit mir unterhält.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(19) Es fällt mir schwer, ihr/ihm etwas über mich zu erzählen, obwohl ich mir das manchmal wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(20) Ich fühle mich andauernd von ihr/ihm kontrolliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(21) Ich habe oft Angst, etwas falsch zu machen und sie/ihn zu enttäuschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mutter					Vater			
stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
1	2	3	4		1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(22) Ich bin manchmal unsicher, ob sie/er sich freut, wenn ich zeige, dass ich sie/ihn mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(23) Ich möchte mehr Zeit mit ihr/ihm verbringen, habe aber öfters Angst, lästig zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(24) Meistens habe ich keine Lust, mit ihr/ihm zusammen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(25) Ich habe manchmal das Gefühl, dass ich meine Mutter/meinen Vater mehr mag als sie/er mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(26) Wenn meine Mutter/mein Vater mich dauernd in ihrer/seiner Nähe haben will, wird mir das oft zu viel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(27) Ich komme auch gut ohne ihre/seine Zuneigung zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Falls Sie noch bei Ihren Eltern/einem Elternteil wohnen:

In welchem Alter werden Sie voraussichtlich von zu Hause ausziehen? _____ (Bitte geben Sie eine Zahl an)

16. Falls Sie nicht mehr bei Ihren Eltern/einem Elternteil wohnen:

In welchem Alter sind Sie von zu Hause ausgezogen? _____ (Bitte geben Sie eine Zahl an)

Bitte beantworten Sie die Fragen 17 und 18 nur, wenn Sie nicht mehr bei Ihrer Mutter wohnen:

17. Wie oft treffen Sie Ihre Mutter und wie oft telefonieren Sie mit ihr?

		Persönlicher Kontakt	Telefonischer Kontakt
1	Täglich	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2	Mehrmals pro Woche	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3	Einmal pro Woche	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4	Jede 2. Woche	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Jede 3. Woche	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6	1 mal im Monat	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7	Mehrmals im Jahr	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8	Etwa 1 mal im Jahr	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9	Seltener, nämlich	9 <input type="checkbox"/> _____	9 <input type="checkbox"/> _____
10	Kontakt abgebrochen	10 <input type="checkbox"/> Seit _____ Jahren	

18. Wo wohnt sie?

- 1 In dem selben Ort wie ich.
- 2 In einem anderen deutschen Ort _____ Km entfernt.
- 3 In einem anderen Land _____ Km entfernt.

Bitte beantworten Sie die Fragen 19 und 20 nur, wenn Sie nicht mehr bei Ihrem Vater wohnen:

19. Wie oft treffen Sie Ihren Vater und wie oft telefonieren Sie mit ihm?

		Persönlicher Kontakt	Telefonischer Kontakt
1	Täglich	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2	Mehrmals pro Woche	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3	Einmal pro Woche	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4	Jede 2. Woche	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Jede 3. Woche	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6	1 mal im Monat	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7	Mehrmals im Jahr	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8	Etwa 1 mal im Jahr	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9	Seltener, nämlich	9 <input type="checkbox"/> _____	9 <input type="checkbox"/> _____
10	Kontakt abgebrochen	10 <input type="checkbox"/> Seit _____ Jahren	

20. Wo wohnt er?

- 1 In dem selben Ort wie ich.
- 2 In einem anderen deutschen Ort _____ Km entfernt.
- 3 In einem anderen Land _____ Km entfernt.

Fragen für alle

21. Welche Bildungsabschlüsse haben Ihre Eltern?

		Mutter	Vater	Stiefmutter/ Partnerin des Vaters	Stiefvater/ Partner der Mutter
1	keinen	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2	einfacher Hauptschulabschluss	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3	qualifizierter Hauptschulabschluss	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4	mittlere Reife	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Fachhochschulreife	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6	Hochschulreife/Abitur	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7	abgeschlossenes Fachhochschulstudium	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8	abgeschlossenes Hochschulstudium	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

22. In welchem Beruf arbeiten ihre Eltern (bzw. haben sie gearbeitet)?

Bitte möglichst genau angeben!

Mutter: _____

Vater: _____

Stiefmutter: _____

Stiefvater: _____

23. Wie ist Ihre Beziehung zu den Eltern?

Mutter						Vater				
selten oder nie	manch mal	oft	beson ders oft	extrem oft		selten oder nie	manch mal	oft	beson ders oft	extrem oft
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) Wie häufig bringen Ihre Eltern Ihnen etwas bei, was Sie bis dahin nicht konnten oder wussten?	<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"/>	(2) Wie häufig sprechen Sie mit Ihren Eltern über Dinge, von denen Sie möchten, dass andere sie nicht erfahren?	<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"/>	(3) Wie häufig helfen Sie Ihren Eltern, Neues zu verstehen oder etwas in Ordnung zu bringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) Wie oft wenden Sie sich an Ihre Eltern, um Hilfe bei persönlichen Problemen zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5) Wie häufig werden Sie und Ihre Eltern ärgerlich oder sauer aufeinander?	<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"/>	(6) Wie häufig helfen Ihre Eltern Ihnen beim Erledigen von Aufgaben?	<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"/>	(7) Wie häufig streiten Sie miteinander?	<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"/>	(8) Wie häufig bringen Sie Ihren Eltern etwas bei, was Ihre Eltern bis dahin nicht konnten oder wussten?	<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"/>	(9) Wie oft verlassen Sie sich auf die Hilfe, die Ratschläge oder das Mitgefühl Ihrer Eltern?	<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"/>	(10) Wie häufig helfen Ihre Eltern Ihnen, Neues zu verstehen oder etwas in Ordnung zu bringen?	<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"/>	(11) Wie häufig sind Sie unterschiedlicher Meinung und streiten?	<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"/>	(12) Wie abhängig sind Sie davon, dass Ihre Eltern sie aufmuntern, wenn Sie sich schlecht oder ärgerlich fühlen?	<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"/>	(13) Wie häufig helfen Sie Ihren Eltern beim Erledigen von Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mutter						Vater				
sie fast immer	sie häufig	etwa gleich	ich häufig	ich fast immer		er fast immer	er häufig	etwa gleich	ich häufig	ich fast immer
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(14) Wenn Sie zusammen sind, wer gibt öfter den Ton an?	<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"/>	(15) Wer ist in der Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Eltern der/die Dominierende?	<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"/>	(16) In Ihrer Beziehung zu Ihren Eltern – wer übernimmt normalerweise die Verantwortung und entscheidet, was zu tun ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mutter						Vater				
wenig oder gar nicht	etwas	sehr	besonders	absolut		wenig oder gar nicht	etwas	Sehr	besonders	absolut
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(17) Wie sehr mögen oder lieben Sie Ihre Eltern?	<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"/>	(18) Wie stark teilen Sie Ihre Geheimnisse und persönlichen Gefühle mit Ihren Eltern?	<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"/>	(19) Wie sehr haben Ihre Eltern ein starkes Gefühl der Liebe oder Zuneigung Ihnen gegenüber?	<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"/>	(20) Wie sehr interessieren Sie sich tatsächlich für Ihre Eltern?	<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"/>	(21) Wie sehr werden Sie von Ihren Eltern gemocht oder geliebt?	<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"/>	(22) Wie viel erzählen Sie Ihren Eltern über private Angelegenheiten?	<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"/>	(23) Wie sehr bewundern und respektieren Sie Ihre Eltern?	<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"/>	(24) Wie sehr interessieren sich Ihre Eltern tatsächlich für Sie?	<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"/>	(25) Wie sehr lassen Sie Ihre Eltern fühlen, dass Ihre Eltern viele Dinge gut können?	<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"/>	(26) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Beziehung zu Ihren Eltern?	<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"/>	(27) Wie sehr haben Sie Ihren Eltern gegenüber ein starkes Gefühl der Liebe oder Zuneigung?	<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"/>	(28) Wie sehr schätzen Sie die Dinge, die Ihre Eltern tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partnerschaft**(Frage 24 bis 48)****24. Haben Sie gegenwärtig einen festen Partner/eine feste Partnerin?**

- 1 Nein.
 2 Ja, seit ____ Jahren und ____ Monaten. (Bitte geben Sie eine Zahl an)

25. Wie viele anderen Beziehungen hatten Sie bislang, die über sechs Monate dauerten?

_____ (Bitte geben Sie die Anzahl an)

Fragen für alle**26. Wie gehen Sie vor, wenn Sie jemand interessiert und sie sich Gedanken über eine mögliche Partnerschaft machen?**

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4
1	Ich versuche viel über meine Wünsche an einen Partner/eine Partnerin herauszufinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wenn mich jemand interessiert, versuche ich möglichst viel über sie/ihn zu erfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich versuche herauszufinden, inwieweit mein Partner/meine Partnerin zu meinen Stärken und Schwächen passt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich versuche auch etwas über seine/ihre Schwächen herauszufinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Allgemeine Gedanken zur Beziehung zwischen Eltern - Freunden - Partner

	Eltern	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
	Es ist sehr wichtig für mich, ...	1	2	3	4
1	...dass meine Eltern meinen Partner/meine Partnerin mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	...dass mich die Eltern meines Partners/meiner Partnerin mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	...dass mein Partner/meine Partnerin meine Eltern mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	...dass ich die Eltern meines Partners/meiner Partnerin mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wenn meine Familie meinen neuen Partner/meine neue Partnerin nicht ausstehen kann, werde ich die Beziehung beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wenn ich die Familie meines Partners/meiner Partnerin nicht ausstehen kann, werde ich die Beziehung beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wenn sich meine Familie und mein Partner/meine Partnerin nicht ausstehen können, werde ich die Beziehung beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wenn die Familie meines Partners/meiner Partnerin und ich uns nicht ausstehen können, werde ich die Beziehung beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Freunde	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
	Es ist sehr wichtig für mich, ...	1	2	3	4
9	...dass meine Freunde meinen Partner/meine Partnerin mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	...dass mich die Freunde meines Partners/meiner Partnerin mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	...dass mein Partner/meine Partnerin meine Freunde mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	...dass ich die Freunde meines Partners/meiner Partnerin mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Wenn sich meine Freunde und mein Partner/meine Partnerin nicht ausstehen können, werde ich die Beziehung beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4
15	Es ist mir ganz egal, ob meine Freunde meinen Partner/meine Partnerin mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Es ist mir ganz egal, ob meine Eltern meinen Partner/meine Partnerin mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren aktuellen Partner/Ihre aktuelle Partnerin. Falls Sie zur Zeit keinen festen Partner/keine feste Partnerin haben, machen Sie bitte mit der Frage 43 zu eigenen Kindern weiter.

28. Wie alt ist Ihr Partner/Ihre Partnerin? _____ Jahre (Bitte geben Sie eine Zahl an)

29.a) Ist Ihr Partner: 1 männlich 2 weiblich

29.b) Nationalität Ihres Partners _____

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

1 Nein.

2 Ja, seit _____ Jahren und _____ Monaten. (Bitte geben Sie eine Zahl an)

Bitte beantworten Sie Frage 31 und 32 nur, wenn Sie nicht mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin zusammen wohnen:

31. Wie oft treffen Sie Ihren Partner/Ihre Partnerin und wie oft telefonieren Sie mit ihm/ihr?

		Persönlicher Kontakt	Telefonischer Kontakt
1	Täglich	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2	Mehrmals pro Woche	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3	Einmal pro Woche	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4	Jede 2. Woche	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Jede 3. Woche	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6	1 mal im Monat	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7	Seltener	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

Anmerkungen: _____

32. Wo wohnt Ihr Partner/Ihre Partnerin?

1 In dem selben Ort.

2 In einem anderen deutschen Ort _____ Km entfernt. (Bitte geben Sie eine Zahl an.)

3 In einem anderen Land _____ Km entfernt. (Bitte geben Sie eine Zahl an.)

33. Der höchste erreichte Abschluss Ihres Partners/Ihrer Partnerin:

- 1 keiner
- 2 einfacher Hauptschulabschluss
- 3 qualifizierter Hauptschulabschluss
- 4 mittlere Reife
- 5 Fachhochschulreife
- 6 Hochschulreife/Abitur
- 7 abgeschlossenes Fachhochschulstudium
- 8 abgeschlossenes Hochschulstudium

34. War oder ist Ihr Partner/Ihre Partnerin erwerbstätig?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- 1 Ja, mit ca. ____ Stunden pro Woche. (Bitte geben Sie eine Zahl an.)
- 2 Ja, früher.
- 3 Nein, er/sie war noch nie erwerbstätig, auch nicht nebenher.

35. Was macht Ihr Partner/Ihre Partnerin zur Zeit?

⇒ in Schule / Ausbildung

- 1 Schule / BOS / FOS
(nicht Zutreffendes bitte streichen)
- 2 Schule gerade abgeschlossen und noch nicht in Ausbildung/Beruf
- 3 in beruflich-betrieblicher Ausbildung/Lehre als _____
- 4 in beruflich-schulischer Ausbildung als _____
- 5 Fach-/Meister-/Technikerschule, Fachakademie oder Schule des Gesundheitswesens, Fachrichtung: _____
- 6 Fachhochschul-Studium oder Berufsakademie, Fachrichtung: _____
- 7 Universitäts-Studium, Fachrichtung: _____

⇒ nicht in Schule / Ausbildung, sondern:

- 8 Wehr-, Zivildienst, soziales Jahr (nicht Zutreffendes bitte streichen)
- 9 Ausbildung abgeschlossen, noch nicht erwerbstätig
- 10 Erwerbstätig als _____
- 11 Arbeitslos
- 12 Sonstiges, nämlich _____

36. Wie kommen Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin aus?

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4
1	Ich möchte alles zusammen mit meinem Partner erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Es macht mich unsicher, wenn ich anderer Meinung bin als er/sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich freue mich, wenn ich merke, dass er/sie mir vertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Es regt mich auf, wenn er/sie mich über meine Angelegenheiten ausfragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Am liebsten würde ich immer mit ihm/ihr zusammen verreisen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Er/sie ist öfter mal anderer Meinung als ich, aber das ist schon in Ordnung für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Er/sie ist so anhänglich, dass ich das Gefühl habe, keine Luft zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wir haben zwar manchmal unterschiedliche Meinungen, wir verstehen uns aber trotzdem sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4
9	Ich bin mir oft nicht sicher, ob er/sie genauso gerne mit mir zusammen ist, wie ich mit ihm/ihr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Manchmal ärgere ich mich über ihn/sie, weil er/sie mir das Gefühl gibt, dass ich mich mehr um ihn/sie kümmern sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Wenn ich meinen Partner enttäuscht oder verärgert habe, habe ich Angst, dass er/sie mich nicht mehr leiden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich fühle mich einsam, wenn ich länger als 2 Wochen von ihm/ihr getrennt bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Mein Partner ist mir sehr wichtig, aber ich weiß nicht, ob er/sie sich darüber freut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Auch wenn wir manchmal streiten, mögen wir uns gegenseitig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Manchmal ärgere ich mich über ihn/sie, weil er/sie dauernd alles über mich wissen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mein Partner ist für mich da, wenn ich ihn/sie brauche, aber ich verstehe auch, dass er/sie manchmal für sich sein mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich fühle mich andauernd von ihm/ihr kontrolliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Auch wenn er/sie manches nicht gut findet, was ich mache, versucht er/sie mich zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ich habe oft Angst, dass er/sie mich blöd findet, wenn ich etwas falsch mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Wenn er/sie in der Nähe ist, habe ich das Gefühl, dass mir nichts Schlimmes passieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ich möchte gerne mehr mit ihm/ihr unternehmen, habe aber Angst lästig zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ich habe das Gefühl, dass ich ihn/sie mehr mag als er/sie mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Er/sie klebt so sehr an mir, dass er/sie mich nicht meine eigenen Sachen machen lässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Manchmal habe ich Angst, dass er/sie lieber mehr mit anderen Leuten zusammen wäre und nicht so viel mit mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Die Eltern Ihres Partners/Ihrer Partnerin:

- 1 Sind verheiratet und leben zusammen.
2 Leben unverheiratet zusammen.
3 Leben getrennt.
4 Die Mutter ist verstorben.
5 Der Vater ist verstorben.
6 Sonstiges, nämlich _____

38. Eltern, Freunde und Partnerschaft:

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4
1	In meiner Familie (Elternhaus) gibt es oft Konflikte wegen meinem Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	In der Familie meines Partners gibt es oft Konflikte wegen mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	In meinem Freundeskreis gibt es oft Konflikte wegen meinem Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bei den Freunden meines Partners/meiner Partnerin gibt es oft Konflikte wegen mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bei mir und meinem Partner/meiner Partnerin gibt es oft Probleme wegen seinen/ihren Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Bei mir und meinem Partner/meiner Partnerin gibt es oft Probleme wegen seiner/ihrer Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4
7	Bei mir und meinem Partner/meiner Partnerin gibt es oft Probleme wegen meinen Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Bei mir und meinem Partner/meiner Partnerin gibt es oft Probleme wegen meiner Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		überhaupt nicht	wenig	ziemlich	vollkommen	Kennen sich nicht
	Wie gut verstehen...	1	2	3	4	8
9	... sich Ihre Mutter und Ihr Partner/Ihre Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	... sich Ihr Vater und Ihr Partner/Ihre Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	... sich Ihre Freunde und Ihr Partner/Ihre Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	... Sie sich mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	... Sie sich mit der Mutter Ihres Partner/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	... Sie sich mich mit dem Vater Ihres Partners/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	... sich die Freunde Ihres Partners/Ihrer Partnerin und Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Wo haben Sie Ihren Partner/Ihre Partnerin kennen gelernt? (Mehrere Angaben sind möglich)

1 <input type="checkbox"/>	In der Arbeit	1 <input type="checkbox"/>	Bei Freunden
1 <input type="checkbox"/>	In der Schule	1 <input type="checkbox"/>	Bei anderen Freizeitaktivitäten, nämlich _____
1 <input type="checkbox"/>	Bei meiner Ausbildung/In der Uni		
1 <input type="checkbox"/>	Beim Sport	1 <input type="checkbox"/>	Bei meinen Eltern oder deren Bekannten
1 <input type="checkbox"/>	Als Mitglied einer sozialen oder religiösen Organisation	1 <input type="checkbox"/>	Wir waren bereits befreundet
		1 <input type="checkbox"/>	Im Urlaub
1 <input type="checkbox"/>	Im Cafe/Kneipe/Restaurant/Disko	1 <input type="checkbox"/>	Anders, nämlich _____

40. Wie ist Ihre Beziehung?

		selten oder nie	manchmal	oft	besonders oft	extrem oft
		1	2	3	4	5
1	Wie häufig bringt Ihr Partner/Ihre Partnerin Ihnen etwas bei, was Sie bis dahin nicht konnten oder wussten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wie häufig sprechen Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin über Dinge, von denen Sie möchten, dass andere sie nicht erfahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wie häufig haben Sie einfach nur Spaß mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Wie oft wenden Sie sich an Ihren Partner/Ihre Partnerin, um Hilfe bei persönlichen Problemen zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wie häufig werden Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin ärgerlich oder sauer aufeinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wie häufig hilft Ihr Partner/Ihre Partnerin Ihnen beim Erledigen von Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		selten oder nie	manch- mal	oft	besond- ers oft	extrem oft
		1	2	3	4	5
7	Wie häufig gehen Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin irgendwo hin und amüsieren sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wie oft verlassen Sie sich auf die Hilfe, die Ratschläge oder das Mitgefühl Ihres Partners/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wie häufig streiten sie miteinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wie häufig hilft Ihr Partner/Ihre Partnerin Ihnen, Neues zu verstehen oder etwas in Ordnung zu bringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Wie häufig verbringen Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin Ihre Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Wie abhängig sind Sie davon, dass Ihr Partner/Ihre Partnerin Sie aufmuntert, wenn Sie sich schlecht oder ärgerlich fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Wie häufig sind sie unterschiedlicher Meinung und streiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		sie/er fast immer	sie/er häufig	etwa gleich	ich häufig	ich fast immer
		1	2	3	4	5
14	Wenn sie zusammen sind – wer gibt öfter den Ton an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Wer ist in der Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin der/die Dominierende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	In Ihrer Beziehung zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin – wer übernimmt normalerweise die Verantwortung und entscheidet, was zu tun ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		wenig oder gar nicht	etwas	sehr	beson- ders	abso- lut
		1	2	3	4	5
17	Wie sehr mögen oder lieben Sie Ihren Partner/Ihre Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Wie stark teilen Sie Ihre Gefühle und persönliche Geheimnisse mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Wie sicher sind Sie, dass Ihre Beziehung trotz Auseinandersetzungen und Streitigkeiten bestehen bleiben wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Wie sehr hat Ihr Partner/Ihre Partnerin ein starkes Gefühl der Liebe oder Zuneigung Ihnen gegenüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Wie sicher sind Sie, dass Ihre Beziehung in den kommenden Jahren weiter bestehen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Wie sehr interessieren Sie sich tatsächlich für Ihren Partner/Ihre Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Wie sicher sind Sie, dass Ihre Beziehung bestehen bleiben wird, egal was passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Wie sehr werden Sie von Ihrem Partner/Ihrer Partnerin gemocht oder geliebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Wie viel erzählen Sie Ihrem Partner/Ihrer Partnerin über private Angelegenheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Wie sehr interessiert sich Ihr Partner/Ihre Partnerin tatsächlich für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Beziehung zu ihrem Partner/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Wie sehr haben Sie Ihrem Partner/Ihrer Partnerin gegenüber ein starkes Gefühl der Liebe oder Zuneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Kennen Sie die Eltern Ihres Partners/Ihrer Partnerin?

- 1 Ja, seit _____ (Monat/Jahr) (Bitte geben Sie eine Zahl an.)
- 2 Nein

42. Kennt Ihr Partner/Ihre Partnerin Ihre Eltern?

- 1 Ja, seit _____ (Monat/Jahr) (Bitte geben Sie eine Zahl an.)
- 2 Nein

Fragen für alle

43. Haben Sie schon eigene Kinder?

- 1 Ja, _____ Kinder. (Bitte geben Sie eine Zahl an)
- 2 Nein

44. Wollen Sie später (mehr) Kinder haben?

- 1 Ja, _____ Kinder. (Bitte geben Sie eine Zahl an)
- 2 Nein
- 3 Weiß nicht

45. Welche Bedingungen müssten unbedingt gegeben sein, damit Sie sich für ein (weiteres) Kind entscheiden? (Bitte max. 2 Antworten geben.)

- 1 Eine stabile Partnerschaft
- 2 In der Ehe
- 3 Eine sichere Arbeitsstelle
- 4 Eine stabile ökonomische Situation
- 5 Eine geeignete Wohnsituation
- 6 Sonstiges, nämlich _____

46. In der folgenden Liste sind verschiedene Lebensereignisse aufgeführt. Welche davon haben Sie erlebt und welche waren für Sie besonders bedeutsam?

		Habe ich erlebt		War besonders bedeutsam
		Ja	Nein	
1	Abschluss des Studiums	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Scheidung der Eltern	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Fehlgeburt	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Abtreibung	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Trauer um eine geliebte Person	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Eigene Krankheit oder Unfall	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Schwere Krankheit oder Unfall eines Familienmitglieds	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Ökonomische Probleme/Armut	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Eigene Arbeitslosigkeit	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Schwere Konflikte in der Familie	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Eigene Hochzeit	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Geburt eines eigenen Kindes	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Eigene Scheidung	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
1	Sonstiges, nämlich _____	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Falls ein Elternteil verstorben ist, beginnen Sie direkt mit Frage 50.

47. Zur Familiensituation Ihrer leiblichen Eltern:

1 <input type="checkbox"/>	Sie leben zusammen und sind 1 <input type="checkbox"/> verheiratet. 2 <input type="checkbox"/> nicht miteinander verheiratet.	Weiter mit Frage 52
2 <input type="checkbox"/>	Sie leben voneinander getrennt seit _____ Jahren (Bitte geben Sie eine Zahl an.) und waren vorher 1 <input type="checkbox"/> verheiratet. 2 <input type="checkbox"/> nicht miteinander verheiratet.	Weiter mit Frage 48

Bitte beantworten Sie Frage 48 bis 51 nur, wenn Ihre Eltern getrennt leben:

48. Wurden Ihre Eltern voneinander geschieden?

- 1 ja
- 2 nein

49. Haben die Eltern noch Kontakt untereinander? (Bitte nur eine Antwort geben)

- 1 sie sehen sich
- 2 sie telefonieren nur miteinander
- 3 sie haben keinen Kontakt mehr
- 4 anderes, nämlich _____

50. Nach der Trennung Ihrer Eltern bzw. dem Tod eines Elternteils: Bei wem sind Sie aufgewachsen und wie alt waren Sie damals?

(Bitte kreuzen Sie alles an, was für Sie zutrifft, und notieren Sie rechts daneben, wie alt sie jeweils in dieser Zeit waren.)

	Ich habe gelebt bei:	im Alter von ... bis.... Jahren (Bitte geben Sie ein Zeitintervall an.)
1 <input type="checkbox"/>	Bei meiner allein erziehenden Mutter (ohne Partner im Haushalt)	_____ bis _____ Jahren
1 <input type="checkbox"/>	Bei meiner Mutter und ihrem Partner (Stiefvater)	_____ bis _____ Jahren
1 <input type="checkbox"/>	Beim meinem allein erziehenden Vater (ohne Partnerin im Haushalt)	_____ bis _____ Jahren
1 <input type="checkbox"/>	Bei meinem Vater und seiner Partnerin (Stiefmutter)	_____ bis _____ Jahren
1 <input type="checkbox"/>	Bei meinen Großeltern (ohne Elternteil im Haushalt)	_____ bis _____ Jahren
1 <input type="checkbox"/>	Bei meinen Großeltern (mit einem Elternteil im Haushalt)	_____ bis _____ Jahren
1 <input type="checkbox"/>	Anders, nämlich _____	_____ bis _____ Jahren

51. Leben Ihre Eltern in Haushaltsgemeinschaft mit einem neuen Partner?

Mutter 1 <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ Jahren. (Bitte geben Sie eine Zahl an.) 2 <input type="checkbox"/> Nein	Vater 1 <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ Jahren. (Bitte geben Sie eine Zahl an.) 2 <input type="checkbox"/> Nein
---	--

Fragen für alle

52. Haben Sie Geschwister (einschließlich Halb- und Stiefgeschwister)?

1 Ja, _____ Geschwister. (Bitte geben Sie die Anzahl an)

2 Nein

53. Wie erleben Sie die Beziehung zu Ihren Eltern und Geschwistern?

		stimmt nicht	stimmt wenig	es kommt darauf an	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4	5
1	Manchmal habe ich den Eindruck, dass ich der Einzige bin an den sich meine Mutter oder mein Vater wenden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Obwohl meine Eltern es gut mit mir meinen, kann ich mich (trotzdem) nicht wirklich auf sie verlassen, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich fühle mich oft schuldig, wenn ich Dinge tue, bei denen meine Familie nicht einbezogen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Meine Eltern scheinen oft von mir sehr enttäuscht zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Oft habe ich den Eindruck, dass meine Familie ohne mich nicht zurecht kommen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Es gibt einige Familienmitglieder mit denen ich am besten umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Oft fühle ich mich von Mitgliedern meiner Familie im Stich gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Es ist schwierig für mich, Dinge zu genießen wenn ich weiß, dass Mitglieder meiner Familie unglücklich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	In meiner Familie bringe ich oft Opfer, die von anderen Familienmitgliedern nicht wahrgenommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich fühle mich nicht wohl, wenn Dinge für meine Familie nicht so gut laufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Es gibt Mitglieder in meiner Familie, die mich sehr gut verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Oft scheint es mir so, als ob in meiner Familie meine Gefühle nicht berücksichtigt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Für mich hat das Wohl meiner Familie oberste Priorität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Aus einigen Gründen ist es schwer für mich meinen Eltern zu trauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Es scheint, dass Mitglieder aus meiner Familie mit ihren Problemen immer zu mir kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Meine Eltern helfen mir sehr, wenn ich ein Problem habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Wenn ein Familienmitglied traurig, aufgeregt oder ärgerlich ist, mische ich mich nicht ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Oft habe ich das Gefühl, dass ich der Erwachsene bin und meine Eltern die Kinder sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Sogar wenn Familienmitglieder meine Hilfe nicht benötigen, fühle ich mich für sie sehr verantwortlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Manchmal scheint es, dass ich verantwortungsvoller bin als meine Eltern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ein Elternteil verstorben ist → weiter ab Frage 57 (Ökonomische Situation)

54. Wie häufig kommen folgende Dinge bei Ihren Eltern vor?

		nie	selten	manch- mal	oft	immer
		1	2	3	4	5
1	Meine Mutter redet gut über meinen Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mein Vater versucht, mich gegen meine Mutter auf seine Seite zu ziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Meine Mutter möchte, dass ich sie mehr lieb habe als meinen Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Meine Mutter versucht, mich gegen meinen Vater auf ihre Seite zu ziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Mein Vater möchte, dass ich ihn mehr lieb habe als meine Mutter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mein Vater redet gut über meine Mutter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Wie fühlen Sie sich mit Ihren Eltern?

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4
1	Ich fühle mich zwischen meinen Eltern hin- und her gerissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wenn ich mich mit einem Elternteil gut verstehe, habe ich immer das Gefühl, den anderen damit zu verärgern oder ihm weh zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich habe das Gefühl, zwischen meinen Eltern wählen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich fühle mich zwischen meinen Eltern gefangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	So wie meine Eltern miteinander umgehen, kann ich nicht das tun, was ich möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich habe manchmal das Gefühl, dass ich den Streit meiner Eltern in mir austragen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Frage 56 brauchen Sie nur zu beantworten, wenn Ihre Eltern zusammenleben oder sich (nach Trennung oder Scheidung) noch sehen und sprechen.

56. In allen Familien gibt es mal Streit. Wie sind Ihre Eltern zueinander?

		nie	selten	manch- mal	oft	immer
		1	2	3	4	5
1	Meine Eltern streiten sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Meine Eltern nörgeln herum und beschweren sich über den anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Meine Eltern sind gemein zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Nach einem Streit vertragen sich meine Eltern wieder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ökonomische Situation

(Frage 57 bis 63)

Im Folgenden geht es um Ihre wirtschaftliche Lage und die Ihrer Eltern.**Bitte beantworten Sie die Fragen 57 bis 59 unabhängig davon, ob Sie mit den Eltern zusammenleben oder nicht. Danach geht es um Ihren Haushalt.****57. Wie ist Ihre eigene finanzielle Situation?**

		Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
		1	2	3	4
1	Ich mache mir oft Sorgen, ob ich meine Rechnungen bezahlen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich habe genügend Geld für alles, was ich brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich muss häufig auf etwas verzichten, weil ich mich finanziell einschränken muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Mein Geld ist meistens knapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Wie schätzen Sie grundsätzlich die wirtschaftliche Situation ein?

		Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
		1	2	3	4
1	Nach der Ausbildung muss man damit rechnen, erst einmal keine qualifizierte Arbeit zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Als Berufsanfänger ist es heutzutage schwierig, eine sichere Arbeitsstelle zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wenn man noch jung ist, kann man leicht arbeitslos werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Für junge Erwachsene ist es leicht, den eigenen Unterhalt zu verdienen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Solange man noch nicht fest im Beruf etabliert ist, ist man auf Unterstützung durch die Familie angewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Auch wenn man noch nicht fest im Beruf etabliert ist, kann man sich eine eigene Wohnung finanzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Wie ist die finanzielle Situation Ihrer Eltern?*(Falls Ihre Eltern getrennt leben: Geben Sie bitte alles für den Haushalt an, in dem Sie derzeit leben oder in dem Sie überwiegend gelebt haben).*

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4
1	Meine Eltern machen sich oft Sorgen, ob sie ihre Rechnungen bezahlen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Meine Eltern haben genügend Geld für alles, was sie brauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Meine Eltern müssen häufig auf etwas verzichten, weil sie sich finanziell einschränken müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bei meinen Eltern ist das Geld meistens knapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Welche Arten von Einkommen stehen Ihnen bzw. Ihrem Haushalt pro Monat zur Verfügung?

In der folgenden Liste sind verschiedene Einkommensarten aufgeführt. Bitte kreuzen Sie zuerst alles an, was für Sie persönlich zutrifft (linke Spalte). Falls Sie mit Ihren Eltern oder Ihrem Partner zusammen leben, kreuzen Sie bitte auch noch in einer der rechten Spalten an, was für Ihre Eltern oder Ihren Partner zutrifft.

		Einkünfte anderer Haushaltsmitglieder:		
		Ich erhalte:	Eltern	Partner
1	Lohn/Gehalt aus Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Einkommen aus selbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Taschengeld/Zuwendungen der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Zuwendungen anderer Personen, nämlich _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	BAföG/Stipendium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Lohnersatzzahlungen (Arbeitslosengeld/-hilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Erziehungsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Kindergeld für eigene Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Einkommen aus Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Welche dieser Einkommensarten ist für Ihren Haushalt die wichtigste? Bitte tragen Sie die entsprechende Zahl aus Frage 60 hier ein:

Das wichtigste Einkommen in meinem/unserem Haushalt: _____

62. Wieviel Geld steht Ihnen selbst insgesamt monatlich netto (nach Abzug der Steuern aber einschließlich BAföG, Taschengeld, Kindergeld etc.) zur Verfügung? Bitte schätzen Sie:

ca. _____ Euro pro Monat

63. Was müssen Sie davon bezahlen:

- 1 Alles
- 1 Miete
- 1 Telefon/Handy
- 1 Autoversicherung/Kfz-Steuern
- 1 Benzin
- 1 Kleidung
- 1 Verpflegung
- 1 Arbeitsmaterialien/Bücher
- 1 Studien-/Ausbildungsgebühren
- 1 andere Versicherungen (Kranken-/Haftpflicht-/Hausratversicherung, ...)

Beruf und Zukunftsvorstellungen

(Frage 64 bis 69)

64. Wie wichtig sind Ihnen zur Zeit die folgenden Dinge?

		gar nicht wichtig	eher unwichtig	teils teils	eher wichtig	sehr wichtig
		1	2	3	4	5
1	Gute Freunde haben, auf die ich mich verlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Einen festen Partner/eine feste Partnerin haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		gar nicht wichtig	eher unwichtig	teils teils	eher wichtig	sehr wichtig
		1	2	3	4	5
3	In meinem Studium/Ausbildung/Beruf erfolgreich sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Eine anregende und ausgefüllte Freizeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Eigenes Kind/eigene Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Jugendliche und junge Erwachsene machen sich in verschiedener Weise darüber Gedanken, was sie beruflich machen wollen. Wie ist oder war das bei Ihnen?

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4
1	Ich rede mit möglichst vielen Leuten über Berufe, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich versuche, viel über meine beruflichen Interessen herauszufinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich versuche auf vielerlei Arten, an Informationen über Berufe zu kommen, die mich interessieren (z.B. lesen, reden, Praktika).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich versuche, herauszufinden, welche Berufe am besten zu meinen Stärken und Schwächen passen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wenn ich mich über einen Beruf informiere, versuche ich auch, etwas über seine Schwachstellen herauszufinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich ziehe verschiedene Berufe in Betracht und versuche möglichst viel Information über alle Alternativen zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Was ist Ihnen bei Ihrem (späteren) Beruf wichtig?

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4
1	Mir ist wichtig, dass meine Freunde und Bekannte ihre Arbeit in meiner Nähe haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mir ist wichtig, dass mein Partner seine Arbeit in meiner Nähe hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Für einen guten Beruf gehe ich auch weit von meiner Heimatstadt weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Für mich kommt kein Beruf in Frage, bei dem sehr viel Mobilität gefragt ist (z.B. Umzüge, Reisen...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wenn meine Partnerschaft durch meinen Beruf gefährdet ist, suche ich mir eine andere Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Solange ich jung bin, möchte ich meine (Berufs-) Wünsche verwirklichen, unabhängig davon, was mein Partner macht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ein neuer Anfang allein in einer fremden Stadt ist für mich kein Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Was denken Sie über die Vereinbarkeit von Beruf und Familie?

		stimmt nicht	stimmt wenig	es kommt darauf	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4	5
1	Ich bin bereit meine Berufstätigkeit länger als ein Jahr zu unterbrechen, aber nicht ganz aufzugeben, um meine Kinder zu erziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich bin bereit auch mit kleinen Kindern ganztags berufstätig zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimmt nicht	stimmt wenig	es kommt darauf an	stimmt ziemlich	stimmt genau
		1	2	3	4	5
3	Ich bin bereit eine Teilzeitstelle zu wählen, um eigene Kinder zu erziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich finde es gut, wenn Männer einige Zeit ihre Berufstätigkeit unterbrechen, um Kinder zu erziehen und die Frau dann weiterarbeiten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich würde es hinnehmen, dass sich meine berufliche Karriere wegen Kindern zeitlich verzögert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Es ist mir wichtig, die Hausarbeit und die Familienarbeit (z.B. Versorgung der Kinder) mit meinem Partner/meiner Partnerin zu gleichen Teilen zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich würde mich wehren, wenn die Haus- und Familienarbeit nur an mir hängen bleiben würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich würde es nicht gut finden, wenn mein Partner/meine Partnerin wegen seiner/ihrer Berufstätigkeit die Haus- und Familienarbeit vernachlässigen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ein Kind, das noch nicht zur Schule geht wird wahrscheinlich darunter leiden, wenn die Mutter berufstätig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Frauen, die sich besonders stark in ihrem Beruf engagieren können nicht gleichzeitig noch gute Mütter sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Mütter von kleinen Kindern, die ganztätig ihrer Berufstätigkeit nachgehen tun dies auf dem Rücken ihrer Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ein Mann sollte in der Lage sein, soviel Geld zu verdienen, dass die Partnerin nicht mitverdienen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ein Kind wird sicherlich darunter leiden, wenn seine Mutter berufstätig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich finde es in Ordnung, wenn man seine Kinder so früh wie möglich in eine Krippe/Tagesstätte gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Es wäre gut, wenn es auch für Männer Teilzeitstellen gäbe, damit sie sich mehr um Kinder und Haushalt kümmern können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Wann wird man Ihrer Meinung nach erwachsen?

69. Falls sie bei Frage 68 kein Alter angegeben haben: In welchem Alter wird man Ihrer Meinung nach erwachsen? Mit _____ Jahren. (Bitte geben Sie eine Zahl an.)

**Vielen Dank
für die Beantwortung unseres
Fragebogens!**