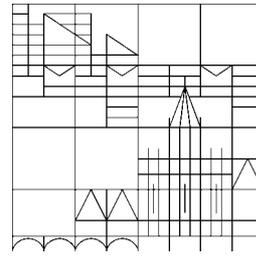




Universität Konstanz



Universität Zürich



Elternhaus



*Verwandte, Bekannte
und Freunde*



*Partner-
beziehungen*



Lebensverläufe:

VOM JUGENDLICHEN ZUM ERWACHSENEN

Kinder



*Ausbildung
und Beruf*



*Lebensstil und
Lebensgefühl*



Politik



Ein Gemeinschaftsprojekt der
Universitäten Konstanz und Zürich
Prof. Dr. Helmut Fend
Prof. Dr. Werner Georg

Gefördert von der Deutschen
Forschungsgemeinschaft und
dem Schweizer Nationalfonds



Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr!

Keine Meinungsumfrage...

*Wie Sie schnell sehen werden, geht es hier nicht um eine oberflächliche Meinungsumfrage. Es geht vielmehr um das, was uns allen am nächsten steht, um den eigenen **Lebensverlauf**.*

Das Auf und Ab des Lebens...

*Wenn die Erforschung des Lebensverlaufs sinnvoll sein soll, dann muss auch das **Auf und Ab des Lebens** beachtet werden. Die folgenden Fragen führen Sie durch verschiedene Lebensbereiche, in denen viele Themen zur Sprache kommen, die tief ins Leben greifen.*

Streng vertraulich...

*Wir können selbstverständlich nur dann mit **wahrheitsgetreuen Antworten** rechnen, wenn Sie davon ausgehen können, dass alle Antworten **streng vertraulich** behandelt werden. Wir haben alles getan, um dies sicherzustellen.*

Wissenschaftlich abgesichert...

*Die vorliegende Befragung dient ausschließlich **wissenschaftlichen Zwecken**. Sie wird aus öffentlichen Geldern der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz getragen und erfolgt in voller Übereinstimmung mit der Datenschutzgesetzgebung des Bundeslandes Hessen und der Bundesrepublik Deutschland.*

Bitte alleine ausfüllen...

*Füllen Sie diesen Fragebogen bitte wahrheitsgetreu und, wenn immer möglich, **alleine** aus.*

Wenn Sie Probleme beim Ausfüllen haben oder mehr über die Studie wissen möchten, wenden Sie sich bitte an Herrn Wolfgang Lauterbach. Er steht Ihnen jederzeit gerne für Fragen zur Verfügung.

**Telefon: 07738/923732 oder
0251-83-29431**

Fax: 07738/923734

E-Mail: lebensverlaeufo@uni-konstanz.de

Wenn Sie etwas über die Ergebnisse erfahren möchten, schicken wir Ihnen in ein paar Monaten gerne einen Bericht, oder Sie können ihn auf unserer Homepage ansehen:

www.uni-konstanz.de/lebensverlaeufo

Bitte beachten:

- ☛ **Im Verlauf des Fragebogens bitten wir Sie an mehreren Stellen um Zeitangaben in Jahren und Monaten. Wenn Sie bei den Monatsangaben unsicher sind, schätzen Sie bitte den Monat. Dies ist viel besser, als wenn Sie die Monatsangabe weglassen würden.**



Das eigene Elternhaus ist ein großer Lebensbereich bei jedem Menschen. Es hat jedoch in der Kindheit eine andere Bedeutung als im Erwachsenenalter.

Wir möchten Ihnen gerne einige Fragen zu Ihren Eltern und zu Ihrem Elternhaus stellen. Mit Eltern meinen wir diejenigen Personen, bei denen Sie im Jugendalter hauptsächlich aufgewachsen sind. Dies können also auch Adoptiv-, Pflege- oder Stiefeltern sein.

1. Der Auszug aus dem Elternhaus kann sehr unterschiedlich erfolgen. Wie war das bei Ihnen? Sind Sie gleich endgültig aus Ihrem Elternhaus ausgezogen, sind Sie noch einmal zurückgekehrt, oder wohnen Sie noch bei Ihren Eltern?

Ich bin gleich endgültig ausgezogen. Jahr Monat Wann war das?

Ich habe nach dem ersten Auszug wieder eine längere Zeit oder regelmäßig bei den Eltern gewohnt. (Ferien oder Besuche sind nicht gemeint.) Wann sind Sie ... zum ersten Mal ausgezogen? ...endgültig ausgezogen? Jahr Monat

Ich wohne seit meiner Jugend ohne größere Unterbrechungen bei den Eltern bzw. einem Elternteil.

2. Sind Ihre Eltern noch am Leben?

Ja Nein Vater lebt noch. Mutter lebt noch.

Wenn beide Elternteile nicht mehr am Leben sind, geben Sie bitte gleich weiter zu Frage 10 auf Seite 3.

3. Wenn beide Elternteile noch leben: Leben Ihre Eltern zusammen?

Ja Nein

4. Wie geht es Ihren Eltern zurzeit gesundheitlich?

Vater Mutter Kann ich nicht beantworten, ist bereits verstorben. Sehr gut Gut Es geht so (mittelmäßig) Schlecht Sehr schlecht Weiß nicht

5. Wie weit entfernt von Ihrem Haushalt wohnen Ihr Vater und Ihre Mutter?

Vater Mutter Kann ich nicht beantworten, ist bereits verstorben. Lebt im selben Haushalt/Haus wie ich. Lebt woanders. Bitte schätzen Sie die Entfernung von Ihrem Haushalt: Vater Mutter km km

6. Wie oft haben Sie normalerweise Kontakt mit Ihrer Mutter und Ihrem Vater, egal ob persönlich, telefonisch oder schriftlich?

Vater Mutter Kann ich nicht beantworten, ist bereits verstorben. Täglich Mehrmals in der Woche Einmal in der Woche 1 bis 3 Mal im Monat Mehrmals im Jahr Seltener Kein Kontakt



7. Wie häufig werden Sie von Ihren Eltern unterstützt?

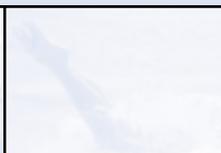
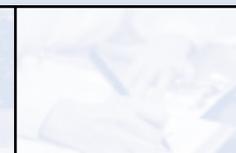
Täglich				
Mehrmals in der Woche			Mehrmals im Monat	
Ein paar Mal im Jahr		Nie		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung bei alltäglichen Arbeiten (z.B. Arbeiten im Haushalt, Besorgungen machen, Kinderbetreuung)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei persönlichen Problemen (durch Gespräche, Beratung etc.)				

8. Wie häufig unterstützen Sie umgekehrt Ihre Eltern?

Täglich				
Mehrmals in der Woche			Mehrmals im Monat	
Ein paar Mal im Jahr		Nie		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung bei alltäglichen Arbeiten (z.B. Arbeiten im Haushalt, Besorgungen machen, Pflege)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei persönlichen Problemen (durch Gespräche, Beratung etc.)				

9. Wie genau treffen die folgenden Aussagen auf Ihre gegenwärtige Situation zu?

Trifft genau zu			
Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu	
Trifft gar nicht zu			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Mein Vater bzw. meine Mutter sind für mich wie gute Freunde.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mein Vater bzw. meine Mutter mag mich so, wie ich bin.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mein Vater bzw. meine Mutter mischt sich zu oft in meine Angelegenheiten ein.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich kann meinem Vater bzw. meiner Mutter alles erzählen, was mich beschäftigt.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mein Vater bzw. meine Mutter hat immer noch nicht wirklich eingesehen, dass ich erwachsen geworden bin.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mein Vater bzw. meine Mutter findet gut, was ich mache.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mein Vater bzw. meine Mutter ist unzufrieden, wenn ich nicht immer alles, was ich tue und denke, mit ihm bzw. ihr bespreche.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ich genieße das Zusammensein mit meinem Vater bzw. meiner Mutter.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter			



10. Wie würden Sie im Rückblick die Beziehung zwischen Ihren Eltern beschreiben, als Sie ungefähr 12 bis 16 Jahre alt waren?

- Sehr glücklich
- Eher glücklich
- So, so
- Eher unglücklich
- Sehr unglücklich

- Meine Eltern lebten damals nicht zusammen.
- Ein Elternteil war damals bereits verstorben.

11. Wenn Sie an Ihre Jugendzeit zwischen 12 und 16 Jahren zurückdenken: Wie haben Sie diese Zeit erlebt?

- Sehr positiv
- Positiv
- Eher positiv
- Eher negativ
- Negativ
- Sehr negativ



Verwandte, Bekannte und Freunde spielen bei manchen Menschen eine wichtige Rolle. Bei Anderen ist dies weniger der Fall. Wie ist das bei Ihnen?

1. Sagen Sie bitte zu jedem Punkt, wie gut die Aussage auf Ihre persönliche Situation zutrifft.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
a) Es gibt ausreichend viele Menschen, auf die ich zählen kann, wenn ich Schwierigkeiten habe.						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
b) Ich vermisse die Geselligkeit mit anderen Menschen.						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
c) Ich glaube, der Kreis meiner Freunde und Bekannten ist zu klein.						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
d) Ich habe genügend Personen, denen ich mich sehr verbunden fühle.						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
e) Ich vermisse einen häufigeren Kontakt mit meinen Familienangehörigen und Verwandten.						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
f) Wenn ich meine Freunde brauche, kann ich jederzeit auf sie zählen.						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
g) Ich fühle mich oft einsam.						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
h) Es gibt viele Personen, denen ich voll vertrauen kann.						

2. Angenommen, Sie wären wegen eines komplizierten Beinbruchs für zwei Wochen im Krankenhaus. Was glauben Sie: Wer würde Sie alles in dieser Zeit besuchen?

Geben Sie hier bitte die Anzahl der Personen an:

Kein Besuch:

3. Wie oft haben Sie normalerweise Kontakt mit Ihren Geschwistern oder mit anderen Verwandten, egal ob persönlich, telefonisch oder schriftlich?

	Geschwister	Andere Verwandte (ohne eigene Eltern, Kinder und Partner/in)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niemand vorhanden		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Täglich mit irgendjemandem		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals in der Woche mit irgendjemandem		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal in der Woche ...		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 bis 3 Mal im Monat ...		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals im Jahr ...		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seltener ...		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Kontakt		

4. Von wie vielen Personen außerhalb Ihrer Partnerschaft, Familie und Verwandtschaft würden Sie sagen: Er ist ein enger Freund bzw. sie ist eine enge Freundin?

Zurzeit niemand

Anzahl enge Freundinnen:

Anzahl enge Freunde:



5. Wie oft haben Sie normalerweise Kontakt mit engen Freunden, mit guten Nachbarn oder mit Bekannten, egal ob persönlich, telefonisch oder schriftlich?

Enge Freunde bzw. Freundinnen			
Gute Nachbarn			
Bekannte (z.B. Arbeitskollegen außerhalb des Arbeitsplatzes)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niemand vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Täglich mit irgendjemandem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehrmals in der Woche mit irgendjemandem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einmal in der Woche ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 bis 3 Mal im Monat ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehrmals im Jahr ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seltener ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kein Kontakt

6. Wie oft laden Sie normalerweise Freunde, Bekannte oder gute Nachbarn zu sich nach Hause ein, und wie oft werden Sie selbst eingeladen?

Ich lade ein		
Ich werde eingeladen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehrmals in der Woche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etwa einmal in der Woche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 bis 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

7. Wie genau treffen diese Aussagen auf Sie zu?

Trifft voll und ganz zu						
Trifft zu						
Trifft eher zu						
Trifft eher nicht zu						
Trifft nicht zu						
Trifft überhaupt nicht zu						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) Auf Treffen lerne ich leicht Leute kennen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Manchmal sage ich nichts, obwohl ich eigentlich im Recht bin.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Ich bin angespannt, wenn ich mit Leuten zusammen bin, die ich nicht gut kenne.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Wenn ich neu in eine Gruppe komme, finde ich leicht Anschluss.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Wenn mir jemand Vorwürfe macht, bin ich lieber ruhig, als dass ich mich zur Wehr setze.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Es fällt mir manchmal schwer, von mir aus ein Gespräch anzufangen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Bei Unterhaltungen bin ich besorgt, dass ich etwas Dummes sagen könnte.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Bei geselligen Anlässen fühle ich mich oft unbehaglich.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) Ehe ich mich in einen Streit verwickle, verzichte ich lieber auf mein Recht.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Ich bin sehr nervös, während ich etwas vor anderen Leuten tue.



8. Wenn Sie Schwierigkeiten oder Probleme mit sich selbst haben, mit wem würden Sie dann als Erstes reden? Und mit wem würden Sie als Zweites reden?

Machen Sie bitte in jeder Kolonne **ein** Kreuz.

	Als Erstes	Als Zweites	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Zurzeit mit niemandem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Vater (auch Stief- oder Pflegevater)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Mutter (auch Stief- oder Pflegemutter)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Geschwister
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(Ehe-)Partner/in
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ein Freund
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Eine Freundin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Professionelle Hilfe (z.B. Beratungsstelle, Arzt, Pfarrer, Therapeut)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Andere Person(en):
			 _____

9. Kreuzen Sie bitte wieder an, wie genau die Aussagen auf Sie zutreffen.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	
<input type="checkbox"/>	a) Wenn jemand niedergeschlagen ist oder Kummer hat, fällt es mir leicht, die richtigen Worte zu finden.						
<input type="checkbox"/>	b) Andere wollen oft, dass ich vertraulicher bin, als mir angenehm ist.						
<input type="checkbox"/>	c) Es fällt mir schwer, zu den Gefühlen anderer Leute Zugang zu finden.						
<input type="checkbox"/>	d) Im Allgemeinen habe ich ein gutes Gespür dafür, wie es anderen zumute ist.						
<input type="checkbox"/>	e) Ich mag es nicht, wenn andere mir persönlich zu nahe kommen.						
<input type="checkbox"/>	f) Es fällt mir schwer, mich auf enge Beziehungen einzulassen.						



Der Lebenslauf ist bei vielen Menschen ein Weg, den man mit anderen zusammen geht. Im Laufe des Lebens kann dies zu verschiedenen Formen von Partnerbeziehungen führen.

Wenn Sie sich einmal bis in Ihre Jugend zurückerinnern: Denken Sie bitte an Ihre Partnerschaften, die länger als 6 Monate dauerten.

1a. Wie viele Partnerschaften von mehr als 6 Monaten Dauer sind Sie seit Ihrem 16. Lebensjahr eingegangen?

Egal, ob Sie zusammen lebten oder verheiratet waren. Bitte die gegenwärtige Partnerschaft mitzählen.

Bitte die Anzahl Partnerschaften von mehr als 6 Monaten Dauer eintragen:

Ich hatte noch keine solche Partnerschaft:  Bitte direkt weiter mit Frage 2

1b. Nennen Sie uns bitte von den oben genannten Partnerschaften jene, die nicht in eine Ehe führten.

Hatte keine derartige Partnerschaft:  Bitte direkt weiter mit Frage 1c

Bitte bei Unsicherheit die Monatsangaben wiederum schätzen.

	Beginn		Ende		Bis heute	Gemeinsame Wohnung	
	Jahr	Monat	Jahr	Monat		Ja	Nein
1. Partnerschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Partnerschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Partnerschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Partnerschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Partnerschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1c. Nennen Sie uns bitte von den unter 1a genannten Partnerschaften jene, die in eine Ehe führten.

Hatte keine derartige Partnerschaft:  Bitte direkt weiter mit Frage 2

	Beginn Partnerschaft		Heirat		Bis heute verheiratet	Scheidung	
	Jahr	Monat	Jahr	Monat		Jahr	Monat
1. Partnerschaft/Ehe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Partnerschaft/Ehe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Es ist mittlerweile nicht unüblich, dass man in Zeiten, in denen man keine feste Partnerschaft hat, flüchtige intime Beziehungen von kurzer Dauer eingeht. Häufig dienen derartige Beziehungen auch dazu, einen festen Partner bzw. eine feste Partnerin zu finden.

Hatten Sie solche Beziehungen?

Ja  Ungefähre Anzahl:

Nein



3. Wann haben Sie das erste Mal sexuelle Erfahrungen gemacht?

Gemeint sind hier ausschließlich intime Beziehungen, d.h. das „erste Mal“.

Jahr Monat

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

Habe ich nicht erlebt.

Nur an Frauen

4. Wann hatten Sie zum ersten Mal Ihre Menstruation?

Jahr Monat

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

Weiss ich nicht mehr.

5. Wie setzt sich Ihr Haushalt gegenwärtig zusammen? Kreuzen Sie bitte an, wer alles im selben Haushalt wie Sie lebt.

Mehrfachnennungen möglich.

- Ich wohne alleine.
- Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in
- Eigene Kinder (auch Adoptiv- oder Stiefkinder)
- Pflegekinder
- Eigene Eltern/Schwiegereltern
- Andere Verwandte
- Freunde/Bekannte
- Andere Personen bzw. andere Wohnverhältnisse (bitte notieren):



Wir möchten Ihnen nun gerne einige Fragen zu Ihrer jetzigen Partnerschaft stellen.

Wenn Sie derzeit nicht in einer Partnerschaft leben, dann gehen Sie bitte zu Frage 1 auf Seite 10.

6. Wie gestaltet sich die Beziehung zu Ihrem jetzigen Partner bzw. zu Ihrer jetzigen Partnerin?

In unserer Ehe bzw. Partnerschaft ...

	Immer									
		Sehr oft								
			Oft							
				Manchmal						
					Selten					
						Nie				
<input type="checkbox"/>	... kann ich ihr/ihm alles erzählen, was mich beschäftigt.									
<input type="checkbox"/>	... gibt es Missstimmungen und Spannungen.									
<input type="checkbox"/>	... findet sie/er gut, was ich mache.									
<input type="checkbox"/>	... kommt wegen Kleinigkeiten gereizte Stimmung auf.									
<input type="checkbox"/>	... mag sie/er mich so, wie ich bin.									
<input type="checkbox"/>	... bespreche ich mit ihr/ihm Dinge, die andere nicht wissen sollen.									
<input type="checkbox"/>	... kommt es zu lauten und heftigen Auseinandersetzungen.									
<input type="checkbox"/>	... spreche ich mit ihr/ihm über meine Gefühle und Geheimnisse.									
<input type="checkbox"/>	... bin ich ihr/ihm wirklich wichtig.									



7. Wenn ich mit meinem Partner bzw. meiner Partnerin eine Auseinandersetzung habe ...

						Immer
						Sehr oft
						Oft
						Manchmal
						Selten
						Nie

<input type="checkbox"/>	... ist es mir sehr wichtig, genau zu verstehen, was mein Partner meint.					
<input type="checkbox"/>	... bemühe ich mich, ihr bzw. ihm zu beschreiben, was in mir vorgeht.					
<input type="checkbox"/>	... suche ich unbedingt nach einer Lösung, der auch mein Partner zustimmen kann.					
<input type="checkbox"/>	... versuche ich mit ihr bzw. ihm in Ruhe darüber zu sprechen, wie wir miteinander umgehen.					
<input type="checkbox"/>	... überlege ich mir sehr genau, welchen Fehler ich vielleicht gemacht habe.					

8. Wie teilen Sie mit Ihrem jetzigen Partner bzw. Ihrer jetzigen Partnerin die Arbeiten im Haushalt?

Wenn Sie zurzeit nicht mit Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin im selben Haushalt leben, geben Sie bitte zu Frage 1 auf Seite 10.

							Stets die Frau
							Meist die Frau
							Etwas öfter die Frau
							Etwas gleich verteilt
							Etwas öfter der Mann
							Meist der Mann
							Stets der Mann
							Hauptsächlich andere Person(en)

<input type="checkbox"/>	Zubereiten der Mahlzeiten							
<input type="checkbox"/>	Spülen und aufräumen nach den Mahlzeiten							
<input type="checkbox"/>	Kleinere Reparaturen und Installationen im Haushalt							
<input type="checkbox"/>	Lebensmittel einkaufen							
<input type="checkbox"/>	Pflege von Fahrzeugen (Autos, Fahrräder) und anderen Geräten							
<input type="checkbox"/>	Putzen der Wohnung							
<input type="checkbox"/>	Wäsche waschen							
<input type="checkbox"/>	Büro- und Geldangelegenheiten im Haushalt							
<input type="checkbox"/>	Kinderbetreuung (alle Aufgaben, die rund um Kinder anfallen)							
<input type="checkbox"/> Wir leben nicht mit Kindern zusammen.								



Ein wichtiger Bestandteil des Lebens im Erwachsenenalter können eigene Kinder sein. Wie sieht das bei Ihnen aus?

1. Haben Sie Kinder (leibliche und andere zusammengenommen)?

Ja \longrightarrow Bitte Anzahl eintragen: Nein \longrightarrow Bitte direkt weiter mit Frage 7

2. Tragen Sie zu Ihren Kindern bitte die folgenden Angaben ein:

	Geburtsdatum		Geschlecht		Leibliches Kind	
	Jahr	Monat	Weiblich	Männlich	Ja	Nein
1. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie lange haben Sie Ihre Ausbildung oder Erwerbstätigkeit wegen der Betreuung von Kindern unterbrochen? Bitte schließen Sie alle Unterbrechungen ein, also auch Mutterschaftsschutz und Erziehungsurlaub.

Nennen Sie bitte Anfangs- und Endzeitpunkt.

	Beginn		Ende		Dauert an
	Jahr	Monat	Jahr	Monat	
1. Unterbrechung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unterbrechung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Unterbrechung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Unterbrechung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie viel Zeit verbringen Sie oder Ihr Partner normalerweise pro Tag mit Spielen, Vorlesen und Gesprächen mit den Kindern?

	An Werktagen pro Tag		Am Wochenende pro Tag	
	Std.	Min.	Std.	Min.
Zeit des Partners	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ich selbst	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Die Erziehung von Kindern ist in der Tat eine anspruchsvolle Aufgabe.

5. Wie gut können Sie...?

Sehr gut
Gut
Einigermaßen
Weniger gut
Gar nicht gut

... Ihren Kindern* helfen, sich selbst etwas zuzutrauen.

... Ihre Kinder dazu bringen, von Ihnen Kritik anzunehmen, ohne verletzt oder beleidigt zu sein.

... erreichen, dass Ihre Kinder auch bei schwierigen Aufgaben nicht aufgeben, sondern dranbleiben.

... Ihre Kinder dazu bringen, dass sie von sich aus das tun, was sie tun sollten.

... Ihren Kindern das Gefühl vermitteln, geliebt zu werden.

* bzw. Ihrem Kind

6. Wie verhalten Sie sich Ihren Kindern gegenüber?

Trifft genau zu
Trifft eher zu
Trifft eher nicht zu
Trifft gar nicht zu

Ich frage meine Kinder* häufig nach ihrer Meinung.

Ich erkläre meinen Kindern immer, weshalb ich etwas erlaube oder verbiete.

Ich gebe meistens nach, wenn ich sehe, dass meine Kinder Recht haben.

Ich höre immer aufmerksam zu, wenn meine Kinder etwas erzählen.

* bzw. mein Kind

7. Planen Sie, noch Kinder zu haben?

- Ich bin schwanger bzw. meine Partnerin ist schwanger.
- Ja
- Nein
- Ich kann/wir können keine Kinder bekommen.

8. Erziehen Sie Ihre Kinder so, wie Sie von Ihren Eltern erzogen worden sind, oder anders?

Wenn Sie keine Kinder haben:

Wie würden Sie Ihre Kinder erziehen?

- Genauso
- Ungefähr so
- Anders
- Ganz anders

Zum Thema Erziehung gibt es ganz unterschiedliche Ansichten.

9. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Ansichten zu oder lehnen sie ab?

Beantworten Sie diese Frage bitte auch, wenn Sie keine Kinder haben oder mit Ihren Kindern nicht zusammenleben.

Stimme völlig zu
Stimme eher zu
Lehne eher ab
Lehne völlig ab

Bei den meisten Kindern muss man öfter einmal hart durchgreifen.

Ohne häufigen Zwang können auch die besten Eltern nichts erreichen.

Kinder müssen immer wieder lernen, auch dann zu gehorchen, wenn sie nicht verstehen, wozu etwas gut ist.



Ein großer Teil unseres Lebens dreht sich um Ausbildung und Beruf. Seit Ihrer Jugendzeit ist dabei viel geschehen. Vielleicht war Ihre Situation nicht leicht. Wir erinnern uns, dass die Jugendarbeitslosigkeit sehr hoch war, als Sie aus der Schule kamen.

Bitte sagen Sie uns etwas über Ihre schulischen und beruflichen Abschlüsse.

1. Bitte nennen Sie Ihren höchsten Schulabschluss.

- Volksschul-, Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife, 10. Klasse, Realschulabschluss, Fachschulreife
- Fachhochschulreife, fachgebundene Hochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
- Abitur, allg. Hochschulreife
- Anderer Schulabschluss (bitte notieren):

- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss

2. Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie erworben?

- Keine berufliche Ausbildung (auch Berufsschule ohne Lehre)
- Berufsschule mit gewerblicher oder landwirtschaftlicher Lehre
- Berufsschule mit kaufmännischer oder sonstiger Lehre
- Berufsfachschule
- Meister-, Techniker- oder gleichwertige Fachschule
- Fachhochschule (auch Ingenieurschule)
- Hochschule
- Andere berufliche Ausbildung (bitte notieren):


3. Bitte beschreiben Sie im Folgenden Ihren beruflichen Ausbildungsverlauf (inkl. Studium).

Ausbildungsbezeichnung:

(z.B. Bankkauffrau, KFZ-Mechaniker, Ingenieurstudium, Jurastudium)

Falls nicht abgeschlossen:

Abbruch

	Beginn		Abschluss		Abbruch		Noch andauernd
	Jahr	Monat	Jahr	Monat	Jahr	Monat	
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
Weitere Ausbildungen begonnen. → Anzahl:		<input type="text"/>	<input type="text"/>				

4a. Wann haben Sie...

...nach der Lehre bzw. Ausbildung die erste hauptberufliche Erwerbstätigkeit begonnen?

Jahr

Monat

Nicht erlebt

4b. Wann haben Sie...

...zum ersten Mal genug Geld verdient, um für sich sorgen zu können?

Jahr

Monat

Nicht erlebt



5. Welche Tätigkeit übten Sie in Ihrem ersten Hauptberuf aus?

Bitte beschreiben Sie Ihre erste berufliche Tätigkeit nach Abschluss Ihrer Ausbildung möglichst genau, mit Zuständigkeiten und evtl. Untergebenen.

Beispiel: **Bäcker** in einem Kleinbetrieb mit 5 Angestellten
Lehrerin in der Grundschule



6. Welche Tätigkeit üben Sie derzeit in Ihrem Hauptberuf aus?

Bitte beschreiben Sie diese berufliche Tätigkeit möglichst genau, ebenfalls mit Zuständigkeiten und evtl. Untergebenen. Falls Sie derzeit nicht erwerbstätig sind, geben Sie bitte die letzte von Ihnen ausgeübte berufliche Tätigkeit an.

Beispiel: **Selbständiger KFZ-Meister** mit drei Mitarbeitern
Versicherungskauffrau, Abteilungsleiterin, zuständig für 16 Mitarbeiter



7. Waren Sie nach dem Alter von 15 Jahren in folgenden Lebenssituationen?

Nennen Sie bitte jedes Mal Anfangs- und Endzeitpunkt.

7a. Gemeldete Arbeitslosigkeit

Von		Bis		Noch an- dauernd
Jahr	Monat	Jahr	Monat	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Habe ich nicht erlebt.

7b. Bezug laufender „Hilfe zum Lebensunterhalt“ (z.B. Wohngeld)

Von		Bis		Noch an- dauernd
Jahr	Monat	Jahr	Monat	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Habe ich nicht erlebt.

8. Wie viele Arbeitsstellen von mindestens drei Monaten Dauer hatten Sie nach Ihrer Schulzeit?

(Ohne Ferienarbeit, Praktika)

Anzahl:

Keine

9. Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise (einschließlich Überstunden)?

Anzahl Arbeitsstunden pro Woche:

Zurzeit nicht erwerbstätig

10. Wie hoch ist Ihr eigenes monatliches Netto-Einkommen?

Mit Netto-Einkommen ist das Einkommen gemeint, das nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge übrig bleibt.

Betrag in Euro: €

11. Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?

Betrag in Euro: €



12. Haben Sie nach Ihrem 15. Lebensjahr für einen Monat oder länger außerhalb von Deutschland gelebt?

- Ja Nein

Wenn ja: Nennen Sie bitte den Grund und die Gesamtdauer in Monaten.

Mehrfachnennungen sind möglich.

- | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Austausch-Programm | → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dauer in
Monaten
insgesamt |
| <input type="checkbox"/> Fremdsprache lernen/verbessern | → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Berufliche Qualifizierung/Weiterbildung,
Berufstätigkeit | → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Wegzug mit Eltern, Partnerschaftsgründe | → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Andere Gründe (bitte notieren): | | | | |
|  <input type="text"/> | → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
- (z.B. längere Reise, Aupair)

13. Haben Sie in den letzten zehn Jahren beruflich bedeutsame Lehrgänge oder Kurse besucht?

- Nein
- Ja → Anzahl:

Grob geschätzte Dauer in ganzen Arbeitstagen
(bitte rechnen Sie alle Lehrgänge und Kurse zusammen):

Ca. Tage

14. Wie genau treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Beantworten Sie die Fragen bitte auch dann, wenn Sie zurzeit nicht erwerbstätig sind.

	<input type="checkbox"/>					
Trifft voll und ganz zu						
Trifft zu						
Trifft eher zu						
Trifft eher nicht zu						
Trifft nicht zu						
Trifft überhaupt nicht zu						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) Beruflichen Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Ich setze mich in meinem Beruf immer stark ein.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Ich bilde mich auch dann beruflich weiter, wenn ich dafür auf Freizeit verzichten muss.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Ich fühle mich den meisten beruflichen Anforderungen gewachsen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Ich schaffe es einfach nicht, am Wochenende oder am Abend noch zusätzlich für den Beruf zu lernen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Wenn ich eine berufliche Aufgabe erledigen muss, tue ich das immer mit grosser Ausdauer.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Es ist mir sehr wichtig, im Beruf erfolgreich zu sein.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Wenn ich mich beruflich weiterbilden soll, sträubt sich in mir etwas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) Bei meiner Arbeit gelingt mir auch die Lösung sehr schwieriger Aufgaben.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Mir ist es ein Bedürfnis, in meinem Beruf immer wieder dazuzulernen.



Jeder Mensch hat seine Vorlieben für Freizeitbeschäftigungen und Konsumgewohnheiten. Wie sehen diese bei Ihnen aus?

1. Wie viele Stunden und Minuten pro Woche betreiben Sie normalerweise bewegungsintensiven Sport?

Std. Min.

Ca. pro Woche

Treibe keinen bewegungsintensiven Sport.

2. Wie oft üben Sie in Ihrer Freizeit folgende Tätigkeiten aus?

<input type="checkbox"/>	Unterhaltungsliteratur lesen (z.B. Bestseller, Krimis)				
<input type="checkbox"/>	Politik- oder Kulturmagazine lesen				
<input type="checkbox"/>	So genannte „ernste Literatur“ lesen (z.B. Romane, Lyrik)				
<input type="checkbox"/>	Klassische Konzerte, Theatervorführungen, Kunstausstellungen besuchen				
<input type="checkbox"/>	Texte schreiben (z.B. Tagebuch, Briefe, Geschichten)				
<input type="checkbox"/>	Klassische Musik oder Jazz hören				
<input type="checkbox"/>	Fernsehsendungen über politische oder kulturelle Themen sehen				
<input type="checkbox"/>	Musizieren (ein Instrument spielen, alleine oder im Chor singen)				

Sehr oft
Oft
Manchmal
Selten
Nie

Wenn Sie musizieren: welche Art von Musik hauptsächlich?



3. Haben Sie zu Hause einen Computer?

- Nein
- Ja, aber *keinen* mit Internet-Anschluss
- Ja, *mindestens einen* mit Internet-Anschluss

4. Wie gut kennen Sie sich mit dem Computer aus?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schreiben und Gestalten von Texten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutzung des Internets (E-Mail, www, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anwendung von Tabellenkalkulations- und Datenbankprogrammen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konfiguration des Betriebssystems

Sehr gut
Gut
Ein wenig
Überhaupt nicht

5. Wie viele Bücher gibt es bei Ihnen zu Hause?

Auf einen Meter Regalbrett passen ungefähr 40 Bücher. Bitte Zeitschriften nicht mitrechnen und nur ein Kästchen ankreuzen.

- Keine
- 1 bis 10
- 11 bis 50
- 51 bis 100
- 101 bis 250
- 251 bis 500
- Über 500

6. Rauchen Sie Zigaretten?

- Nein
- Gelegentlich
- Täglich 1 – 10
- Täglich 11 – 20
- Täglich 21 – 30
- Täglich 31 und mehr

7. Wenn Sie rauchen: Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

- Innerhalb von 5 Minuten
- 6 bis 30 Minuten
- 31 bis 60 Minuten
- Nach mehr als einer Stunde



8. Wie oft trinken Sie Alkohol?

- 3 Mal täglich oder mehr
- 2 Mal täglich
- 1 Mal täglich
- Mehrmals pro Woche
- Bis 2 Mal pro Woche
- Seltener
- Nie

9. Wie viele der folgenden alkoholischen Getränke trinken Sie normalerweise unter der Woche und am Wochenende?

Am Wochenende (Sa/So) zusammengerechnet etwa

Unter der Woche (Mo–Fr) zusammengerechnet etwa

Trinke ich nicht

Bier (Anzahl Flaschen/ Dosen/Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein/Schaumwein (Anzahl Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirituosen/Cocktails (Anzahl Gläschen/Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun ein paar Fragen zu Ihrem Wohlbefinden:

1. Wie wohl fühlen Sie sich gesundheitlich, insgesamt gesehen?

- Sehr wohl
- Ziemlich wohl
- Mittelmäßig wohl
- Wenig wohl
- Gar nicht wohl

2. Fühlen Sie sich gesundheitlich beeinträchtigt?

- Nein
- Ja

Falls ja, woran liegt das?

	Leichte Beeinträchtigung	Schwere Beeinträchtigung
Durch Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch körperliche Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch seelische Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beschreiben Sie Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl.

3. Wie genau treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

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

Trifft genau zu

Trifft eher zu

Trifft eher nicht zu

Trifft gar nicht zu

Ich fühle mich wohl in meiner Haut.

Von Zeit zu Zeit fühle ich mich ganz nutzlos.

Über Enttäuschungen komme ich meist schnell hinweg.

Wenn ich etwas wirklich will und mir alle Mühe gebe, kann ich es erreichen.

Misserfolge belasten mich noch lange danach.

Trotz aller Anstrengung kann ich nur wenig dazu beitragen, dass mein Leben erfolgreich verläuft.

4. Wie häufig erleben Sie die unten genannten Stimmungen und Sichtweisen?

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

Nie

Fast immer

0 1 2 3 4 5

Ich bin traurig.

Ich sehe mutlos in die Zukunft.

Ich bin von mir enttäuscht.

Ich denke daran, mir etwas anzutun.

Mir fehlt das Interesse an Menschen.

Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.

Ich bin müde und lustlos.



5. In welchen Organisationen sind Sie Mitglied, und wie beteiligen Sie sich?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

	Bin Mitglied	Beteiligung		
		Übe ein Amt oder eine Funktion aus	Beteilige mich regelmäßig	Beteilige mich selten oder nie
Politische Partei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewerkschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsverband (inkl. Beamtenorganisationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürgerinitiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elternvertretung, Elternbeirat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohlfahrtsverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschenrechts-, Umwelt- oder Tierschutzorganisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Vereinigung (z.B. Chor, Theatergruppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchlicher Arbeitskreis (z.B. Jugendarbeit, Bibelgruppe) oder Kirchenvorstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heimat- oder Bürgerverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(z.B. Schützenverein, freiwillige Feuerwehr)				
Sonstige Vereinigung \longrightarrow Bitte eintragen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ich bin in keiner Vereinigung oder Organisation Mitglied.

6. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?

- Der römisch-katholischen Kirche
- Der evangelischen Kirche (ohne Freikirchen)
- Einer evangelischen Freikirche
- Einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft
- Einer anderen nicht christlichen Religionsgemeinschaft
- Keiner Religionsgemeinschaft

7. Wie oft gehen Sie im Allgemeinen in die Kirche?

- Mehr als einmal in der Woche
- Einmal in der Woche
- 1 bis 3 Mal im Monat
- Mehrmals im Jahr
- Seltener
- Nie

8. Haben Sie in den letzten 12 Monaten für wohltätige Zwecke Geld gegeben (auch Patenschaften und Mitgliederbeiträge für gemeinnützige Organisationen)?

- Nein
- Ja
 \longrightarrow Wenn ja, wie viel insgesamt in den letzten 12 Monaten?
Hier bitte noch in DM:

Ungefähr DM

9. Haben Sie in den letzten 12 Monaten ehrenamtliche und unentgeltliche Arbeit für gemeinnützige Zwecke geleistet (z.B. Nachbarschaftshilfe, Basare für einen guten Zweck)?

- Nein
- Ja
 \longrightarrow Wenn ja, wie viele Stunden insgesamt in den letzten 12 Monaten?

Ungefähr Stunden



1. Wie stark interessieren Sie sich für Politik?

- Sehr stark
- Stark
- Mittel
- Wenig
- Überhaupt nicht

2. Wie ist Ihr Verhältnis zu Politik?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft genau zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft eher zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft eher nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft gar nicht zu

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Teilnahme an Diskussionen über politische Themen fällt mir leicht.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leute wie ich haben so oder so keinen Einfluss darauf, was die Regierung tut.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Den Politikern ist es egal, was Leute wie ich denken.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kein Mensch kann alles – für Politik habe ich einfach keine Antenne.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Denken in politischen Zusammenhängen liegt mir.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es bringt nichts, wenn ich mich an Wahlen beteilige – die Politiker tun doch nur, was sie wollen.

3. Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder lehnen Sie sie ab?

					Zustimmung, richtig
					Schwache Zustimmung, eher richtig als falsch
					Unentschieden, weiß nicht
					Schwache Ablehnung, eher falsch als richtig
					Ablehnung, falsch
++	+	0	-	--	

<input type="checkbox"/>	In unserer Gesellschaft hat jeder die gleiche Chance, nach oben zu kommen.				
<input type="checkbox"/>	Die Bezahlung richtet sich in unserer Gesellschaft genau nach der Leistung.				
<input type="checkbox"/>	Jeder, der leistungsbereit ist, kann es in Deutschland zu Geld und Ansehen bringen.				
<input type="checkbox"/>	In der Schule hat jeder Schüler die gleichen Chancen, voranzukommen.				

4. Wie stehen Sie zu den folgenden Meinungen?

						Stimme voll und ganz zu
						Stimme zu
						Stimme eher zu
						Stimme eher nicht zu
						Stimme nicht zu
						Stimme überhaupt nicht zu

<input type="checkbox"/>	Ausländer und Gastarbeiter sollte man möglichst wieder in ihre Heimatländer zurückschicken.					
<input type="checkbox"/>	Wer nicht bereit ist, sich in unsere Gesellschaft einzufügen, sollte dieses Land am besten verlassen.					
<input type="checkbox"/>	Ausländer sollten in allen Bereichen die gleichen Rechte haben wie die Deutschen.					
<input type="checkbox"/>	Ich bin für die Anwesenheit von Ausländern, weil sie unsere Kultur bereichern.					



5. Wie ähnlich oder verschieden sind Ihre politischen Grundüberzeugungen im Vergleich zu denen Ihrer Mutter und Ihres Vaters?

Wenn Ihre Mutter bzw. Ihr Vater nicht mehr lebt: Wie ähnlich oder verschieden waren Ihre eigenen politischen Grundüberzeugungen zuletzt?

Verglichen mit Ihrer Mutter		
Verglichen mit Ihrem Vater		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr ähnlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recht ähnlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teils ähnlich, teils verschieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recht verschieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr verschieden

6. Viele Leute verwenden die Begriffe „links“ und „rechts“, um unterschiedliche politische Einstellungen zu kennzeichnen. Wenn Sie an Ihre eigenen politischen Ansichten denken, wo würden Sie diese Ansichten auf der unten stehenden Skala einstufen? Machen Sie bitte ein Kreuz in eines dieser Kästchen.

Links	<input type="checkbox"/>	Rechts								
-------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------

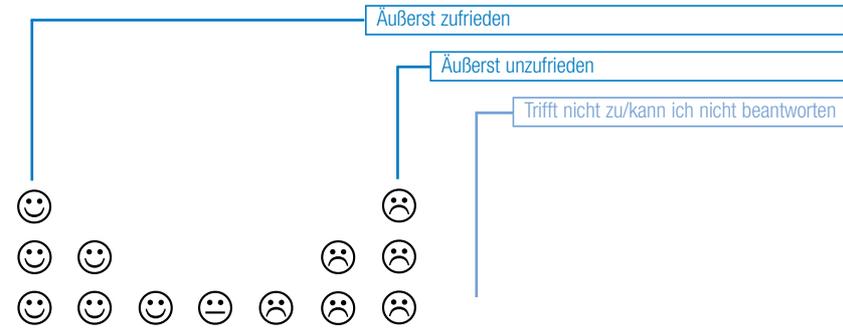
7. Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, welche Partei würden Sie dann mit Ihrer Zweitstimme wählen?

- CDU bzw. CSU
- SPD
- F.D.P.
- Bündnis 90/Die Grünen
- Die Republikaner
- PDS
- Andere Partei, und zwar: 
- Würde nicht wählen
- Nicht wahlberechtigt, da keine deutsche Staatsbürgerschaft



Wenn Sie sich Ihre derzeitige Lebenssituation vor Augen führen:

I. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ...



<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"/>							

- a) ...der Beziehung zu Ihrer Partnerin bzw. zu Ihrem Partner?
- b) ...der Beziehung zu Ihren Kindern bzw. zu Ihrem Kind?
- c) ...der Beziehung zu Ihrer Mutter?
- d) ...der Beziehung zu Ihrem Vater?
- e) ...der Beziehung zu Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis?
- f) ...Ihrer Arbeitsstelle?
- g) ...Ihrem Beruf?
- h) ...Ihrer finanziellen Situation?
- i) ...Ihrer Freizeitgestaltung?
- j) ...Ihrem Leben insgesamt?





Prof. Dr. Werner Georg
Projekt Nr.
«Vom Jugendlichen zum
Erwachsenen»
Universität Konstanz
D-78457 Konstanz

